



cardiologia

negli Ospedali



RIVISTA DELL'ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDIOLOGI OSPEDALIERI - ANMCO

Ricerca e Competenza
per Migliorare
la Qualità delle Cure

Ai nastri di partenza
i Corsi residenziali di
Clinical Competence
per la gestione dei
pazienti con Cardiopatia
Ischemica Cronica

Stoccolma 2010:
ESC Congress

Il popolo migratore

Osservazioni al Piano
di Riordino Ospedaliero
della Regione Campania

Etica e Deontologia
nel Rapporto
Medico - Paziente

Etnicità, malattie
cardiovascolari e
Cardiologia in una
società che cambia

AAA... Giovani
Cardiologi cercasi



LUGLIO/AGOSTO • SETTEMBRE/OTTOBRE 2010 N°176 - 177

Poste Italiane S.p.A. - Spedizione in abbonamento postale - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art.1 comma 1 DCB Firenze 1. In caso di mancato recapito inviare all'ufficio di Firenze C.M.P. detentore del conto per la restituzione al mittente che si impegna a pagare la relativa tariffa.

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

41° congresso ANMCO

Congress News Daily

Da non perdere!!!
ultimo numero solo on line!



Comitato di Redazione Congress News Daily



In copertina opera di **Alessandro Reggioli**, *Safety Heart Armour 25, 2007*



N. 176 / 177 - lugl./ago. - sett./ott. 2010
Rivista ufficiale dell'Associazione
Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri

Editor
Mario Chiatto

Co - Editor
Domenico Gabrielli

Comitato di Redazione
Maurizio Giuseppe Abrignani
Pasquale Caldarola
Fabrizio Giovanni Oliva
Serena Rakar
Roberto Valle

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

ANMCO
Via A. 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 Mirannalti - Fiesole (FI)

EDITORIALE

Editoriale
di Mario Chiatto

DAL PRESIDENTE

Promuovere Ricerca e Competenza
per Migliorare la Qualità delle Cure
in Cardiologia
di Marino Scherillo



LA FONDAZIONE "PER IL TUO CUORE" ONLUS RISPONDE

I Casi Clinici: quale interesse per la
Cardiologia?
di A. Chinaglia e A. Maseri

DAL DIRETTIVO

Prendono il via i Corsi residenziali di
Clinical Competence per Cardiologi
dedicati alla gestione dei pazienti con
Cardiopatía Ischemica Cronica
di Massimo Guccione



p.3 DAL CENTRO STUDI p.16

Il Consiglio Nazionale ANMCO
incontra il Centro Studi
*di A. P. Maggioni, A. Lorimer,
M. Gorini, D. Lucci, M. Ceseri*

p.5 La promozione della Ricerca: p.22

cronistoria e riflessioni
sull'esperienza della Valle d'Aosta
di Giorgio Begliuomini



DAL 41° CONGRESSO ANMCO p.25

Rischio Emorragico e Sindromi
Coronariche Acute
di Roberto Caporale

REPORTAGE DAL CONGRESSO ESC

Stoccolma 2010: p.28
ESC Congress
di S. Rakar e R. Valle

DALLE AREE

AREA EMERGENZA - URGENZA p.36

La gestione del paziente con stent
medicato in doppia antiaggregazione:
il paziente candidato a Chirurgia non
cardiaca
di Alessandro Pani

AREA INFORMATICA p.38

I problemi dell'implementazione della
Cartella Clinica Informatizzata
di Paolo Barbier





AREA MALATTIE DEL CIRCOLO POLMONARE

Il popolo migratore **p.41**
di *Andrea Rubboli*

AREA NURSING **p.44**

La mia esperienza nell'Area Nursing.
Domenico Miceli si racconta
di *Cristiana Caredda*

Highlight Cardionursing 2010 **p.46**
di *Elena Bottari*

AREA SCOMPENSO CARDIACO **p.47**

IN - HF on line: l'esperienza dei
Ricercatori
di *B. Bianchini, G. Cacciatore,
F. Ingrassia, C. Marcon*

DALLE REGIONI

BASILICATA **p.50**

Curare nel terzo millennio:
integrazione, collaborazione,
ascolto attivo
di *Francesco Paolo Calciano*

CALABRIA **p.55**

Linee programmatiche 2010 - 2012
a cura del Consiglio Direttivo ANMCO
Calabria

CAMPANIA **p.58**

Osservazioni al Piano di Riordino
Ospedaliero della Regione Campania
di *Giovanni Gregorio*

FRIULI VENEZIA GIULIA **p.63**

La Campagna regionale per il
miglioramento del percorso del
paziente con IMA - Standard per la
riduzione del Ritardo Evitabile nello
STEMI
di *L. Massa e A. Di Chiara*

LOMBARDIA **p.66**

Il nuovo Consiglio Regionale ANMCO
della Lombardia tra innovazione e
continuità
di *Luigi Oltrona Visconti*

PUGLIA **p.68**

SalentIMA
di *T. Mazzella, F. Magliari, A. Montinaro*

SARDEGNA **p.70**

Diabete Mellito e Scompenso
Cardiaco: l'importanza del precoce
riconoscimento dello sviluppo di
disfunzione ventricolare sinistra nel
paziente diabetico
di *A. Canu e A. Maurici*

SICILIA **p.73**

Ricordo di un Cardiologo pratico
di *Ernesto Mossuti*

UMBRIA **p.75**

Il "Cuore verde d'Italia" potenzia
le sue attività in Cardiologia
di *P. Verdecchia e G. Alunni*

CUORI ALLO SPECCHIO

Serena Rakar intervista
Giancarlo Vitrella **p.78**

FORUM

La valutazione del rischio
cardiovascolare tra passato,
presente e futuro
di *Maurizio G. Abrignani*

Infarto Miocardico
Acuto Evitato: IMA - E
di *Gianfranco Cucchi* **p.80**

La persona umana
di *Caterina Mammola* **p.85**

Etica e Deontologia
nel Rapporto Medico - Paziente
di *Giuseppe Pinelli* **p.87**

Etnicità, malattie
cardiovascolari e Cardiologia italiana
in una società che cambia
di *Sabino Scardi* **p.89**

LA PAROLA AI GIOVANI CARDIOLOGI

AAA...Giovani Cardiologi **p.92**
cerchasi
di *C. Vittori, E. Ammirati, F. Oliva*

NORD CHIAMA SUD, SUD CHIAMA NORD.

FOTOGRAFIE DELL'ATTIVITÀ INFERMIERISTICA

Intervista a Daria Beltrame **p.93**

di *Serena Rakar*

Intervista a Dora Gelsomino **p.93**

di *Roberto Caporale*

VIAGGIO INTORNO AL CUORE

La strana malattia **p.98**

del cuore delle donne che ricorda
l'attrezzo per la pesca dei polpi
di *Marcello Costantini*

NECROLOGI

Caro Gianni **p.101**

di *Rita Trincherò a nome della
Cardiologia dell'Ospedale Vittoria e del
Consiglio Direttivo Regionale ANMCO
Piemonte e Valle D'Aosta*

Ciao Gianni.

Ricordo di Gianni Gaschino **p.103**

a cura dell'Area Scompenso Cardiaco

È deceduto **p.104**

il Professor Antonio Masoni

di *Paolo Alboni*

di *Giuseppe Di Pasquale*





Editoriale

di Mario Chiatto

Cari Amici, è con emozione ed orgoglio che mi accingo a scrivere il primo Editoriale che fa seguito alla mia riconferma alla direzione della *Rivista*, voluta dal nuovo Consiglio Direttivo. Ed è per avermi accordato ancora una volta questa fiducia, alimentata da stima reciproca, che mi sento onorato nel continuare a ricoprire il ruolo di Editor di *“Cardiologia negli Ospedali”*. È con intatto entusiasmo, a cui però si aggiunge l’esperienza acquisita ed elaborata anche attraverso l’impegno di collaboratori validissimi, che mi appresto a riprendere le fila di un discorso, già metabolizzato e impostato su solide basi dagli Editor che mi hanno preceduto, ma nello stesso tempo in continua evoluzione. In questo biennio si è lavorato molto e spero bene: abbiamo coinvolto Giovani Cardiologi e Associazioni federate all’ANMCO, abbiamo informato in maniera sempre esauriente sulle attività scientifiche e organizzative dell’Associazione e abbiamo, inoltre, cercato di catturare l’attenzione degli Iscritti attraverso la cura di Rubriche a carattere per così dire “umanistico”, entrando nel cuore dei poeti, contemplando le immagini della natura e immergendoci nelle storie avite di popoli remoti. Ma detto ciò è importante sapere che gli sforzi maggiori sono stati rivolti a raggiun-

gere un obiettivo fondamentale, e cioè quello di considerare la *Rivista* uno spazio di accoglienza in cui tutti i membri dell’Associazione potessero avere voce. È in questo modo, che abbiamo raggiunto quasi capillarmente, e poi conosciuto e informato sulle realtà cardiologiche più periferiche, portando alla luce criticità e difficoltà sia di tipo assistenziale che formativo, attraverso l’apertura di un dibattito basato su articoli, lettere alla Redazione e interviste. La *Rivista* dunque è stata per me una grande lezione di “ospitalità”, dove tutti noi della Redazione abbiamo fatto gli “onori di casa”. Sono certo inoltre che questi due anni di collaborazione sono scivolati via, lasciando in tutte le persone, che a diverso titolo hanno contribuito alla realizzazione del progetto editoriale, la certezza di aver lavorato bene. Dico ancora che, il successo della *Rivista* è stato il frutto, oltre che della serietà, della preparazione e della tenacia di ogni singolo, anche e soprattutto di un gioco di squadra, all’interno del quale ognuno ha saputo svolgere al meglio il proprio compito. Per questo motivo, il mio ringraziamento è indirizzato a tutti coloro che sono stati artefici di una organizzazione così perfetta, mi riferisco ai componenti del Comitato di Redazione uscente - Francesco Maria Bovenzi, Pasquale Caldarola, Dome-

nico Gabrielli, Massimo Uguccioni - e alla Redazione: Simonetta Ricci e Luana Di Fabrizio. Ai nuovi collaboratori, Maurizio Giuseppe Abrignani, Pasquale Caldarola, Domenico Gabrielli, Fabrizio Giovanni Oliva, Serena Rakar e Roberto Valle, nei quali, a ragion veduta, ripongo la massima stima e fiducia, e ai quali non posso che lanciare la sfida a fare sempre meglio, pur restando nel solco di una continuità ben consolidata e collaudata. Infine un grosso e caloroso ringraziamento va a Gennaro Santoro, ora Direttore Responsabile della *Rivista*, che mi ha egregiamente preceduto nella carica di Editor determinando con la sua inventiva e grande cultura una vera e propria svolta nel modo di *“fare notizia”*. Nel tentativo di ampliare ulteriormente gli attuali orizzonti informativi di *“Cardiologia negli Ospedali”* abbiamo pensato di creare alcune nuove Rubriche che spero incontreranno il vostro favore: *ESC Window*, *Associazioni per il cuore e dintorni* (in collaborazione con le Associazioni di Volontariato), *Filo diretto con le Istituzioni Sanitarie* (Assessorati alla Sanità, ecc.), *Come eravamo*, *Nord chiama Sud*, *Sud chiama Nord*, *Fotografie dell’attività infermieristica*. Buon lavoro, dunque, a tutto lo Staff del nuovo Comitato di Redazione e *“ad maiora”!*

Editor



Mario Chiatto

Co - Editor



Domenico Gabrielli

Comitato di Redazione



*Maurizio Giuseppe
Abrignani*



Pasquale Caldarola



*Fabrizio Giovanni
Oliva*



Serena Rakar



Roberto Valle

Redazione "Cardiologia negli Ospedali"



Simonetta Ricci



Luana Di Fabrizio

Promuovere Ricerca e Competenza per Migliorare la Qualità delle Cure in Cardiologia

di Marino Scherillo



RICERCA

Il Contesto: da Episteme a Doxa e viceversa

Il ciclo virtuoso della ricerca scientifica in area biomedica può essere pensato come un lungo viaggio tra osservazioni e ragionamenti. Le osservazioni catalogate/classificate con rigore metodologico - gli studi clinici randomizzati e controllati - verifica-

osservati. Questi, a loro volta, offrono nuove congetture che dovranno cimentarsi con un test severo: il Trial randomizzato e controllato disegnato ad hoc (Figura 1). È il modello concettuale di conoscenza di Popper: la conoscenza non è sapere certo - episteme - ma sapere congetturale - doxa - e noi tutti siamo ricercatori, non possessori della verità. Questo ciclo virtuoso della ricerca biomedica - da

ROCQ: le quattro Aree Tematiche Prioritarie di Intervento

no/falsificano ipotesi e ne propongono altre da valutare in studi fisiopatologici su modelli animali, in vitro, in coorti di pazienti - i ragionamenti - indispensabili per interpretare i dati

episteme a doxa e viceversa - produce un prezioso distillato: le Linee Guida cliniche. Da quest'ultime è possibile estrarre idonei criteri di appropriatezza e specifici indicatori di processo per monitorizzare la qualità delle cure erogate in specifici studi osservazionali. L'ANMCO, con il prezioso e costante supporto del Centro Studi diretto da Aldo Maggioni, ha mostrato nel tempo - dallo Studio EARISA agli Studi Blitz - una solida competenza ed originale ideazione nel configurare studi clinici osservazionali - Survey e Registri - in aree assistenziali epidemiologicamente rilevanti con i seguenti obiettivi:

- valutare se i pazienti gestiti nella

Figura 1



pratica clinica quotidiana presentano caratteristiche cliniche simili/dissimili a quelli inseriti nei Trial clinici che generano le raccomandazioni delle Linee Guida;

- valutare l'aderenza alle Linee Guida e le determinanti cliniche e/o organizzative del sovra/sottoutilizzo di procedure e trattamenti raccomandati;
- verificare se pattern assistenziali differenti influenzano l'outcome dei pazienti.

Questa strategia è sostanzialmente in linea con il programma proposto nel 2009 dalla Società Europea di Cardiologia che identifica tre tipi di Survey - Registri:

- Survey e Registri Generali rivolti a cardiopatie epidemiologicamente rilevanti;
- Survey e Registri Sentinella rivolti a procedure diagnostiche ed interventistiche in Cardiologia;
- Survey e Registri Speciali rivolti alla valutazione di cardiopatie rare o di difficile gestione in relazione alla ridotta sopravvivenza e/o alla complessa gestione clinica.

**Il Progetto:
Quality Improvement Survey**

L'ANMCO con il Blitz 4 Qualità ha varato un originale modello concettuale di studio clinico osservazionale; la Quality Improvement Survey (QIS) che promuove il miglioramento della qualità delle cure erogate dal centro partecipante.

La QIS si articola in tre fasi:

I FASE: valutare l'aderenza dei percorsi diagnostico - terapeutici (PDT) adottati dalle Strutture partecipanti alle Linee Guida Cliniche (LGC) nella gestione di malattie cardiovas-

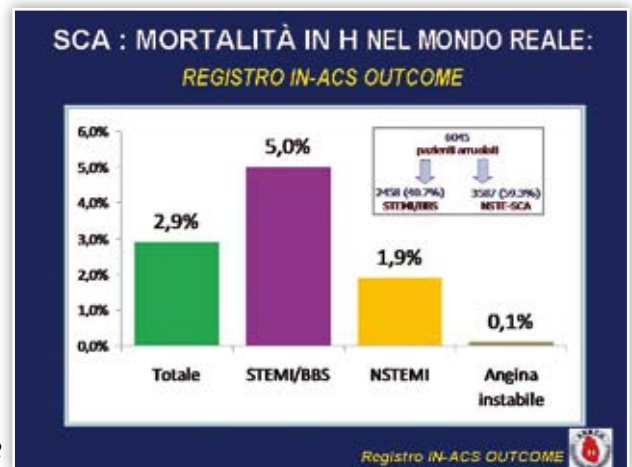


Figura 2

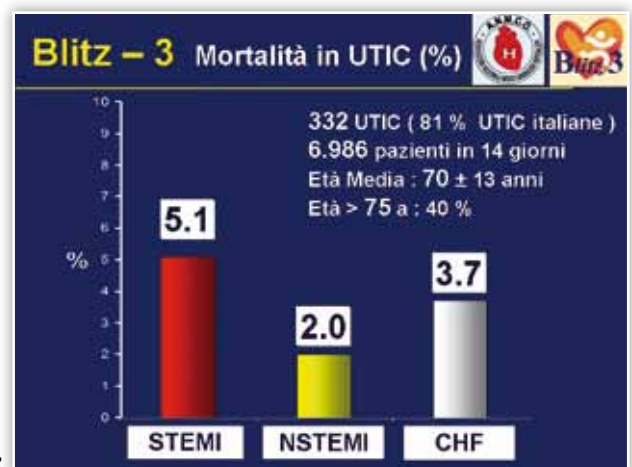


Figura 3



Figura 4

scolari epidemiologicamente rilevanti sulla scorta di appropriati indicatori di processo;

II FASE: individuazione dei “punti deboli” nella gestione clinica ed organizzativa del Centro partecipante ed invio di un report riservato che contiene:

1. suggerimenti circa le azioni correttive da intraprendere con invio di letteratura specifica anche come flow - chart specifiche (performance improvement tools) e di materiale educativo per i pazienti, da discutere con i Cardiologi e gli Infermieri del singolo centro partecipante;
 2. elementi per una analisi di *benchmarking* per il pattern di cura adatto rispetto a Centri di tipologia analoga regionali e nazionali;
- III FASE: rivalutazione dopo l'intervento mediante una successiva raccolta dati.

Peraltro, la QIS è uno strumento prezioso di promozione della ricerca **traslazionale T2** che riguarda il trasferimento dei risultati degli studi clinici nella pratica clinica quotidiana e nelle scelte assistenziali di professionisti, pazienti ed organizzazioni sanitarie. Avendo in mente questo modello concettuale ed organizzativo varato dal Blitz 4 per le Sindromi Coronariche Acute, il passo successivo è il **Blitz 5 Qualità nello Scompensamento Cardiaco**. L'obiettivo è incrementare l'adesione dei PDT adottati da un campione rappresentativo delle Cardiologie italiane differenziate per tipologie omogenee (con/senza UTIC, con/senza Emodinamica, con/senza Cardiochirurgia) alle Linee Guida per lo scompensamento cardiaco in base a specifici indicatori di performance ricavati dalla letteratu-

ra. Un'altra area di interesse è quella relativa alla cardiopatia ischemica cronica. I dati disponibili indicano che la mortalità intraospedaliera per le sindromi coronariche acute è ormai molto bassa se consideriamo che l'età mediana dei pazienti ricoverati nelle nostre UTIC è 70 anni. In particolare, in base al Registro IN - ACS Outcome, la mortalità in Ospedale è del 5,0% per lo STEMI e di 1,9% per NSTEMI (Figura 2). Dati sostanzialmente analoghi provengono dallo Studio Blitz 3 che ha coinvolto 322 UTIC (82% delle UTIC italiane) con una mortalità osservata del 5,1% per STEMI e 2,0% per NSTEMI, rispettivamente (Figura 3). Risultati molto meno lusinghieri vengono registrati nel corso del follow - up: dal Registro IN - ACS Outcome emerge che gli eventi (morte ed IMA) a 30 giorni ed 1 anno sono 5,3% e 12,7% rispettivamente per i pazienti ricoverati per NSTEMI ed arrivano ad 8% e 15,2% per quelli ospedalizzati per STEMI (Figura 4). È pertanto opportuno verificare in uno studio osservazionale ad hoc, che includa pazienti dimessi con sindrome coronarica acuta, il livello di aderenza alle linee guida dopo l'evento acuto e le strategie adottate per sostenere la continuità assistenziale sul territorio.

L'innovazione:

lo Studio GISSI Outliers CAPIRE

L'ANMCO e la Fondazione “per il Tuo cuore” Onlus con la stimolante presidenza di Attilio Maseri, nel corso degli ultimi due anni hanno promosso un ripensamento critico sul modello concettuale che sostiene la ricerca clinica in Cardiologia per selezionare nuove

strategie più incisive di miglioramento dell'outcome dei pazienti cardiopatici. Di fatto i tanti studi clinici randomizzati condotti su popolazioni sempre più ampie di pazienti e che testano nuove strategie di intervento su meccanismi fisiopatologici noti - e già influenzati significativamente dagli attuali interventi terapeutici - hanno prodotto modesti benefici clinici con scarsa riduzione del numero totale di eventi. Nel mondo clinico reale si è quindi costretti a trattare un grande numero di pazienti per evitare pochi eventi, nell'impossibilità di identificare i pazienti che traggano un beneficio certo dal trattamento innovativo aggiuntivo. La Ricerca clinica innovativa di ANMCO e la Fondazione “per il Tuo cuore” Onlus prova a focalizzare l'attenzione non più solo su profili clinici e risposte terapeutiche medie ma anche sugli Outliers: i pazienti che deviano dal comportamento e dalla risposta prevalente collocandosi ai lati opposti della media. L'obiettivo sullo sfondo è identificare nuovi meccanismi fisiopatologici di intervento terapeutico e sottogruppi di pazienti che più si giovano degli attuali trattamenti disponibili. Nel mese scorso è partito il primo studio che adotta il modello concettuale suddetto: è lo Studio GISSI Outliers CAPIRE (*Coronary Atherosclerosis in outlier subjects: Protective and Individual Risk factor Evaluation*). È uno studio osservazionale condotto in otto Centri di comprovata esperienza e competenza nello Studio TC - multistrato delle arterie coronarie (MSCT); dopo la lettura centralizzata dell'esame saranno selezionate due popolazioni di Outliers:

- soggetti con coronarie indenni da



Figura 5

aterosclerosi (ATS) e molteplici fattori di rischio (≥ 3 FR);

- soggetti con diffusa ATS delle arterie coronarie (> 5 segmenti) in presenza di un basso profilo di rischio (0 - 1 FR). Verranno inoltre selezionate due popolazioni di controllo costituite da:

- soggetti con assenza di ATS coronarica e 0 - 1 FR con esclusione dei soggetti con diabete mellito come unico fattore di rischio;

- soggetti con ATS coronarica diffusa ed estesa a più di 5 segmenti e 3 o più FR.

I pazienti inclusi nello studio saranno sottoposti ad ECG e ad un prelievo di sangue venoso allo scopo di definire il profilo lipidico, metabolico, infiammatorio e genetico. La fase di arruolamento durerà due anni ed ogni paziente sarà seguito in follow - up per cinque anni allo scopo di raccogliere informazioni circa la comparsa di eventi clinici maggiori cardiovascolari: STEMI e non STEMI fatale e non fatale, morte per cause cardiache. Sono ormai ai blocchi di partenza gli Studi GISSI Outliers che applicheranno questa originale metodologia nella Ricerca clinica ad altre aree epidemiologicamente rilevanti in ambito cardiovascolare quali: scompenso cardiaco acuto e cronico, sindromi coronariche acute, aritmie cardiache. Il CD ANMCO si impegnerà a promuovere e sostenere queste iniziative nel prossimo biennio.

ORGANIZZAZIONE

Di seguito alcune idee - concetto che il CD ANMCO proverà a sviluppare e concretizzare nel prossimo biennio in questa area prioritaria d'intervento intesa come organizzazione delle cure cardiologiche nell'Ospedale del futuro ed organizzazione ANMCO.

Ospedale del Futuro e Futuro della Cardiologia

Negli ultimi cinque anni in Italia si va sempre più diffondendo il dibattito sul modello di Ospedale per Intensità di cura. Si tratta di un modello organizzativo proveniente dalla Toyota Production System e si basa sul riconoscimento che tutte le attività sono in linea di produzione con un percorso ideale. Tutti i componenti di una specifica linea di attività definiscono insieme il percorso migliore, utilizzando risorse idonee e tempistica adatta. Partendo da questo modello concettuale è stato elaborato un modello organizzativo per l'Ospedale del Futuro che si propone l'ambizioso obiettivo di ridurre gli sprechi e rendere più fluidi ed accessibili i PDT disegnati per i pazienti ricoverati. Questa filosofia di Lean Hospital (Ospedale snello) è stato per prima adottato dalla Regione Toscana che in uno specifico atto di indirizzo (Legge Regionale 40/2005) la identifica come modello di re - engineering non

solo gestionale ma anche di edilizia sanitaria dedicata. Di fatto questa nuova organizzazione prevede una destrutturazione dell'articolazione in Reparti, Servizi e Blocchi Operatori a favore di Aree Funzionali a bassa, media ed alta intensità di cure, con una dissoluzione del modello di Dipartimento d'organo. Tutto questo in assenza di chiare ed inequivocabili prove di efficacia ed efficienza di questo nuovo modello organizzativo. Di contro esistono dati che suggeriscono, almeno in area cardiovascolare, una buona performance dell'organizzazione dei servizi erogati in termini di riduzione della mortalità cardiovascolare così come recentemente riportato dall'Istituto Superiore di Sanità. È stato infatti dimostrato che la significativa riduzione della mortalità cardiovascolare osservata in Italia negli ultimi venti anni è dovuta almeno per il 40% ai trattamenti ed alle procedure erogate dall'attuale organizzazione sanitaria (Figura 5). È opportuno pertanto che l'ANMCO, che ha sempre mostrato cultura ed esperienza nella programmazione sanitaria in area cardiovascolare, si faccia promotore per la costituzione di un tavolo di discussione con esperti di Economia Sanitaria e Decisori Pubblici per definire insieme, in un *Documento di Consenso "Ospedale del Futuro e Futuro delle Cardiologie"*, pregi e difetti dell'Ospedale Snello, modellando alcuni aspetti non ben traduci-

bili nel contesto reale avendo a mente la competenza clinica anche multidisciplinare per migliorare la qualità delle cure erogate. Nel prossimo anno sarà inoltre varato il 6° *Censimento FIC delle Strutture Cardiologiche Italiane* che consentirà di avere una nitida fotografia di come è cambiata l'organizzazione del sistema di cure cardiovascolari in Italia a distanza di cinque anni, offrendo preziosi spunti di riflessione e di analisi sull'implementazione di nuovi modelli gestionali in Ospedale. Sarà inoltre l'occasione per rilanciare la politica federativa con la Società Italiana di Cardiologia e con le altre Società Scientifiche di area cardiovascolare, in Italia e in Europa, volta alla promozione della unitarietà della Cardiologia italiana nei rapporti con il Decisore Pubblico e la Società Europea di Cardiologia.

Organizzazione ANMCO

L'attuale struttura ed organizzazione funzionale del "pianeta ANMCO" è diventata negli anni sempre più complessa ed articolata e rimane solidamente sostenuta dalla passione e dall'entusiasmo dei tanti Colleghi Responsabili e Competenti di organi ed organismi dell'Associazione. Avendo in mente il consenso e la condivisione per una appropriata cogestione delle tante iniziative promosse dalle Regioni, dalle Aree e dal Comitato Scientifico, saranno intensificati i processi di comunicazione interna dell'Associazione anche attraverso il Sito WEB ANMCO - Fondazione "per il Tuo cuore" Onlus. Un primo esperimento in tal senso è rappresentato dalle interviste - disponibili sul Sito WEB dal mese di giugno - ai Presiden-

ti Regionali ANMCO neo - eletti che hanno avuto l'opportunità di comunicare le linee programmatiche delle attività che svolgeranno nella propria regione nel prossimo biennio. Inoltre, per promuovere un percorso fluido ai vari livelli decisionali delle iniziative ANMCO è stata riattivata la *Commissione per la Semplificazione dei Regolamenti* vigenti, coordinata da Francesco Mazzuoli, che produrrà una proposta da discutere insieme in occasione del Consiglio Nazionale di fine anno. Particolare attenzione sarà rivolta alla *promozione della partecipazione dei Giovani Cardiologi* (attualmente circa il 10% dei nostri iscritti) all'interno dell'Associazione, con una strategia di ascolto ed inclusione. In particolare:

- verranno stimulate iniziative volte a conoscere i nuovi bisogni culturali e professionali dei giovani Colleghi, per elaborare con loro percorsi di promozione della competenza clinica e tecnica in Cardiologia, anche attraverso Borse di Studio per stage professionalizzanti presso le Cardiologie di Eccellenza in Italia ed all'Estero.
- I Giovani Cardiologi interessati verranno cooptati all'interno di snodi decisionali sensibili per la promozione dell'Associazione (Comitati di Coordinamento delle Aree, Comitati scientifici delle Campagne Educazionali Nazionali e di Progetti Formativi, etc.). Abbiamo iniziato inserendo una "pattuglia" di Giovani Cardiologi all'interno del Comitato di Redazione del Sito WEB ANMCO.
- verranno individuati i Giovani Cardiologi con attiva produzione scientifica da inserire nella Faculty del Congresso ANMCO.

CLINICAL COMPETENCE

Negli ultimi anni l'ANMCO ha intrapreso un lungo viaggio verso l'identificazione di un appropriato modello organizzativo di promozione della competenza clinica in Cardiologia. Partendo dal modello concettuale di competenza professionale definita come utilizzo equilibrato, abituale e consapevole delle conoscenze scientifiche e delle abilità tecniche mutuuate dal ragionamento clinico, sono stati elaborati i *Corsi di Clinical Competence del Cardiologo in UTIC* a cura dell'Area Emergenza - Urgenza. Questi Corsi, che hanno avuto un grande successo, saranno sostenuti e programmati con cadenza regolare nel corso del prossimo biennio. In particolare nel mese di novembre e dicembre sono stati già pianificati tre corsi che si svolgeranno a Cagliari, Milano e Napoli. Peraltro, nel mese di giugno 2010 è stato varato lo Start-up meeting del progetto *Clinical Competence del Cardiologo Clinico* dedicato alla Cardiopatia Ischemica Cronica, coordinato da Massimo Uguccioni. Sono in via di definizione quelli dedicati allo Scompenso Cardiaco ed alla Fibrillazione Atriale. Con questa iniziativa si espande la proposta ANMCO di formazione specifica sul campo coinvolgendo anche i Cardiologi che si occupano della gestione del cardiopatico cronico.

COMUNICAZIONE

Rappresenta uno dei consolidati punti di forza della nostra Associazione che trova in "Cardiologia negli Ospedali" (COS) e nel Sito WEB congiunto ANMCO e Fondazione "per il Tuo cuore" Onlus (SW ANMCO - Fondazione) un prezioso e costante riferimento per

la koinè dei Soci ANMCO. Proveremo a rimodulare questi strumenti per amplificare i contenuti in linea con le necessità attuali.

Magazine Strategy

Nel tempo, *COS* è stato traghettato - con grande apprezzamento da parte dei Soci ANMCO - da House Organ che riporta le tante e variegata attività degli organi ed organismi dell'Associazione su base nazionale e regionale a Magazine di riferimento per i Cardiologi ANMCO con attivazione di Rubriche e servizi dedicati ad aspetti culturali di tipo professionale ed umanistico. Questa strategia verrà sostenuta individuando nuove aree e rubriche dedicate tra cui:

- *Filo Diretto con le Istituzioni Sanitarie*: rubrica dedicata ad interviste con i Decisori Pubblici nazionali e regionali su temi di programmazione sanitaria in area cardiovascolare;
- *ESC Window*: area dedicata alle varie iniziative promosse dalla European Society of Cardiology con interviste ai tanti Cardiologi italiani coinvolti nei Constituent Bodies della ESC;
- *Nord chiama Sud, Sud chiama Nord. Fotografie dell'attività infermieristica*. La Rivista *COS* è molto seguita anche dagli Infermieri delle nostre Cardiologie. Pertanto è opportuno selezionare uno spazio dedicato agli aspetti organizzativi e culturali delle attività infermieristiche in Cardiologie riportando eventuali esperienze di buone pratiche nursing in campo cardiovascolare attive nelle varie aree regionali;
- *Associazioni per il cuore e dintorni*: rubrica dedicata alle attività delle tante Associazioni di volontariato per il cardiopatico operanti sul territorio nazionale e regionale;
- *Come eravamo*: si espande l'area umani-

stica di *COS* dedicando una rubrica alla storia della Medicina cardiovascolare. Queste iniziative sono state concordate con il nuovo appassionato Comitato di Redazione di *COS* costituito da Maurizio Abrignani, Pasquale Caldarola, Fabrizio Oliva, Serena Rakar e Roberto Valle, coordinato da Mario Chiatto (Editor) e Domenico Gabrielli (Co - Editor), che hanno già dimostrato solida esperienza ed entusiasmo coinvolgente.

WEB Strategy

Il SW ANMCO - Fondazione ha rivestito negli anni una crescente certezza nella comunità dei Cardiologi e dei pazienti cardiopatici, come attestano i numerosi contatti registrati: circa 40.000 in media al mese. Partendo da questi lusinghieri risultati, proveremo ad implementare nuovi servizi ed iniziative sia per la sezione dedicata all'Operatore Sanitario che quella dedicata ai Cittadini.

- *Forum on line*: aree tematiche specifiche per argomento in cui l'Operatore Sanitario può condividere e confrontarsi con altri Colleghi su aspetti scientifici e professionali;
- *Cardio Chat Audio Video*: consente tramite una lista di contatti on line disponibili sul SW ANMCO - Fondazione, di effettuare chat audio/video tra gli operatori connessi.
- *Cardio Channel ANMCO WEB - TV*: trasmissione in diretta oppure on - demand di vari contenuti tra cui: telegiornale tematico, dibattiti tra esperti su temi specifici, attività congressuali, interviste con opinion leader e componenti del Consiglio Direttivo e Nazionale ANMCO. In tal senso è diretto al primo esperimento già disponibile su SW ANMCO - Fondazione relativo alle interviste ai

Presidenti Regionali ANMCO. Saranno espanse ed ampliate le iniziative dedicate ai Cittadini avendo in mente il grande successo di interesse ricevuto dalla rubrica "*LEsperto Risponde*" con oltre 2.000 richieste di pareri offerti da un nutrito gruppo di colti ed appassionati Colleghi. Queste iniziative avranno l'obiettivo di promuovere e sostenere strategie di patient empowerment, inteso come processo di sviluppo personale per cui il paziente/individuo viene dotato di conoscenze, capacità e consapevolezza che gli consentono di autodeterminarsi in relazione alla propria salute. Il coordinamento del SW ANMCO - Fondazione è affidato alla competenza ed esperienza di Alessandra Chinaglia e Roberto Ceravolo che si avvarranno della collaborazione di Filippo Ottani e di una colta e vivace Commissione costituita da Stefania De Feo, Leonardo Di Ascenzo Silvia Ferro, Dario Formigli, Christos Katsanos, Michele Moretti, Federico Nardi, Antonio Tota e Marco Vatrano.

QUALITÀ

Abbiamo iniziato dal nostro interno la Certificazione di Qualità ISO 9001 dell'ANMCO e della Fondazione "*per il Tuo cuore*" Onlus. Il viaggio continua e si espande dal momento che la promozione del miglioramento continuo della qualità dell'assistenza in area cardiovascolare è una consolidata mission dell'ANMCO e rappresenta il motore di spinta delle attività del Consiglio Direttivo nel prossimo biennio. Di seguito alcune delle iniziative che verranno sostenute in futuro.

Certificazione di Qualità ISO 9001 delle Cardiologie

È un progetto che ha ricevuto grande consenso da parte dei Soci ANMCO e attenzione crescente per la nostra Associazione da parte dei livelli istituzionali regionali e nazionali. Negli ultimi tre anni, 27 U.O.C. di Cardiologia sono giunte alla certificazione di qualità ISO 9001, in particolare: 10 in Toscana (preziosa esperienza pilota coordinata da Francesco Bovenzi), 4 in Campania, 1 in Basilicata, 7 in Puglia e 5 in Calabria. Il progetto di Certificazione di Qualità delle Cardiologie (CQC), coordinato da Pasquale Caldarola, è risultato essere testimonianza pratica e concreta della possibilità di declinare i principi della **Clinical Governance** in Cardiologia in un modello organizzativo che è risultato:

- semplice, capace di tradurre i principi complessi in un quadro di riferimento organizzativo e clinico di immediata comprensione;
 - fruibile, costituito da un sistema di regole e di prassi progettate per implementare la qualità con 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 similari con relativa individuazione delle priorità di intervento.
- Questa esperienza di successo verrà condotta in altre Regioni con l'obiettivo di:
- rafforzare i rapporti con le Istituzioni regionali e nazionali al fine di condividere strategie, piani di miglioramento, indicatori di performance;
 - garantire ad ANMCO una visibilità

forte ed agganciata ad una percezione di utilità nella pratica clinica quotidiana da parte dei Soci e delle Istituzioni, promuovendo una iniziativa originale e misurabile riguardo i risultati raggiunti.

Certificazione di Qualità del Percorso Diagnostico Terapeutico e Accredimento all'Eccellenza delle Cardiologie

È una iniziativa che affianca il progetto CQC ed ha l'obiettivo di promuovere, in linea con quanto richiesto da AGE.NA.S, la divulgazione delle buone pratiche cliniche nella gestione dei PDT disegnati per il paziente cardiopatico. In pratica è la selezione di appropriati ed efficienti PDT elaborati per aree assistenziali epidemiologicamente rilevanti (Sindromi Coronariche Acute e Scompenso Cardiaco) che verranno specificamente valutati in un contesto reale rappresentato da un campione omogeneo di Strutture cardiologiche. Questi PDT Certificati saranno quindi proposti per l'implementazione ad altre Strutture cardiologiche mediante una specifica Campagna Educazionale Nazionale di sensibilizzazione. È ragionevole considerare che il progetto PDT Certificati sarà per primo dedicato ai pazienti con Sindrome Coronaria Acuta, che rappresentano la percentuale più alta di pazienti ricoverati nelle Strutture cardiologiche: 52% dei pazienti ricoverati in UTIC, in base ai dati dello Studio Blitz 3.

Il progetto **PDT Certificati** garantirà:

- coerenza con il progetto CQC finora adottato e che si svilupperà in un tempo medio - lungo per raggiungere un campione significativo di Strutture cardiologiche italiane;
- identificazione e adeguamento ai

requisiti minimi organizzativi, tecnologici e strutturali per l'accreditamento;

- misurabilità delle risorse impegnate;
- possibilità di garantire la migliore continuità Ospedale - Territorio, generando precise interfacce con "gli invianti" e con "i riceventi";
- possibilità di registrazione dei dati in apposito Data Base;
- possibilità di generare report significativi sull'andamento dei risultati riguardo le cure del paziente cardiopatico (acuto e cronico) da utilizzare a livello di Società Scientifica ed a livello regionale/nazionale quale elemento imprescindibile per scelte decisionali da parte degli organismi istituzionali preposti, sulla base di dati oggettivi.

Il Progetto sarà articolato in quattro fasi: Fase 1: Costituzione del Gruppo di Progetto e progettazione del Modello Percorso SCA.

Fase 2: Individuazione di tre Cardiologie pilota in cui applicare il Modello SCA e certificazione del Modello Percorso SCA da parte di un Ente di Certificazione.

Fase 3: Formazione per aree vaste riguardo il Modello Percorso SCA e criteri di applicazione.

Fase 4: Implementazione del Modello ed accreditamento all'eccellenza ANMCO per le Strutture cardiologiche partecipanti.

Ci aspetta un biennio di intenso e appassionato lavoro per tutto il Consiglio Direttivo ANMCO ma come sempre potremo contare sul prezioso ed insostituibile supporto di tutto l'**all star Staff ANMCO: la Segreteria ed il Centro Studi**. Grazie in anticipo e Buon lavoro a tutti!

I Casi Clinici: quale interesse per la Cardiologia?

di A. Chinaglia e A. Maseri

Nel numero di novembre - dicembre 2009 di "Cardiologia negli Ospedali" invitavamo i Cardiologi a contribuire a creare un Archivio via WEB di Casi Clinici "inusuali". Il Consiglio Direttivo aveva raccolto la proposta del Professor Attilio Maseri di porre maggiore attenzione alla clinica, e quindi di soffermarsi sui casi che per presentazione clinica, decorso o risposta al trattamento differiscono da ciò che siamo abituati a vedere. Abbiamo quindi creato uno strumento informatico finalizzato non solo alla costituzione di un Archivio di Casi Clinici, ma che anche consente di aprire una discussione su ogni singolo caso con commenti, suggerimenti e proposte di approfondimento da parte degli altri Cardiologi. Abbiamo verificato che lo strumento funziona: nei primi due mesi sono stati inviati venti Casi Clinici; su molti di questi si è aperta una discussione che è tuttora disponibile e che può essere utile non solo al curante ma anche ai Colleghi che hanno casi simili. Nel tempo l'invio dei casi si è rarefatto, anche perché non abbiamo più sollecitato l'invio e ricordato che esiste questa possibilità. Sempre più frequentemente in Congressi, Corsi e Convegni alle Relazioni tradizionali si alternano presentazioni di Casi Clinici. Questo interesse crescente e l'approvazione ricevuta dai Cardiologi ci spinge a continuare su questa strada. Riteniamo che riflettere sul Caso Clinico



Leggi sul Sito WEB il Caso Clinico "Assenza di eventi ischemici a distanza in paziente con malattia trivasale non rivascularizzato": è un classico OUTLIER che dimostra che la relazione tra ATS coronarica e Sindromi Coronariche Acute non è sempre lineare. Se hai visto un caso simile descrivilo alla pagina www.anmco.it/casicliniciinusuali/proponi

faccia parte dell'approccio professionale corretto da parte del Cardiologo; la condivisione delle proprie considerazioni non può che arricchire la comunità cardiologica. Ai giovani che stanno imparando il mestiere del Cardiologo vogliamo insegnare non solo l'Evidence Based Medicine e le Tecnologie di alto livello, ma anche l'attenzione alle caratteristiche di unicità del singolo paziente. Discutere in rete i Casi Clinici "inusuali" ci consente di condividere con altri esperti del settore Casi Clinici "inusuali", sorprendenti, irrisolti per capire meglio il motivo del loro comportamento diverso da quello atteso. Ci impegniamo a commentare "tempestivamente" nuovi futuri inserimenti di Casi Clinici e a sollecitare l'intervento di esperti del settore. Inoltre alcuni di questi Casi possono diventare Casi "indice" per la raccolta di altri analoghi e l'apertura di nuove linee di sviluppo della ricerca clinica. Rinnoviamo quindi l'invito ad inserire i Casi Clinici "inusuali" sul Sito WEB dell'ANMCO all'indirizzo www.anmco.it/casicliniciinusuali/: la compilazione è molto semplice, richiede poche minuti se il medico conosce bene il paziente, e lascia ampia libertà di descrizione del caso.



UN VIVO RINGRAZIAMENTO AGLI AUTORI
DEI CASI CLINICI "INUSUALI"

“

Alessandra Chinaglia
Tiziana Chiriaco
Sarah Dogliani
Francesco Guglielmi
Chiara Lestuzzi
Francesco Mainardi
Marcello Marci
Paolo Meneghetti
Fabrizio Paoli
Giampiero Patrizi
Patrizia Rosy Pelliccioni
Amedeo Picciolo
Francesco Rotondi
Roberto Spoladore
Antonello Talarico
Luigi Tarantini
Alberto Valbusa

”



ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI
CARDIOLOGI OSPEDALIERI

**CORSO DI CLINICAL COMPETENCE:
LA GESTIONE DEL PAZIENTE
CON CARDIOPATIA ISCHEMICA CRONICA
START-UP MEETING**

mercoledì, 23 giugno 2010

**Hotel Rivoli
Firenze**

PRESIDENTE ANMCO
Marino Scherillo (Benevento)

COMITATO ESECUTIVO
Massimo Uguccioni (Roma) - Coordinatore
Maurizio Giuseppe Abrignani (Erica)
Gianfranco Alunni (Perugia)
Pasquale Caldarola (Terlizzi)
Mario Chiatto (Cosenza)
Furio Colivicchi (Roma)
Pomilio Faggiano (Brescia)
Domenico Gabrielli (Fermo)
Salvatore Pirelli (Cremona)
Carmine Riccio (Caserta)
Pier Luigi Temporelli (Torino)
Roberto Valle (Chioggia)

SEGRETERIA SCIENTIFICA
Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri
Via La Marmorata, 36
50121 Firenze
Tel 055 51011
Fax 055 5101350
segreteria@anmco.it
www.anmco.it

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA
Alijet & Fargo international s.r.l.
Via Pietro Maroncelli, 44/46/48
Via F.lli Bronzetti, 12/A-B-C
50137 Firenze
Tel 055 600555
Fax 055 601643

SEDE CONGRESSUALE
Hotel Rivoli
Via della Scala, 33
50123 Firenze
Tel 055 27861
Fax 055 294041

Iniziativa realizzata con il supporto educazionale di:



Prendono il via i Corsi residenziali di Clinical Competence per Cardiologi dedicati alla gestione dei pazienti con Cardiopatia Ischemica Cronica

Le competenze del Cardiologo, oltre che nella cura dell'acuzie, devono rivolgersi alla gestione dei pazienti con malattia coronarica cronicizzata

*di Massimo Uguccioni
a nome del Comitato Esecutivo*

8.30 Apertura dei lavori, introduzione e presentazione del progetto
M. Scherillo (Benevento) - M. Uguccioni (Roma)

PRIMA SESSIONE

Moderatori: M. Chiatto (Cosenza) - S. Pirelli (Cremona)

- 9.00 **Gli interventi dopo un infarto miocardico acuto**
Come impostare il percorso post-dimissione dell'infartuato per un follow-up appropriato: indicazioni e tempi della diagnostica strumentale
P. L. Temporelli (Torino)
- 9.30 **Caso clinico**
Il paziente con infarto non complicato: dalla dimissione alla cronicizzazione
Il timing post-dimissione della vita quotidiana: attività sessuale, guida, lavoro
Come monitorare l'aderenza alle prescrizioni
C. Riccio (Caserta)
- 10.15 **Discussione**
- 10.30 **La terapia farmacologica della cardiopatia ischemica cronica**
La doppia antiaggregazione e la terapia con statine: dosi e durata del trattamento
Gli altri farmaci raccomandati
Le prospettive della terapia antianginosa
P. Faggiano (Brescia)
- 11.00 **Break**
- 11.30 **Caso clinico**
Il paziente con infarto complicato da disfunzione ventricolare
Riflessioni sulle indicazioni al defibrillatore
Il problema della CRT
Quando ricercare la vitalità miocardica
G. Alunni (Perugia)
- 12.15 **Discussione**
- 12.30 **Caso clinico**
Il paziente con cardiopatia ischemica e comorbidità (diabete ed insufficienza renale cronica)
I problemi della poli-terapia (antidiabetici orali - FANS - inibitori di pompa)
Quando e come trattare l'anemia
Come trattare l'ischemia residua
M. G. Abrignani (Erice)
- 13.15 **Discussione**
- 13.30 **Lunch**

SECONDA SESSIONE

Moderatori: M. Uguccioni (Roma) - R. Valle (Chioggia)

- 14.30 **Caso clinico**
Il paziente non rivascularizzabile con funzione sistolica conservata
Le opzioni e le prospettive della terapia farmacologica
Le terapie non farmacologiche
Come impostare un follow-up appropriato
F. Colivicchi (Roma)
- 15.15 **Discussione**
- 15.30 **Caso clinico**
Il paziente con cardiopatia ischemica e fibrillazione atriale recidivante
La terapia anticoagulante: quando è necessaria, con quali cautele, entro quali range
I problemi della terapia anti-aritmica
Quando proporre l'ablazione
D. Gabrielli (Fermo)
- 16.15 **Discussione**
- 16.30 **Caso clinico**
Il paziente post-infartuato e la chirurgia non cardiaca
La gestione peri-operatoria "standard"
Il problema degli stent medicati: quando ed in quali pazienti sospendere la doppia antiaggregazione
M. Uguccioni (Roma)
- 17.15 **Discussione**
- 17.30 **Chiusura lavori**

Razionale del Corso

È ben noto il gap esistente tra le evidenze derivate dai Trial clinici e le difficoltà di gestione incontrate nella cura quotidiana dei pazienti. Nell'ambito della Cardiopatia Ischemica Cronica, per la diffusione della patologia ed il conseguente elevato e crescente impegno di risorse, la distanza tra evidenze di efficacia e realtà clinica determina frequentemente gravi ricadute negative, come:

- procedure diagnostiche inappropriate per indicazioni e quantità erogate;
- terapie farmacologiche empiriche, non Evidence - Based;
- controllo parziale o inadeguato dei fattori di rischio;
- mancato raggiungimento degli obiettivi terapeutici.

Da qui nasce l'idea di organizzare Corsi di "Clinical Competence" sul campo per consentire a Cardiologi clinici interessati al trattamento del cardiopatico ischemico cronico di confrontarsi con altri Cardiologi, in qualità di Tutor, sui problemi che si incontrano quotidianamente nella gestione di tali pazienti al fine di approfondire la conoscenza dei percorsi diagnostico - terapeutici adottati nell'ambito di Centri cardiologici di eccellenza.

Struttura generale

Con la riunione di Start - Up svoltasi a Firenze nel mese di giugno 2010 ha preso ufficialmente il via il Corso dedicato alla "Clinical Competence" nel paziente cronico. Abbiamo iniziato ben cinquanta Corsi formativi residenziali della durata di due giorni, per piccoli gruppi di discenti (non più di 8), presso Centri ospedalieri distribuiti su tutto il territorio nazionale. Al fine di favorire l'interattività anche nelle Sessioni teoriche, le Relazioni frontali saranno alternate alla presentazione di Casi Clinici esemplificativi delle principali situazioni cliniche abitualmente affrontate nella gestione del paziente ischemico cronico. Nelle Sessioni pratiche i discenti, affiancati da uno o più Tutor, completeranno il percorso formativo attraverso la discussione di Casi Clinici "reali", l'osservazione di metodiche diagnostiche, la partecipazione a meeting clinici di reparto, l'approfondimento degli aspetti organizzativi correlati alla gestione della cronicità e l'illustrazione, in brevi presentazioni, di specifici aspetti emersi dall'osservazione clinica di pazienti degenti o ambulatoriali.

Principali temi trattati

- Come impostare il percorso post - dimissione dell'infartuato: i vari approcci terapeutici.
 - Come predisporre un follow - up appropriato: indicazioni e tempi della diagnostica strumentale.
 - Come affrontare il problema dell'aderenza: esistono ricette migliori di altre.
 - La doppia antiaggregazione: dosi raccomandate e durata del trattamento.
 - La terapia con statine: definizione dei target, dosi e durata del trattamento.
 - Gli altri farmaci raccomandati.
 - Le nuove prospettive della terapia anti - anginosa.
- ### Casi Clinici esemplificativi
- Quando l'infarto non è complicato: dalla dimissione alla cronicizzazione.
 - Quando il paziente ha una disfunzione ventricolare post - infartuale.
 - Il paziente con malattia coronarica e comorbidità.
 - Quando la rivascularizzazione non è effettuabile: le scelte terapeutiche.
 - Come trattare la fibrillazione atriale recidivante nel paziente ischemico.
 - La chirurgia non cardiaca nel paziente ischemico e portatore di stent coronarico.



PRESIDENTE

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

PRESIDENTE DESIGNATO

FRANCESCO BOVENZI

Direttore di Struttura Complessa
U.O. di Cardiologia
Ospedale "Campo di Marte"
Via dell'Ospedale, 1 - 55100 Lucca
Tel. 0583/449515 - Fax 0583/970448
e-mail: f.bovenzi@usl2.toscana.it

PAST - PRESIDENT

SALVATORE PIRELLI

Direttore di Struttura Complessa
U.O. di Cardiologia
Istituti Ospitalieri
Largo Priori, 1 - 26100 Cremona
Tel. 0372/405333 - 332
Fax 0372/433787
e-mail: pirelli.s@libero.it

VICE-PRESIDENTE

Attività Culturali

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

VICE-PRESIDENTE

Attività Organizzative e Gestionali

FRANCESCO MAZZUOLI

Dirigente Medico
Cardiologia Generale 1
A.O.U. "Careggi"
Viale Morgagni, 85 - 50134 Firenze
Tel. 055/7947692 - Fax 055/7947468
e-mail: mazzuolif@aou-careggi.toscana.it

SEGRETARIO GENERALE

PASQUALE CALDAROLA

Direttore di Struttura Complessa
Cardiologia - UTIC
Ospedale "San Paolo"
Via Caposcardicchio, 1 - 70123 Bari
Tel. 080/5843491 - Fax 080/5843433
e-mail: pascald@libero.it

TESORIERE

DOMENICO GABRIELLI

Direttore di Struttura Complessa
U.O. di Cardiologia
Ospedale Civile "Augusto Murri"
Via Augusto Murri, 9 - 63023 Fermo
Tel. 0734/6252071 - Fax 0734/625238
e-mail: d.gabrielli@asl11.marche.it

CONSIGLIERI

MAURIZIO GIUSEPPE ABRIGNANI

Dirigente Medico
U.O. di Cardiologia
Ospedale Civile "Sant'Antonio Abate"
Via Cosenza - 91016 Erice (TP)
Tel. 0923/809315 - Fax 0923/809317
e-mail: maur.abri@alice.it

ROBERTO CERAVOLO

Dirigente Medico
UTIC - Emodinamica e Cardiologia
Interventistica
Ospedale Civile Pugliese
Viale Pio X, 91 - 88100 Catanzaro
Tel. 0961/883447 - Fax 0961/883944
e-mail: roberto.ceravolo@alice.it

FABRIZIO OLIVA

Dirigente Medico
Cardiologia 2 - Ospedale "Niguarda"
Piazza Ospedale Maggiore, 3
20162 Milano
Tel. 02/64442335 - Fax 02/66101716
e-mail: fabrizio.oliva@ospedaleniguarda.it

FILIPPO OTTANI

Dirigente Medico
U.O. di Cardiologia
Ospedale "G.B. Morgagni L. Pierantoni"
Via Forlanini, 34
47100 Forlì
Tel. 0543/7351601 - Fax 0543/735115
e-mail: ottanif@alice.it

SERENA RAKAR

Dirigente Medico
S.C. di Cardiologia
Ospedale "Cattinara"
A.O.U. Ospedali Riuniti
Via Valdoni, 1 - 34149 Trieste
Tel. 040/3994865 - Fax 040/3994878
e-mail: serenarakar@hotmail.com

ROBERTO VALLE

Dirigente Medico
U.O. di Cardiologia
Ospedale Civile
Strada Madonna Marina, 500
30019 Chioggia (VE)
Tel. 041/5534236 - Fax 041/5534265
e-mail: rvalle@asl14chioggia.veneto.it

Il Consiglio Nazionale ANMCO incontra il Centro Studi

di A. P. Maggioni, A. Lorimer, M. Gorini, D. Lucci, M. Ceseri



Figura 1

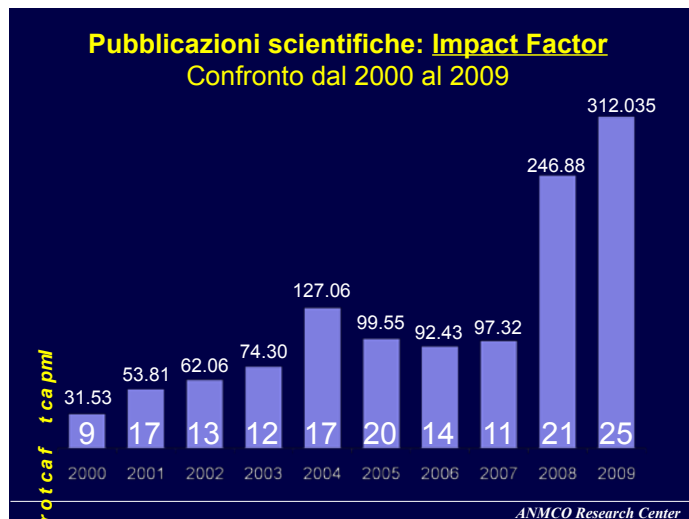


Figura 2

Lo scorso 27 marzo il Consiglio Nazionale ANMCO ha incontrato lo Staff del Centro Studi ANMCO per conoscere lo stato di avanzamento delle attività svolte in ambito di Ricerca clinica. Il Direttore del Centro Studi, Aldo Pietro Maggioni, ha rapidamente ricordato le figure professionali di cui il Centro Studi si è dotato per seguire tutte le fasi della Ricerca clinica: oltre al Direttore vi sono infatti un gruppo di Segreteria, di Statistici, di Data Manager, di Amministrativi, di Esperti di aspetti regolatori dei progetti, Monitor interni e di Consulenti Cardiologi. Si è poi passati ad una panoramica generale ed introduttiva dei progetti gestiti dal Centro Studi a vario titolo, distinguendo tra quelli appena conclusi, in corso o in fase di attivazione; Studi propri o promossi da altri enti ma ritenuti da ANMCO

di rilievo scientifico tale da conferire un Endorsement. I progetti di Ricerca sono stati inoltre identificati in base al disegno dello Studio: Trial Clinici, Outcome Research, Studi di Epidemiologia. Come illustra la Figura 1, le varie tipologie di progetti sono ben rappresentate, anche se si osserva, almeno per quanto riguarda gli Studi gestiti direttamente dalla Fondazione “per il Tuo cuore” Onlus, che la maggior parte dei RCT riportati sono appena terminati, mentre quelli in corso o in fase di attivazione sono più spesso di tipo osservazionale. Successivamente è stato illustrato il dato relativo alle pubblicazioni scientifiche tramite un confronto dell’Impact Factor ottenuto anno per anno dal 2000 al 2009. Come da Figura 2, il valore è andato lievemente a crescere negli anni, con un picco nel 2008 e 2009 sicuramente frutto della pubblicazione dei dati

relativi ai due grandi Trial clinici conclusi in questo periodo: GISSI - AF e GISSI - HF. Aldo Maggioni ha quindi illustrato il rendiconto gestionale del Centro Studi al 30 giugno 2009, sottolineando che i finanziamenti sono prevalentemente privati, ma non provengono da una unica azienda. Ha inoltre sottolineato il fatto che la maggior parte dei finanziamenti va ai Centri sotto forma di “fee per patient” o Supporter alla Ricerca (si veda l’articolo su “Cardiologia negli Ospedali” n° 174, pp. 16 - 17). Si è poi passati ad un rapido aggiornamento sullo stato dell’arte della Ricerca innovativa promossa dalla Fondazione “per il Tuo cuore” Onlus: dei 5 progetti attivati, due sono prossimi ad avere un protocollo definitivo da inviare ai Comitati Etici dei Centri partecipanti. Il Centro Studi collaborerà nella fase di messa a punto finale dei documenti



Figura 3

previsti per il pacchetto regolatorio, quindi seguirà l'attivazione dei Centri partecipanti. La parola è passata poi ai vari rappresentanti del Centro Studi che hanno presentato nel dettaglio le principali attività da questo condotte:

- Regolatorio - Andrea Lorimer,
- Sistema Qualità - Marco Gorini,
- Coordinamento degli Studi - Donata Lucci,
- Esperienza Monitor - Supporter - Martina Ceseri.

Andrea Lorimer ha brevemente ricordato ai presenti in aula quali sono i principali passaggi dell'iter regolatorio di uno Studio, sia che si tratti di uno Studio clinico su farmaco che di uno Studio osservazionale (Figura 3). L'attenzione si è poi spostata su quelli che sono gli aspetti problematici di questa fase, primo fra tutti la lentezza con cui si conclude la fase di approvazione (o bocciatura) da parte del Comitato Etico, quindi la difficoltà incontrata da un promotore per attivare un progetto multicentrico in Italia, in particolar modo quando questo è no profit come la Fondazione "per il Tuo cuore" Onlus. Le criticità del processo regolatorio vanno ripartite tra tutti gli attori coinvolti: il Comitato Etico Locale, il Ricercatore, il Promotore. Nel corso degli ultimi anni sono stati emanati dal Ministero della Salute alcuni

Decreti con lo scopo di rendere le procedure più snelle, ma sicuramente su questo aspetto c'è ancora molto da lavorare e migliorare.

Una importante implicazione della problematica riportata è di tipo burocratico, nel senso che il dispendio di energie, denaro e tempo per concludere lo step regolatorio di uno Studio con un elevato numero di Centri è sicuramente rilevante e spesso non alla portata di sponsor di tipo "no profit"; ma sono da sottolineare anche le conseguenze etiche che questa comporta, perchè il quesito proposto dal protocollo otterrà una risposta in ritardo rispetto ai tempi previsti. La seconda parte della relazione di Andrea Lorimer è stata dedicata alle recenti indicazioni fornite dal Ministero per la valutazione degli Studi Osservazionali da parte dei CE, e quindi al nuovo Registro Nazionale degli Studi Osservazionali (si veda l'articolo su "Cardiologia negli Ospedali" n° 174 pp. 18 - 20). Si è ricordato che anche gli Studi Osservazionali devono essere valutati dai CE. Le Linee Guida sugli Studi Osservazionali tuttavia distinguono fra diverse tipologie di Studi Osservazionali, per alcuni il parere del CE è necessario, per altri è sufficiente una presa d'atto. A seguire un elenco.

- Studi di coorte prospettici: necessa-

Decreto Ministeriale sulle Assicurazioni

Il Presente

Ci si può sempre avvalere delle polizze delle Aziende ma queste devono:

- Avere massimali di 10 milioni di euro per protocollo con più di 200 pazienti

- Avere termini di polizza non inferiori a 24 o 36 mesi dalla conclusione dello studio (fino a 10 anni per terapie geniche, terapie cellulari e radiofarmaci)

Ma soprattutto

Coprire non solo fatti occorsi per imperizia, negligenza, imprudenza, ma anche fatti accidentali (la cui causa è o non è identificabile)

In altre parole, del danno la assicurazione viene a rispondere o indipendentemente dalla causa, cioè sempre o per accertata negligenza, imprudenza o imperizia

Firenze, 27 marzo 2010

ANMCO Research Center

Figura 4

ria la valutazione del CE locale;

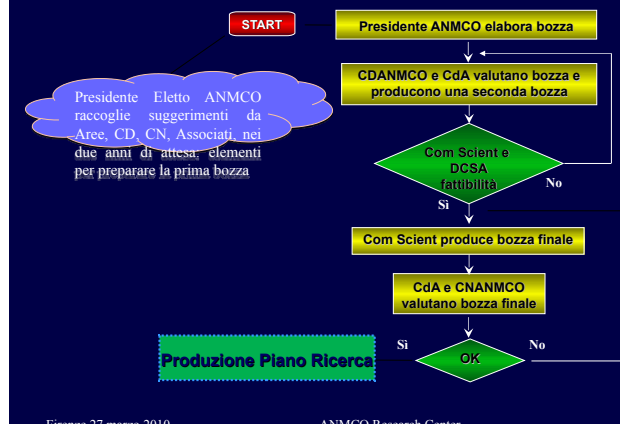
- Studi di coorte retrospettivi;
 - Studi caso controllo;
 - Studi solo su casi;
 - Studi trasversali;
 - Studi di appropriatezza: è richiesta la notifica al CE, vale la regola del silenzio assenso in caso di mancata risposta dal CE entro 60 giorni dall'invio della pratica.
- Il Registro Nazionale degli Studi Osservazionali è stato istituito il 1 marzo 2010: tutti gli Studi attivati da questa data in poi, con le caratteristiche descritte, devono essere inseriti dal promotore secondo le modalità previste dalla normativa vigente (<http://Osservazionali.agenziafarmaco.it/>). Ultimo ma non meno importante il recente Decreto Ministeriale sulle Assicurazioni per le sperimentazioni cliniche, che sicuramente mette in difficoltà Promotori e Aziende ospedaliere (Figure 4 e 5). In merito al successivo punto all'ordine del giorno, il Sistema di Qualità della Fondazione "per il Tuo cuore" Onlus, Marco Gorini ha illustrato lo stato dell'arte.
- 22 dicembre 2005: rilascio certificazione a cura di CERMET (ente accreditato) - Fondazione "per il Tuo cuore" Onlus opera nel settore Ricerca in conformità alla norma UNI En ISO 9001:2008.

Decreto Ministeriale sulle Assicurazioni

- Possibili conseguenze della applicazione di questo Decreto Ministeriale:
 - Oggettiva difficoltà nella acquisizione della disponibilità del sistema assicurativo a stipulare polizze con un simile contenuto
 - Nel caso si trovi una disponibilità assicurativa, rischio elevatissimo e quindi il costo lieviterà molto
- Profit: forse il problema è minore nel contesto di un budget per uno studio già molto elevato
- No-profit: costi elevatissimi per il SSN. Li sosterrà ?
- Se non li sosterrà, sarà richiesto alle istituzioni di ricerca no profit di sostenerli. Sarà possibile ?

Figura 5

PIANO DELLA RICERCA



Firenze 27 marzo 2010

ANMCO Research Center

8

Figura 6

- 21 dicembre 2006 e 18 dicembre 2007: verifiche annuali del 1° triennio.
- 10 dicembre 2008: rinnovo triennale.
- 10 dicembre 2009: verifica annuale del 2° triennio.

È stata sottolineata l'importanza del Sistema Qualità che non deve essere considerato uno sterile riempimento di carte. Le prime implicazioni pratiche di questo sistema sono state:

- assegnazione di un punteggio di qualità ai Centri che collaborano con la Fondazione *“per il Tuo cuore”* Onlus in Studi Clinici (<http://www.anmco.it/fondazione/centrostudi/qualita/>);
- individuazione di obiettivi annuali, e relative soglie di raggiungimento, per le varie fasi dei progetti di Ricerca, utili a tenere meglio sotto controllo l'andamento degli stessi: il Chairman di ogni Studio, in accordo con il Direttivo, individua gli obiettivi annuali entro il 31 gennaio e valuta quelli raggiunti e/o eventuali criticità rilevate alla fine dell'anno, quindi azioni correttive da apportare per l'anno successivo.

Il ruolo rilevante dell'iniziativa sta comunque nel fatto che è stato possibile

instaurare un colloquio tra Centro Studi e Centri partecipanti, ai quali è così possibile far notare i loro punti di forza/criticità nella conduzione degli Studi: un feed - back sicuramente importante per permettere a tutti di migliorare nella gestione dei vari aspetti della Ricerca, e che lascia spazio a discussione e suggerimenti. A conclusione della sua presentazione Marco Gorini ha ribadito l'importanza del coinvolgimento di tutte le componenti ANMCO nella stesura del *Piano della Ricerca*, come stabilito dal Sistema Qualità della Fondazione *“per il Tuo cuore”* Onlus (Figura 6). La parola è passata poi a Donata Lucci, che ha affrontato alcuni degli aspetti nel coordinamento degli Studi Clinici, che si sono dimostrati cruciali negli ultimi anni:

- la selezione dei Centri da invitare agli Studi;
- la formazione e la comunicazione con i Ricercatori;
- gli *incentivi* per i partecipanti.

Il primo aspetto è stato definito nella procedura 05 del Sistema di Qualità: il Centro Studi si occupa di selezio-

nare i Centri che abbiano i requisiti necessari per svolgere il protocollo di Studio; l'elenco viene approvato dal Direttivo dello Studio e viene quindi inviato ai Presidenti Regionali ANMCO che hanno così modo di dare un loro parere in merito entro sette giorni; il Centro Studi stila poi la lista definitiva dei Centri da invitare a partecipare alla ricerca. Sull'esperienza del GISSI - HF (Figura 7) è stato definito un sistema di selezione dei Centri che segue il seguente schema:

- circa 80% in base alla classifica del punteggio di qualità dell'anno precedente
- circa 10% scelti tra i peggiori dell'anno precedente, in modo da dare loro la possibilità di “recuperare”;
- circa 10% dei Centri ai quali non è mai stato assegnato punteggio, quindi “nuovi” nella collaborazione con la Fondazione *“per il Tuo cuore”* Onlus, in modo da dare anche a questi la possibilità di entrare nella rete dei Centri di ricerca. Il Centro Studi verifica inoltre che l'elenco dei Centri rispetti anche un criterio rappresentatività sia in termini di distribuzione sul territorio

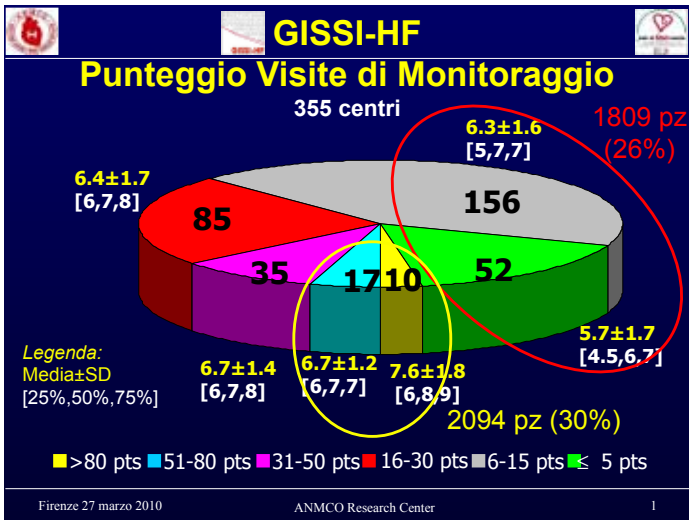


Figura 7

nazionale che di complessità di Struttura ospedaliera, in modo che i dati dello Studio siano poi rappresentativi della realtà clinica italiana. Nonostante il sistema di selezione sia molto preciso non per questo deve essere considerato rigido e imprescindibile, c'è infatti sempre ampio spazio per i Centri che si auto propongono e non è mai negata la possibilità di partecipare a chi mostra in prima persona interesse per un protocollo di Ricerca. Scelti i Centri, si passa all'importante fase di interazione con i Ricercatori coinvolti nella Ricerca. Il Centro Studi porta avanti questo tipo di attività tramite alcune azioni prima dell'inizio dello Studio, come ad esempio gli Investigator Meeting, che molto spesso sostituiscono le visite di inizio Studio, durante i quali vengono rivisti assieme ai Ricercatori sia il protocollo che le procedure e i materiali dello Studio; questi incontri sono anche un utile momento per uno scambio di opinioni tra Ricercatori, membri del Direttivo dello Studio e personale del Centro Studi; nel corso dello svolgimento della ricerca, con una interazione

praticamente quotidiana. Quando lo Studio è avviato il personale del Centro di coordinamento e i membri del Direttivo, si occupano di seguire i Centri con attività varie:

- Monitoraggio centralizzato, e *onsite* se previsto;
- Help - line clinica telefonica e via e-mail;
- Aggiornamenti dalla letteratura;
- Newsletter;
- Questions & Answers;
- Investigator Meeting di aggiornamento.

Donata Lucci ha sottolineato come ultimamente l'uso della e - mail stia semplificando molto l'interazione con i Ricercatori, permettendo uno scambio di idee e dati più rapido e continuo. L'aspetto relativo agli incentivi per i Centri partecipanti è stato trattato rilevando fondamentale l'utilità dei *benchmark report*, che sicuramente possono essere un valido strumento per aumentare il coinvolgimento dei Ricercatori negli Studi. Sono stati quindi riportati alcuni esempi in cui questi sono già stati implementati: nello Studio Blitz 4 Qualità questo

tipo di reportistica ha permesso ai Centri di valutare i propri dati, e confrontarli poi con quelli nazionali; nello Studio MANTRA ogni centro può vedere e valutare i dati relativi a tutti i pazienti del proprio Centro; il Software IN - HF online permette ai Ricercatori di visualizzare i dati del singolo Centro, e di raffrontarli con quelli della regione, di tutti i Centri o di un gruppo di Centri. È sicuramente auspicabile l'implementazione di questo tipo di reportistica in tutti gli Studi la cui cartella raccolta dati sia su web. L'ultima parte della riunione è stata dedicata alla presentazione del Progetto "URC - Supporter" a cura di Martina Ceseri. Gli Studi GISSI hanno lasciato qualche insegnamento anche in ambito di monitoraggio attivo dei Centri da parte di Centro di Coordinamento e Monitor on site: in Figura 8 è riportata la variazione del punteggio ottenuto dai Centri tra la prima e la quinta visita di monitoraggio, quindi tra l'inizio dello Studio e la fine dello stesso, relativamente ai 328 Centri che hanno incontrato il Monitor almeno cinque volte, si

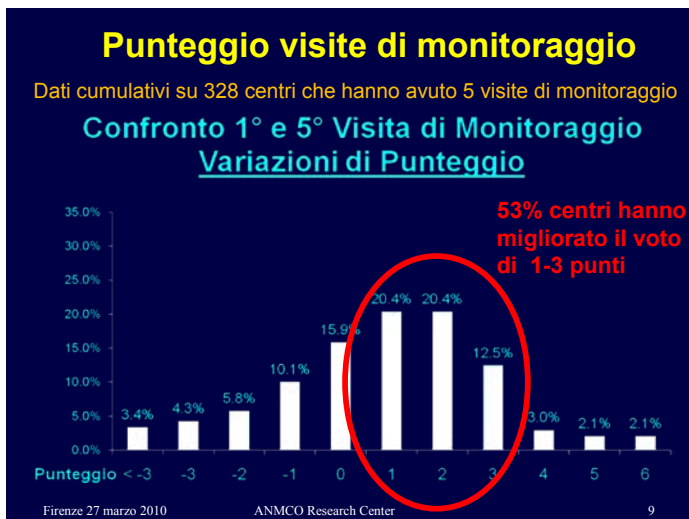


Figura 8

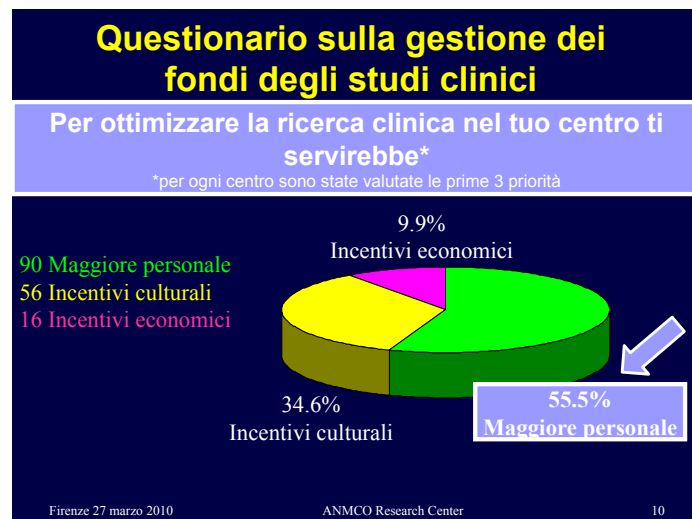


Figura 9

osserva che oltre la metà di questi ha migliorato la propria performance di 1 - 3 punti, a conferma del fatto che l'interazione Monitor - Ricercatori porta buoni frutti. Lo Studio GISSI ci ha dato inoltre l'occasione per organizzare incontri annuali con tutti i Ricercatori e condividere con questi le difficoltà odierne del fare ricerca in Italia. Da un incontro organizzato *ad hoc* con un ristretto numero di Centri (70) scelti fra quelli con la migliore performance è scaturito un Questionario incentrato sulla difficile tematica della gestione dei fondi degli Studi Clinici da parte delle Aziende ospedaliere; si è rilevato che lo scoglio maggiore del fare Ricerca in Italia è quello correlato alla mancanza di personale dedicato: Medici e Infermieri sono interamente assorbiti dalla routine (Figura 9). Forte di queste osservazioni il Centro Studi ha pensato di mettere in atto l'idea "Supporter alla Ricerca" (si veda l'articolo su "Cardiologia negli Ospedali" n° 174, pp. 16 - 17): l'iniziativa ha come obiettivo la creazione di una Rete di Centri di ricerca clinica di eccellenza, che siano

cioè in grado di assicurare una buona performance nella conduzione di Studi, sia in termini qualitativi che quantitativi. Tale scopo viene perseguito inserendo nei Centri che collaborano con Fondazione "per il Tuo cuore" Onlus una nuova Figura, un "Monitor locale" (il Supporter appunto) la cui funzione è quella di seguire tutti gli aspetti di carattere metodologico, organizzativo, burocratico nel condurre uno Studio Clinico richiede, lasciando al Medico gli aspetti strettamente Clinici. L'idea è partita nel 2006, e nel corso di questi tre anni si è dato il via a diverse iniziative per perseguire lo scopo descritto:

- Creazione di Unità di Ricerca Clinica;
- Collaborazione con la "Scuola di Ricerca clinica ed epidemiologica" dell'Università di Ferrara;
- Progetto Supporter - Fondazione "per il Tuo cuore" Onlus;
- Corso di introduzione alla Ricerca promosso dalla Fondazione "per il Tuo cuore" Onlus.

Il Centro Studi si è occupato di selezionare e formare personale, laureati in materie bio - sanitarie, sia attraverso

corsi teorici che attività pratiche svolte in affiancamento a personale del Centro Studi, o di Centri specializzati che con la Fondazione "per il Tuo cuore" Onlus collaborano in uno o più Studi; ovviamente l'aspetto formativo teorico è stato interamente delegato alla Scuola di Ferrara nei casi in cui i Borsisti sono stati scelti tra gli allievi di quel corso. La Fondazione "per il Tuo cuore" Onlus ha quindi messo a disposizione del personale selezionato delle Borse di Studio che permettessero loro di svolgere la parte pratica della loro formazione presso Centri di Ricerca, lavorando attivamente sugli Studi in corso. Si ritiene infatti che questa sia la migliore formazione proponibile a dei giovani laureati in questo settore, e ci si aspetta che l'integrazione degli stessi in qualità di Supporter nei Centri che stanno svolgendo Studi in collaborazione con Fondazione "per il Tuo cuore" Onlus possa portare rilevanti benefici all'andamento dei progetti in corso. In ogni caso il Centro Studi si è occupato di ottenere l'autorizzazione delle Aziende ospedaliere ad ospita-



Figura 10

re i suoi giovani collaboratori. Caso a parte è quello delle URC: questo primo progetto pilota prevedeva che Fondazione “per il Tuo cuore” Onlus mettesse a disposizione delle Aziende Ospedaliere selezionate dei fondi, grazie ai quali queste potevano bandire delle Borse di Studio e selezionare, e quindi gestire poi da un punto di vista amministrativo, in modo autonomo le persone cui affidare il progetto. Si è pensato così di aprire una strada che avrebbe facilitato poi il rinnovo delle Borse da parte delle Aziende con fondi propri, magari quelli provenienti dalla ricerca svolta. Martina Ceseri ha quindi concluso facendo presente che, a qualche anno di distanza dall’inizio del progetto Supporter - URC nel suo complesso, risultano “coperti da Supporter” circa sessanta Centri sul territorio nazionale (Figura 10), e si può quindi iniziare a fare qualche valutazione, che verrà sicuramente oggettivata meglio nei prossimi mesi con numeri e grafici: i Centri in cui lavora un Supporter arruolano di più e la qualità dei dati raccolti e il rispetto delle procedure previste dal

protocollo sono maggiormente curate e garantite. La criticità dell’intera iniziativa sta però nella difficoltà di reperire fondi per perseguirla in futuro: la Fondazione “per il Tuo cuore” Onlus ha ricavato quelli usati fino ad oggi da fondi propri, da parte di budget di alcuni Studi, da fondi messi a disposizione da Aziende farmaceutiche e Enti pubblici quali Farindustria; il futuro dovrebbe vedere le Aziende ospedaliere organizzarsi per ricavare dagli introiti degli Studi Clinici condotti, in particolar modo quelli di tipo *profit*, delle Borse di Studio per mantenere il Supporter autonomamente presso le proprie Strutture in un meccanismo che si autoalimenta. A conclusione dell’incontro Aldo Pietro Maggioni ha ripreso la parola per fare il punto di quanto detto, delle criticità emerse. Ha proposto poi degli spunti per le attività future del Centro Studi: progetti di Salute Pubblica, quali reali progetti di miglioramento dell’utilizzo di strategie diagnostiche/terapeutiche, che vedrebbero una stretta interazione con le Autorità Regolatorie, Agenzie Regionali, Assessorati. Si è poi parlato

di alcune strategie che sarebbe opportuno adottare per meglio integrare il Centro Studi nel mondo cardiologico, e per fare della Ricerca di qualità un fattore aggregante per la comunità cardiologica italiana. Da questo punto di vista un maggior coinvolgimento negli Steering Committee degli Studi di Cardiologi realmente interessati alla Ricerca, un potenziamento dei gruppi di scrittura di articoli di elevato livello, un sostegno locale alle attività di Ricerca potrebbero sicuramente aiutare. Il potenziale del nostro network, il background di gruppo di Ricerca collaborativo esiste, vanno ulteriormente rafforzate le professionalità esistenti, la qualità con cui si lavora e il coinvolgimento dei Centri periferici. Per continuare a crescere, è sicuramente opportuno aprirsi a nuove strategie di collaborazione internazionali, multidisciplinari, alla Ricerca innovativa e di Salute Pubblica.



La promozione della Ricerca: cronistoria e riflessioni sull'esperienza della Valle d'Aosta

di Giorgio Begliuomini

Il resoconto dettagliato del Progetto Pilota URC presso l'Ospedale di Aosta, dai problemi iniziali alla selezione del candidato alla valutazione finale: "la figura del Responsabile tecnico della Ricerca Clinica (RtRC) può essere molto utile per la conduzione della Ricerca clinica in Ospedale, può autofinanziarsi e lavorare in sinergia con varie specialità mediche"



La proposta

Nel 2005 la Fondazione “*per il Tuo cuore*” Onlus avanza ad alcune Cardiologie italiane particolarmente collaborative in precedenti Studi la proposta di sperimentare un più compiuto sistema di promozione ed attuazione di Ricerca clinica: il progetto pilota URC (Unità di Ricerca Clinica). Il sottoscritto, operante nella Struttura Complessa di Cardiologia dell’Ospedale di Aosta, viene invitato ad una riunione in cui la Fondazione “*per il Tuo cuore*” Onlus:

1. fissa i seguenti obiettivi:

a. migliorare la partecipazione agli Studi Clinici (qualitativamente e quantitativamente, in termini di arruolamenti e follow - up dei pazienti);

b. istituire all’interno delle Cardiologie un Servizio, inizialmente chiamato URC, in cui operi un Laureato in materie biosanitarie in grado di aiutare i Medici nelle attività logistiche e metodologiche che il fare Ricerca richiede, quindi non strettamente di pertinenza clinica ma che comportano enorme dispendio di tempo (indicheremo d’ora in poi questa Figura come Responsabile tecnico della Ricerca Clinica, RtRC).

c. la Figura scelta deve essere un Laureato e la Fondazione “*per il Tuo cuore*” Onlus si riserva di valutarne le caratteristiche perché si scelga una persona qualificata;

d. viene richiesta una presa in carico di tale soggetto e del progetto in generale da parte delle Aziende Sanitarie interessate;

e. si richiede che un Cardiologo “Senior” faccia da riferimento al progetto e al RtRC;

2. Offre il sostegno economico con una Borsa di lavoro biennale. Si auspica che al termine dei due anni l’Azienda Sanitaria possa istituzionalizzare e autofinanziare tale Figura.

Primi atti ufficiali dell’Azienda U.S.L. Valle d’Aosta

La Cardiologia di Aosta (il Direttore di allora era il Dott. M. De Marchi) si dichiara disponibile e riceve la proposta ufficiale di partecipare al progetto pilota URC.

Il 14 dicembre 2005 la Dott.ssa Riccardi, Direttore Generale, comunica alla Fondazione “*per il Tuo cuore*” Onlus che l’Azienda U.S.L. Valle d’Aosta è interessata al progetto. Nei successivi contatti con l’Azienda U.S.L. risulta subito chiaro che la denominazione URC non è gradita: viene probabilmente intesa dall’Amministrazione come via aperta ad una ulteriore Unità Operativa, con annesso “Primarietto”; di conseguenza, non parliamo più nelle successive contrattazioni di URC e ci limitiamo a caldeggiare l’assunzione con Borsa di lavoro del RtRC.

Deliberazione del bando da parte dell’Azienda U.S.L. Valle d’Aosta

Il 3 settembre 2007 (nuovo Direttore della S.C. di Cardiologia il Dott. C. Aillon), dopo lunga gestazione (due anni) e discussioni fra l’Amministrazione dell’Azienda U.S.L. Valle d’Aosta e la Fondazione “*per il Tuo cuore*” Onlus, con interventi da parte dei Cardiologi per sollecitare l’avvio del progetto:

1. viene stipulata una convenzione fra la Fondazione “*per il Tuo cuore*” Onlus, che versa la Borsa di lavoro all’Azienda U.S.L., e l’Azienda stessa che si impegna ad utilizzarla nei modi previsti;

2. viene bandito dall’Azienda U.S.L. un Avviso Pubblico per titoli e colloquio per un incarico biennale per un soggetto addetto alla Promozione della Ricerca Clinica. Requisiti richiesti: Laurea triennale e/o magistrale in materie scientifiche.

Scelta del Responsabile tecnico della Ricerca Clinica

Rispondono dieci candidati con Laurea in Biologia, Biotecnologie, Farmacia e Chimica. I Candidati vengono selezionati da una Commissione comprendente il Direttore Sanitario dell’Ospedale, una Psicologa, un Cardiologo, una Biologa in rappresentanza del Centro Studi ANMCO della Fondazione “*per il Tuo cuore*” Onlus, una funzionaria dell’Ufficio Concorsi. Nella scelta si dà peso a: Curriculum, conoscenza della lingua inglese (il prescelto dovrà essere in grado di leggere ed interpretare protocolli di Ricerca anche in tale lingua), “aspettative rispetto al lavoro proposto”. Quest’ultima domanda proposta dalla Psicologa risulta determinante perché fa emergere che, tra le persone aspiranti al posto, una con lavoro a tempo indeterminato, è genericamente interessata alla “ricerca” e non ha capito che si tratta di un lavoro precario. La maggior parte delle biologhe dichiara di non essere interessata a un lavoro prevalentemente svolto su CRF e protocolli di Ricerca e di aspirare a un lavoro di laboratorio vero e proprio (“al banco”). La candidata selezionata dimostra invece di aver ben compreso il lavoro cui è destinata e questo ritengo abbia poi facilitato l’avvio del progetto.

Avvio del lavoro del RtRC

La borsa biennale inizia ad aprile 2008 (N.B.: il Direttore della S.C. di Cardiologia è cambiato per la terza volta ed è il Dott. M. Sicuro). La RtRC è ufficialmente assegnata alla Direzione Sanitaria dell’Ospedale e distaccata presso il Reparto di Degenza di Cardiologia. Il primo problema è la localizzazione fisica del suo posto di lavoro: aspetto fondamentale! Il nostro Ospedale è assolutamente carente di spazi. Non potendo richiedere una stanza apposi-

ta, le è stata assegnata una “porzione” del tavolo di lavoro nella stanza Medici del Reparto di Degenza, un armadio dove ordinare i faldoni delle varie ricerche e un computer a lei riservato (con collegamento internet e al sistema informatico dell’Ospedale con password personale per accedervi). Questa iniziale sistemazione ha messo in grado la RtRC di rendersi autonoma in numerose operazioni (contatti con Centro Studi ANMCO e con Sponsor delle ricerche cliniche, accesso ai dati clinici). La sua capacità di iniziativa ha fatto il resto, ma ritengo che in assenza di tali presupposti minimi non sarebbe stato possibile l’avvio del lavoro.

Formazione del RtRC

La fase di formazione è iniziata con un primo avvicinamento ai lavori clinici già in atto presso la Cardiologia (essenzialmente lo Studio GISSI - HF e il Progetto di Cardiologia Preventiva). Successivamente è stato organizzato uno Stage presso il Centro Studi ANMCO di Firenze ed uno presso il Cardiocentro Ticino di Lugano, centro ad alto volume di Studi Clinici. Determinante in questa fase è stata la disponibilità dell’interessata a spostarsi (a sue spese) in tali Centri.

Presenza in carico da parte del RtRC delle nuove ricerche

I nuovi Studi Clinici iniziati successivamente sono stati:

1. analizzati sin dall’acquisizione del protocollo unitamente dal RtRC e dal Cardiologo di volta in volta scelto come referente;
2. gestiti nella fase di esecuzione dalle stesse persone;
3. in particolare sono risultati estremamente più agevoli i rapporti con il Comitato Etico, l’Amministrazione ed i Promotori delle ricerche, gestiti con efficienza, puntualità e in piena autonomia, dal RtRC.

Discussione sul rinnovo del contratto al RtRC

Ad aprile 2009, alla scadenza del primo anno di Borsa, abbiamo chiesto al Centro Studi ANMCO di documentare alla nostra Azienda U.S.L. lo stato dei lavori gestiti dal RtRC. Una lettera ha testimoniato la soddisfazione per il miglioramento qualitativo e quantitativo negli Studi Clinici condotti dalla nostra Cardiologia. Sempre dalla stessa epoca, con un anno di anticipo rispetto alla scadenza, abbiamo iniziato il pellegrinaggio, chiedendo incontri con il Direttore Sanitario, il Direttore Generale ed il Direttore Amministrativo, domandando nell’ordine per la nostra Collaboratrice ormai indispensabile:

1. l’assunzione con Contratto a tempo indeterminato (la risposta si può sintetizzare con “non ci pensate nemmeno”);
2. l’assunzione con un Contratto ad obiettivo che coprisse un periodo di 3 - 5 anni (risposta “ci possiamo pensare, basta che sia un’esigenza anche di altre strutture dell’U.S.L.”);
3. abbiamo proposto che parte degli introiti derivanti dagli Studi Clinici non venisse corrisposta ai singoli Medici ma depositata presso un “Fondo della Cardiologia” che servisse a finanziare il rinnovo del contratto.

Nel frattempo abbiamo provveduto a:

1. pubblicare sul periodico dell’Azienda un articolo che illustrasse il lavoro fatto;
2. far intervenire a tutte le riunioni del CE il RtRC;
3. presentarne il lavoro in un Convegno sulla Ricerca clinica indetto dall’Azienda e rivolto ai Primari delle altre U.O. Abbiamo ricevuto ampie assicurazioni di grande interesse al progetto e nel corso del mese di marzo 2010 l’assicurazione che il contratto sarebbe stato

rinnovato. A inizio maggio 2010 sono pronte la bozza di Delibera e la bozza di Contratto; l’Azienda U.S.L. sta cercando di capire dove prendere i soldi in bilancio. Giugno 2010: il Contratto è stato firmato.

Estensione del progetto alla S.C. di Oncologia

Abbiamo cercato “alleanza” nella S.C. di Oncologia, anch’essa interessata a gestire Studi Clinici. Il nostro RtRC è stato avviato ad un Master Universitario per Data Manager di sperimentazioni cliniche, gestito dall’Università di Medicina del Piemonte Orientale e sostenuto economicamente dal Polo Oncologico. Nella nostra visione l’utilizzo e il finanziamento comune di tale risorsa tra Cardiologia e Oncologia può rappresentare il primo passo verso un più completo Staff addetto alle ricerche cliniche comune a tutta l’Azienda Sanitaria.

Prospettive

Il Progetto Pilota URC in Valle d’Aosta, al compimento dei primi due anni, può considerarsi un trampolino di lancio per il futuro, con soddisfazione della nostra Cardiologia e del nostro RtRC. Sicuramente siamo riusciti a dimostrare alla Direzione Sanitaria che la Figura del RtRC può essere molto utile per la conduzione della Ricerca clinica in Ospedale, può autofinanziarsi e lavorare in sinergia con varie specialità mediche. Siamo ancora lontani dal raggiungimento dell’obiettivo primario, ossia l’istituzionalizzazione di questa Figura, ma la strada è aperta e, anche se in salita, ora è possibile percorrerla sia per la nostra che per altre realtà italiane. Ringrazio il Centro Studi ANMCO per la fiducia e l’aiuto.

Rischio Emorragico e Sindromi Coronariche Acute

Come ottenere la massima efficacia anti - ischemica senza “pagare con il sangue”

di Roberto Caporale

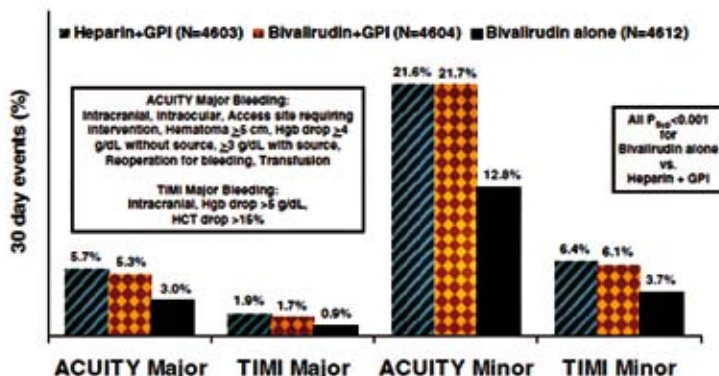
Il successo nel trattamento delle Sindromi Coronariche Acute (SCA) degli ultimi anni è dovuto a nuovi farmaci antitrombotici, utilizzati in varie combinazioni, ed all'utilizzo precoce ed esteso dell'interventistica coronarica. La maggior parte dei pazienti con SCA farà la coronarografia e di questi una gran parte sarà rivascolarizzata, quasi sempre con angioplastica; tutti saranno comunque sottoposti a trattamento antitrombotico con due, tre o anche quattro farmaci. A tale aggressività meccanica e farmacologica corrisponde un significativo rischio di emorragie; con la netta riduzione delle complicanze ischemiche delle SCA (morte, reinfarto e ricorrenza di ischemia), i sanguinamenti sono

divenuti ad esse paragonabili sia quantitativamente che qualitativamente: sono infatti in grado di determinare eventi fatali e comunque di attenuare il beneficio dei trattamenti.

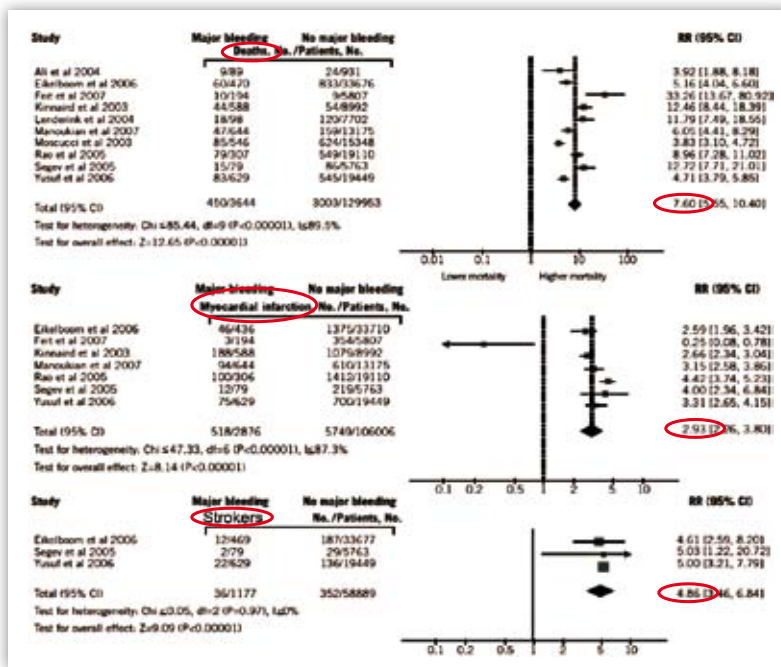
Il 41° Congresso Nazionale ANMCO ha dato ampio spazio al tema, dedicandogli un Minimaster ed inserendolo quotidianamente in Simposi di grande rilievo. Generale consenso è emerso nelle Relazioni e nelle discussioni seguenti sul peso clinico delle emorragie e sulla necessità di tenerne in forte considerazione il rischio nelle scelte terapeutiche, alla pari delle complicanze ischemiche; ne deriva la necessità di attuare tutte le strategie di prevenzione possibili.

Incidenza dei sanguinamenti

L'incidenza in letteratura di sanguinamenti maggiori, riportata tra l'1 ed il 9%, è influenzata dai criteri di inclusione/esclusione dei singoli Studi, dalla percentuale di procedure invasive, dagli antitrombotici usati, ma anche dalla definizione degli eventi. I principali Studi hanno infatti creato proprie classificazioni: la classificazione TIMI privilegia il calo di emoglobina, mentre quella GUSTO considera la rilevanza emodinamica dell'emorragia, risultando più accurata nell'identificare un maggior rischio. Nello studio ACUTY l'incidenza di emorragie sia maggiori che minori risultava essere molto differente se si applicava la definizione TIMI o quella propria del Trial.



Bivalirudin for patients with acute coronary syndromes. Stone GW et al. N Engl J Med 2006;355: 2203–2216.



Modificato da: Prognostic impact of major bleeding in patients with acute coronary syndromes. A systematic review and meta-analysis. Hamon M, EuroIntervention 2007.

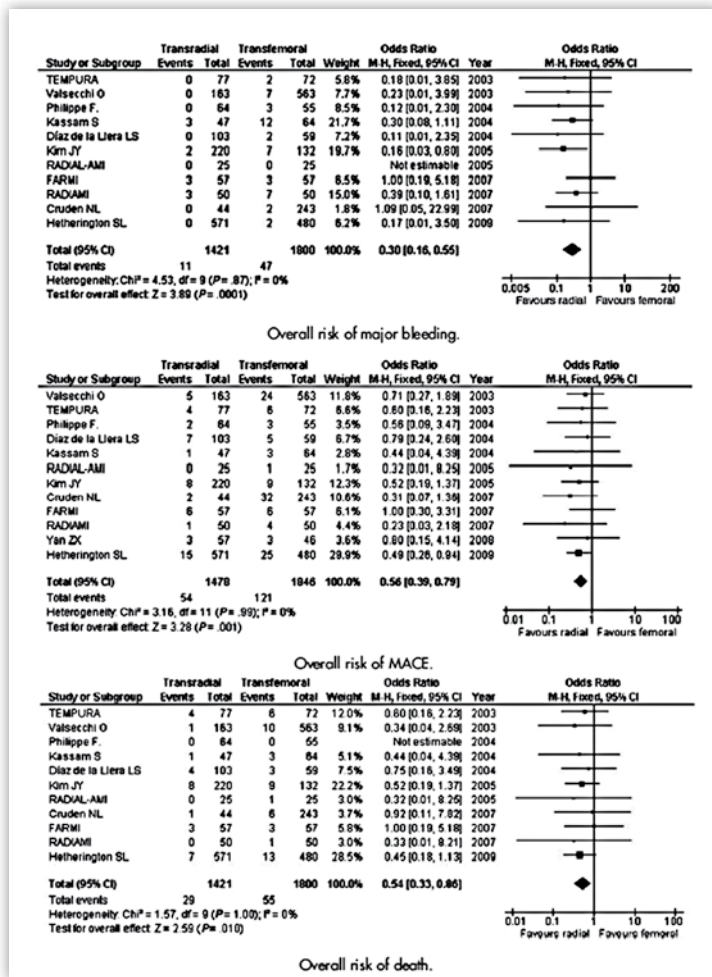
Predittori di rischio emorragico e valore prognostico delle emorragie

I più rilevanti predittori clinici di sanguinamento sono età, sesso femminile, diabete ed insufficienza renale, che nelle SCA sono anche predittori di mortalità. A lungo ci si è chiesti se il sanguinamento non fosse altro che un marker di fragilità, piuttosto che un determinante di prognosi sfavorevole. I dati di Studi degli ultimi dieci anni raccolti in metanalisi da Hamon (oltre 130.000 pazienti) dimostrano che l'emorragia maggiore è un predittore indipendente di morte, con un aumento di rischio di oltre sette volte, ma che è anche un predittore di reinfarto (RR circa tre) e di stroke (RR circa cinque). Ciò è in parte spiegato dalla riduzione o sospensione del trattamento antitrombotico in caso di emorragia, che in pazienti con SCA predispone a recidive ischemiche anche fatali. È quindi dimostrata la correlazione tra emorragie, la loro entità ed il rischio di morte, di infarto e stroke, con una associazione forte, indipendente e persistente nel tempo. In assenza di compromissione emodinamica, la trasfusione per valori di emoglobina maggiori di 7 g/dL

incrementa la mortalità, verosimilmente per induzione di fenomeni protrombotici. Tutti i Relatori hanno concordato sul grande peso prognostico delle complicanze emorragiche. È perciò fondamentale identificare a priori i pazienti a maggior rischio di emorragie per prevenirle modulando le scelte terapeutiche. Si possono utilizzare score basati su predittori clinici, sapendo però che i pazienti che risultano ad alto rischio emorragico avranno quasi sempre un alto rischio ischemico. Se quindi tiriamo da un lato la coperta per coprire il paziente dal reinfarto (aumentando antitrombotici e procedure), rischiamo che abbia una emorragia che aumenta il rischio di morte e paradossalmente anche di reinfarto; se la tiriamo dall'altro lato, per coprirlo dal rischio delle emorragie ("risparmiando" su farmaci ed angioplastiche), rischierà una recidiva ischemica. Come allungare la coperta, invece di tirarla da una parte o dall'altra? Su questo interrogativo la discussione è stata approfondita e con grande partecipazione della platea, con proposte di approccio inevitabilmente differenti viste le differenti possibilità, e con proficuo confronto tra esse.

Prevenzione delle emorragie: approccio radiale e scelta dei farmaci

Generale consenso si è registrato sulla scelta dell'approccio radiale, in crescente diffusione in tutti i Centri, in caso di strategia invasiva. Le complicanze legate al sito di puntura arteriosa rappresentano sino al 60% delle complicanze emorragiche totali; il loro annullamento favorisce l'utilizzo di un trattamento antitrombotico massimale, potendo anche ridurre i MACE ischemici, soprattutto in caso di angioplastica primaria. Si è richiamata l'attenzione per evitare il sovradosaggio di farmaci, spesso dovuto alla mancata considerazione di età, peso e funzione renale del paziente, perché aumenta di molto il rischio di sanguinamenti; paradossalmente, sono proprio i pazienti a maggior rischio emorragico che più spesso ricevono trattamenti sovradosati. È risultato quindi evidente che la scelta tra massima efficacia antischemica e minimo rischio emorragico non può che essere un compromesso. Nei pazienti a più alto rischio di sanguinamento bisogna utilizzare farmaci a pari efficacia antischemica ma minor rischio emorragico, in quelli a



Modificato da Vorobcsuk et al: Transradial versus transfemoral percutaneous coronary intervention in acute myocardial infarction: Systematic overview and meta-analysis *Am Heart J* 2009;158:814-21.)

maggior rischio ischemico, farmaci a maggiore efficacia antischemica e pari rischio emorragico. La bivalirudina ha dimostrato sia nello STEMI che nel NSTEMI pari efficacia antischemica ma minori complicanze emorragiche rispetto a eparina ed inibitori della GP2b3a. Analogo effetto ha mostrato il fondaparinux nel NSTEMI. Diversamente il prasugrel ha mostrato maggior efficacia antischemica rispetto al clopidogrel, ma con un eccesso di emorragie in pazienti anziani, sottopeso o con precedenti ischemici cerebrali. Il ticagrelor infine in confronto al clopidogrel ha ridotto la mortalità totale e le complicanze ischemiche, senza significativo aumento di emorragie maggiori. L'ampia disponibilità di farmaci rende quindi componibili quadri diversi a seconda del contesto clinico in cui ci troviamo, e si deve pertanto realizzare uno specifico schema terapeutico partendo dal profilo

clinico del paziente. È infine importante che una volta pianificata una strategia invasiva non si perda tempo, esponendo inutilmente il paziente al rischio emorragico del trattamento.

Conclusioni

L'obiettivo del trattamento delle SCA deve essere il "beneficio clinico netto", un endpoint quadruplico che includa i tre MACE ischemici e le emorragie maggiori, con analogo peso. Occorre massimizzare l'efficacia antitrombotica minimizzando il rischio emorragico, cioè allungare la coperta, invece di tirarla da una o dall'altra parte. L'approccio radiale, l'attenzione ai dosaggi e la scelta di farmaci con un miglior rapporto efficacia/sicurezza rendono l'obiettivo alla nostra portata. Il 41° Congresso Nazionale dell'ANMCO ha contribuito a sottolineare la rilevanza clinica del problema ed a fornire una panoramica ampia ed approfondita sulla sua gestione.

Comporre il puzzle del trattamento antitrombotico nelle sindromi coronariche acute





EUROPEAN
SOCIETY OF
CARDIOLOGY

Stoccolma 2010: ESC Congress

di S. Rakar e R. Valle

Con i suoi oltre 27.000 partecipanti, le sue 250 e più Sessioni ed i suoi 4.167 Abstract (selezionati tra i quasi 10.000 inviati, provenienti in numero crescente dall'Asia ed in particolare dal Giappone), l'ESC Congress 2010 si è confermato essere il maggiore e più globale meeting di Cardiologia del mondo. Lo spotlight di quest'anno è stato "La malattia coronarica: dai geni all'outcome". Questa patologia, nonostante i molti progressi scientifici, rimane ancora la principale causa di morte in Europa e nel cosiddetto mondo occidentale, con ampie disegualianze tra le Nazioni in termini di mortalità, morbilità e programmi di prevenzione nazionale. Il ricco programma scientifico ha presentato anche questa volta delle novità, nelle Sessioni contrassegnate con "new this year!". La prima giornata è stata per gran parte occupata da un "one day programme", per Medici di base ed Infermieri sui problemi clinici della pratica quotidiana (dispnea, angina, ipertensione, casi clinici complessi), affrontati attraverso la presentazione di scenari reali discussi con gli esperti. È stato ideato poi un particolare programma per i "Cardiologists of Tomorrow", con lo scopo di coinvolgere le nuove generazioni nella ESC

attraverso un percorso educativo *ad hoc* nel Congresso, il "Forum for Future Leaders in Cardiology", la *free registration* per gli under 35 che non avessero mai partecipato alla ESC e non vi avessero mai inviato lavori, un *social event* dedicato. Due nuove tipologie di Special Session sono state infine "The best of European Heart Journal" e "Meet The Guidelines Task Force".

Nuove Linee Guida ESC
(www.escardio.org/guidelines)

Il piatto forte e più atteso del Congresso è stata la presentazione di ben quattro nuove **Linee Guida**, su **GUCH, Fibrillazione Atriale, Rivascularizzazione Miocardica e Device nello Scompensamento Cardiaco**. Il primo documento è un update delle precedenti **Linee Guida ESC 2003 sul Management dei Cardiopatici Congeniti Adulti**, che risulta problematico in quanto, nonostante i 2,3 milioni di pazienti in Europa, mancano ancora conoscenze, standard nel management, Trial randomizzati controllati. Le attuali Linee Guida sono state costruite sulla base delle precedenti, ma hanno portato un diverso grado di complessità e di dettaglio. Ciò si esplica in particolare nel più ampio spazio dato alla trattazione di *specific problem*, ossia le specifiche patologie, in cui si passa da una semplice tabella

riassuntiva per punti del 2003 ad un attuale testo più estensivo di introduzione, presentazione clinica, work - up diagnostico, indicazioni agli interventi con le rispettive tabelle delle classi di raccomandazione e dei livelli di evidenza, indicazioni al follow - up. Nei contenuti le innovazioni più importanti hanno riguardato le indicazioni a tecniche diagnostiche quali Cardio RMN e cateterismo cardiaco, la definizione della severità delle lesioni (il *volume load* ventricolare, il calcolo degli shunt, le stime Eco Doppler di severità), la *Targeted Therapy* dell'ipertensione arteriosa polmonare, la profilassi dell'Endocardite batterica, il crescente ruolo dell'Interventistica transcateretere percutanea (chiusura con device del difetto interatriale, del difetto interventricolare, del dotto arterioso pervio; stenting nella coartazione aortica; sostituzione della valvola polmonare nella Tetralogia di Fallot). Tra le novità introdotte dalle **Linee Guida** per il management della **Fibrillazione Atriale** la prima è la classificazione della Fibrillazione Atriale in cinque tipi, sulla base della presentazione e della durata: parossistica (usualmente ≤ 48 h, ma fino a 7 gg), persistente (> 7 gg o che richiede CV), di lunga durata (≥ 1 anno, ma in cui si può adottare ancora una strategia di controllo del

ritmo) e permanente (accettata, senza interventi di controllo sul ritmo). Nel management iniziale del paziente con Fibrillazione Atriale è stato poi introdotto l'ausilio di tre score: l'EHRA score per facilitare la quantificazione dei sintomi correlati alla Fibrillazione Atriale; il CHA₂DS₂-VASc score per soppesare il rischio di stroke Fibrillazione Atriale mediato e guidare la conseguente scelta del tipo di tromboprolifassi (TAO per score ≥ 2); l'HAS-bleeding score per la valutazione del rischio di sanguinamento. Con particolare dettaglio è stata descritta la strategia di scelta tra controllo della frequenza cardiaca e controllo del ritmo. Nella terapia antiaritmica nella Fibrillazione Atriale ricorrente viene raccomandato sempre l'uso del farmaco più *safe* anche se meno efficace, prima di passare al farmaco più efficace ma meno *safe*, in considerazione della generale modesta efficacia a fronte di effetti proaritmici e collaterali extracardiaci frequenti. È stato poi introdotto un nuovo farmaco antiaritmico, il dronedarone (400 mg B.I.D.), le cui controindicazioni sono però lo scompenso cardiaco in classe NYHA III-IV o recente instabilità in classe NYHA II, l'insufficienza renale con *clearance* della creatinina < 30 mg/ml, il concomitante uso di farmaci che prolunghino il QT o di potenti inibitori del CYP 3A4. Per quanto riguarda l'ablazione transcateretere della Fibrillazione Atriale parossistica viene indicata la possibilità di prenderla in considerazione nei pazienti sintomatici in cui sia fallita la profilassi con un farmaco antiaritmico (indicazione in classe IIa, livello di evidenza A). Dettagliate sono infine le raccoman-

dazioni per l'*upstream therapy*, ossia la prevenzione primaria o secondaria della Fibrillazione Atriale correlata alla prevenzione/ritardo del rimodellamento ventricolare da ipertensione, scompenso o flogosi (es. post cardiocirurgia). Nelle **Linee Guida sulla Rivascolarizzazione Miocardica** per la prima volta Cardiologi interventisti e Cardiocirurghi si sono cimentati assieme in un approccio olistico al paziente, dove questi è messo al centro del processo decisionale per il quale risulta fondamentale la sua informazione. Particolare enfasi è stata data poi all'"Heart Team", composto dal Cardiologo Clinico, dal Cardiologo Interventista, dal Cardiocirurgo e, se necessario, dall'Anestesista e dal Neurologo, che multidisciplinariamente decidono per ogni singolo paziente la miglior opzione terapeutica, sia essa percutanea o chirurgica o medica. Il documento, singolo nel suo genere, parte dalla stratificazione del rischio, per andare al processo di *decision making*, alla valutazione diagnostica anatomica e funzionale e quindi alla rivascolarizzazione, distinta fra malattia coronarica stabile e acuta, a sua volta suddivisa in STEMI e SCA-NST. Seguono una sezione dettagliata sulle comorbidità (quali diabete, malattia renale cronica, arteriopatia periferica e carotidopatia, valvulopatia, scompenso cardiaco, aritmie), una sulla tipologia di cross-over di rivascolarizzazione (da percutanea a chirurgica e viceversa), altre sugli aspetti tecnici della PCI e del CABG, sulla terapia antitrombotica e sulla prevenzione secondaria. Tra le "nuove" indicazioni da segnalare: quelle della PCI a distanza *versus* PCI *ad hoc*; la non

raccomandazione all'uso routinario del GPIIb/IIIa sia nello STEMI che negli NSTEMI-ACS; la raccomandazione nello STEMI di trattare, salvo che nello shock, solo la lesione colpevole; una presa in considerazione del trattamento percutaneo delle lesioni meno complesse del tronco comune (comunque di classe IIB *versus* l'IA del CABG) nella coronaropatia stabile. La Società Europea di Cardiologia (ESC) ha aggiornato le sue **Linee Guida** con un "Focused Update" sui **Dispositivi nello Scompenso Cardiaco**. L'aggiornamento riflette il serrato ritmo di ricerca in questo specifico settore della cura allo scompenso e l'importanza delle evidenze rese disponibili, dopo la stesura della precedente edizione delle Linee Guida sull'argomento. L'aggiornamento è il risultato della collaborazione tra Heart Failure Association dell'ESC (HFA) e l'European Heart Rhythm Association (EHRA). Il Prof. Kenneth Dickstein (Norvegia) ed il Prof. Panos Vardas (Grecia) hanno condiretto la Task Force incaricata di sviluppare le Linee Guida, formata da esperti provenienti in egual proporzione da HFA e EHRA. L'aggiornamento si concentra sull'uso dei dispositivi per il trattamento dello scompenso cardiaco, con particolare attenzione alla Terapia di Resincronizzazione Cardiaca (CRT), allo scopo di colmare alcune delle lacune nelle evidenze, al momento della stesura delle Linee Guida precedenti. In questa nuova stesura, sono state prese in considerazione infatti le recenti evidenze pubblicate da nuovi studi clinici, nuovi sviluppi nella tecnologia dei dispositivi e delle prestazioni degli stessi ed una maggiore comprensione

Recommendation in patients with heart failure in New York Heart Association function class III/IV

Recommendation	Patient population	Class ^a	Level ^b	Ref. ^c
CRT-P/CRT-D is recommended to reduce morbidity and mortality ^d	NYHA function class III/IV LVEF <35%, QRS ≥120 ms, SR Optimal medical therapy Class IV patients should be ambulatory ^e	I	A	5-19

^aReasonable expectation of survival with good functional status for >1 year for CRT-D. Patients with a secondary prevention indication for an ICD should receive a CRT-D. ^bSee appendix for HF during the last month and a reasonable expectation of survival >6 months.

Recommendation in patients with heart failure in New York Heart Association function class II

Recommendation	Patient population	Class ^a	Level ^b	Ref. ^c
CRT preferably by CRT-D is recommended to reduce morbidity or to prevent disease progression ^d	NYHA function class II LVEF <35%, QRS ≥150 ms, SR Optimal medical therapy	I	A	5, 20-22

^aThe guideline indication has been restricted to patients with HF in NYHA function class II with a QRS width ≥150 ms, a population with a high likelihood of a favorable response. CRT = cardiac resynchronization therapy; CRT-D = CRT with defibrillator function; HF = heart failure; LVEF = left ventricular ejection fraction; NYHA = New York Heart Association; SR = sinus rhythm.

Recommendations in patients with heart failure and permanent atrial fibrillation

Recommendations	Patient population	Class ^a	Level ^b	Ref. ^c
CRT-P/CRT-D ^d should be considered to reduce morbidity	NYHA function class III/IV LVEF <35%, QRS ≥130 ms Pacemaker dependency induced by AV nodal ablation	IIa	B	27-40
CRT-P/CRT-D ^d should be considered to reduce morbidity	NYHA function class III/IV LVEF <35%, QRS ≥130 ms Slow ventricular rate and frequent pacing ^e	IIa	C	—

^aReasonable expectation of survival with good functional status for >1 year for CRT-D. Patients with a secondary prevention indication for an ICD should receive a CRT-D. ^bFrequency pacing is defined as ≥75% pacemaker dependence. CRT = cardiac resynchronization therapy; CRT-P = CRT with pacemaker function; CRT-D = CRT with defibrillator function; LVEF = left ventricular ejection fraction; NYHA = New York Heart Association; SR = sinus rhythm.

Recommendations in patients with heart failure and a concomitant class I pacemaker indication

Recommendations	Patient population	Class ^a	Level ^b	Ref. ^c
CRT-P/CRT-D ^d is recommended to reduce morbidity	NYHA function class III/IV LVEF <35%, QRS ≥120 ms	I	B	41-48
CRT-P/CRT-D ^d should be considered to reduce morbidity	NYHA function class III/IV LVEF <35%, QRS ≥120 ms	IIa	C	—
CRT-P/CRT-D ^d may be considered to reduce morbidity	NYHA function class II LVEF <35%, QRS ≥120 ms	IIb	C	—

^aReasonable expectation of survival with good functional status for >1 year for CRT-D. Patients with a secondary prevention indication for an ICD should receive a CRT-D. CRT = cardiac resynchronization therapy; CRT-P = CRT with pacemaker function; CRT-D = CRT with defibrillator function; LVEF = left ventricular ejection fraction; NYHA = New York Heart Association; SR = sinus rhythm.

Recommendation in patients with severe heart failure ineligible for transplant

Recommendations	Patient population	Class ^a	Level ^b	Ref. ^c
LVAD may be considered as destination treatment to reduce mortality	NYHA function class III/IV LVEF <25% peak V _O 2 <14 mL/kg/min ^d	IIb	B	49-53

^aSee appendix. LVAD = left ventricular assist device; LVEF = left ventricular ejection fraction; NYHA = New York Heart Association.

delle opzioni di trattamento e delle risposte. A margine, va rilevato che la grafica è molto efficace e ne facilita molto la lettura, consentendo una sintesi e memorizzazione dei concetti fondamentali. Le cinque raccomandazioni presentate nell'Update riguardano i pazienti con:

- 1) classe NYHA 3 - 4,
- 2) classe NYHA 2,
- 3) concomitante fibrillazione atriale,
- 4) concomitante indicazione a pacemaker,
- 5) indicazione a LVAD.

Modifiche rilevanti sono state introdotte, come evidenziato in Tabella. Un aggiornamento molto rilevante è rappresentato dall'estensione della terapia di resincronizzazione cardiaca (CRT) dalla classe NYHA tradizionale 3 - 4, alla classe NYHA 2, che caratterizza l'insufficienza cardiaca lieve. La raccomandazione della classe (IA), è finalizzata a limitare la progressione della malattia, piuttosto che alla riduzione della morbilità o della mortalità e si basa sul trial randomizzato - controllato REVERSE e in particolare sugli studi MADIT - CRT, che includevano pazienti in classe NYHA 1 - 2 e ha visto migliorare significativamente sia l'ospedalizzazione per scompenso, che la mortalità. Il nuovo documento tuttavia, limita l'impianto ai pazienti con un intervallo >150 ms. Un'altra novità nelle Linee Guida europee è la raccomandazione di classe IIa per l'impianto di CRT per i pazienti con fibrillazione atriale permanente, che siano pacemaker dipendenti per bradicardia o dopo ablazione del nodo. Infine, è stata introdotta una raccomandazione di classe IIb per l'assistenza con LVAD per i pazienti con classe NYHA 3b/4 ed una LVEF < 25%.



Figura 1

	Ivabradine	Placebo
	3241	3264
Mean age, y	60.7	60.1
Male, %	76	77
Ischaemic aetiology, %	68	67
NYHA II, %	49	49
NYHA III/IV, %	51	51
Previous MI, %	56	56
Diabetes, %	30	31
Hypertension, %	67	66

Figura 2

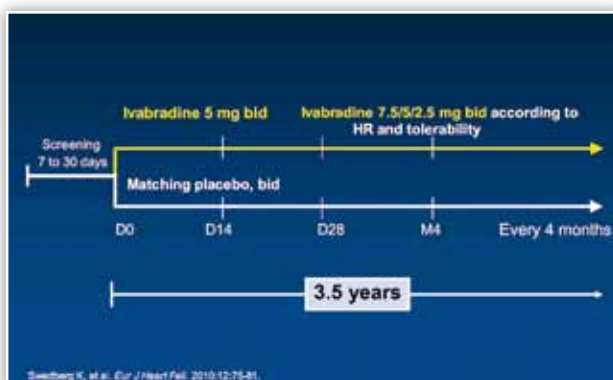


Figura 3

Nuovi Trial

Trentacinque sono stati gli studi selezionati per la presentazione nelle Hot Line Session. Tra questi i sei più importanti sono: SHIFT, HEBE III, LESSON I, ATOLL, AVERROES, ANTIPAF.

SHIFT: effetti dell'ivabradina sugli eventi cardiovascolari dei pazienti con scompenso cardiaco da moderato a severo e disfunzione ventricolare sinistra

(Lancet online, August 29, 2010)

I ricercatori dello studio SHIFT hanno indagato se l'ivabradina (inibitore se-

lettivo del nodo del seno) potesse migliorare la prognosi del paziente con scompenso cardiaco, mediante la riduzione della frequenza cardiaca, noto fattore di rischio per eventi avversi. Secondo un disegno randomizzato, in doppio cieco, placebo - controllato, sono stati selezionati 6.505 pazienti da 37 Paesi! (Figura 1), sintomatici per scompenso, con frazione di eiezione ventricolare sinistra $\leq 35\%$, in ritmo sinusale, con frequenza cardiaca > 70 bpm, che avessero subito almeno un ricovero per scompenso nei dodici mesi precedenti, già in terapia di base stabile, che includesse un

beta - bloccante (salvo intolleranza a quest'ultimo). Sono stati randomizzati a ivabradina 3.241 pazienti, titolata fino a 7,5 mg due volte al giorno o a placebo 3.264 pazienti (Figure 2 - 3). L'endpoint primario composito era rappresentato da morte cardiovascolare o ricovero ospedaliero, per peggioramento dello scompenso. Il follow - up medio è stato 22,9 mesi ed il farmaco è stato ben tollerato. In totale 793 (24,5%) pazienti nel gruppo ivabradina e 937 (28,7%) pazienti nel gruppo placebo hanno avuto un endpoint primario (HR, 0,82, IC 95% 0,75 - 0,9, $p < 0,0001$) (Figura 4). Il

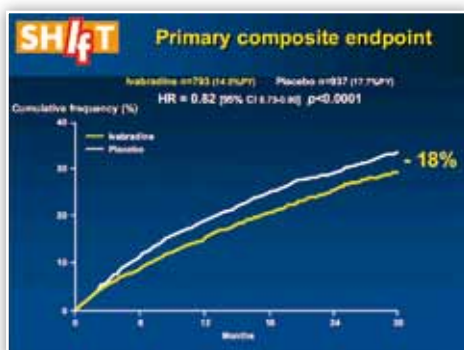


Figura 4

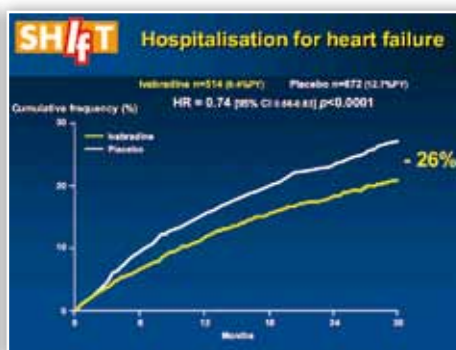


Figura 5

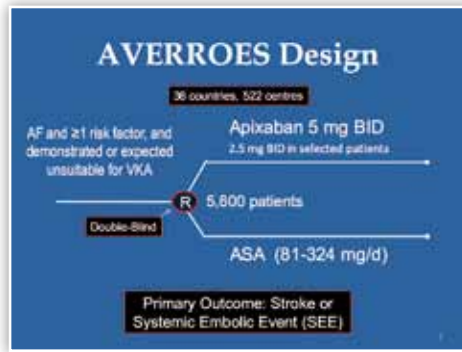


Figura 6

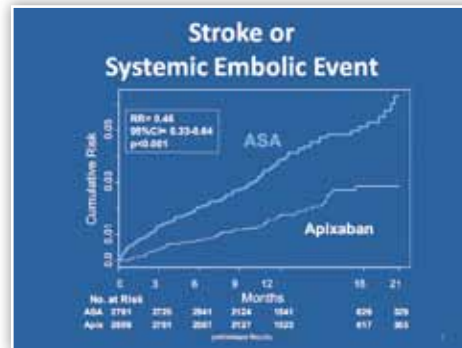


Figura 7

miglioramento del tasso di eventi è stato principalmente ascrivibile alla riduzione dei ricoveri in Ospedale per peggioramento clinico, calati dal 20,6% al 15,9% (HR, 0,74, 95% CI 0,66 - 0,83, $p < 0,0001$) (Figura 5), ma anche dei decessi da scompenso cardiaco (HR, 0,74, IC 95% 0,58 - 0,94, $p = 0,014$). L'ivabradina ha dimostrato anche di ridurre i ricoveri ospedalieri per tutte le cause (HR, 0,89, 95% CI 0,82 - 0,96, $p = 0,003$). I risultati sono stati coerenti tra diversi sottogruppi pre - specificati, ma i pazienti che avevano una frequenza cardiaca più elevata al reclutamento hanno mostrato la massima riduzione dell'endpoint primario con ivabradina. Va precisato che il concomitante uso di beta bloccanti è stato molto elevato, anche se solo nel 26% dei pazienti è stato possibile raggiungere le dosi target, nonostante il Trial prevedesse la raccomandazione alla up - titration dei farmaci. È rilevante osservare tuttavia, che nella pratica clinica, a causa delle preoccupazioni di effetti collaterali, le dosi di beta bloccanti utilizzate, sono simili a quelle impiegate nello SHIFT. Va considerato inoltre che in una metanalisi, sull'uso dei betablocanti nello scompenso, che ha incluso più di 19.000 pazienti, l'entità della riduzione del rischio era correlata alla riduzione della frequenza cardiaca e non alla dose utilizzata. A conferma di ciò, la riduzione del rischio di morte con l'uso ivabradina per un

calo di frequenza cardiaca di 9 bpm è stato congruente con la previsione della meta - analisi citata. Ancora, la Letteratura ci consente di stimare che oltre il 50% dei pazienti scompensati hanno una frequenza cardiaca > 70 bpm ed il 40% ha più di 77 bpm, ambito dove lo SHIFT ha mostrato il massimo beneficio dell'ivabradina. Questo scenario apre grandi possibilità di diffusione al farmaco, pur ricordando che un quarto degli scompensati è affetto da fibrillazione atriale, che fa cadere l'indicazione all'ivabradina. In conclusione, lo studio SHIFT sembra uno studio molto importante, che conferma il concetto che la riduzione della frequenza cardiaca, in questo caso con ivabradina, contribuisca in modo significativo ai risultati positivi che si ottengono nei pazienti con scompenso cardiaco cronico, in termini di riduzione di ospedalizzazioni e mortalità.

HEBE III: singola dose di eritropoietina nello STEMI

(*European Heart Journal online*, August 29, 2010)

Il rationale dell'impiego dell'eritropoietina nello STEMI è il suo effetto cardioprotettivo emerso da studi animali e piccoli studi clinici, in cui essa risulta ridurre l'*infarct size* e migliorare la funzione ventricolare. In questo studio prospettico *openlabel* in fase III in 7 Centri danesi 529 pazienti dopo PPCI efficace sono stati randomizzati a ricevere trattamento standard *versus* ag-

giunta di singolo bolo di 60.000 UI ev. di EPO entro 3 h dalla PPCI. Dopo sei settimane nei pazienti trattati non c'era alcun miglioramento dell'FE (53 vs 52 %; $p 0.41$), mentre si è osservato una significativa riduzione dei MACE (8 vs 19 %; $p 0.032$). C'è stato invece solo un trend non significativo di riduzione dell'area infartuale (50,136 U/l CK vs 53,510; $p 0.058$).

LESSON I: comparazione a lungo termine tra everolimusES (XIENCE) e sirolimusES (CYPHER) per la rivascolarizzazione coronarica

Presso il Berne University Hospital tra il 2004 ed il 2009 3.133 pazienti consecutivi sono stati sottoposti a PCI; di questi i primi 1.532, consecutivi da maggio 2004 a gennaio 2006, sono stati trattati con SES e i successivi 1.601, consecutivi da novembre 2006 a marzo 2009 sono stati trattati con EES. Gli EES risultano associati a minor rischio di IMA (3.3 % vs 5 %, HR 0.62, $p 0.017$), TVR (7.0 % vs 9.6 %, HR 0.75, $p 0.039$) e trombosi dello stent (2.5 % vs 4.0 %, $p 0.041$). Tali risultati richiedono ovviamente ulteriore conferma da studi randomizzati su larga scala.

ATOLL: comparazione tra enoxaparina ev e UFH ev nella PCI primaria

Tale Trial internazionale, condotto in 43 centri sparsi tra Francia, Austria, Germania e USA, ha arruolato 910 pazienti da trattare con angioplastica

Baseline Characteristics		
Characteristic	Apixaban	ASA
Randomized	2808	2791
Age (mean and SD)	70 ±10 yrs	70 ±10 yrs
Male	58%	58%
CHADS2 score (mean and SD)	2.1 ± 1.1	2.1 ± 1.1
0-1	36%	37%
2	37%	34%
3+	27%	29%
Prior stroke/TIA	18%	13%
Diabetes	13%	20%
Hypertension	86%	87%
CHF	40%	38%
Baseline ASA	76%	74%
Unsuitable for VKA		
VKA used and discontinued	39%	40%
VKA expected unsuitable	62%	60%

Figura 8

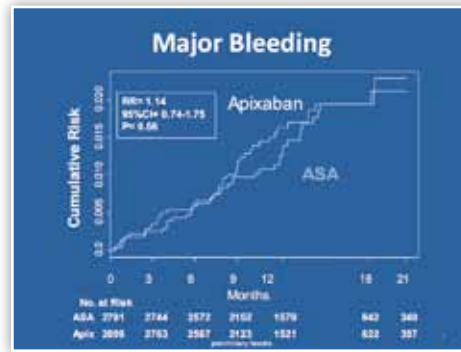


Figura 9

primaria, randomizzandoli a ricevere enoxaparina ev (0.5 mg/kg con o senza GPIIb/IIIa) o UFH ev (50 - 70 IU con GPIIb/IIIa, 70 - 100 IU senza GPIIb/IIIa). La rivascolarizzazione percutanea è avvenuta per accesso radiale in 2/3 dei pazienti. All'analisi a 30 gg l'enoxxaparina risulta più efficace nel ridurre gli eventi ischemici seri: endpoint primario (morte, complicazioni IMA, insuccesso procedurale, sanguinamenti maggiori) 28 *versus* 33.7 % (p 0.07); principale endpoint secondario (morte, ricorrenza IMA/SCA o rivascolarizzazione urgente) 6.7 vs 11.3 % (p 0.01); morte o complicanza di IMA 7.8 vs 12.4 % (p 0.02); end-point ischemico triplo di morte, re-IMA o rivascolarizzazione urgente 5.1 vs 8.5 % (p 0.04). Il tutto con un buon profilo di sicurezza.

AVERROES: Apixaban vs ASA nella prevenzione dello stroke in pz con Fibrillazione Atriale e che non possono assumere TAO

Di sicuro interesse, è stato anche lo Studio AVERROES, che ha indagato l'efficacia e la sicurezza dell'apixaban, nei pazienti affetti da fibrillazione atriale, non avviabili (per vari motivi) alla terapia con antagonisti della vitamina K (VKA). Attualmente per questi pazienti, il trattamento alternativo è l'aspirina, che risulta però poco efficace (22% di riduzione del rischio di stroke contro il 65% dei VKA). L'apixaban è un anticoagulante

orale sperimentale, che inibisce selettivamente il fattore Xa. Lo scopo dello studio AVERROES era quello di valutare l'apixaban per la prevenzione di ictus e/o embolia sistemica, nei pazienti con fibrillazione atriale e almeno un fattore di rischio per ictus, non idonei alla terapia con VKA. Lo studio era in doppio cieco, randomizzato, controllato con la terapia standard per questi pazienti, che è l'aspirina. I pazienti sono stati randomizzati 1:1 a ricevere apixaban 5 mg bid (2,5 mg bid in pazienti selezionati) o aspirina (81 - 324 mg per giorno). Lo studio è stato condotto in 520 siti in tutto il mondo, arruolando 5.600 pazienti, di età media 70 anni (Figura 6). Il tasso annuale di ictus e/o embolia sistemica (endpoint primario) è stato del 4% all'anno per l'aspirina e 1,7% l'anno per apixaban (Hazard Ratio 0,43, 95% CI, 0,30 - 0,62, p = 0,000004). La percentuale di emorragia maggiore era di 1,2% all'anno aspirina e 1,5% l'anno apixaban (Hazard Ratio 1,26, 95% CI, 0,79 - 2,00, p = 0,33). Il tasso di ictus emorragico è stato dello 0,2% l'anno in entrambi i gruppi di trattamento (Hazard Ratio 1,15, 95% CI, 0,42-3,17, p = 0,79). Non c'è stata evidenza di tossicità epatica o altri eventi negativi gravi. In considerazione della superiorità dell'apixaban, lo studio è stato interrotto precocemente. Lo studio AVERROES candida l'apixaban per la profilassi degli eventi embolici nei pazienti con fibrillazione atriale, non

adatti ai VKA, come una migliore opzione rispetto all'ASA, rispetto alla quale riduce gli eventi in maniera significativa, senza aumentare il rischio emorragico (Figure 7 - 8 - 9).

ANTIFAP: gli antagonisti dell'angiotensina I nella fibrillazione atriale parossistica

In 37 Centri in Germania sono stati arruolati 425 pazienti con FAP, in trattamento betabloccante, e randomizzati a ricevere placebo *versus* olmesartan 40 mg. Nessuna differenza in termini di riduzione degli episodi e dei sintomi è stata trovata a 12 mesi tra i pazienti con FAP che ricevevano terapia con olmesartan e quelli che non la ricevevano. Da ciò ne deriverebbe la non raccomandazione dell'ARB come terapia di prima linea nella Fibrillazione Atriale, a meno che non sia indicato per altre ragioni.

CARE HF LTFU: follow - up a lungo termine dei pazienti con CRT

Il ruolo critico della Terapia di Resincronizzazione Cardiaca (CRT) per i pazienti sintomatici con insufficienza cardiaca sistolica avanzata e dissincronia, è nozione ormai consolidata e suffragata da vari studi clinici, randomizzati e controllati. Tuttavia, le informazioni disponibili, fornite dalle sperimentazioni cliniche chiave sono limitate ad una durata di follow - up tra 1 - 2 anni. Lo Studio CARE HF LTFU (Cardiac

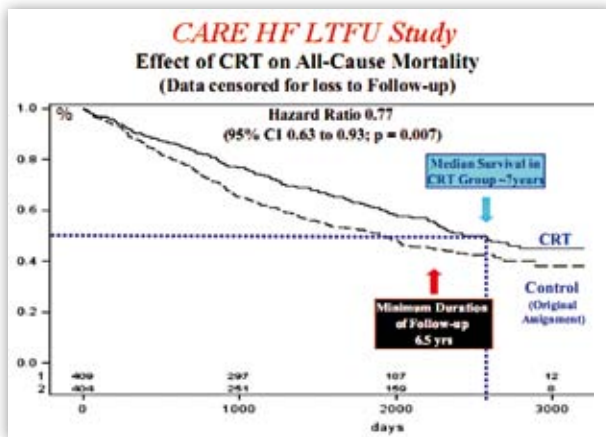


Figura 10

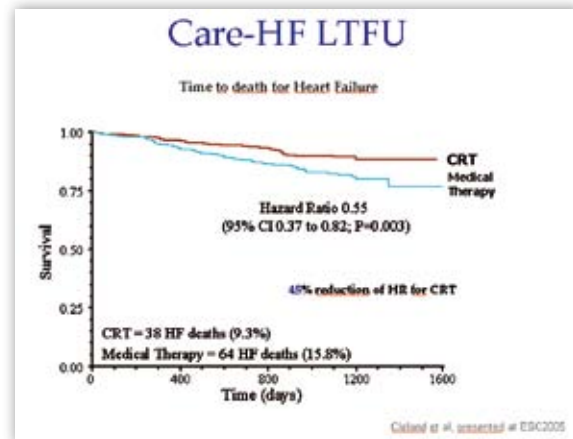


Figura 11

Resynchronisation in Heart Failure: Long - Term Follow - up) ha colmato questa lacuna, presentando risultati da un lungo follow - up compreso tra 6,5 a 9 anni. Lo Studio rappresenta la prosecuzione dello studio CARE - HF, iniziato nel 2000, che si caratterizzava per l'assegnazione ai pazienti nel braccio di trattamento attivo alla sola CRT, senza backup defibrillatore. Il CARE - HF LTFU non è un Trial randomizzato, ma piuttosto un Registro di follow - up dei pazienti precedentemente impiantati, all'interno di uno studio clinico randomizzato. Infatti, dopo che il principale studio ha dimostrato un chiaro beneficio di sopravvivenza per il gruppo di trattamento attivo (con un dispositivo CRT), oltre il 90% dei pazienti del gruppo controllo, trattati inizialmente solo farmacologicamente, aveva ricevuto un dispositivo CRT, al momento dell'arruolamento nel CARE - HF LTFU. Degli 813 pazienti inizialmente arruolati, 343 (42%) sono deceduti prima del riarruolamento, 111 pazienti (14%) non hanno potuto essere contattati, 50 (6%) hanno rifiutato di

partecipare, mentre 309 (38%) hanno acconsentito ad essere arruolati per il follow - up a lungo termine. Dei pazienti originariamente assegnati al controllo, la maggior parte dei sopravvissuti aveva ricevuto la CRT al momento del nuovo arruolamento. Dal momento della randomizzazione, 222 pazienti originariamente assegnati alla terapia farmacologica e 192 assegnati alla CRT erano morti. L'*Hazard Ratio* per la mortalità nei pazienti originariamente assegnati al CRT rispetto al gruppo di controllo era 0,768 (IC 95% 0,633-0,931, $p = 0,007$) (Figura 10). Pertanto, i risultati dello studio presentati non mostrano il beneficio sulla sopravvivenza della CRT in una popolazione di pazienti con scompenso cardiaco, ma piuttosto l'effetto di un ritardo nell'impianto della CRT. Questo può essere apprezzato nelle curve di sopravvivenza, che risultano chiaramente divergenti nel corso dello studio randomizzato principale (con un chiaro vantaggio di sopravvivenza per i pazienti con un dispositivo CRT), ma che tornavano parallele, dopo 3 - 6 anni dall'estinzi-

ne dello studio principale, momento in cui la maggior parte dei pazienti di controllo aveva ricevuto un dispositivo CRT (Figura 11). Lo studio CARE-HF LTFU dimostra che il ritardo nell'impianto della CRT è associato ad una riduzione persistente della sopravvivenza globale dei pazienti con scompenso cardiaco. Sulla base di queste informazioni, lo Studio suggerisce solerzia nel rispetto delle indicazioni all'impianto nei pazienti idonei, anche in ragione della eccellente sopravvivenza media osservata, pari a più di sette anni, per un gruppo di pazienti con insufficienza cardiaca avanzata, disfunzione ventricolare sinistra severa e dissincronia, peraltro portatori di un dispositivo CRT - P, senza backup defibrillatore.



L'appuntamento per il 2011 è a Parigi, dal 27 al 31 agosto. L'argomento dell'evento sarà «Controversie in Cardiologia».

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/

La gestione del paziente con stent medicato in doppia antiaggregazione: il paziente candidato a Chirurgia non cardiaca

di Alessandro Pani

L' aumento esponenziale nel numero delle procedure di rivascularizzazione coronarica percutanea, ormai pressoché invariabilmente associato all'impianto di stent, ha fatto sì che sempre più spesso ci troviamo in situazioni nelle quali pazienti sottoposti di recente ad impianto di stent devono affrontare interventi di Chirurgia non cardiaca (tale probabilità è stimata in circa il 5% entro un anno dalla PCI). L'interesse dell'argomento risiede in due fondamentali aspetti dell'agire del Cardiologo moderno:

- il bilancio tra rischio emorragico e rischio trombotico;
- la capacità di intergere con le altre figure professionali in gioco (Chirurghi, Anestesisti).

Rischio trombotico

In questa situazione il rischio trombotico equivale alla trombosi di stent che clinicamente si esplica con l'infarto del miocardio con sopralivellamento del tratto ST e/o la morte. Tale fenomeno, fortunatamente raro nella popolazione "generale" dei portatori di stent, è favorito, nell'ambito che stia-

mo esaminando, dal milieu protrombotico determinato dalla Chirurgia (aumentata iniezione di catecolamine, aumentata adesività ed aggregabilità piastrinica, ridotta fibrinolisi spontanea, stato proinfiammatorio). È facile intuire quale effetto dirompente, in questo scenario, possa avere la sospensione prematura della doppia antiaggregazione, in una fase in cui la endotelizzazione dello stent non si è pienamente compiuta. D'altra parte le casistiche più datate, solitamente retrospettive (con netta prevalenza di stent non medicati sui medicati) e con la Chirurgia eseguita a breve distanza dall'impianto dello stent, mostrano dati a dir poco allarmanti.

Rischio emorragico

È fuor di dubbio che operare un paziente sotto singola, ed a maggior ragione duplice antiaggregazione, costituisca di per sé un aumentato rischio emorragico. I dati forniti dalla letteratura sono retrospettivi, puramente osservazionali, talvolta addirittura aneddotici; nonostante questi limiti essi esprimono tre concetti di grande rilevanza pratica:

- non vi è in generale un aumento della morbilità e mortalità chirurgiche;
- l'aumentato ricorso alle trasfusioni è tutto sommato limitato;
- l'aumento nella mortalità chirurgica è circoscritto alla Neurochirurgia.

Come comportarsi?

Anche ad un grossolano raffronto emerge chiaramente quanto più grave e meno controllabile sia il rischio trombotico. Ne deriva che le procedure di Chirurgia elettiva devono essere rinviate fino al completo espletamento della duplice terapia antiaggregante come da Linea Guida (almeno un mese per i BMS, almeno 12 mesi per i DES). Lo snodo decisionale più delicato è allorquando vi sia necessità di un intervento chirurgico in regime di emergenza urgenza in paziente recentemente sottoposto ad impianto di stent medicato. In questa situazione non esistono studi randomizzati o Linee Guida ad indirizzo univoco, tuttavia si possono stilare alcune linee di condotta:

- quando è possibile non sospendere mai la doppia antiaggregazione;
- se è necessario sospendere il clopi-

dogrel, limitarne la sospensione al minimo indispensabile (cinque giorni prima dell'intervento) e riprenderlo il più precocemente possibile;

- ad eccezione della Neurochirurgia e della Chirurgia della camera posteriore dell'occhio non sospendere mai l'ASA. Vi è poi una situazione particolare nella quale ci si trova ad intercettare un alto rischio sia emorragico che di trombosi di stent: in questi casi è necessario sospendere il clopidogrel (e, a seconda dei casi, anche l'ASA), la cui azione antiplastrinica è vicariata dall'utilizzo perioperatorio endovenoso degli inibitori delle glicoproteine IIb/IIIa ed in particolare del tirofiban, che ben si presta per la rapidità di inizio e termine della sua azione. Esiste a tal proposito un protocollo (curato dal Prof. De Servi e dal Dott. Savonitto), oramai ben consolidato, che ha avuto l'approvazione dei Comitati Etici locali e la cui attuazione è sfociata in un Registro i cui primi 30 pazienti sono stati pubblicati sul *British Journal of Anaesthesia*, con eccellenti risultati in termini di eventi emorragici e trombotici.

Collaborazione multidisciplinare

Tale protocollo è il frutto della stretta collaborazione e della condivisione di responsabilità tra Cardiologi clinici, Emodinamisti, Chirurghi ed Anestesiisti; in un terreno così insidioso è questa la carta vincente per venire a capo delle situazioni anche le più intricate.

In particolare:

- l'anestesista deve essere informato sul tipo di stent, sede e data di impianto nonché sul rischio cardiaco (morte/IMA) di quel specifico intervento. È importante concordare con esso, nei casi a maggior rischio, se il paziente dovrà stazionare in terapia intensiva generale o cardiologica;
- il Chirurgo deve essere consapevole che il rischio della trombosi di stent è infinitamente più rilevante del rischio emorragico in sé.

In questo modo la consulenza cardiologica preoperatoria cessa di essere un atto solo "formale" e diventa un utile strumento operativo.

Le situazioni più a rischio sono sempre inevitabili? ...E qualche considerazione conclusiva

È ovvio che l'indicazione chirurgica, in regime di emergenza urgenza, è difficilmente prevedibile. D'altra parte, se è vero che la sospensione prematura della doppia antiaggregazione piastrinica è il maggior predittore della trombosi di stent, è altrettanto evidente che talvolta la vita, come si suol dire, ce la complichiamo da soli. A tal proposito, in conclusione, sottopongo alla vostra attenzione alcune considerazioni circa la nostra pratica clinica quotidiana.

- Quante volte il paziente viene sottoposto a rivascolarizzazione coronarica "profilattica" preoperatoria nella fal-lace convinzione di abbattere il rischio

cardiaco dell'intervento chirurgico?

Tale atteggiamento, sulla base di Trial randomizzati (CARP, DECREASE - V) e delle attuali Linee Guida non è più ammissibile.

- Si riflette abbastanza, insieme all'Emodinamista di riferimento, sulla scelta del tipo di rivascolarizzazione (POBA, BMS, DES) in base al tipo di paziente (età, compliance, comorbilità)?

- Teniamo nella giusta considerazione che una buona parte dell'attuale utilizzo dei DES è off-label e come tale ad aumentato rischio di trombosi (e quindi potenzialmente a maggior dipendenza da una adeguata doppia antiaggregazione)?

- Quanto tempo utilizziamo, in fase di dimissione, per sensibilizzare il paziente circa l'importanza della duplice antiaggregazione, l'imperativo di non interromperla e, nel caso si paventi tale necessità (da parte di Dentista, Chirurgo, Dermatologo, ecc.), quanto spesso ci rendiamo disponibili per interagire con tali figure professionali?

- Quante riunioni collegiali si fanno nei nostri Ospedali per mettere a punto, a mente fredda, protocolli condivisi con le altre figure professionali coinvolte in queste situazioni, senza ridurci a convulse, "isteriche" e quindi poco produttive consultazioni telefoniche in prossimità dell'intervento chirurgico?

Non sempre **elettronico** è sinonimo di **veloce** ...



I problemi dell'implementazione della **Cartella Clinica Informatizzata**

Negli ultimi anni negli USA è fallito il 30% dei tentativi di implementazione delle Cartelle Cliniche Elettroniche per problemi di insufficiente progettazione

di Paolo Barbier

Cartella Clinica Informatizzata

Nel suo discorso di insediamento al Congresso degli Stati Uniti il Presidente Barack Obama ha affermato: «Il nostro piano di ripresa investirà nelle Cartelle Cliniche Elettroniche (CCE) e le nuove tecnologie che ridurranno gli errori, diminuiranno i costi, assicureranno la privacy, e salveranno vite umane». È questa una efficace sintesi dei benefici della CCE, cerniera che raccorda tutte le informazioni cliniche e non del paziente e realizza il corretto sviluppo del sistema informatico sanitario, i cui obiettivi sono:

- 1) aumentare l'efficienza e l'accuratezza del processo diagnostico - terapeutico,
- 2) ridurre gli errori medici,
- 3) ridurre i costi per il Sistema Sanitario,
- 4) facilitare la standardizzazione delle cure,
- 5) permettere di effettuare verifiche di qualità.

Scarsa "usabilità" dei software

E allora perché la CCE non ha ancora avuto un successo travolgente? La trentennale esperienza USA ci mostra che a metà degli anni 2000 meno del 10% degli Ospedali USA possedeva sistemi clinici informatizzati integrati, e solo il 25% dei Medici ambulatoriali usava una qualche forma di CCE. Uno Studio nazionale non trovava differenze nella qualità delle cure ed outcome tra l'uso di cartelle cliniche Cartacee e CCE ⁽¹⁾, probabilmente anche per una scarsa "usabilità" dei software (e mancato godimento dei vantaggi potenziali della CCE). Molti degli Studi USA che hanno accreditato i vantaggi della CCE sono stati condotti presso pochi istituti all'avanguardia,

con sistemi informatizzati sviluppati al proprio interno, provvisti di sistemi di supporto per le decisioni cliniche*, assenti nelle CCE di altri studi (ambulatoriali, per esempio). Quindi, un problema ricorrente è il sottoutilizzo da parte dei medici dei sistemi informatici presenti.

Requisiti delle CCE

Uno studio del National Center of Health Statistics ha evidenziato come solo il 40% delle CCE possedesse i requisiti minimi:

- 1) prescrizione elettronica di farmaci ed esami;
- 2) risultati degli esami;
- 3) diario clinico.

Un elenco esaustivo delle caratteristiche che deve possedere una CCE (Institute of Medicine of the National Academies di Washington), è fornito nella Tabella 1. Le diverse componenti della CCE devono essere realizzate solo dopo una approfondita analisi delle necessità dei vari Reparti, delle modalità di lavoro, e consultando i singoli operatori (Medici, Infermieri e Tecnici). È fondamentale nel passaggio dalla Cartella Clinica Cartacea alla CCE un adeguato supporto (istruzione e motivazione) al personale, e che la CCE sia completa e soprattutto leggibile, con una modalità di inserimento dei dati il più semplice possibile (AIDOS - Associazione Italiana Documentazione Sanitaria).

Il supporto informatico

Diverse sono le richieste da rivolgere a chi fornisce e/o mantiene sia l'hardware che il software alla base della CCE:

1. una capillare distribuzione della rete informatica nella struttura sanitaria;

È fondamentale che la Cartella Clinica Elettronica sia completa e soprattutto leggibile, con una modalità di inserimento dei dati il più semplice possibile

La Cartella Clinica Elettronica non ha ancora avuto un successo travolgente perché spesso non è progettata tenendo conto del workflow reale e delle esigenze degli Operatori Sanitari

Caratteristiche che deve possedere la Cartella Clinica Elettronica

- supportare una lista di problemi
- tenere traccia dello stato di salute e dei livelli funzionali
- documentare il ragionamento clinico e il processo logico
- fornire collegamenti dinamici ad altre cartelle cliniche
- garantire confidenzialità, privacy e tracciabilità dei processi clinici
- offrire accesso continuato agli utenti autorizzati
- supportare viste in contemporanea da parte di più utenti
- supportare l'accesso puntuale a risorse locali e remote di informazioni
- facilitare il "problem solving" clinico
- supportare l'immissione diretta di dati da parte degli utenti
- supportare i medici specialisti nel contenere i costi e migliorare la qualità
- supportare i bisogni esistenti e in evoluzione delle specialità cliniche

Tabella 1

2. un metodo di implementazione dei database già collaudato;
3. automatismi di salvataggio dei dati;
4. modalità di archiviazione adeguate per i diversi tipi di dati presenti nel database (dati, segnali fisiologici e immagini), aggiornabili per evitare l'obsolescenza;

5. presenza di personale dedicato all'assistenza, disponibile ed in grado di eseguire la manutenzione e l'aggiornamento del sistema nel tempo.

Esigenze comuni

Il rispetto di tutti questi requisiti da parte dei software utilizzati in ambito clinico permetterà di soddisfare le esigenze comuni ai Medici ed agli Amministratori ospedalieri: la standardizzazione delle procedure mediche e delle transazioni nel corso dei processi di cura, la garanzia che tutti gli Operatori interessati ricevano le medesime informazioni in maniera univoca e controllata, la produzione di rapporti clinici con metodologie più efficaci e la protezione dei dati contro gli accessi impropri. Per quanto riguarda la sicurezza dei dati, è necessario garantire la protezione della sicurezza dei dati da intromissioni (rispetto della privacy del paziente), l'identificazione univoca del compilatore e la sicurezza dei dati contro la loro manipolazione.

Gli svantaggi

È necessario tenere conto dei principali svantaggi dei sistemi clinici infor-

matizzati: gli elevati costi di start-up (acquisto di hardware e software) ed una inevitabile relativa "rigidità" del sistema informativo (disponibilità limitata dei "punti di accesso" al sistema informativo, macchinosità delle regole di accesso ai dati, difficoltà di sincronizzazione tra diverse istituzioni per la Cartella del singolo paziente, lentezza nella trasmissione a distanza per inadeguatezza della tecnologia di rete esistente).

Quando fallisce

La mancata individuazione e comprensione delle esigenze del personale sanitario da parte dei responsabili incaricati della realizzazione è la principale causa del fallimento dell'implementazione di una CCE (fino al 30% di fallimenti negli ultimi anni negli USA). Un recente sondaggio dell'American College of Physician Executives (2009) ha rilevato i seguenti problemi: insufficiente allocazione di risorse finanziarie (40%); mancanza di supporto da parte dei Colleghi (20%); eccessiva difficoltà di implementazione della nuova tecnologia (12%). Preoccupava inoltre una evidente riduzione del workflow rispetto al periodo precedente all'implementazione, e la difficoltà a rapportarsi con il responsabile dei sistemi informativi scelto dall'Amministrazione. Da parte dell'Amministrazione ospedaliera, invece, i principali problemi rile-

vati sono stati gli eccessivi costi di start-up, le difficoltà di implementazione del sistema, e le resistenze da parte del personale medico.

Altri problemi

Infine, citiamo da un recente editoriale del *New England Journal of Medicine*⁽²⁾, alcune considerazioni sull'utilizzo non appropriato della CCE da parte dei Medici. L'eccessivo uso della tecnica "copia ed incolla" può portare al "plagiarismo clinico", al pericolo per i Medici più giovani di copiare invece di pensare, ed espone alla replicazione automatica degli errori. Anche l'eccessivo uso di template e checkbox riduce la capacità di pensare e scrivere in maniera indipendente. Infine, l'eccessiva attenzione alla compilazione del software può portare il Medico a guardare molto più lo schermo del PC che non il paziente.

Bibliografia

1. Linder JA, et al. "Electronic health record use and the quality of ambulatory care in the United States". *Arch Intern Med.* 2007;167:1400-5
2. Hartzband P and Groopman J. Off the record - avoiding the pitfalls of going electronic. *N Engl J Med* 2008;358:1656-8.

*Un sistema di supporto per le decisioni cliniche, ad esempio, è la possibilità che il sistema fornisca automaticamente un avviso quando vengono prescritti ad un paziente due farmaci che possono interagire sfavorevolmente.



La gestione post - dimissione dell'Embolia Polmonare Acuta:
da chi sono seguiti questi pazienti?

Il popolo migratore

Il Documento di Consenso FIC "Il follow up dei pazienti con Embolia Polmonare Acuta" si propone quale primo (ed attualmente unico) strumento per una gestione efficace ed efficiente della fase post - dimissione

di Andrea Rubboli

Nell'attuale assenza di strategie di follow up codificate e condivise, la popolazione dei pazienti dimessi dopo un episodio di Embolia Polmonare è frequentemente costretta a "migrare" negli ambienti più disparati, quali le Unità Operative di Cardiologia, quelle di Medicina Interna o Geriatria, nei Centri di Sorveglianza Anticoagulati, le Unità Operative di Ematologia, i Medici di Medicina Generale, per essere seguita e gestita nel medio - lungo termine. Pur riconoscendo l'eccellente qualità e la grande competenza maturate dalle varie figure che trasversalmente si fanno carico di seguire i pazienti nel percorso successivo alla fase acuta dell'Embolia Polmonare, non si possono dimenticare i pericoli insiti in questa "migrazione". Analogamente alle popolazioni di volatili mirabilmente descritte da Jacques Perrin nel film *Il popolo migratore* (2001), anche sui pazienti sopravvissuti ad un'Embolia Polmonare Acuta incombono infatti gravi pericoli, quali essenzialmente la recidiva e lo sviluppo di ipertensione polmonare, in grado di minarne, oltre che la qualità della vita, addirittura la sopravvivenza. A tutt'oggi però, non esiste una solida evidenza in grado di supportare il clinico nella gestione del paziente con Embolia Polmonare Acuta successivamente alla sua dimissione. Tanto che, fatta eccezione per le modalità con cui condurre la terapia anticoagulante orale, i vari aspetti di tale fase non vengono affrontati né discussi in alcuna Linea Guida recente. In realtà, sarebbe di estrema rilevanza, tanto clinica quanto sociale, determinare e codificare quando e

con quale frequenza effettuare controlli clinici ambulatoriali, quando e come impiegare le varie metodiche di Imaging (Ecocardiografia, Scintigrafia Polmonare, Angio - TAC), quando e come dosare i diversi marcatori biochimici (troponina, D - dimero, BNP, ecc.), quando e come ricercare eventuali patologie associate (neoplasia, arteriopatia aterosclerotica, ecc.), quando ricorrere a test di valutazione funzionale (6 - minute walk test, spirometria), e quando e come indirizzare il paziente a centri specializzati per la gestione diagnostica e terapeutica (medica e chirurgica) dell'ipertensione polmonare.

Il Documento di Consenso FIC

L'esigenza di strutturare e codificare il follow up del paziente con Embolia Polmonare Acuta era già da tempo sentita dall'Area Malattie del Circolo Polmonare ANMCO, la quale pertanto si è fatta carico di avanzare la proposta di elaborare un Documento di Consenso che, attraverso il coinvolgimento dei maggiori esperti nazionali, permettesse di porre le basi per una gestione uniforme ed integrata della fase post dimissione. Il carattere multiprofessionale e multisocietario su cui il Documento deve ineludibilmente fondarsi ha fatto sì che la proposta dell'Area Malattie del Circolo Polmonare ANMCO venisse recepita dalla Federazione Italiana di Cardiologia (FIC) la quale, nella persona del Past President Giuseppe Di Pasquale, ha conferito ad una Commissione formata da Andrea Rubboli, Carlo D'Agostino e Pietro Zonzin, in rappresentanza dell'ANMCO, e Carmine Dario Vizza, Michele D'Alto e Vittorio Pengo, in rappresentanza

La gestione a medio - lungo termine dei pazienti con Embolia Polmonare non è codificata

L'esigenza dell'Area Malattie del Circolo Polmonare ANMCO di strutturare e codificare tale fase è stata recepita dalla FIC che ha conferito ad una Commissione ANMCO - SIC il mandato di sviluppare un Documento federativo di Consenso

della SIC, il mandato di sviluppare il Documento di Consenso FIC denominato “Il follow up dei pazienti con Embolia Polmonare Acuta”. All’interno di tale Documento, che data l’attuale assenza di solida evidenza non potrà rappresentare altro che il consenso scaturito dal confronto tra esperti, verranno affrontati i vari aspetti della gestione a medio - lungo del paziente con Embolia Polmonare Acuta, a partire dalla stratificazione del rischio di morte e recidiva alla dimissione, passando per le indicazioni e modalità per l’identificazione della trombofilia, l’impiego dei marcatori biochimici, delle metodiche di Imaging e dei test funzionali, la conduzione della terapia anticoagulante e l’uso dei filtri cavali, e finendo quindi con la ricerca e la gestione dell’ipertensione polmonare post - tromboembolica.

Interrogativi e necessità attuali

Pur riconoscendone il limite principale legato al basso livello di evidenza su cui si fonda, l’importanza del Documento (che è attualmente in fase di elaborazione) risiede nel fatto di rappresentare il primo, ed al momento unico, strumento per una gestione efficace, ed auspicabilmente anche efficiente, del paziente sopravvissuto ad un episodio di Embolia Polmonare Acuta. È infatti importante cercare di stabilire ad esempio se per l’angio - TAC, che secondo la migliore evidenza attualmente disponibile costituisce la metodica su cui fondare la diagnosi, esista un ruolo nel follow up (anche in una ottica protettiva di rischio oncologico) per documentare la risoluzione dei tromboemboli. È d’altro canto altrettanto importante determinare il ruolo

preciso dell’Ecocardiografia che da un lato fornisce informazioni solo indirette sulla presenza e sul grado di ostruzione del circolo polmonare (al punto da ricoprire un ruolo solo marginale nella diagnostica in fase acuta), ma dall’altro appare la metodica maggiormente corroborata da evidenze circa la possibilità di predire morte e recidive nel follow up, oltre ad essere quella più facilmente disponibile e più sicura per il paziente. Ancora, va determinato quale debba essere il ruolo reale nella pratica quotidiana dei vari strumenti attualmente disponibili (dosaggio del D - dimero, impiego dell’ultrasonografia venosa degli arti inferiori, ricerca di neoplasie occulte, ecc.) per decidere nel modo più sicuro ed efficace circa la durata della terapia anticoagulante. Ed infine, è necessario identificare e standardizzare quali devono essere le caratteristiche ed i requisiti di un Servizio che possa occuparsi a tutto tondo della gestione post-acuta dei pazienti con malattia tromboembolica venosa. In definitiva, l’obiettivo ultimo del Documento di consenso è analogo a quello della procedura di inanellamento dei volatili migratori, che a partire dalla fine del XIX secolo permette di mapparne gli spostamenti e di ottenere conseguentemente informazioni sulla loro vita! Pur senza dover necessariamente apporre anelli alla caviglia dei nostri pazienti, è indubbio che la codificazione e standardizzazione della gestione della fase post - acuta dell’Embolia Polmonare permetterà di migliorare i percorsi e l’assistenza (ed auspicabilmente anche la prognosi) di questa popolazione che, ancorché epidemiologicamente rilevante, è ancora oggi frequentemente abbandonata a se stessa.

La popolazione dei pazienti dimessi dopo un episodio di Embolia Polmonare è frequentemente costretta a “migrare” negli ambienti più disparati

Analogamente alle popolazioni di volatili mirabilmente descritte da Jacques Perrin nel film Il popolo migratore (2001), anche sui pazienti sopravvissuti ad Embolia Polmonare incombono gravi pericoli

La mia esperienza nell'Area Nursing Domenico Miceli si racconta

Il Dottor Domenico Miceli, Chairman dell'Area Nursing nel biennio 2003 - 2004, racconta la sua esperienza al servizio dell'Area

di *Cristiana Caredda*

Dott. Miceli, lei è stato Chairman dell'Area Nursing ANMCO alcuni anni fa. Cosa ci può dire su questa sua esperienza?

Sono stato dapprima Co - Chairman con Fabrizio Ammirati e successivamente Chairman nel 2003 e 2004, quindi in totale una esperienza di almeno quattro anni. Direi che sono stato fortunato perché ci siamo trovati a raccogliere i frutti di quanto egregiamente seminato dai "fondatori" dell'Area Nursing, Patrizia Maras e Vincenzo Cirrincione. Le Aree nacquero a suo tempo da una felice intuizione di Luigi Tavazzi e l'Area Nursing è stato il primo tentativo, direi felicemente riuscito, di aggregare la componente infermieristica in una importante Società cardiologica ospedaliera italiana.

Che cosa ricorda in particolare di quegli anni?

Ho svolto questo compito con molto entusiasmo che mi è stato poi ripagato con una ampia partecipazione. La parte migliore degli Infermieri di Cardiologia voleva essere presente nell'ANMCO, e in tutti quegli anni abbiamo cercato di valorizzare tutti

quelli che, volontariamente, si sono fatti avanti, ed abbiamo anche notato una presenza e una serietà nella collaborazione ai vari progetti intrapresi, devo dire, pari a quella dei Medici. **Cardionursing è il nome del Congresso infermieristico in seno al Congress generale ANMCO, ma è anche il nome del Manuale di Cardiologia che avete realizzato.**

Sì, il momento del Congresso è quello più importante, ci si incontra con Colleghi magari contattati per un anno via mail o telefonicamente, si realizzano e si sviluppano i temi ritenuti più significativi. Ricordo una preparazione di almeno sei mesi prima, per la scelta dei temi e dei Relatori più affidabili. Ho sempre cercato, personalmente, di rispondere alle richieste specifiche che provenivano direttamente dal singolo Infermiere desideroso di partecipare, non trascurando le segnalazioni dei miei Colleghi Cardiologi. In ogni realtà nella quale lavoriamo ci sono ottimi elementi, che vanno incoraggiati e stimolati, e che, senza l'esistenza di una specifica Area, non sarebbero mai venuti alla luce. La volontarietà della collaborazione ha

sempre giocato un ruolo importante: chi chiede di collaborare lo fa sicuramente sapendo di dover dedicare tempo ed impegno, non certo per gratificazione economica, anzi...

Dicevamo del Manuale Cardionursing...

Consideriamolo una idea, una base su cui continuare a lavorare. La cosa più difficile che ricordo, come esperienza di quegli anni, è separare la Cardiologia "medica" da quella "infermieristica", nelle riunioni, nei convegni, e quindi anche nel testo. Non bisogna mai dimenticare che i ruoli sono diversi, il Medico cura il Paziente, l'Infermiere lo assiste. Il *Manuale*, così come è nella sua prima edizione, soffre intanto di questo. Sarei felice di poterne ottenere una riedizione.

Ha partecipato ai successivi Cardionursing nazionali?

Per qualche anno sono stato identificato sempre come una sorta di "esperto" di Nursing cardiologico, parola troppo grossa per chi come me si è avvicinato a questo mondo da Medico... ma, anche grazie ai consigli e all'esperienza di Paola Di Giulio, che non a caso continua ad essere l'"eminenza grigia" dell'Area Nursing ANMCO, credo di avere poi maturato una certa cultura e competenza in questo campo. Nei due anni di Chairman non nascondo di aver telefonato a Paola Di Giulio quasi tutti i giorni fra le sette e le otto del mattino: mi rispondeva sempre dal treno sul quale viaggiava da Milano a Torino. Senza la sua presenza e partecipazione l'Area Nursing non sarebbe cresciuta così.

Altri ricordi? O qualche rimpianto?

Ricordi moltissimi, e tutti piacevoli.

Solo guardare il Padiglione Cavaniglia pieno di Infermieri, anche in piedi, e sapere che hai contribuito in parte a questo successo mi ha sempre dato una emozione piacevolissima. Ho trascorso molte domeniche in casa al computer a rispondere alle mail di singoli che chiedevano suggerimenti, testi da consultare, proponevano progetti, ecc. Posso dire con orgoglio di non aver mai trascurato di rispondere a nessuno, si sentiva dall'altro lato la voglia di emergere, di proporre, di partecipare. Rimpianti nessuno, se non quello di aver dovuto lasciare l'incarico proprio nel momento della maggiore "maturità", ma chissà, fra corsi e ricorsi, magari ci sarà modo di collaborare ancora in qualsiasi forma...

Oggi abbiamo un "doppio" Chairman, Medico e Infermiere.

Sì, è sicuramente un punto al quale bisognava arrivare. Lucia Sabbadin, primo Chairman Infermiere, è sicuramente la scelta giusta, abbiamo collaborato nel Comitato di Coordinamento dell'Area ed è Coautrice, con Paola Di Giulio e Quinto Tozzi, del *Manuale*. Forse continua ad esserci qualche confusione su ruoli e compiti, ma maturerà anche questa esperienza per i prossimi anni.

Lei ha potuto collaborare con Giulietta Ferrante che ha lavorato con grande impegno per l'Area Nursing, vuole dirci qualcosa su di lei?

Giulietta Ferranti, una brava Infermiera purtroppo prematuramente deceduta, che ha fatto parte del mio Comitato di Coordinamento. Era una persona molto seria, volenterosa, e

anche dolce e sensibile che, al di fuori delle competenze tecniche, dimostrava di avere doti di grande umanità, una cosa che ciascuno di noi, Medico o Infermiere, dovrebbe sempre mettere al primo posto. Ricordo con quanta precisione preparò una bella relazione sull'assistenza infermieristica in UTIC al Cardionursing.

Si parla molto delle competenze "tecniche" dell'Infermiere di Cardiologia, cosa ne pensa?

Per quanto riguarda la figura del tecnico di Cardiologia, al di là del tecnico di Emodinamica e di Elettrostimolazione, due figure in fondo già presenti da tempo, vedo molto bene quella del Sonographer, in una ottica di organizzazione in chiave più moderna dei Laboratori di Ecocardiografia e soprattutto per valorizzare il ruolo degli Infermieri che lavorano nei laboratori di diagnostica non invasiva.

Allora grazie per la disponibilità e arrivederci ai prossimi appuntamenti infermieristici!



Highlight Cardionursing 2010

di Elena Bottari

Un Cardionursing più breve e più attento alle esigenze degli Infermieri di coniugare la teoria con la pratica quotidiana. Ogni Sessione è stata infatti accompagnata dalla presentazione di esperienze e dalla discussione di casi clinico - assistenziali. I Minimaster, concentrati in una unica giornata, hanno riguardato punti cardine dell'assistenza al paziente cardiologico, primo tra tutti il counseling infermieristico, al quale è stata dedicata anche una Sessione di

Comunicazioni. Altro tema trattato è stato la ricerca infermieristica mediante Comunicazioni, proposte di Studi multicentrici ed esposizione di risultati di progetti già eseguiti mettendo in luce l'interesse ed il grado di competenza acquisita. Sempre all'insegna della praticità gli altri argomenti trattati come il Triage dei grandi sintomi clinici ed i modelli organizzativi assistenziali con le esperienze di case management e di primary nursing da parte di alcuni Centri. Infine la continuità assistenziale, sempre più

considerata una priorità del Servizio Sanitario Nazionale, è stata argomentata di un Simposio che ha coinvolto varie figure professionali e ne ha trattato le componenti relazionali, gestionali e di informazione. Queste le nuove frontiere della qualità dell'assistenza nella quale l'Infermiere ricopre un ruolo insostituibile. Il video delle Highlight relativo al Cardionursing 2010 è disponibile sul Sito WEB ANMCO alla pagina: www.anmco.it/congressotoday/atti

IN - HF on line: l'esperienza dei Ricercatori

Il Database del paziente con Scompensso Cardiaco ha costituito uno dei primi passi verso la formazione della Rete nazionale dei Centri Scompensso

di B. Bianchini, G. Cacciatore, F. Ingrassia, C. Marcon

Sono ormai trascorsi quindici anni da quando nel 1995 il Comitato di Coordinamento della prima Area ANMCO, l'Area Scompensso Cardiaco, ebbe l'idea di promuovere il *Progetto IN - CHF*. La creazione di un software finalizzato alla raccolta di dati clinici ed epidemiologici dei pazienti con Scompensso Cardiaco Cronico, che aveva come obiettivo sia quello di fornire alle Strutture cardiologiche uno strumento utile per la gestione dei pazienti con Scompensso Cardiaco, che rendere più agevole il follow up, ha costituito uno dei primi passi verso la formazione di una Rete nazionale dedicata al problema di questa patologia, per la cui rilevanza clinica ed epidemiologica si è sentita la necessità di cercare di razionalizzare le diverse strategie assistenziali diagnostiche e terapeutiche, ottimizzare l'uso delle risorse, programmare una formazione specifica per gli Operatori Sanitari e finalizzare la Ricerca Clinica. Dalla iniziale versione locale del 1995, come naturale evoluzione tecnologica nel

2005 si è passati alla raccolta dati on line, con importanti vantaggi.

1. L'aggiornamento automatico del programma consente di avere immediatamente disponibili, ad ogni nuovo utilizzo del programma, l'ultima versione disponibile. Questa funzione ha reso possibile un costante aggiornamento del software sulla base delle osservazioni ed indicazioni provenienti dai vari Centri che lo utilizzano. I suggerimenti vengono analizzati da un gruppo di esperti e se ritenuti utili vengono inseriti nel programma.
2. La multiutenza consente di utilizzare contemporaneamente il software in più punti all'interno della stessa Unità Operativa: il programma può essere installato ed utilizzato in una qualunque postazione che abbia disponibile il collegamento ad Internet. Questa possibilità è particolarmente utile per i Centri dotati di reparti di degenza ed Ambulatori distanti tra loro: da ciascuna sede è possibile consultare i dati dei pazienti arruolati nel Registro.
3. Il trasferimento pazienti tra Centri del Network consente di trasferire

le informazioni di un paziente da un Centro ad un altro del Network, nel caso in cui si presenti questa esigenza per una continuità clinico terapeutica o per altri motivi. Questa opzione è particolarmente utile considerando che spesso i pazienti con Scompensso Cardiaco, per motivi vari, possono consultare o essere ricoverati in Centri differenti.

4. La centralizzazione del Database garantisce il corretto e completo mantenimento dei dati di tutti i Centri, non essendo più questi legati al PC su cui è installato il programma. In tal modo si evita l'accidentale perdita dei dati che poteva avvenire con la versione locale.
5. È sempre possibile eseguire l'analisi del Database ed estrarre i dati del proprio Centro dal Database centrale in qualunque momento. Inoltre è prevista l'estrazione delle caratteristiche dell'intera popolazione registrata nel Database da parte di qualunque Centro in qualsiasi momento. In tal modo il singolo ricercatore può avere una istantanea della popolazione seguita presso il proprio Centro in termini

epidemiologici, clinici e di terapia farmacologica. Con *IN - HF on line* è possibile raccogliere in maniera sistematica e standardizzata la storia completa e l'outcome del paziente con Scompensio Cardiaco, sia nelle manifestazioni acute che nella gestione ambulatoriale. Nei Centri presso cui lavorano gli autori di questo articolo, *IN - HF on line* viene sistematicamente utilizzato nell'Ambulatorio Scompensio, con inserimento dei dati in tempo reale durante la visita al paziente. La sezione dedicata allo Scompensio Acuto, anch'essa ampiamente utilizzata, consente una gestione informatizzata della fase di ricovero comprendente una ricca mole di dati clinici, strumentali, laboratoristici e farmacologici che consentono una fotografia esaustiva della fase del ricovero. Se l'inserimento dei dati anamnestici rende un po' più lunga la prima visita, la piccola perdita di tempo iniziale è ampiamente recuperata nelle visite successive, più veloci ed agevoli, mentre la possibilità di visionare in diretta, in corso di visita, i dati strumentali e di laboratorio pregressi, ne permette una più accurata programmazione. Infine la possibilità di avere sia una lettera generata automaticamente al termine della visita che alla dimissione del paziente dall'Ospedale, rappresenta una significativa semplificazione organizzativa. L'impiego del SW *IN - HF* per la gestione dei pazienti con Scompensio Cardiaco non è solo un utile strumento per la raccolta dati ma è anche una risorsa dal punto di

vista formativo e culturale. Formativo perché ne esce un profilo completo del paziente riprodotto nella lettera che viene automaticamente generata alla fine del percorso. L'innovazione culturale è stata quella di creare finalmente un linguaggio comune nella gestione di una sindrome così complessa come lo scompensio. Con *IN - HF on line* diventa prassi il definire il paziente in base al medesimo vocabolario e valutarne la gravità utilizzando gli stessi parametri di riferimento. Quindi *IN - HF* non è solo un potente mezzo per la gestione dei pazienti con Scompensio Cardiaco ma anche uno strumento di standardizzazione e razionalizzazione dell'operare medico. Uno dei tanti esempi di applicazione pratica dell'utilità del software *IN - HF* è il *Progetto GIOTTO* promosso dalla ASL 4 di Torino, sviluppato dalla U.O. di Cardiologia dell'Ospedale "San Giovanni Bosco", che ha trovato *IN - HF on line*, utilizzato ormai da anni nella pratica clinica, quale ideale strumento di raccolta dati. Il Progetto, che è stato avviato nel gennaio 2004, aveva come scopo quello di creare un percorso diagnostico terapeutico condiviso tra le varie figure che operano nel territorio: Cardiologi ospedalieri, Cardiologi ambulatoriali e di Strutture convenzionate, Medici di Medicina Generale, Infermieri professionali. Sono state stilate Linee Guida locali, che si rifacevano a quelle nazionali ed internazionali; sono stati promossi Corsi di aggiornamento per Medici e Infermieri, oltre ad incontri educa-

zionali per i pazienti e i loro familiari, con consegna di un opuscolo informativo. È stato attivato inoltre un servizio di follow up telefonico gestito dalla componente infermieristica della Cardiologia ospedaliera, che a distanza di 1, 2, 3, 6, e 12 mesi dall'ingresso del paziente ne verifica le condizioni cliniche, l'adesione alla terapia e alle norme di stile di vita. Il personale infermieristico inoltre ha provveduto a compilare insieme al paziente, all'ingresso e dopo un anno, il Questionario Minnesota sulla qualità della vita. Quanto previsto da *GIOTTO* era già presente all'interno di *IN - HF on line*. *IN - HF on line* nel corso di questi quindici anni del suo utilizzo ha subito una serie di progressivi miglioramenti che lo hanno portato a divenire uno strumento potente e completo nella gestione dei pazienti con Scompensio Cardiaco sia Cronico che Acuto, mantenendo comunque caratteristiche di notevole semplicità e rapidità di uso. Obiettivo dell'Area Scompensio Cardiaco dell'ANMCO per i prossimi anni, oltre a cercare di consolidare il Network tra le U.O. di Cardiologia, promuoverne un allargamento tra le U.O. di Medicina Interna, è certamente quello di estenderne l'utilizzo anche al Medico di Base, creando così i presupposti anche organizzativi per lo sviluppo di quella integrazione tra figure operanti in Ospedale e nel Territorio, premessa fondamentale per la realizzazione della continuità assistenziale.

ABRUZZO

Presidente: Leonardo Paloscia (Pescara)

Consiglio Regionale:

Domenico Di Clemente (Pescara)
Giacomo Levantesi (Vasto - CH)
Loredana Mantini (Chieti)
Cosimo Napoletano (Teramo)
Massimo Pasquale (Chieti)
Marco Flavio Tiburzi (Avezzano - AQ)
www.anmco.it/regioni/elenco/abruzzo/

BASILICATA

Presidente: Luigi Truncellito (Policoro - MT)

Consiglio Regionale:

Antonio Giovanni Cardinale (Matera)
Michele Antonio Clemente (Matera)
Berardino D'alexandro (Policoro - MT)
Salvatore Gubelli (Venosa - PZ)
Pasqualino Innelli (Marsico Vetere - PZ)
Antonio Lopizzo (Potenza)
Rosa Anna Manta (Policoro - MT)
Vincenzo Domenico Martone (Potenza)
www.anmco.it/regioni/elenco/basilicata/

CALABRIA

Presidente: Mario Chiatto (Cosenza)

Consiglio Regionale:

Francesco Antonio Benedetto (Reggio Calabria)
Roberto Caporale (Cosenza)
Nicola Cosentino (Cariati - CS)
Alfredo De Nardo (Vibo Valentia)
Alessandro Ferraro (Località Germaneto - CZ)
Raffaele Lumare (Crotona)
www.anmco.it/regioni/elenco/calabria/

CAMPANIA

Presidente:

Giovanni Gregorio (Vallo della Lucania - SA)

Consiglio Regionale:

Cesare Baldi (Salerno)
Gennaro Bellizzi (Ariano Irpino - AV)
Nicola Capuano (Nocera Inferiore - SA)
Aldo Celentano (Napoli)
Franco Mascia (Caserta)
Gerolamo Sibilio (Pozzuoli - NA)
Paolo Silvestri (Benevento)
Attilio Varricchio (Napoli)
www.anmco.it/regioni/elenco/campania/

EMILIA ROMAGNA

Presidente: Diego Ardissino (Parma)

Consiglio Regionale:

Alessandro Capecci (Bentivoglio - BO)
Nicoletta Franco (Rimini)
Alessandro Fucili (Ferrara)
Alessandro Navazio (Reggio Emilia)
Giampiero Patrizi (Carpi - MO)
Angelo Placci (Ravenna)
Claudio Reverberi (Parma)
Giovanni Quinto Villani (Piacenza)
www.anmco.it/regioni/elenco/emilia/

FRIULI VENEZIA GIULIA

Presidente: Antonio Di Chiara (Tolmezzo - UD)

Consiglio Regionale:

Salvatore Accardo (Gorizia)
Antonella Cherubini (Trieste)
Ermanno Dametto (Pordenone)
Giuseppe Di Fonso (Latisana - UD)
Grazia Fazio (Gemona del Friuli - UD)
Laura Massa (Trieste)
Alessandro Proclemer (Udine)
Antonio Riccio (Spilimbergo - PN)
www.anmco.it/regioni/elenco/friuli/

LAZIO

Presidente: Furio Colivicchi (Roma)

Consiglio Regionale:

Francesco Biscione (Roma)

Giuseppe Cacciatore (Roma)
Giuseppe Ferraiuolo (Roma)
Antonino Granatelli (Tivoli - RM)
Fabio Menghini (Roma)
Roberto Mezzanotte (Ostia - RM)
Giuseppe Pajes (Albano Laziale - RM)
Giovanni Pulignano (Roma)
www.anmco.it/regioni/elenco/lazio/

LIGURIA

Presidente: Gianfranco Mazzotta (La Spezia)

Consiglio Regionale:

Federica Airoldi (Pietra Ligure - SV)
Stefano Benedetto (Rapallo - GE)
Ornella Magaia (Genova)
Sandro Orlandi (Sestri Levante - GE)
Claudio Rapetto (Imperia)
Andrea Sacani (Genova)
Luisa Torelli (Savona)
Alberto Valbusa (Genova)
www.anmco.it/regioni/elenco/liguria/

LOMBARDIA

Presidente: Luigi Oltrona Visconti (Pavia)

Consiglio Regionale:

Francesca Buffoli (Mantova)
Antonio Cirò (Monza)
Giuseppe Di Tano (Cremona)
Niccolò Grieco (Milano)
Alberto Limido (Varese)
Daniele Nassiaco (Saronno - VA)
Marco Negrini (Milano)
Carlo Sponzilli (Milano)
www.anmco.it/regioni/elenco/lombardia/

MARCHE

Presidente: Luigi Minutiello (Fabriano - AN)

Consiglio Regionale:

Luigi Aquilanti (Ancona)
Giovanni Bersigotti (Pesaro)
Gianserafino Gregori (Ascoli Piceno)
Marco Marini (Ancona)
Anna Patrignani (Senigallia - AN)
Michele Danilo Pierri (Ancona)
Andrea Pozzolini (Fano - PU)
Ettore Savini (Fermo)
web.infinito.it/utenti/a/anmco.marche/

MOLISE

Presidente: Carlo Olivieri (Isernia)

Consiglio Regionale:

Giuseppe Attademo (Agnone - IS)
Carolina De Vincenzo (Campobasso)
Emilio Musacchio (Campobasso)
Pierluigi Paolone (Campobasso)
Roberto Petescia (Isernia)
Marina Angela Viccione (Isernia)
www.anmco.it/regioni/elenco/molise/

P.A. BOLZANO

Presidente: Rainer Oberhollenzer (Bolzano)

Consiglio Regionale:

Rupert Paulmichl (Merano - BZ)
Walter Pitscheider (Bolzano)
www.anmco.it/regioni/elenco/bolzano/

P.A. TRENTO

Presidente: Domenico Catanzariti (Rovereto - TN)

Consiglio Regionale:

Annalisa Bertoldi (Trento)
Roberto Bettini (Mezzolombardo - TN)
Alessio Coser (Trento)
Giuseppe Vergara (Rovereto - TN)
www.anmco.it/regioni/elenco/trento/

PIEMONTE E VALLE D'AOSTA

Presidente: Maria Rosa Conte (Torino)

Consiglio Regionale:

Paolo Angelino (Rivoli - TO)
Giacomo Giovanni Boccuzzi (Torino)

Paolo Corsetti (Torino)
Anna Maria Costante (Alessandria)
Brunella Demichelis (Torino)
Federico Nardi (Verbania)
Elena Maria Richiardi (Torino)
Paolo Scacciarella (Torino)
www.anmco.it/regioni/elenco/piemonte/

PUGLIA

Presidente: Alessandro Vilella (Lucera - FG)

Consiglio Regionale:

Giovanni Deluca (Barletta)
Vincenzo Lopriore (Monopoli - BA)
Antonella Mannarini (Monopoli - BA)
Tiziana Mazzella (Lecce)
Teresa Pascente (Taranto)
Giuseppe Santoro (Conversano - BA)
Giuseppe Scalera (Bari - Carbonara)
Luigi Stella (Gallipoli - LE)
www.anmco.it/regioni/elenco/puglia/

SARDEGNA

Presidente: Bruno Loi (Cagliari)

Consiglio Regionale:

Raffaele Congiu (Cagliari)
Francesco Dettori (Oristano)
Rosa Chiara Manzi (Carbonia)
Ignazio Maoddi (Nuoro)
Antonella Marocco (Cagliari)
Francesco Uras (Sassari)
www.anmco.it/regioni/elenco/sardegna/

SICILIA

Presidente: Ernesto Mossuti (Siracusa)

Consiglio Regionale:

Francesco Amico (Catania)
Calogero Catalano (Sciaccia - AG)
Roberto Di Paola (Catania)
Giovanna Geraci (Palermo)
Gianni Mobilia (Messina)
Ignazio Maria Smecca (Palermo)
www.anmco.it/regioni/elenco/sicilia/

TOSCANA

Presidente: Giancarlo Casolo (Lido di Camaiore - LU)

Consiglio Regionale:

Andrea Boni (Lucca)
Gabriele Castelli (Firenze)
Nicola Ciabatti (Livorno)
Massimo Fineschi (Siena)
Ugo Limbruno (Grosseto)
Massimiliano Mariani (Massa)
Anna Maria Paci (Pisa)
Guido Parodi (Firenze)
www.anmco.it/regioni/elenco/toscana/

UMBRIA

Presidente: Paolo Verdecchia (Perugia)

Consiglio Regionale:

Daniella Bovelli (Terni)
Rita Liberati (Foligno - PG)
Sara Mandorla (Gubbio - PG)
Cristina Martino (Spoleto - PG)
Mariagrazia Sardone (Perugia)
Donatella Severini (Città di Castello - PG)
www.anmco.it/regioni/elenco/umbria/

VENETO

Presidente: Pietro Delise (Conegliano - TV)

Consiglio Regionale:

Emanuele Carbonieri (Bussolengo - VR)
Fabio Chirillo (Treviso)
Fabio De Conti (Camosampiero - PD)
Alessandro Desideri (Castelfranco Veneto - TV)
Cosimo Perrone (Arzignano - VI)
Guerrino Zuin (Mestre - VE)
www.anmco.it/regioni/elenco/veneto/

Curare nel terzo millennio: integrazione, collaborazione, ascolto attivo

Molti dei bisogni espressi non necessitano di prescrizioni, ma d'umana partecipazione

di Francesco Paolo Calciano

La cura della salute muta e si evolve costantemente

Nuove conoscenze determinano percorsi diagnostici e terapeutici avanzati

Accanto a questa ineluttabile evoluzione vi è una richiesta sottesa, spesso inascoltata: una solitudine sociale, umana che chiede conforto e risposte non tecnologiche

Curare oggi non è semplice in un mondo pieno di informazioni, con contenitori radiofonici, televisivi, con mezzi di informazione cartacea, con quell'enorme contenitore pieno di tutto (e del suo contrario) rappresentato da Internet. Ed ancora la comunicazione porta a porta, quella dei familiari, dei vicini, la comunicazione dal parrucchiere, sul bus, sul treno o in qualsiasi altro mezzo di incontro o di trasporto per i cittadini. Al fine anche la comunicazione tra Cittadino e Strutture sanitarie, tra Cittadini e Medici, tra Cittadini ed Associazioni di Volontariato che operano nel campo della Sanità, e tra queste e gli Operatori sanitari. Una miriade di contenitori con possibilità enormi che se non sono ben dosate rischiano semplicemente di implodere. Tutto questo facilita la cura della persona, la salute dell'individuo

ed il suo benessere? Non è scontato, anzi. Al centro dovrebbe esserci l'uomo, con i suoi bisogni con le sue esigenze, nello specifico con le sue domande in tema di salute e di prevenzione, con i suoi sintomi e/o malattie. Attorno a lui dovrebbero esserci una rete virtuosa fatta di professionisti della salute, Operatori sanitari nelle loro varie mansioni, Strutture sanitarie, Laboratori diagnostici, ed ancora Centri ed Associazioni di Volontariato. I dati epidemiologici mostrano una netta prevalenza delle malattie cardiovascolari che, anche grazie alle cure ed ai progressi diagnostici, vedranno un numero di cardiopatici anziani sempre maggiore. Lo scempenso cardiaco rappresenta, e lo sarà ancor più in futuro, un grosso problema di Salute Pubblica con notevoli ripercussioni economiche ed assistenziali. Occorre attrezzarsi per controllare e gestire questa annunciata epidemia. La diagnostica e la cura sono al top e sono sempre aggiornate. È importante preoccuparsi anche dell'aspetto socio assistenziale, considerando che non è proponibile, né sostenibile una gestione ospedaliera di questa patologia. Va riservata quindi l'ospedalizzazione alle gravi complicanze o allo scempenso non





Associazione "Amici del Cuore" di Grassano

LETTERA APERTA: PROPOSTE IN SANITÀ

Presupposto iniziale:

Centralità del Servizio Sanitario Nazionale, un servizio da salvaguardare e migliorare, garantendo a ogni cittadino l'omogeneità del trattamento sanitario, l'accesso alle Strutture, la cura e l'assistenza su tutto il territorio nazionale. Programmazione sanitaria da eseguirsi a vari livelli, con programmazione dei servizi ad altissima tecnologica da eseguirsi a livello nazionale, garantendo accesso a tutti i cittadini e con programmazione anche europea per malattie rare. Rivedere il concetto e la struttura "aziendale della Sanità" per una riforma che contempli meno azienda e un ritorno alle Unità Sanitarie Locali collegate col territorio, alla base la centralità del malato e delle sue esigenze, in un rispetto delle risorse pubbliche che andranno utilizzate con razionalità ed evitando sprechi che danneggiano il cittadino sottraendo risorse alla tutela della Salute Pubblica e individuale.

Proposte a carattere nazionale:

1 - Passaggio alla DIPENDENZA per i Medici di Medicina Generale: misura strutturale importante, che favorirebbe notevolmente la razionalizzazione dell'assistenza sanitaria di base; determinerebbe rapidamente un risparmio e un contenimento della spesa sanitaria farmacologica e strumentale, liberando risorse da utilizzare per il potenziamento dell'assistenza socio - sanitaria territoriale. La dipendenza contribuirebbe notevolmente alla razionalizzazione e al contenimento delle liste d'attesa ospedaliere.

2 - Normativa farmaci generici e possibilità di confusione nell'anziano.

Il Farmacista nell'ambito del generico può consegnare al cittadino il generico disponibile a prescindere dall'indicazione del medico, e può di volta in volta sostituirlo con quello disponibile al momento. Questo crea a volte problemi al paziente anziano: oggi una molecola con la scatola gialla, domani rossa, poi verde e così via. Se assume vari farmaci, e se fra questi vi sono vari generici, facile immaginare la confusione soprattutto se l'anziano è solo. Occorre far sì che sia consegnato il generico prescritto, onde evitare che il cambio di colore della confezione crei confusione. Spesso per evitare confusione il paziente chiede il farmaco di specialità, anche se deve corrispondere la differenza tra prezzo di riferimento e prezzo indicato dalla casa farmaceutica. Proporremmo due scelte:

- a - il generico prescritto dal medico non può essere modificato, al pari della specialità, per evitare che il cambio di colore della confezione crei confusione al paziente;
- b - alternativa rilevante, ma di competenza centrale, quella di permettere la diffusione dei farmaci, sia specialità sia generici solo a quelli che si attengono al prezzo di riferimento della molecola, sempre con la specifica di consegnare farmaco prescritto.

3 - Riconoscimento valenza nazionale abilitazione BLSO per laici (abilitazione se corsi fatti da 118 o Strutture ospedaliere autorizzate).

4 - Prenotazione di esami dopo visite specialistiche.

Dopo una visita specialistica, se il professionista ritiene utile completare o rivedere il paziente, varie scelte:

- a - continuità diagnostica dopo visita specialistica, per esami di secondo livello che lo specialista ritiene utili.
- b - lo specialista richiede su ricettario regionale gli esami;
- c - prenotazione diretta da parte dello specialista per quegli esami di sua competenza e per i controlli richiesti nell'anno;
- d - possibilità di prenotare, anche tramite CUP, con la prescrizione dello specialista su foglio bianco.

5 - Potenziare gli aspetti socio - assistenziali con un filo diretto tra istituzioni locali e AS Locali, mettendo in campo le scelte possibili: (ne indichiamo alcune):

- adozione temporanea dell'anziano con perdita temporanea della sua autonomia;
- predisporre servizi logistici per igiene, farmaci, alimentazione sempre per coloro che perdano temporaneamente l'autonomia in seguito a malattia (evitare ospedalizzazioni improprie);
- centri d'accoglienza diurni e/o notturni.

6 - Ripristino servizi mense in ospedale, con la possibilità d'apertura anche all'esterno

Proposte a carattere locale:

1 - Emadinamica e Laboratorio elettrofisiologico H 24 (con eventualmente fase transitoria H 12).

2 - Fibrinolisi domiciliare tramite 118.

3 - Favorire rete laica territoriale di defibrillazione.

4 - Potenziare ADI, con possibilità d'attuazione a domicilio esami ematologici da base (Hb, Htc, emocromo, creatinina, glucosio, elettroliti sierici, troponina, mioglobina), ed esami di primo livello (ecg, Sat.O2, ecografia di base).

5 - Potenziare D.H. cardiologica, e/o prevedere continuità diagnostica dopo visita cardiologica, per esami di secondo livello che lo specialista ritiene utili.

Certi dell'attenzione, distinti saluti,

Lucia Bolettieri, Presidente Associazione "Amici del cuore"

Grassano marzo 2010

gestibile a domicilio e trovare strumenti sia medico assistenziali, infermieristici, riabilitativi che assistenziali per il lato sociale (cura del corpo, alimentazione gestione della vita quotidiana). L'Associazione "Amici del Cuore" di Grassano propone da anni una serie di opzioni che Comuni, Famiglia e Servizio Sanitario potrebbero mettere in campo (Tabella 1). L'obiettivo che viene proposto in ambito di ricerca cardiovascolare, quello di una cura individualizzata, è un progetto ambizioso e stimolante: pensare di individuare chi tra i soggetti a rischio potrebbe andare incontro ad eventi acuti cardiovascolari, potrebbe diminuire enormemente i soggetti ai quali dover proporre un farmaco per la prevenzione, ad esempio, con una riduzione di costi. È questo un obiettivo che merita un sostegno globale da parte del mondo scientifico, delle Organizzazioni di Volontariato, dei Cittadini e delle Istituzioni Sanitarie. Nella nostra piccola realtà stiamo portando avanti uno screening selettivo sul colesterolo ed il glucosio tra i ragazzi tra i 5 ed i 18 anni con familiarità positiva per malattie cardiovascolari acute o dismetaboliche (Tabella 2). Stiamo cercando di favorire lo scambio e la collaborazione tra i Medici e tra questi e le Associazioni di Volontariato. Compito delle Associazioni di Volontariato infatti è anche quello di collaborare ad una corretta educazione sanitaria ed "educare" i pazienti. Non ci sono solo diritti, ma anche doveri, come farsi carico dei problemi dai più banali (Tabella 3) a quelli maggiori. Dobbiamo ricordare ai cittadini che molte malattie sono

dovute ad abitudini non salutari, per cui prima di ricorrere ai farmaci è indispensabile modificare il proprio stile di vita. Questa opera di sensibilizzazione la portiamo avanti nelle scuole da anni, cercando di coinvolgere attivamente la famiglia (Tabella 4). Vorremmo sottolineare un aspetto spesso trascurato o relegato in ambito secondario: le problematiche psicologiche nella cura del paziente e l'importanza di un approccio clinico "tradizionale": anamnesi, esame obiettivo. *L'arte perduta di guarire* del Prof. Bernard Lown è da questo punto di vista estremamente stimolante: ogni medico dovrebbe farne tesoro e tenere una copia a portata di mano. L'ascolto attivo è essenziale, così come una raccolta serena della storia sanitaria facendo parlare il paziente:

già solo questo spesso è una cura. Conciliare questo approccio con i ritmi frenetici dell'organizzazione attuale della professione può essere considerato difficile, ma il tecnicismo esasperato non è una panacea. La Medicina difensiva che si avvale sempre più di indicazioni diagnostiche e terapeutiche può non essere una tutela, mentre diminuire i ritmi e concedere un tempo maggiore è una scelta che rappresenta una reale assistenza. Il bisogno espresso da un sintomo, anche cardiovascolare, cela a volte il bisogno di essere ascoltati, più che l'esaudire la richiesta di esame e/o di farmaci, che può rappresentare solo il modo per cercare un contatto dialettico con il medico. Occorre guardare alla cura in modo globale, preoccupandosi sì dell'eventuale

SCREENING SELETTIVO SUL COLESTEROLO IN SOGGETTI CON FAMILIARITÀ POSITIVA PER:

- cardiopatia ischemica (infarto del miocardio, angina pectoris, SCA, morte improvvisa);
- cerebrovasculopatie acute (ictus, TIA), vasculopatie arteriose, diabete;
- dislipidemia familiare (presenza di almeno due familiari di I grado con dislipidemia) riservato a bambini e ragazzi (da 5 anni a 18 anni) che presentano uno dei fattori di rischio a livello familiare.

Lo screening verrà effettuato su sangue capillare mediante strisce reattive a lettura immediata. I soggetti con valori anomali per il colesterolo, saranno invitati a completare l'iter diagnostico in Laboratorio per i seguenti parametri (colesterolo totale, colesterolo HDL, colesterolo LDL, trigliceridi). In presenza di valori anomali, oltre a consigli igienici - dietetici, saranno invitati a contattare Centri SPECIALISTICI.

FAMILIARITÀ POSITIVA PER:

- () cardiopatia ischemica (infarto del miocardio, angina pectoris, SCA, morte improvvisa)
- () cerebrovasculopatie acute (ictus, TIA)
- () vasculopatie arteriose
- () diabete
- () dislipidemia familiare (presenza di almeno due familiari di I grado con dislipidemia)

ETÀ () (in anni compiuti ad oggi) SESSO M () F ()
 Peso Kg altezza cm BMI IRC (indice di rischio cardiovascolare)
 CONOSCI IL TUO VALORE I COLESTEROLEMIA? SI () NO ()
 data controllo:
 Colesterolo totale _____mg/dl
 Glucosio _____mg/dl
 Circonferenza addominale cm _____
 P.A. _____mmHg

Tabella 2



Associazione Amici del Cuore Onlus
aderente al CONA - Cuore di Grassano

Mangiar bene è piacevole oltre che salutare. Sono anni che consigliamo ai ragazzi che frequentano alcuni istituti scolastici di Matera e Grassano di seguire la dieta mediterranea, non come una scelta di costume, ma per coniugare salute, benessere e piacere del mangiare. Una scelta piacevole, divertente ed anche allegra. Siamo ora d'estate. Ragazzi pensate ad una merenda con una palla di gelato, magari al limone, e tutt'intorno tanta colorata e gustosa frutta, ciliegie, ananas, banana, melone. Domani una bella fetta d'anguria. Pesche, albicocche, pere, mele: sfiziatevi come volete. Accompagnatela anche con una fresca spremuta d'arancia o di limone. Avete provato cari ragazzi, il piacere di dissetarvi con una spremuta? Provate, magari al ritorno dal mare, dopo il riposo pomeridiano. Una delicatezza da gustare anche insieme. Senza spendere tanto una serata tra amici con un'insalata fresca ed anche variopinta: patate, pomodori, lattuga, cipolla (se piace); preferite l'insalata di riso? Ognuno può scegliere legumi ed ortaggi che preferisce e presentarla in tante varianti. Stare bene insieme con una bruschetta condita con olio extravergine d'oliva, un pizzico di sale, tanto pomodoro ed una bella sfarinata di origano. La cena è servita. Al termine, perché no, una fetta d'anguria ed un fresco gelato. Se amate il pesce, non disdegnate un merluzzo bollito con olio e limone, pesce azzurro alla griglia con olio e menta. È possibile coniugare benessere, salute in modo piacevole. Non vogliamo annoiarvi. Ma proponiamo a voi tutti di collaborare con noi. Il tema è stare bene insieme a tavola d'estate: consigli e proposte. Condividiamo questo aspetto e mettiamolo in pratica. È solo un'idea. Accettiamo consigli, rilievi critici, proposte. Vi ringraziamo se avete avuto la pazienza di leggere questa proposta. Terminiamo con un'altra considerazione: frutta e verdura sono degli ottimi cosmetici: Vogliatevi bene. A risentirci. Ciao.

Lucia Bolettieri,
Presidente Associazione "Amici del Cuore" di Grassano

Tabella 3
Consigli di prevenzione in estate

patologia, ma analizzando anche il contesto ambientale, familiare: un anziano solo, o una coppia di anziani, può gestire una pluriprescrizione farmaceutica? E ancora: come conciliare in questi casi la prescrizione di un farmaco generico, che può di volta in volta cambiare il colore della scatola, perché al di là della prescrizione medica può essere consigliato qualsiasi generico, ed allora una scatola oggi gialla, domani verde e così di seguito? Se poi vi sono più farmaci generici il rischio di una mancanza di adesione alla terapia

diviene importante. Da questa considerazione sono nate alcune delle proposte dell'Associazione "Amici del Cuore" di Grassano, ma ritorniamo alla criticità relativa all'ascolto: questo può generare insoddisfazione nel paziente e portare ad incomprensioni nel rapporto medico - paziente. È pur vero che una "Medicina umana" oggi si scontra con una impostazione aziendalistica dove i numeri la fanno da padrone, a scapito spesso della qualità del rapporto. La Medicina necessita di razionalizzazione, lotta agli sprechi, riduzione delle visite e

prescrizioni di esami non strettamente necessari, offrendo al contempo una maggiore disponibilità, con tempi adeguati soprattutto con la prima visita. Questo genererebbe un risparmio, perché favorirebbe la conoscenza reale e completa del problema sollevato dal paziente, aiutando nell'impostazione diagnostica e determinando una indicazione selettiva e maggiormente appropriata delle indicazioni e delle richieste diagnostiche e terapeutiche. Il bisogno di salute, la Medicina, non può essere trattata al pari di un



Tabella 4
Libri pubblicati in questi anni

qualsiasi prodotto industriale. L'azienda-izzazione non è la risposta assoluta, ma una risposta e probabilmente non la migliore. Occorre rivedere l'impianto generale della Sanità partendo da alcuni punti fermi, in primis la salvaguardia, anzi il potenziamento del Servizio Sanitario Nazionale, modello di riferimento anche per altri paesi. In questo contesto ben venga la lotta agli sprechi, una organizzazione nazionale della salute e per alcuni

aspetti, quali le patologie rare, anche una organizzazione su scala europea. In un'ottica di "qualità" si dovrebbero ripristinare molti dei servizi ospedalieri oggi demandati all'esterno, quali cucine, pulizia e lavanderie, con quelle modifiche tese ad eliminare storture e sprechi, a salvaguardia del posto di lavoro da una parte e dall'altra a garanzia del servizio da parte dei lavoratori stessi, partendo da un semplice assunto: accanto ai diritti ci

sono in egual misura i doveri e centrale è il servizio prestato al cittadino malato. La gestione diretta garantirebbe qualità: si pensi a pasti proposti da una cucina ospedaliera, con una filosofia elementare che preveda alimentazione di base di tipo mediterraneo inserita nelle realtà locali. La riduzione dei costi si potrebbe ottenere anche aprendo la fruibilità di questi servizi all'esterno. Utopia? No, strada possibile.

Linee programmatiche 2010 - 2012

a cura del Consiglio Direttivo ANMCO Calabria

Cari Amici questo è il programma per il biennio 2010 - 2012 discusso e condiviso dal Consiglio Direttivo Regionale.

Rapporti con le Istituzioni

Obiettivo prioritario è istituzionalizzare una referenza ANMCO nel Governo Regionale. Si tratta di un obiettivo ambizioso, non raggiunto peraltro dalla maggior parte dei Consigli Regionali, ma da alcuni sì (guarda caso dove la Sanità funziona meglio). Dobbiamo proporre la nostra Asso-

ciazione come punto di riferimento dell'ambito cardiologico, con la quale condividere le scelte di gestione cardiologica regionale. Il piano di rientro produrrà numerosi tagli nella nostra regione e probabilmente toccherà anche gli ambiti cardiologici; tuttavia, utilizzando documenti già realizzati dalla FIC, ritagliandone le caratteristiche sulla situazione calabrese, evitando personalismi, e parlando sempre per tutti su basi tecnico scientifiche, si possono creare le condizioni per un



Da sinistra a destra:

Alfredo De Nardo, Nicola Cosentino, Roberto Caporale, Frank Benedetto, Mario Chiatto, Alessandro Ferraro, Raffaele Lumare

nuovo rapporto, soprattutto in una fase in cui la riorganizzazione della Sanità può portare ad un contenimento della spesa. Per qualificare ulteriormente l'ANMCO quale interlocutore istituzionale delle Autorità sanitarie regionali, abbiamo pensato ad un *Censimento di tutte le Cardiologie Ospedaliere* raccogliendo dati su organico medico ed infermieristico, dotazione di posti letto, Strutture dipartimentali, complesse, semplici, ambulatoriali. Solo una reale mappatura delle forze in campo ci può consentire di sostenere legittimamente le nostre ragioni dinanzi al Decisore Pubblico, in un momento di grave crisi della Sanità calabrese che rischia di accentuare carenze strutturali e di organico.

Documento sulla gestione dell'Emergenza - Urgenza cardiologica

L'attuale organizzazione è fondata su una situazione storica diversa da quella attuale e non entra nello specifico calabrese (dotazioni degli hub, percorsi predefiniti, ecc.). Si tratta di un obiettivo relativamente facile da raggiungere nella stesura, ma molto difficile da far tradurre poi in pratica. L'aspetto tecnico dell'angioplastica primaria potrebbe essere curato dal GISE regionale, mentre il Consiglio Direttivo Regionale ANMCO dovrebbe focalizzarsi sugli aspetti organizzativi: bacini di utenza, chi fa che cosa (PS, 118, Cardiologie Spoke ed Hub), dotazioni, reti e comitati provinciali, ecc. Va coinvolta anche la SIC, vista l'esistenza di un Centro Hub a Catanzaro. Esiste già lo strumento Federa-

zione Italiana di Cardiologia (FIC) da utilizzare come guida, "La rete interospedaliera per l'emergenza coronarica", redatto dalla FIC in collaborazione con SIMEU e SIS 118 nel 2005. Di utile riferimento anche il Documento "Struttura ed organizzazione funzionale della Cardiologia" sempre a cura della FIC, del 2009. La realizzazione di tale Documento potrebbe essere una buona "lettera di presentazione" per un incontro da ottenere con i vertici Regionali della Sanità, ed avviare un rapporto strutturato di collaborazione per tutto quanto riguarda le scelte in ambito cardiovascolare.

Ruolo del Cardiologo del futuro

In questi anni si sta profilando una nuova concezione della UTIC, delle nuove patologie affrontate nella stessa, dell'utilizzo dei nuovi mezzi diagnostico terapeutici (ventilazione assistita non invasiva, contropulsatore, ultrafiltrazione, ecc.). La nostra idea è che nei prossimi due anni dovremmo affrontare tale problematica e sensibilizzare sempre di più i Responsabili ed i Medici che operano nelle UTIC (in particolar modo quelle senza Emodinamica): o ci si adeguerà al nuovo tipo di paziente da trattare o la peculiarità e la specializzazione andranno via via a perdere il loro significato. Per tale motivo è necessario avviare anche nella nostra Regione Corsi di "Clinical Competence" in UTIC.

L'ANMCO e la prevenzione

Preparare un Documento che possa servire da punto di riferimento per le iniziative del settore e come base per

il lancio di un programma regionale di prevenzione. Promuovere strategie di comunità ed individuali in un clima di stretta collaborazione con le Società Scientifiche e gli Organi Istituzionali, promuovendo l'applicazione delle Linee Guida sulla prevenzione, adattandole, ove necessario, alle realtà locali. Coinvolgere i mezzi di informazione, Scuola, ambiente di lavoro, Associazioni di Volontariato, al fine di fornire un progetto per la correzione degli stili di vita, anche tramite consegna di materiale informativo sulla prevenzione cardiovascolare.

Linee programmatiche Scompenso Cardiaco

Lo Scompenso Cardiaco è una delle aree di maggior interesse per i dati epidemiologici che ne fanno una patologia a sempre maggiore prevalenza ed impatto economico. I dati riferiti alla nostra Regione evidenziano che l'organizzazione dell'assistenza ai malati con Scompenso Cardiaco è carente soprattutto per gli aspetti relativi alla continuità assistenziale. La recente adozione di Linee Guida dedicate da parte della Regione potrebbe avere aspetti positivi qualora le indicazioni in esse contenute venissero adottate. L'ANMCO, che ha avuto un ruolo di primissimo piano nella stesura delle Linee Guida, potrà e dovrà svolgere un ruolo fondamentale nella attuazione pratica delle stesse. Si propongono pertanto i seguenti punti programmatici:

1) necessità di far emergere il ruolo fondamentale dell'ANMCO e dell'Area Scompenso Cardiaco rispetto alla

redazione e discussione in sede istituzionale (Assessorato alla Sanità) delle Linee Guida regionali per lo Scompenso Cardiaco di recente adottate dalla Regione Calabria e di conseguenza necessità di ripresa dei contatti con l'Assessorato perché le proposte contenute nel documento adottato trovino corretta attuazione.

2) organizzazione di un Convegno Regionale, insieme alle Istituzioni Sanitarie, per portare a conoscenza dell'opinione pubblica il contenuto delle Linee Guida ed il ruolo della Cardiologia Ospedaliera nella prospettiva di razionalizzare e migliorare l'assistenza ai pazienti con Scompenso Cardiaco, con contenimento dei costi.

3) organizzazione di riunioni provinciali, con il coinvolgimento dei MMG e degli Infermieri sui contenuti del Documento dell'Area relativo alla personalizzazione del Follow up dei pazienti con Scompenso Cardiaco,

4) presa di contatto con i Direttori delle U.O. di Cardiologia per l'attivazione di Ambulatori dedicati in tutti gli Ospedali e per l'avvio di U.O. semplici per lo Scompenso Cardiaco secondo le indicazioni delle Linee Guida regionali;

5) organizzazione delle attività connesse alla Giornata Europea dello Scompenso che si svolgerà nella primavera 2011.

La Formazione

La pur lodevole numerosità di Eventi Formativi deve essere in qualche modo governata. È nostra impressione che, a fianco di eventi congressuali e programmi di formazione nazionali, è sen-

tita la necessità di organizzare incontri dove la messa a punto di un argomento è affiancata da presentazione e discussione interattiva di Casi Clinici reali, con valorizzazione della diagnostica di base come l'elettrocardiografia, ma anche di un percorso di frequentazione/scambio all'interno delle strutture regionali meglio attrezzate al fine di affinare le conoscenze specifiche di settore. I temi potrebbero essere: Elettrofisiologia e Cardiolazione (partecipazione a seduta di ablazione, di impianto di stimolatore biventricolare); Emodinamica (partecipazione a seduta di angioplastica coronarica, contropulsazione aortica, trattamento transcateretere di stenosi aortica, coronarografia per via transradiale, chiusura percutanea di DIA/PFO); Ecocardiografia (ECO 3D ecc.).

L'ANMCO e le Società di Settore

L'ANMCO è fortemente impegnata verso l'implementazione di progetti di formazione e di ricerca con le Società cardiologiche di settore (AIAC, GISE, ecc.). All'interno del Consiglio Direttivo sono stati individuati sulla base di specifici interessi culturali alcuni componenti ai quali è stato affidato il compito di garantire ed incentivare i rapporti con le singole Società di Settore.

L'ANMCO e i Giovani

È questa una delle note dolenti anche a livello nazionale, vista la scarsità di giovani associati. Sono da studiare iniziative di valorizzazione del loro ruolo nell'Associazione; sarebbe auspicabile che fossero tra i selezionati a partici-

re alle iniziative formative regionali in realizzazione.

L'ANMCO ed il Nursing

È in fase di programmazione il Corso PAF per gli Infermieri (Sessioni pratiche di simulazione), dal titolo "Cardionursing Calabria 2011: la moderna gestione del paziente con Scompenso Cardiaco portatore di PM/ICD/BIV", che si svolgerà a Pizzo il prossimo 25 febbraio 2011. Nell'ambito del Congresso "Kroton 2010" (17 - 18 settembre) si è svolta una sessione dedicata agli Infermieri di Cardiologia riguardante "L'ECG, il funzionamento del PM/ICD e le tecniche di impianto". Coinvolgimento degli Iscritti all'Area Nursing per discutere le strategie da adottare per implementare ed inserire negli organici delle nostre ASP (Azienda Servizi alla Persona) la figura dell'Infermiere di continuità assistenziale, che svolga un ruolo di raccordo tra Ospedale e territorio. Convocazione una o due volte l'anno del Referente Medico ed Infermieristico dell'Area Nursing Calabria alle riunioni del Consiglio Direttivo Regionale ANMCO per discutere insieme dei programmi dell'Area. Programmazione per i primi mesi del 2012 di un Simposio infermieristico riguardante due temi:

1) organizzazione di un Ambulatorio dello scompenso e del controllo del PM/ICD;

2) counselling infermieristico.

È stato infine confermato l'appoggio a tutte le iniziative già avviate dal precedente Consiglio Direttivo, che riguardano eventi formativi come le SCA, lo Scompenso Cardiaco, l'Aritmologia.

Osservazioni al Piano di Riordino Ospedaliero della Regione Campania

*Al Presidente della Regione Campania
Al SubCommissario alla Sanità Regione Campania
Al Consigliere delegato alla Sanità on. Raffaele Calabrò*

OGGETTO: Riordino Rete Ospedaliera Regione Campania

Nel prendere atto che dopo anni di “autismo” programmatico, la Regione Campania sembra aver iniziato una stagione di ascolto delle Società Scientifiche, in relazione all’oggetto, si formulano le seguenti osservazioni già esplicitate nell’incontro del 1 giugno 2010, relativamente all’assetto della Rete Cardiologica. Esse tengono conto del documento “Criteri di appropriatezza clinica, tecnologica e strutturale nell’assistenza alle malattie del sistema dell’apparato cardiovascolare”, licenziato nel gennaio - febbraio 2010 dal Ministero della Salute con l’intento di “fornire gli elementi necessari per la definizione di standard adeguati per la struttura e organizzazione funzionale dell’assistenza alle malattie cardiovascolari”. Sarebbe opportuno che il Piano di Riordino facesse puntuale riferimento a tale documento per la ridefinizione della rete ospedaliera.

In sintesi le osservazioni principali al Piano di Riordino sono le seguenti:

1) Programmazione di P.L. cardiologici. Il Piano di Riordino pur prevedendo un adeguato numero di P.L. cardiologici, programma un numero di P.L. di UTIC non sufficienti a coprire i bisogni assistenziali della Regione.

Non si ritiene opportuno una programmazione rigida di P.L. di Day Hospital, da lasciare alla programmazione aziendale in rapporto alle reali esigenze assistenziali.

2) La Rete Integrata di Assistenza Cardiologica: va esplicitato che la Rete svolge funzioni di governo non solo per la Cardiologia Interventistica ma anche per la Aritmologia Interventistica, per il paziente cronico, per la Riabilitazione cardiovascolare e la prevenzione cardiovascolare. Vanno ottimizzati i bacini di utenza di ciascuna Rete.

3) Ruolo delle Unità di Terapia Intensiva Cardiologica e della Cardiologia.

La Unità di Terapia Intensiva Cardiologica è il centro propulsore della Rete Integrata di Assistenza Cardiologica. A tal fine occorre definirne in maniera strategica la distribuzione territoriale e il giusto dimensionamento. In particolare la proposta di Piano di fatto determina una desertificazione delle UTIC spoke non giustificata dai dati epidemiologici che vedono la Campania primeggiare in ambito nazionale per mortalità cardiovascolare e mortalità per malattie ischemiche cardiache. A tal fine andrebbe ridefinito il numero delle UTIC spoke e va esplicitato che la UTIC spoke svolge funzione di riferimento territoriale per il rispettivo bacino di utenza.

In una Regione come la nostra, con assetto geodemografico problematico e gravi problemi di comunicazione, la funzionalità di una Rete di Assistenza è garantita solo da un equilibrato rapporto tra Centri Spoke e Centri Hub.

Le UTIC - hub vanno programmate con un numero adeguato di P.L. UTIC e di P.L. di Cardiologia. Presso gli Ospedali sede di UTIC hub vanno programmati in maniera strategica P.L. di Riabilitazione Cardiovascolare, di cui il Piano non fa alcuna menzione.

Non ha ragion d'essere la previsione di P.L. Cardiologici senza la contestuale presenza di P.L. UTIC. Ben 10 delle 41 Unità di Cardiologia sono previste senza la contestuale presenza di P.L. di UTIC e spesso in Ospedali collocati al di fuori della rete della emergenza.

Infine va rimarcato che presupposto fondamentale per la implementazione della Rete è la previsione della possibilità della esecuzione domiciliare dell'ECG e la sua trasmissione alla UTIC di riferimento.

4) Il Dipartimento Cardiovascolare: rappresenta il modello organizzativo di riferimento. Si ritiene indispensabile che nelle Aziende Sanitarie in cui insistono tre o più Unità Operative cardiovascolari sia programmato un Dipartimento Aziendale Cardiovascolare. Per ciascun bacino di rete si ritiene indispensabile la programmazione di un Dipartimento Cardiovascolare Interaziendale di Rete nel quale confluiscono tutte le U.O. cardiovascolari coinvolte nella rete.

5) Riabilitazione cardiovascolare: la Cardiologia Riabilitativa Postacuta è una componente fondamentale dell'assistenza al cardiopatico ischemico post - acuto importante, postchirurgico e a quello con scompenso cronico, in fase di instabilità clinica. La sua funzione risulta essenziale in un contesto organizzativo che comporta tempi di degenza per stati acuti sempre più brevi, che non consente pertanto la completa stabilizzazione clinica dei pazienti, la corretta valutazione del loro rischio residuo e la loro continuità assistenziale. Infatti obiettivo di un programma di Cardiologia riabilitativa è inizialmente il consolidamento della stabilità clinica e successivamente, nel lungo periodo, la riduzione del rischio di futuri eventi (attuazione della prevenzione secondaria). Strutture riabilitative, con costi relativamente bassi, garantiscono una gestione più idonea dei reparti per acuti cardiologici e cardiocirurgici, consentendo loro una dimissione precoce ma protetta ed un più agile turnover dei posti letto. È indispensabile pertanto che, anche in attuazione di quanto previsto nelle Linee Guida nazionali, all'interno di ogni rete cardiologica ospedaliera siano presenti, presso le Aziende Ospedaliere ed i Centri di Emergenza di 3° livello, Strutture (complesse o semplici) di riabilitazione cardiologica degenziale per la gestione della fase intensiva.

6) Setting Organizzativo: il Piano omette qualsiasi riferimento alle dotazioni di personale e di tecnologie. Appare indispensabile la definizione di un setting organizzativo di personale dimensionato sulle funzioni e sui volumi di attività di ciascuna U.O.

7) Rapporto Pubblico - Privato: il piano non definisce le funzioni del Privato Accreditato all'interno della programmazione ospedaliera nel campo cardiovascolare, ciò assume particolare importanza se si tiene conto che il 25% dei P.L. di Cardiologia, il 7,6% di UTIC, il 41,1% di cardiocirurgia e il 91,4% di riabilitazione sono affidati al privato accreditato.

A disposizione per ogni ulteriore chiarimento.



Giovanni Gregorio
Presidente ANMCO Campania



Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri

ANMCO

6° CONCORSO ANNUALE

PER L'ASSEGNAZIONE DEL FONDO ANMCO PER LA RICERCA



BANDO

1. Oggetto

L'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO), in collaborazione con la Fondazione "per il Tuo cuore" - Heart Care Foundation Onlus (Fondazione "per il Tuo cuore" Onlus), al fine di promuovere e sostenere la ricerca medico - scientifica dei propri associati, bandisce il "6° concorso annuale per l'assegnazione del Fondo ANMCO per la Ricerca" che è stato stanziato all'interno della Fondazione "per il Tuo cuore" Onlus per un ammontare pari a Euro 100.000,00 (centomila/00).

Tale somma sarà assegnata per la copertura, totale o parziale, dei costi concernenti la realizzazione di uno o più progetti di studio proposti dagli associati ANMCO e selezionati secondo i criteri e le procedure indicate nel presente bando.

2. Destinatari

La partecipazione al presente bando è consentita a titolo individuale ai soli associati ANMCO.

3. Segreteria del "6° concorso annuale per l'assegnazione del Fondo ANMCO per la Ricerca"

Ente di riferimento: ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDIOLOGI OSPEDALIERI - ANMCO

Responsabile: Presidente ANMCO

Indirizzo: Via A. La Marmora n. 36 - 50121 Firenze

Telefono: 055/51011

Fax: 055/5101350

e-mail: aree@anmco.it

Sito Internet: www.anmco.it

4. Organi competenti all'assegnazione del Fondo

I progetti di ricerca scientifica presentati dai partecipanti saranno sottoposti all'esame di una Commissione composta dal Comitato Scientifico dell'ANMCO e dal Direttore del Centro Studi ANMCO.

L'organo decisore finale per la concessione del "Fondo ANMCO per la Ricerca" e per la sua suddivisione è il Consiglio Direttivo dell'Associazione, le cui decisioni saranno ratificate dal Consiglio Nazionale ANMCO. Tali organi delibereranno secondo le modalità ordinarie stabilite nello statuto dell'Associazione.

Il Presidente ANMCO comunicherà al vincitore o ai vincitori la concessione del Fondo mediante raccomandata.

5. Requisiti per l'ammissione dei partecipanti

Possono partecipare al concorso i soli associati ANMCO che risultino in regola, nell'anno in corso, con il versamento della quota associativa.

Qualora al concorso partecipi un associato ANMCO che sia membro di diritto della Commissione giudicante di cui all'articolo 4 del presente bando, questi, in ragione del conflitto di

interessi sussistente, sarà escluso dai lavori della Commissione per tale edizione del concorso.

Qualora al concorso partecipi un associato ANMCO che sia componente del Consiglio Direttivo o del Consiglio Nazionale ANMCO, questi, in ragione del conflitto di interessi, si asterrà dal voto in relazione alla delibera di approvazione o di ratifica dell'attribuzione e della suddivisione del Fondo.

6. Requisiti per l'ammissione dei progetti di ricerca scientifica

Possono partecipare al concorso i progetti di ricerca scientifica:

- che abbiano il requisito dell'assenza o dell'inadeguatezza documentata dei finanziamenti ottenuti presso altre Istituzioni, Aziende e/o Enti;
- che contengano tutti gli elementi richiesti dall'articolo 7 del presente bando,
- che siano inviati entro il termine massimo previsto dall'articolo 7 del presente bando.

7. Elaborati del progetto scientifico e modalità di consegna

La partecipazione al bando avverrà presentando, a pena di esclusione, i seguenti documenti essenziali:

1. domanda di partecipazione, di cui all'ultimo articolo del presente bando, nella quale dovranno essere indicati il titolo ed il sottotitolo del progetto concorrente, nome, cognome, dati anagrafici e sezione regionale ANMCO di appartenenza dell'associato ANMCO partecipante;
2. curriculum vitae dell'associato ANMCO partecipante e del gruppo operativo;
3. protocollo definitivo della ricerca dal quale risulti il numero dei potenziali centri e pazienti coinvolti;
4. budget del progetto con indicazione degli eventuali finanziamenti o sponsorizzazioni parziali ottenuti da terzi o della capacità documentata di autofinanziare parte dei costi;
5. eventuali accordi di collaborazione stipulati in relazione al progetto presentato con altri enti pubblici e/o privati italiani e/o esteri.

La seguente documentazione dovrà essere indirizzata al Presidente dell'ANMCO "Fondo ANMCO per la Ricerca" presso la Segreteria del Concorso agli indirizzi indicati al punto 3 del presente bando, mediante plico raccomandato con ricevuta di ritorno o mediante messaggio di posta elettronica, **entro e non oltre il giorno 31.12.2010.**

8. Criteri di valutazione dei progetti e di assegnazione del Fondo

Ai fini dell'assegnazione del Fondo i progetti saranno valutati sulla base dei seguenti elementi:

- utilità e interesse scientifico dello studio proposto;
- coerenza del progetto con la finalità di ricerca promossa dall'ANMCO;



Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri

ANMCO

6° CONCORSO ANNUALE

PER L'ASSEGNAZIONE DEL FONDO ANMCO PER LA RICERCA



BANDO

- chiarezza del protocollo, sua fattibilità, tempistiche, metodologia, supporti organizzativi ed adeguatezza dei costi stimati. Nell'ambito della graduatoria di merito stilata sulla base delle valutazioni suddette, l'assegnazione del Fondo a favore di un progetto e/o la suddivisione del Fondo medesimo tra più progetti sarà decisa tenendo conto dell'effettiva utilità del finanziamento rispetto alla concreta e completa realizzazione dei singoli progetti.

Qualora il concorso andasse deserto o gli organi competenti giudicassero non idonei tutti i progetti presentati o parte di essi, il Fondo o quanto di esso che dovesse residuare resterà a disposizione per l'edizione successiva del presente concorso.

9. Concessione del fondo

Il contributo verrà erogato dalla Fondazione "per il Tuo cuore" Onlus al vincitore, entro i limiti massimi del budget presentato in allegato alla domanda di partecipazione, dietro presentazione di idonea documentazione giustificativa delle spese sostenute e/o da sostenere che sarà cura e responsabilità del vincitore medesimo raccogliere ed inviare all'Amministrazione della Fondazione "per il Tuo cuore" Onlus in Via A. La Marmora 36 - 50121 Firenze. L'erogazione avverrà, nel rispetto di quanto sopra stabilito, in più tranche sulla base dello stato di avanzamento del progetto. Qualora il vincitore, non potendo contare su un'adeguata struttura organizzativa, avesse necessità del supporto della Fondazione "per il Tuo cuore" Onlus per quanto attiene alla gestione dei rapporti giuridico-economici con i fornitori dei beni e servizi afferenti alla ricerca, la Fondazione "per il Tuo cuore" Onlus tratterà dal contributo deliberato in favore del vincitore un importo determinato in funzione all'entità del servizio espletato.

10. Esclusione dalla valutazione

Ciascun concorrente potrà essere escluso dalla valutazione:

- se tenta di influenzare, direttamente o indirettamente, le decisioni della Commissione e del Consiglio Direttivo ANMCO;
- se rende pubblico il progetto di ricerca scientifica o parte di esso prima che la Commissione e il Consiglio Direttivo ANMCO abbiano espresso e formalizzato ufficialmente il proprio giudizio;
- se la domanda di partecipazione o la documentazione inviata all'ANMCO contengono dichiarazioni mendaci.

11. Regole della ricerca

La ricerca finanziata tramite il Fondo, sia totalmente che parzialmente, dovrà essere svolta nel rispetto ed in conformità a quanto previsto e disciplinato dal Decreto del Ministro della Salute 17 dicembre 2004. Il vincitore del concorso, quale promotore della ricerca, sarà l'unico responsabile della corretta esecuzione della medesima. Per gli studi finanziati per almeno il 50% grazie al presente bando, all'ANMCO spetterà il diritto di

nominare la maggioranza dello Steering Committee, altrimenti avrà facoltà di designare un solo membro.

Nel caso in cui la ricerca finanziata dia luogo a risultati che consentono pubblicazioni di carattere scientifico, il "Fondo ANMCO per la Ricerca" sarà indicato come finanziatore o co-finanziatore del progetto in ogni pubblicazione e in ogni caso i risultati della ricerca saranno divulgati dal coordinatore in occasione del primo Congresso Nazionale ANMCO utile.

Nel caso in cui l'attività di ricerca dia luogo a risultati che non consentono pubblicazioni scientifiche, il coordinatore si impegna a darne motivata relazione al Comitato Scientifico ANMCO e al Presidente dell'ANMCO.

12. Garanzia di riservatezza

I concorrenti possono, in qualunque momento, richiedere all'ANMCO e/o alla Fondazione "per il Tuo cuore" Onlus informazioni sui dati personali che li riguardano e possono pretenderne variazioni o cancellazioni; essi possono opporsi per motivi legittimi al trattamento dei propri dati personali.

13. Foro competente

Per qualsiasi controversia relativa a qualsiasi articolo del presente bando, sarà competente il Foro di Firenze.

14. Bando

I testi del presente bando e della domanda di partecipazione sono disponibili nella sezione modulistica della Rivista "Cardiologia negli Ospedali" e nel sito web ANMCO all'indirizzo www.anmco.it.

La partecipazione al "6° concorso annuale per l'assegnazione del Fondo ANMCO per la Ricerca" implica l'accettazione integrale del presente bando.

Firenze, 9 settembre 2010

Marino Scherillo
Presidente ANMCO



Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri

ANMCO

6° CONCORSO ANNUALE

PER L'ASSEGNAZIONE DEL FONDO ANMCO PER LA RICERCA



DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

Al Presidente ANMCO
c/o Segreteria Concorso
Via A. La Marmora, 36
50121 - Firenze

Il Sottoscritto nato a il
e residente a in
codice fiscale iscritto alla sezione ANMCO della Regione

CHIEDE

di partecipare al "6° concorso annuale per l'assegnazione del Fondo ANMCO per la Ricerca" presentando il progetto di ricerca scientifica di cui al protocollo allegato dal titolo (e sottotitolo):

.....

.....

Al fine della suddetta partecipazione

DICHIARA

- 1) di essere in regola con il versamento della quota associativa;
- 2) di avere necessità, al fine di realizzare il progetto di ricerca presentato, di conseguire contributi nella misura indicata nel budget allegato, dichiarando in particolare di:
 - non aver ottenuto in relazione al progetto alcun finanziamento e/o sponsorizzazione da parte di terzi Istituzioni, Aziende o Enti come risulta da documentazione allegata;
 - aver ottenuto in relazione al progetto finanziamenti e/o sponsorizzazioni da parte di terzi Istituzioni, Aziende o Enti a copertura soltanto parziale dei costi della ricerca;
- 3) di impegnarsi a condurre il progetto di ricerca, sotto la propria responsabilità, nel rispetto e in conformità a quanto previsto e disciplinato dal Decreto del Ministro della Salute 17 dicembre 2004;
- 4) di consentire all'ANMCO e alla Fondazione "per il Tuo cuore" Onlus, ai sensi del D.P.R. n. 196 del 2003 in materia di tutela della Privacy, l'utilizzo dei propri dati personali esclusivamente per tutte le iniziative connesse al concorso e allo sviluppo del progetto;
- 5) di accettare integralmente le regole del concorso riportate nel relativo Bando.

..... li

..... Firma

Si allega:

1. Protocollo del Progetto;
2. Budget;
3. Documentazione comprovante ricerca finanziamenti e dettaglio dei finanziamenti ottenuti;
4. Eventuali accordi con enti/istituzioni terze;
5. Curriculum Vitae (eventuale C.V. degli appartenenti al gruppo di ricerca).

L'ANMCO Friuli Venezia Giulia, in collaborazione con l'Agenzia Regionale della Sanità (ARS) del Friuli Venezia Giulia, nell'ambito del Programma regionale sulla sicurezza del paziente, ha implementato la "Campagna Regionale per il miglioramento del percorso del paziente con

da parte del paziente, l'esecuzione dell'Elettrocardiogramma (ECG) sul territorio, la riperfusione precoce con trombolisi preospedaliera, la centralizzazione diretta del paziente verso il Centro con emodinamica (Hub) e la razionalizzazione dei percorsi intraospedalieri. La prima rilevazione della Campagna (inizi 2009) ha confer-

La Campagna Regionale per il miglioramento del percorso del paziente con IMA – Standard per la riduzione del Ritardo Evitabile nello STEMI

di L. Massa e A. Di Chiara

I tempi di riperfusione coronarica nei pazienti con STEMI indicati dalla Linee Guida non vengono rispettati in circa il 50% dei casi

Nel Friuli Venezia Giulia la collaborazione tra ANMCO e ARS ha permesso di stabilire degli standard organizzativi a questo proposito per ridurre il "Ritardo Evitabile"

Infarto Miocardico Acuto", definendo gli standard per la riduzione dei tempi di trattamento ripervasivo nei pazienti con STEMI.

Il Documento non sostituisce le Linee Guida specifiche, ma favorisce la creazione di una rete regionale intra e inter ospedaliera efficace ed efficiente che ne permetta l'adozione. Le Aziende di ciascuna Area Vasta (AV) quindi si sono dotate di protocolli clinico/terapeutici che indicano la migliore strategia terapeutica per il paziente con STEMI. Il miglioramento dell'organizzazione che permetta al paziente con STEMI di arrivare precocemente alla riperfusione è un importante fattore prognostico, una terapia vera e propria (la cosiddetta terapia organizzativa). Gli elementi organizzativi di criticità su cui si è fatta maggior attenzione sono stati il ricorso ai sistemi di soccorso territoriale (118)

mato gli elementi di criticità sopra descritti. Ad esempio, solo il 50% dei pazienti colpiti da STEMI è ricorso al 118. Dei pazienti soccorsi dal 118 nessuno è stato sottoposto a trombolisi pre - ospedaliera e solo il 7% ha eseguito un ECG pre - ospedaliero. Inoltre, poichè la centralizzazione diretta non è ancora codificata dai protocolli delle centrali operative del 118, solo nel 15% dei pazienti giunti agli Ospedali spoke l'intervallo door to balloon è risultato inferiore a 90 minuti. La strategia utilizzata per raggiungere questi obiettivi è stata la definizione di standard organizzativi in grado di favorire la revisione dei protocolli aziendali e di AV, adattandoli al territorio di riferimento e tenendo conto delle raccomandazioni organizzative delle Linee Guida dell'American College of Cardiology/American Heart Association⁽¹⁾, dell'European

Society of Cardiology⁽²⁾ e del “Documento di programmazione nazionale della Federazione Italiana di Cardiologia”⁽³⁾. Hanno partecipato alla stesura del Documento i referenti aziendali delle Unità Operative interessate (118, Cardiologia/UTIC, Pronto Soccorso/Aree di Emergenza) del territorio e degli Ospedali regionali. L'intero Documento è consultabile sul Sito ANMCO (www.anmco.it/regioni/elenco/friuli). Individuati gli snodi del percorso di diagnosi e cura e definiti i fattori determinanti su cui agire, sono stati definiti, per ciascun percorso clinico - organizzativo del paziente, i requisiti necessari che l'organizzazione deve fornire. Gli standard di percorso, coerentemente con gli snodi critici individuati, si suddividono in tre sottosezioni:

- a. dolore e ricerca di soccorso;
- b. intervento 118;
- c. Ospedale.

A livello di Ospedale gli standard sono stati raggruppati in quattro possibili scenari definiti da:

- tipologia di Ospedale (Hub o Spoke);
- modalità di arrivo del paziente in Ospedale (118 o mezzi propri);
- sede di diagnosi (pre - ospedaliera o ospedaliera);
- indicazione terapeutica (trombolisi o angioplastica primaria).

Il Documento si concentra anche sulle funzioni degli attori su cui impattano maggiormente le novità organizzative introdotte con gli standard presentati nel Documento: Case Manager e Infermiere del mezzo di soccorso. Il Case Manager è rappresentato dal Cardiologo di guardia in UTIC, nell'Ospedale Hub (Pordenone e ASS6, Trieste e Udine) e nell'Ospedale

Spoke (Gorizia e Monfalcone) in cui l'ECG viene teletrasmesso direttamente dal 118 in UTIC. Negli Ospedali senza UTIC (Palmanova, Latisana, Tolmezzo, Gemona) il Case Manager coincide con il Medico di Guardia del Pronto Soccorso o dell'Area di Emergenza (dove viene trasmesso l'ECG) o eventualmente presente sul mezzo di soccorso del 118. Il Case Manager gestisce direttamente l'intero percorso del paziente, dalla diagnosi al trattamento ripercussivo: fa la diagnosi (anche in ambito pre - ospedaliero), applica il protocollo di AV per la ripercussione, definisce la destinazione del paziente, comunica all'Infermiere del 118 le modalità di gestione assistenziale e terapeutica e raccoglie e comunica i dati relativi al caso (diagnosi, tempi di soccorso, tipologia di trattamento, esito) alla centrale operativa del 118 e all'eventuale Case Manager del Centro Spoke inviante. Se il paziente viene centralizzato dall'Ospedale Spoke all'Ospedale Hub, i Case Manager sono due, uno nell'Ospedale Spoke, l'altro nell'Ospedale Hub. L'Infermiere del mezzo di soccorso deve essere formato e abilitato alla somministrazione della terapia trombolitica ed ancillare pre - ospedaliera. Ha i compiti di eseguire l'ECG il più presto possibile, a tutti i pazienti con sospetto angor, teletrasmettere l'ECG all'Ospedale di competenza (se non è presente il Case Manager in ambulanza), raccogliere, registrare e comunicare le informazioni cliniche e logistiche che permettono al Case Manager la definizione della diagnosi, le indicazioni terapeutiche e la destinazione del paziente; inoltre deve raccogliere e registrare la diagnosi, le indicazioni fornite

dal Case Manager, somministrare la terapia trombolitica ed ancillare prescritta, registrare e comunicare all'Infermiere della centrale operativa il nome e la sede dell'Ospedale di arrivo, i codici di rientro e i tempi di rientro e comunicare le consegne sul caso al personale ospedaliero. Le Aziende Ospedaliere e Territoriali hanno il compito di garantire l'attuazione della campagna informativa regionale, rivolta alla popolazione ed ai pazienti ad alto rischio, l'attuazione del piano di formazione continua degli operatori sanitari coinvolti nel percorso diagnostico ed assistenziale del paziente, fornendo agli Infermieri una abilitazione specifica e certificata per la somministrazione della terapia trombolitica ed ancillare in ambiente pre - ospedaliero e per la centralizzazione diretta del paziente verso l'Hub. Inoltre devono garantire la fornitura dell'elettrocardiografo a 12 derivazioni con possibilità di teletrasmissione; infine devono definire protocolli aziendali e di AV per la terapia e l'organizzazione della gestione del paziente con STEMI. Ciascuna Azienda ha già fornito l'autovalutazione della conformità agli standard e la definizione del piano di miglioramento successivo. La Campagna ha completato la seconda fase di raccolta dati. Le azioni previste nel corso del 2010 e 2011 consistono negli audit da parte della regione in ciascun Centro per la verifica della conformità agli standard e dei piani di miglioramento, nella attuazione della Campagna informativa della popolazione, nell'inizio dei percorsi di certificazione degli Infermieri per la trombolisi preospedaliera e centralizzazione diretta non medicalizzata.

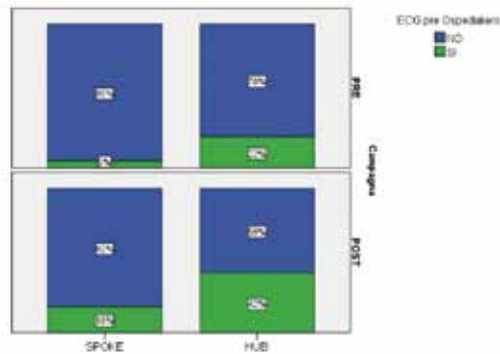


Figura 1
Percentuale di esecuzione dell'ECG pre - ospedaliero nei pazienti con STEMI, in base alla tipologia di Ospedale e prima e dopo la Campagna

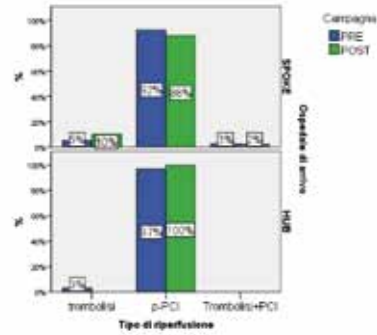


Figura 2
Modalità riperfusiva nei pazienti con STEMI della Campagna Ritardo Evitabile

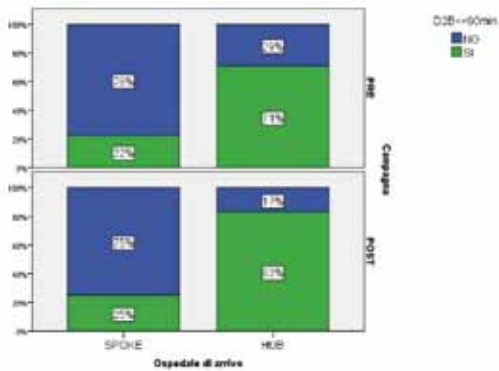


Figura 3
Percentuali di aderenza al goal della Campagna door - to - balloon <90 minuti

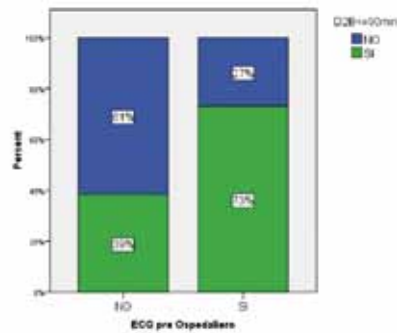


Figura 4
Impatto dell'esecuzione dell'ECG preospedaliero sul raggiungimento di un D2B <90 minuti

Bibliografia

1.2007 focused update of the ACC/AHA 2004 guidelines for the management of patients with ST - elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. J Am Coll Cardiol 2008;15;51(2):210 - 47.
2.Van de Werf F, Bax J, Betriu A et al.

Management of acute myocardial infarction in patients presenting with persistent ST - segment elevation: the Task Force on the Management of ST - Segment Elevation Acute Myocardial Infarction of the European Society of Cardiology. Eur Heart J 2008;29(23):2909 - 45.
3.Struttura e organizzazione funzionale della Cardiologia. Federazione Italiana di

Cardiologia. Giornale Italiano di Cardiologia 2009;10(6)Suppl.3:60S - 71S.
4.WHO 2004. Global Burden of Disease Report, parte 2. Disponibile da http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004-report-update/en/index.html (consultato il 17 agosto 2009).

Il nuovo Consiglio Regionale ANMCO Lombardia tra innovazione e continuità

di Luigi Oltrona Visconti

Alle Elezioni Regionali del 26 aprile 2010, il Consiglio Direttivo ANMCO Lombardia è stato rinnovato per sette dei suoi nove componenti. Otto dei nove Consiglieri eletti si erano presentati agli elettori aderendo a un programma articolato in nove punti che il neo Presidente aveva proposto a tutti i Soci lombardi, modalità nuova e trasparente di presentarsi all'elettorato che è risultata vincente al momento delle votazioni. Il nuovo Consiglio Direttivo si presenta pertanto ricco di nuovi stimoli, propositi ed entusiasmi e nelle prime due riunioni ha articolato un programma che si propone di coniugare la continuità dell'operato dei precedenti Consigli Direttivi, presieduti dal Dott. Mafrici e dal Dott. Cuccia, con il perseguimento di alcuni obiettivi innovativi.

Rinnovare la partecipazione dei Soci e la comunicazione tra di essi

La Lombardia è la Regione con il maggior numero di Cardiologi iscritti all'ANMCO. Più di 700 Soci rinnovano periodicamente la loro adesione all'Associazione ma una cospicua parte di essi partecipa solo relativamente alla vita associativa. Esiste di fatto un cosiddetto "sommerso" di Cardiologi che lavora per lo più in Strutture cardiologiche ospedaliere, che è formalmente iscritto ma che, a

differenza di altre Regioni, non emerge con la sua presenza nelle iniziative e nei dibattiti che tradizionalmente l'ANMCO Lombardia promuove con costanza e ottimo livello qualitativo, come testimoniano gli eventi organizzati negli ultimi anni dai precedenti Consigli Direttivi. Una delle principali cause della relativamente scarsa partecipazione da parte dei Soci alla vita dell'ANMCO Lombardia è imputabile a difetti di comunicazione tra gli Associati. È prioritariamente necessario infatti mettere i Soci a conoscenza con continuità e puntualità delle attività, delle iniziative, dei dibattiti in corso che provengono dal Consiglio Direttivo Regionale e dagli organi nazionali. Il moderno strumento indirizzato a questo scopo è il WEB. È intenzione del Consiglio Direttivo ANMCO Lombardia rinnovare e potenziare la Sezione Regionale del Sito WEB ANMCO che deve diventare un oggetto di interesse e curiosità, di frequente, periodica consultazione. La possibilità di intervenire attivamente in prima persona, se sarà ritenuto opportuno utilizzare formule quali i Social Forum, consentirà di coinvolgere maggiormente il Socio che potrà esprimere il suo parere sui più rilevanti aspetti che riguardano l'attività clinica, la vita associativa, la sua condizione lavorativa, le sue problematiche scientifiche, culturali, etiche.

Il Cardiologo ANMCO al centro del percorso diagnostico-terapeutico del cardiopatico

La Cardiologia sta subendo negli anni un progressivo processo di frammentazione della propria identità in quanto la gestione, la diagnosi e la cura delle patologie cardiovascolari sono sempre più frequentemente affidate a superspecialisti. Per via di questo fenomeno spesso si è osservato che nell'organizzazione dei Reparti Ospedalieri il percorso del paziente prevede la sua presa in carico da parte dell'Emodinamista o dell'Elettrofisiologo, ad esempio, non semplicemente del Cardiologo. D'altra parte, sempre negli ultimi anni, alcuni specialisti di altre discipline di area medica hanno progressivamente esercitato un certo ruolo negli aspetti iniziali della diagnosi e della cura di alcuni soggetti con sospetta cardiopatia o nella presa in cura del cardiopatico cronico. Per tali motivi il Consiglio Direttivo Regionale cercherà di consolidare la centralità della Cardiologia clinica ospedaliera mediante il rafforzamento dei rapporti di collaborazione con le specifiche sottospecialità cardiologiche, con le discipline specialistiche affini e con i Medici di Medicina Generale. Lo strumento principale per ribadire il ruolo centrale del Cardiologo ANMCO sarà di renderlo protagonista della ridefinizione dell'appropriatezza delle

scelte diagnostiche e terapeutiche e di renderlo promotore, insieme ai Medici di Medicina Generale, di percorsi cardiologici assistenziali di continuità di cura che sono divenuti ineludibili per motivi di ordine organizzativo ed economico. Verranno pertanto attuate iniziative culturali e scientifiche congiuntamente ad altre Società Cardiologiche (AIAC, SICI/GISE, SIC, SICOA, GICR, SIEC), Società di altre discipline Mediche (tra le altre FADOI, SIMEU, AMD, SIN), Società dei Medici di Medicina Generale.

Rivalutare il ruolo delle Cardiologie degli Ospedali più piccoli o periferici

Le Divisioni di Cardiologia degli Ospedali più piccoli, che hanno organici meno numerosi e che spesso sono periferiche rispetto ai grandi centri urbani, rischiano nel futuro prossimo una grave crisi in un'epoca di sistema di cure Hub e Spoke, di riduzione di risorse economiche, di volontà del Decisore Pubblico di ridimensionare il ruolo degli Ospedali minori. L'ANMCO Lombardia supporterà i processi di ridefinizione del ruolo dei Cardiologi che lavorano in queste Strutture fornendo loro sia un adeguato collegamento, nella logica anche della rete interospedaliera, per l'expertise clinica, con Unità di Cardiologia che posseggono tecnologie più complesse, sia la possibilità di ampliare il loro confronto culturale su temi di appropriatezza e innovazione.

Rinnovare la formula congressuale tradizionale coinvolgendo i Giovani Cardiologi

La Sezione ANMCO Lombardia è

sempre stata tradizionalmente molto dinamica nella proposizione di eventi congressuali rivolti ai diversi ambiti della Cardiologia. Negli ultimi anni tuttavia le manifestazioni proposte dall'ANMCO hanno dovuto competere in alcune occasioni con una grande ricchezza di iniziative congressuali sul territorio, con impronta localistica e caratteristiche di tradizionale lezione frontale dei docenti e spazio sovente esiguo lasciato alla discussione con il pubblico. Per tali motivi il Consiglio Direttivo Regionale sta pianificando un evento che coinvolgerà Cardiologi e altri specialisti con una formula interamente incentrata su Casi Clinici che saranno presentati da Giovani Cardiologi, verranno inquadrati da Esperti nel contesto delle evidenze scientifiche in cui si collocano, saranno mirati a mettere in luce le principali criticità dell'appropriatezza delle scelte diagnostiche e terapeutiche e lasceranno ampio spazio alla discussione.

Le priorità all'insegna della continuità

• La Regione Lombardia notoriamente è stata antesignana nel coinvolgere i professionisti nei processi conoscitivi e di pianificazione delle attività mediche: l'ANMCO intende rafforzare il legame con il Decisore Pubblico della Regione, facendo riferimento per le proprie posizioni al Documento FIC "Struttura e organizzazione funzionale della Cardiologia", consolidando la propria rappresentatività in seno alla Commissione Regionale Cardiocerebrovascolare e alle relative Sottocommissioni istituite su problematiche che riguardano la Cardiologia (emergenza, scompen-

so, prevenzione, shock cardiogeno). Verrà inoltre fornito ampio sostegno ad una importante iniziativa promossa dagli uffici dell'Assessorato alla Salute, l'Archivio Regionale dell'Infarto con ST sopraslivellato (STEMI), finalizzato a verificare efficienza ed appropriatezza della cura di questa patologia, che vedrà coinvolte tutte le Cardiologie della Regione che saranno chiamate a raccogliere prospetticamente i dati clinici su un apposito database e i dati provenienti dalle SDO.

• Verrà rinnovato il sostegno all'attività della Fondazione "per il Tuo cuore" Onlus che dovrà riproporre a livello regionale iniziative rivolte alla popolazione, finalizzate alla conoscenza delle patologie cardiache e alla loro corretta prevenzione e cura.

• L'Area Nursing a livello Regionale ha dimostrato notevole vivacità ed è intenzione del nuovo Consiglio Direttivo sostenere sia le iniziative intraprese con successo negli anni passati, quale la Convention infermieristica della UTIC, sia nuovi progetti finalizzati ad incrementare la partecipazione e la visibilità degli Infermieri che lavorano in Cardiologia.

• Verrà infine rivolta grande attenzione a sostenere iniziative che mettano in luce problematiche di ordine etico emergenti in Cardiologia, iniziative ad hoc sugli aspetti normativi, giuridici ed operativi della gestione del rischio clinico in Cardiologia e, in linea con il crescente impegno della comunità medico scientifica sul fronte della Medicina di genere, iniziative specifiche relative alle principali tematiche della cardiopatia nel genere femminile.



SalentIMA Salviamo il cuore

di T. Mazzella, F. Magliari, A. Montinaro

SalentIMA è il nome che è stato dato alla Rete di emergenza sanitaria che la ASL di Lecce ha “lanciato” sul territorio della “sub - regione” Salento. L’obiettivo del progetto è quello di garantire un percorso diagnostico e terapeutico tempestivo ed appropriato ai pazienti colpiti da STEMI, con la finalità di ridurre il tempo che intercorre dall’ostruzione del vaso alla sua riapertura e di conseguenza l’estensione della necrosi miocardica, le recidive ischemiche, la morte, le complicanze precoci e tardive e, collateralmente, la riduzione dei tempi di degenza ospedalieri. La Rete è attiva dal 19 gennaio 2010 e nel primo semestre dell’anno in corso ha effettuato poco più di 100

interventi su pazienti di età compresa tra i 38 ed i 99 anni. Il protocollo operativo è stato siglato nel dicembre 2009 dal Direttore Sanitario della ASL di Lecce (Dott. F. Sanapo), dai Direttori delle due Emodinamiche Hub (Dott. A. Montinaro, P.O. “V. Fazzi” di Lecce e Dott. F. Castriota, Casa di cura Città di Lecce), dal Direttore della Centrale Operativa del 118 provinciale (Dott. M. Scardia), dal Direttore dell’UTIC Hub (Dott. F. Magliari, P.O. “V. Fazzi” di Lecce), dai Direttori delle UTIC Spoke (Dott. M. Costantini, P.O. Galatina; Dott. G. Calabrese f.f., P.O. Copertino; Dott. F. Cavalieri, P.O. Gallipoli, Dott. E. De Lorenzi, P.O. Scorrano, Dott. D. Melissano f.f., P.O. Casarano, Dott. A. Galati, P.O. Tri-

case). Il percorso della Rete inizia al domicilio del paziente e termina nel letto di una delle UTIC del territorio attraverso interventi preordinati ed è il paziente stesso ad attivarlo con una telefonata al 118. Seguiamo le fasi operative:

- l’utente telefona al 118 e chiede il soccorso;
- se l’intervista orienta per una sintomatologia suggestiva di SCA secondo criteri concordati (dolore toracico tipico, localizzato al di sopra della linea ombelicale traversa con irradiazione agli arti superiori, al dorso, al giugolo, alla mandibola con durata > 10 min. ed eventuale anamnesi positiva per C.I. e/o presenza di fattori di rischio) l’operatore di centrale attribuisce il

codice rosso, invia l'ambulanza più vicina al luogo dell'evento ed informa telefonicamente i soccorritori;

- i soccorritori addestrati per la gestione precoce del paziente acuto secondo check - list predefinita e all'utilizzo del DAE, valutano il paziente e trasmettono l'ECG per una refertazione cardiologica on line (cardi.on.line); se si conferma la diagnosi di IMA, si sceglie il trattamento/percorso condiviso appropriato secondo le Linee Guida Regionali (SICI - GISE - SIMEU - SIS 118 - ESC);
- l'operatore di centrale allerta l'Emodinamica reperibile, l'UTIC Hub e, in assenza di posti letto disponibili, l'UTIC Spoke che dovrà accogliere il paziente dopo la procedura di rivascolarizzazione (PTCA e/o Fibrinolisi preospedaliera);
- il paziente è accompagnato presso la Struttura dove è stata attivata l'Emodinamica e se necessario in UTIC si effettua il trattamento medico di urgenza;
- l'Ambulanza 118 Spoke si fa carico inoltre del trasporto interospedaliero dopo la P - PCI (Hub - Spoke) sino all'UTIC di ricovero. Naturalmente tale trasporto è subordinato alla stabilità clinica del paziente. Se il paziente si reca autonomamente in Pronto Soccorso sarà il Medico/Cardiologo che inquadrerà il paziente e chiederà l'eventuale intervento dell'ambulanza medicalizzata del 118 per il trasporto presso il centro Hub. In questo scenario il 118 si pone come elemento di continuità territoriale. Da sottolineare, inoltre, che le Strutture ospedaliere Hub garantiscono la presenza in sede della Cardiochirurgia. In questi mesi di "rodaggio" il protocollo è stato

naturalmente aperto all'ottimizzazione di criticità emerse sul campo ed ha previsto l'accesso diretto in Emodinamica dei soli pazienti a più alto rischio per garantire condizioni di sicurezza e qualità, concentrando, al tempo stesso, tutte le risorse verso quei pazienti che sicuramente traggono beneficio in termini sia di sopravvivenza che di salvataggio di area miocardica. Inoltre, un Infermiere di Emodinamica del "V. Fazzi", E. Alemanni, ha messo a punto il software per un registro che monitorizza tempi e risultati del programma. Ma il progetto non si limita a questo, seguendo il principio, ribadito da tutte le Task Force internazionali, che il nemico con il quale confrontarsi è il tempo. L'orologio inizia implacabile il suo conteggio sin dai primi sintomi accusati dal paziente (Onset). Se la Rete così strutturata ha abbattuto i tempi Call - ECG - Baloon, di più si può fare per accorciare i tempi che precedono la fatidica telefonata, ovvero la finestra Onset - Call. È con tale proposito che, sulla scia di una campagna regionale, si è pensato ad un programma di sensibilizzazione e di corretta informazione dei cittadini e delle loro famiglie che suggerisca come attivare il contatto precoce con il 118 in presenza di sintomi suggestivi di infarto. Il 50% dei decessi per IMA avviene proprio perché il paziente tarda ad attivare il 118 o si reca da solo in Ospedale. Il bilancio che viene fuori dall'analisi degli indicatori di efficienza, relativo ai primi sei mesi di attività di SalentIMA, è nel suo complesso abbastanza lusinghiero:

- ad oggi la Rete SalentIMA è stata attivata per (ma sarebbe più corretto dire "da") 110 pazienti;

- il 90% dei pazienti entrati nelle Rete avevano i criteri dello STEMI a rischio elevato e sono stati sottoposti a studio coronarografico;
- il tempo medio intercorso tra la chiamata telefonica del paziente al 118 e l'arrivo al centro Hub è stato in media di 39,2 minuti;
- l'81% dei pazienti entrati nelle Rete ha ricevuto il trattamento della P - PCI;
- il 5,5% dei pazienti entrati nelle Rete ha ricevuto un trattamento di rivascolarizzazione coronarica chirurgica;
- il 22,5% dei pazienti trattati con P - PCI nel centro di riferimento Hub, è stato poco dopo ricoverato presso una UTIC Spoke tramite trasporto secondario interamente gestito e a totale carico del personale e con i mezzi del 118. Questa è sicuramente una peculiarità che ha pochissimi riscontri nel resto del Paese, e rappresenta il punto di forza di tutta l'organizzazione. Si deve dare atto alla Direzione Sanitaria, Generale ed Amministrativa della AUSL di Lecce di aver profuso non poche risorse, anche di natura economica, finalizzate alla realizzazione di questo importantissimo e vitale elemento della Rete SalentIMA. Il protocollo della Rete SalentIMA prevede l'esecuzione della terapia trombolitica pre - ospedaliera, se e quando indicata. In questa prima fase, definita "di rodaggio", si è pensato di non sovraccaricare di responsabilità gli Operatori del 118; tuttavia, in un prossimo futuro, la terapia trombolitica pre - ospedaliera sarà somministrata ai pazienti già al loro domicilio, sempre che siano presenti le condizioni cliniche e/o logistiche per farlo.

Diabete Mellito e Scompenso Cardiaco: l'importanza del precoce riconoscimento dello sviluppo di disfunzione ventricolare sinistra nel paziente diabetico

di A. Canu, A. Mauric

La stretta interdipendenza tra Diabete Mellito (DM) e Scompenso Cardiaco (SC) è nota da tempo. Il DM ha una elevata prevalenza tra i pazienti affetti da insufficienza cardiaca, con un valore stimabile, nei principali studi clinici, intorno al 20%, mentre nella popolazione di controllo la prevalenza del DM è pari al 4 - 6%. Una delle prime osservazioni di tale legame è stata evidenziata nello Studio Framingham, dove nella popolazione dei diabetici lo SC aveva una maggior incidenza rispetto ai pazienti non diabetici; altri Studi tra cui l'UKPDS, hanno dimostrato che l'incidenza di SC nei pazienti diabetici era significativamente correlata ai livelli di HbA1c⁽¹⁾. Inoltre dall'analisi dei sottogruppi di diversi studi randomizzati emergeva che una porzione significativa di pazienti con SC erano diabetici (SOLVD, ATLAS, EPICAL)⁽²⁾. I soggetti diabetici, avendo una maggiore comorbidità (malattia coronarica, ipertensione arteriosa, insufficienza renale cronica, obesità, iperlipemia, ecc.) sono predisposti allo sviluppo di SC, ma oltre a questo, da numerosi Studi, emerge che

l'aumentato rischio di Scompenso Cardiaco non sembrerebbe correlato solo a tali patologie. Infatti escludendo i soggetti affetti da coronaropatia, nello Studio Framingham, i soggetti diabetici avevano comunque una maggior incidenza di SC rispetto ai non diabetici, con un rischio aumentato di circa quattro volte negli uomini e cinque volte nelle donne⁽³⁾, sottolineando pertanto, che questa condizione non era solo correlata ad un maggior sviluppo di aterosclerosi e comorbidità, ma esisteva un effetto diretto del Diabete sullo sviluppo di una cardiomiopatia specifica. I meccanismi principali mediante i quali il Diabete Mellito può determinare Scompenso Cardiaco sono sostanzialmente di tre tipi:

- 1) lo sviluppo della malattia coronarica a livello macrovascolare;
- 2) l'esistenza di una specifica cardiomiopatia diabetica correlata alla microangiopatia, fattori metabolici e fibrosi miocardica;
- 3) la frequente associazione con comorbidità (ipertensione arteriosa, obesità, insufficienza renale cronica, iperlipemia, ecc.).

L'iperinsulinemia, l'iperglicemia e l'iperlipemia, tipiche del Diabete Mellito di tipo 2, hanno effetti diretti sui cardiomiociti, sull'interstizio cardiaco, sul sistema nervoso simpatico e sul sistema renina - angiotensina. Queste alterazioni stimolano una riattivazione a livello del cardiomiocita dei programmi genetici fetali con variazione della composizione delle proteine contrattili ed un alterato metabolismo del Ca⁺⁺ intracellulare. Si suppone che le suddette variazioni rappresentino la risposta adattativa della miocellula cardiaca nel tentativo di preservare le proprietà contrattili in condizioni di stress: nel caso del Diabete Mellito lo stress sarebbe rappresentato dalle modificazioni del metabolismo della cellula cardiaca. Questa condizione sarebbe poi responsabile di alterazioni strutturali del Ventricolo Sinistro (VS) con sviluppo di disfunzioni diastolica e sistolica del VS e accelerazione dei processi aterosclerotici a livello dei vasi coronarici epicardici e del microcircolo. L'incrementato rischio di aterosclerosi nei diabetici contribuisce in maniera significativa ad un incrementato rischio di SC. La malattia

coronarica è causa di SC nei 2/3 dei pazienti con disfunzione del VS⁽⁴⁾. Vi sono inoltre dati che suggeriscono che il DM predisponga allo sviluppo di SC attraverso l'esistenza di una specifica cardiomiopatia diabetica⁽⁵⁾; l'esatto meccanismo con cui si sviluppa questa patologia non è conosciuto, ma si ipotizza che la patologia sia legata allo sviluppo di microangiopatia, fattori metabolici e fibrosi⁽⁶⁻⁷⁾, combinati con disfunzione endoteliale. La microangiopatia diabetica può essere una delle cause della ridotta riserva coronarica che spesso si osserva nei pazienti diabetici⁽⁸⁾. I fattori metabolici quali l'iperglicemia, il ridotto up-take miocardico di glucosio e l'aumentato turnover degli acidi grassi possono contribuire alla disfunzione miocardica DM correlata. Infine dati sperimentali sottolineano un ruolo potenziale legato alla fibrosi miocardica nella miocardiopatia diabetica; l'accumulo intramiocardico di collagene è una ben dimostrata conseguenza del DM⁽⁹⁻¹⁰⁾. Se il Diabete gioca un ruolo determinante nella genesi di numerosi casi di SC, anche l'aumentato livello ematico di catecolamine presente nei pazienti con SC può determinare insulino resistenza e facilitare l'insorgenza di DM attraverso diversi meccanismi:

- le catecolamine sono in vivo dei potenti antagonisti dell'insulina⁽¹¹⁻¹²⁾,
- le catecolamine interferiscono sia con il processo di trasmissione del segnale insulinico, sia con l'attività intrinseca dei trasportatori di glucosio⁽¹³⁾,
- la vasocostrizione dovuta all'iperattività simpatica riduce il flusso sanguigno a livello dei muscoli scheletrici (sito principale di rimozione insulino

- mediata del glucosio) ed il conseguente aumento del glucosio ematico provoca iperinsulinemia compensatoria. Le catecolamine determinano l'incremento della lipolisi e degli acidi grassi circolanti, i quali vengono captati in quantità maggiori dalle cellule; l'aumento dell'ossidazione lipidica a livello muscolare può inibire la captazione insulino - mediata del glucosio, mentre a livello epatico può stimolare la gluconeogenesi e aumentare la dismissione di glucosio. Molti pazienti con SC sono obesi; l'obesità addominale è stata dimostrata essere una condizione in cui si riscontra una elevata attività del sistema simpatico che contribuisce allo sviluppo di insulino resistenza. In relazione a quanto detto, la presenza di DM rappresenta un indicatore prognostico negativo aggiuntivo nei pazienti con SC. La stratificazione prognostica è un importante step nel trattamento del paziente con SC: è dimostrato che i pazienti ad alto rischio beneficiano di una terapia più aggressiva. La prima dimostrazione che il DM possa essere un predittore di eventi avversi nei pazienti con SC è stata fornita da Shindler⁽²⁾. Una analisi di un sottogruppo del SOLVD ha mostrato che la mortalità totale e quella cardiovascolare era significativamente più alta nei soggetti diabetici rispetto a quelli non diabetici. Nell'analisi multivariata il DM risultò un predittore indipendente di eventi clinici sia nei Trial di prevenzione che di trattamento dello SC⁽³⁾. Più recentemente i database del SOLVD sono stati rivalutati⁽²⁾ per stabilire l'impatto del DM negli outcome clinici nello SC ischemico, rispetto allo SC non ischemico. Dopo un aggiustamento

per variabili di base, risultò che il DM era associato ad un incremento della mortalità totale nei pazienti con SC ischemico, ma non nello SC non ischemico. Molti dei dati discussi, sono stati ottenuti da analisi post-hoc di studi randomizzati o dall'analisi di registri e pertanto devono essere interpretati con cautela. Per esempio, nel SOLVD la diagnosi di DM proveniva dall'anamnesi e la definizione di SC era esclusivamente basata sulla valutazione dei ricercatori. Pertanto ulteriori studi saranno necessari per valutare questi risultati. Da quanto sinora detto, è evidente che la popolazione dei soggetti diabetici sia una popolazione ad elevato rischio di sviluppare SC. Tale popolazione meriterebbe un maggior sforzo nel tentativo di identificare, nei pazienti asintomatici, lo sviluppo di disfunzione del VS, al fine di iniziare il più precocemente possibile un trattamento terapeutico adeguato⁽¹⁴⁻¹⁵⁾. Il riconoscimento della disfunzione del VS è infatti di grande rilevanza clinica, esso rappresenta una condizione preliminare essenziale ad un qualsiasi approfondimento diagnostico e terapeutico. È noto, come la somministrazione di ACE - inibitori e beta - bloccanti sia efficace nella riduzione della mortalità nei pazienti affetti da Scompenso Cardiaco anche iniziale⁽¹⁶⁾. Tali osservazioni, seppur con i limiti derivanti dalla natura osservazionale e dalla non randomizzazione dei pazienti, emergono anche nello Studio Bring-up⁽¹⁷⁾. Sappiamo inoltre, attraverso gli studi di comunità, che circa la metà dei pazienti affetti da disfunzione del VS non presenta segni e/o sintomi di Scompenso Cardiaco alla valutazione clinica iniziale.

Appare chiaro da quanto esposto, che l'ecocardiogramma eseguito solo nei pazienti con segni e/o sintomi di SC, sottostima gravemente il problema in quanto circa il 50% dei pazienti con disfunzione asintomatica del VS rimarrebbe escluso da un trattamento medico. L'esecuzione di uno "screening" ecocardiografico dei pazienti diabetici alla ricerca di disfunzione del VS avrebbe sicuramente un forte razionale. L'impatto economico iniziale di questa proposta potrebbe scoraggiare la sua attuazione, mentre i benefici (anche economici) a medio - lungo termine che ne potrebbero derivare, dovrebbe convincere il nostro Sistema Sanitario della bontà di tale progetto. Risulta perciò fondamentale stratificare i pazienti diabetici, in modo tale da individuare quelli con maggiore probabilità di sviluppare disfunzione sistole - diastolica del VS, attraverso l'utilizzo di metodiche con costi relativamente contenuti e quindi indirizzare tale popolazione ad uno studio ecocardiografico precoce. Dai dati disponibili in letteratura sullo Scompensamento Cardiaco nel diabete, è evidente come questa patologia appaia sottostimata anche se ad alto rischio di mortalità. La valutazione globale del paziente diabetico che comprenda anche uno studio ecocardiografico appare, al momento attuale, non facilmente realizzabile. È possibile però

attuare dei protocolli atti ad individuare i soggetti diabetici a maggior rischio di sviluppare disfunzione del VS, attraverso un approccio multidisciplinare (Infermiera di Comunità, MMG, Cardiologo, Diabetologo, Internista) indirizzato a programmi di prevenzione e diagnosi per il contenimento dei costi in termini di vite salvate e miglioramento della qualità di vita del paziente mediante l'attuazione di strategie terapeutiche precoci.

Bibliografia

- 1) Stratton IM, Adler AI, Neil HA, Matthews DR, Manley SE, Cull CA, Hadden D, Turner RC and Holmann RR *Association of glycaemia with macrovascular and microvascular complication of type 2 diabetes (UKPDS 35): prospective observational study.* *Bmj* 2000, 321: 405 - 412
- 2) Shindler DM, Kostis JB, Yusuf S, Quiñones MA, Pitt B, Stewart D, Pinkett T, Ghali JK and Wilson AC, *Diabetes mellitus, a predictor of morbidity and mortality in the Study of Left Ventricular Dysfunction (SOLVD) Trials and Registry.* *Am J Cardiol* 1996, 77: 1017 - 1020.
- 3) Kannel WB, McGee DL. *Diabetes and cardiovascular disease: The Framingham study.* *JAMA* 1979; 241: 2035 - 8.
- 4) Gheorghiadu M and Bonow RO. *Cronic heart failure in the USA: a manifestation of coronary artery disease.* *Circulation* 1998, 97: 282 - 289.
- 5) Rubler S, Dugash J, Yuceuglu YZ, Kumral T, Branwood AW and Grishman A *New type of cardiomyopathy associated with diabetic glomerulosclerosis.* *Am J Cardiol* 1972, 30: 595 - 602.
- 6) Factor SM, Okun EM and Minase T *Capillary microaneurism in the human diabetic heart.* *N Engl J med* 1980, 302: 384 - 388
- 7) Yarom R, Zirkin H, Stammer G, and Rose AG, *Human coronary microvessels in diabetes and ischaemia. Morphometric study of*

- autopsy material.* *J Pathol* 1992, 166: 265 - 270
- 8) Nasher PJ Jr, Brown RE, Oskarsson H, Winniford MD and Rossen JD *Maximal coronary flow reserve and metabolic coronary vasodilatation in patient with diabetes mellitus.* *Circulation* 1995, 91: 635 - 640
- 9) Regan TJ, Wu CF, Yeh CK, Olderwurtel HA and Haider B *Myocardial composition and function in diabetes. The effect of chronic insulin use.* *Circ Res* 1981, 49: 1268 - 1277
- 10) Sheadeh A and Regan TJ *Cardiac consequence of diabetes mellitus.* *Clin Cardiol* 1995, 18 301 - 305
- 11) Deibert DC, De Fronzo RA. *Epinephrine - induced insulin resistance in man.* *J Clin Invest* 1980; 65: 717 - 21
- 12) Lager I, Atvall S, Eriksson BM, von Schenk H, Smith U. *Studies on the insulin - antagonist effect of catecholamines in normal man.* *Diabetologia* 1986; 29: 409 - 416
- 13) Lonnroth P, Davies JI, Smith U *The interaction between the adenylate cyclase system and insulin stimulated glucose transport.* *Biochem J* 1987; 243: 789 - 95
- 14) Porier P, Bogaty P, Philippon F, Garneau C, Fortin C, Dumesnil JG. *Preclinical diabetic cardiomyopathy: relation of left ventricular diastolic dysfunction to cardiac autonomic neuropathy in men with uncomplicated well - controlled type 2 diabetes.* *Metabolism* 2003; 52: 1056 - 61.
- 15) Diamant M, Lamb HJ, Groeneveld Y, et al *Diastolic dysfunction is associated with well - controlled type 2 diabetes mellitus.* *J AM Coll Cardiol* 2003; 42: 328 - 35
- 16) Exner DV, Dries DI, Waclawin M.A., Shelton B, Domanski MJ *Beta - adrenergic blocking agent use in patients with asymptomatic and symptomatic left ventricular systolic dysfunction.* *J Am Coll Card*: 1999; 33: 916 - 23
- 17) Bobbio M, Ferrua S, Opasich C, et al, for the BRING - UP Investigator. *Survival and hospitalization in heart failure patient with or without diabetes treated with beta - blockers.* *J Card Fail* 2003; 9: 192 - 202
- 18) Redfield MM, Jacobsen SJ, Burnett JC Jr, Mahoney DW, Bailey KR, Rodeheffer RJ. *Burden of systolic and diastolic dysfunction in the community: appreciating the scope of the heart failure epidemic.* *JAMA* 2003; 289: 194 - 202

Ricordo di un Cardiologo pratico

Alberto Galassi pioniere dell'autonomia della Cardiologia siciliana

di Ernesto Mossuti



Quando mi è stato chiesto di scrivere un articolo per “Cardiologia negli Ospedali” il mio pensiero è corso subito al Prof. Alberto Galassi, da poco scomparso, per la sensazione di vuoto che ho subito avvertito quando ho appreso la notizia della sua morte. Alberto Galassi, emiliano ma siciliano di adozione, si è laureato a Catania nel 1949, città nella quale si era trasferito al seguito del padre comandante dell’Aeroporto Militare del Capoluogo etneo. È stato assistente presso l’Istituto di Patologia Medica dell’Università di Catania dal 1949 al 1964, Istituto allora diretto dal Prof. Saverio Signorelli. Presso l’Università di Catania ha ricoperto inoltre il ruolo di Docente in Semeiotica Medica dal 1958 e in Clinica Medica e Terapia dal 1963. Nel lontano 1969 fu chiamato a dirigere l’Unità Ospedaliera di Terapia Intensiva Coronarica dell’Ospedale “Garibaldi” di Catania. Con felice intuizione dedicò da subito la sua attività prevalente alla Cardiostimolazione facendo di quel Centro un punto di riferimento per tutto il meridione. Dal 1978 al 1984 è stato Docente della Scuola di Specializzazione in Cardiologia della Università di Catania. Sin dai primi anni della sua carriera, la battaglia del Prof. Galassi è stata quella di tagliare il cordone ombelicale che in quegli anni legava la Cardiologia alla Medicina Interna, riuscendo a fare di questa disciplina una specialità autonoma. Sotto la sua guida, la Cardiologia del “Garibaldi” di Catania è stata la prima in assoluto in Sicilia ad essere costituita come Reparto autonomo: all’avanguardia in

Italia si è distinta insieme a quella di Rovelli al “Niguarda” di Milano, di Feruglio a Udine, di Angelino a Torino e di Puddu a Roma. Nel 1990 il Prof. Alberto Galassi ha assunto la direzione del Dipartimento Cardiologico dell’Ospedale “Cannizzaro” di Catania dove, perseguendo una moderna visione della Cardiologia Interventistica, ha continuato la sua opera di ricerca e innovazione scientifica riuscendo ad istituire l’Unità Operativa di Emodinamica. Uno dei meriti del Prof. Alberto Galassi è stato senza dubbio quello di aver creato un gruppo, una scuola, un modo di fare Cardiologia caratterizzato da una presenza costante nel panorama scientifico e da una rigorosa e reale attenzione per i malati. Così, in quegli anni, sotto la sua guida illustre si sono formati moltissimi Cardiologi in seguito destinati alla direzione delle Cardiologie dei più importanti Ospedali dell’isola. Il Prof. Galassi ha sempre avuto un profondo legame con l’ANMCO: non ricordo un Congresso Nazionale o Regionale dell’Associazione in cui il Professore non sia stato presente, in prima fila ad ascoltare le Relazioni o al Tavolo dei Relatori. Negli ultimi anni di vita, nonostante le non perfette condizioni di salute, il Professore trovava comunque il modo di farsi accompagnare ai Convegni e lì ascoltava attentamente le presentazioni, prendendovi anche parte attivamente. In ciò senza dubbio era ed è un esempio per le generazioni dei giovani Cardiologi. La sua profonda competenza medica e l’indiscussa dedizione all’ANMCO lo hanno portato a ricoprire la carica di Vicepresidente

Nazionale dell’Associazione. Inoltre, a testimonianza dei suoi meriti scientifici, è stato Consigliere nazionale della Società Italiana di Cardiologia (SIC), ottenendo quindi riconoscimenti senza distinzioni di campo. Non ho mai avuto la fortuna di lavorare al suo fianco, per questo motivo inizialmente ho dubitato sull’opportunità che fossi proprio io a ricordarne la figura umana e professionale. Tuttavia, pur non essendogli mai stato al fianco, ho avvertito l’esigenza di ricordare il vuoto che la scomparsa del Prof. Alberto Galassi lascia nel panorama della Cardiologia siciliana. Il dolce vita bianco, il doppio petto blu, la voce un pò roca, ma la mente sempre pronta ad afferrare il senso delle tante presentazioni a cui assisteva: è questa l’immagine che mi torna in mente ripensando alla figura del Prof. Galassi. Sempre rispettoso delle idee di tutti, affermava con decisione i principi della vita del Medico in corsia o, come ricordiamo tutti, da “Cardiologo pratico”. In mezzo agli innumerevoli e importanti insegnamenti scientifici, il messaggio fondamentale che il Prof. Alberto Galassi ha lasciato a tutti noi Cardiologi è: «non è tanto importante fare una presentazione piena di termini oscuri e inglesismi quanto dare dei consigli che possano trovare attuazione nella pratica medica di tutti i giorni». Questo certamente non è poco, è un grande e indimenticabile “take home message” che il Prof. Alberto Galassi, da “Cardiologo pratico”, non avrebbe certamente chiamato così ma avrebbe insistito nel ricordare a tutti.



Il “Cuore verde d’Italia” potenzia le sue attività in Cardiologia

di P. Verdecchia e G. Alunni

Privilegiare le reti assistenziali, la cultura e la ricerca

Il nuovo Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Umbria si è riunito presso l’Ospedale di Assisi per esaminare le linee programmatiche generali per il prossimo biennio. I settori ritenuti di maggiore interesse sono quelli relativi alle Reti per le Sindromi Coronariche Acute (SCA),

all’integrazione Ospedale - Territorio nella gestione del paziente con Scompenso Cardiaco e alla Cardio - Oncologia. Si è poi esaminato lo stato dei rapporti con i Colleghi delle Marche e dell’Abruzzo nell’ambito del MUMA e si è fatto il punto sulle attività didattiche e congressuali.

Reti per le SCA

Fatta la premessa che la Rete per le SCA non è stata ancora formalizzata a livello regionale, tale Rete appare al momento piuttosto efficiente nell’Umbria centrale e meridionale, con importante coinvolgimento del 118 e rapporti generalmente efficienti

Potenziamento della Rete per le Sindromi Coronariche Acute, integrazione Ospedale - Territorio nel follow up del paziente con Scopenso Cardiaco, Cardio - Oncologia, collaborazione con Marche e Abruzzo


Ecco le linee di indirizzo del nuovo Consiglio Direttivo Regionale dell'Umbria

tra il 118, le Cardiologie e le Emodinamiche. La situazione è ancora aperta ad ulteriori miglioramenti nell'Umbria settentrionale. In questa area, i percorsi decisionali tra il 118, la Cardiologia Ospedaliera e l'Emodinamica del Centro Hub di Perugia nella gestione dei pazienti con STEMI dovrebbero essere ulteriormente velocizzati ed ottimizzati, ai fini della minimizzazione dei tempi antecedenti alla riapertura del vaso occluso. Andrà ottimizzato il percorso di teletrasmissione dell'ECG dal 118 alla Cardiologia Spoke, con interazione immediata tra Cardiologo e l'Operatore del 118 ai fini della decisione se inviare il paziente direttamente al Centro Hub di Perugia, eseguire fibrinolisi extra - ospedaliera e/o trasportare il paziente nel Centro Spoke. Lo Studio osservazionale "Umbria STEMI", appena pubblicato (G Ital Cardiol 2010; 11: 393 - 401) ha arruolato 868 pazienti con STEMI, di età media 66.5 ± 13 anni), con presentazione entro 12 ore dall'inizio dei sintomi. L'86.7% di questi pazienti è stato trattato con riperfusione coronarica, farmacologica o meccanica: il 45.9% con angioplastica primaria ed il 40.8% con fibrinolisi. L'angioplastica primaria è stata più frequentemente utilizzata nel Centro con Emodinamica attiva 24/24 h rispetto alle altre tipologie di Centro cardiologico. Il 13.3% dei pazienti (104) non hanno ricevuto terapia coronarica riperfusiva. Il tempo medio dal primo contatto medico per eseguire la terapia fibrinolitica è risultato pari a 60 min, mentre l'intervallo tra il primo contatto medico ed

il primo gonfiaggio del pallone per i pazienti sottoposti ad angioplastica primaria è risultato pari a 156 min. La mortalità intraospedaliera è risultata del 5.9%. Ci si augura che un analogo progetto, ancora allo studio, che prevede un protocollo sostanzialmente identico a quello di Umbria STEMI, possa rappresentare il primo prodotto concreto dell'auspicabile formalizzazione regionale della Rete delle SCA in Umbria, con conseguente miglioramento della situazione attraverso il coinvolgimento operativo istituzionale degli Operatori coinvolti. I Cardiologi dell'ANMCO sono pronti ad impegnarsi con le Istituzioni Regionali e con le altre Società Scientifiche per il consolidamento sempre maggiore della Rete per le SCA.

Integrazione Ospedale - Territorio nella gestione del paziente con Scopenso Cardiaco stabile

È in fase di attuazione un interessante progetto per la gestione integrata dei pazienti con Scopenso Cardiaco, con ampio coinvolgimento del Medico di Medicina Generale. In sintesi, al momento della dimissione, o dopo la visita presso l'Ambulatorio dello Scopenso, un Infermiere dedicato consegna un questionario contenente semplici ma chiare domande sulla situazione clinica complessiva (peso corporeo, numero di cuscini, terapie assunte, ecc.), che il paziente dovrà riempire, per essere pronto a rispondere al momento della telefonata, che avverrà ad intervalli di tempo prestabiliti. In base alle risposte, l'Infermiere valuta il grado di stabilità



ed in caso di sospetta instabilità invita il paziente a rivolgersi al suo Medico curante che verrà anche contattato sia telefonicamente che via mail. Il Medico di Medicina Generale potrà decidere di prenotare da subito una visita di controllo presso l'Ambulatorio dello Scopenso, oppure di gestire personalmente il paziente. Le potenziali ricadute positive del progetto, attraverso il miglioramento della comunicazione fra Cardiologo e Medico del Territorio, includerebbero l'abbattimento delle liste di attesa per i pazienti più instabili, la riduzione di accessi ambulatoriali inutili e quindi l'ottimizzazione degli spazi e del consumo di risorse ospedaliere; a ciò si aggiunge la valorizzazione del profilo professionale dell'Infermiere. I primi contatti istituzionali con l'Azienda ASL del Territorio fanno presagire che questo progetto ha buona probabilità di essere inglobato nelle normali attività assistenziali.

Progetto Cardio - Oncologia

L'efficacia e la potenziale cardiotossicità della terapia oncologica, fa sì che i pazienti oncologici siano sempre più numerosi, più anziani e con più comorbilità. Da ciò deriva il crescente bisogno di assistenza cardiologica per questo tipo di patologia. Il Consiglio Direttivo ANMCO Umbria ha deciso di impegnarsi concretamente su questo fronte nel disegnare per questi pazienti un percorso assistenziale "facilitato", possibilmente uniforme su tutto il territorio regionale ed in stretta collaborazione con gli Oncologi.

Rapporti con Marche e Abruzzo

A distanza di oltre due anni dalla creazione della 'macroregione' ANMCO definita 'MUMA' (Marche, Umbria, Abruzzo), con i Convegni annuali riuniti a San Benedetto del Tronto (2008), Assisi (2009) e Montesilvano (2010), il Consiglio Direttivo ANMCO ha ribadito la propria soddisfazione per questo tipo di collaborazione con i Colleghi ANMCO delle Regioni vicine. Nella prossima primavera dovrà essere tenuta la Campagna Nazionale ANMCO "Sindromi Coronariche Acute: la scelta ragionata della Terapia Antitrombotica", con un evento cumulativo per le tre regioni Marche, Umbria e Abruzzo. Allo scopo di ottimizzare questa coincidenza, l'ANMCO Umbria propone di organizzare l'evento della Campagna Nazionale ANMCO nelle Marche nella primavera del 2011, con abbinamento temporale con il Convegno annuale MUMA previsto proprio nelle Marche (Campagna Nazionale ANMCO il giovedì pomeriggio e il venerdì mattina, convegno MUMA il venerdì pomeriggio e il sabato mattina). In considerazione del difficile momento economico attuale, scelte 'riunificanti' di questo tipo potrebbero avere effetti positivi anche in termini di risparmio di risorse. Una riunione dovrà essere tenuta fra i tre Presidenti Regionali nel prossimo autunno per esaminare questa proposta.

Attività didattiche e congressuali

Al di là dell'evento MUMA in programma nella primavera del 2011, tra i principali eventi congressuali esaminati si è deciso di concedere l'endorsement all'evento "Hot topics in Cardiologia", che si è tenuto presso la Facoltà di Medicina (nella nuova sede adiacente all'Ospedale "S. Maria della Misericordia") il 24 e 25 settembre 2010, all'evento "Aggiornamenti in Prevenzione Cardiovascolare Primaria e Secondaria. Dalla teoria alle evidenze cliniche", in programma ad Assisi il 3 e 4 dicembre 2010 e all'evento "Giornate del cuore a Terni", in programma dal 9 al 10 dicembre 2010. Si è poi esaminato il Corso residenziale di Clinical Competence nella Gestione del paziente con Cardiopatia Ischemica Cronica, in programma a Perugia nel novembre 2010, con caratteristiche di elevato livello scientifico ed orientato ad un limitatissimo numero di partecipanti. In generale, si è deciso di non 'inflazionare' il numero dei Convegni scientifici, limitandosi a quelli con reali caratteristiche di scientificità.

Serena Rakar intervista Giancarlo Vitrella

Viaggio nell'esperienza di un giovane Cardiologo a Washington

Che cosa ti ha spinto a cercare questa esperienza?

La Risonanza Magnetica Cardiaca è una metodica relativamente nuova, ancora poco utilizzata in Italia, in quanto la maggior parte delle Cardiologie non possiede il macchinario necessario e la maggior parte delle radiologie non ha l'expertise necessaria per valutare il cuore, un organo la cui diagnostica per immagini è storicamente affidata al Cardiologo. Il Prof. Sinagra mi ha proposto di fare questo Master per iniziare una collaborazione con i Radiologi nell'esecuzione ed interpretazione della RM Cardiaca. Questa proposta mi ha particolarmente stimolato perché mi ha permesso di ampliare le mie conoscenze ed acquisizioni di altre metodiche, che unite a quelle ecocardiografiche ed emodinamiche, rendono certamente la mia preparazione più completa.

Perché a Washington?

I motivi di questa scelta sono stati molteplici. In primis il "Washington Hospital Center" è rinomato in tutto il mondo per la Cardiologia. È il Centro Cardiologico più grande dell'area metropolitana di Washington DC e l'unico Centro di terzo livello per un bacino di utenza di circa quattro milioni di abitanti. Grazie al grandissimo volume di attività, tutte le sottospecialità della Cardiologia sono ad un livello di eccellenza mondiale e hanno esperienza quotidiana in patologie di elevata complessità, che tutti noi siamo abituati a vedere poche volte nella vita professionale. Il Centro di



Giancarlo Vitrella

Risonanza Magnetica Cardiaca del Washington Hospital Center è attivo dal 2000. Ha un magnete ad alto campo dedicato esclusivamente agli esami cardiaci ed ha un volume di attività di oltre 1.200 casi per anno, tra i più alti al mondo. Un'altra motivazione che mi ha indotto a scegliere Washington DC è stato il fatto che l'apparecchiatura utilizzata è molto simile a quella di cui disponiamo nell'Azienda Ospedaliero Universitaria "Ospedali Riuniti" di Trieste.

Durata del Master e giornata tipo?

Il Master ha avuto una durata di tre mesi, un periodo adeguato per acquisire gli strumenti atti all'interpretazione della Cardio RM. Il Centro di Risonanza Magnetica Cardiaca del Washington Hospital Center è costituito da uno scanner con magnete ad alto campo (1,5 T) ed annessa Sala di

refertazione, ed un Archivio di centinaia di casi rari o esemplificativi. L'attività si svolgeva dal lunedì al venerdì, dalle 8:00 del mattino fino alle 17:00, talvolta anche oltre, sino a quando non venivano esaurite le liste degli esami programmati. Le immagini base venivano acquisite da due Tecnici Radiologi dedicati ad esami cardiovascolari, sotto direzione del Responsabile Dott. Fuisz. Una volta acquisite le immagini, queste venivano trasferite sulla consolle di interpretazione da parte dei tecnici. Successivamente, i Medici in formazione eseguivano la misurazione delle dimensioni e dei volumi cardiaci, e davano una interpretazione clinica dell'esame, annotando le nostre conclusioni su un foglio di refertazione preliminare. In seguito il responsabile verificava la correttezza delle misurazioni e l'analisi del caso veniva discussa nel contesto clinico. Talvolta poteva accadere che tra un esame e l'altro si venissero a creare delle pause prolungate, allora venivano analizzati e commentati i casi più interessanti dell'Archivio oppure venivano impartite lezioni di fisica che è alla base dell'acquisizione delle immagini in risonanza magnetica.

Quali competenze hai acquisito?

La durata del periodo mi ha permesso di partecipare all'esecuzione, interpretazione e refertazione di circa 300 esami e di accedere all'archivio di casi rari o esemplificativi. Il volume di attività e la durata del Master soddisfano i requisiti per la certificazione come



Operatore di livello 2 (Operatore autonomo nell'acquisizione, interpretazione e refertazione di immagini di Risonanza Magnetica Cardiaca) da parte della "Society for Cardiovascular Magnetic Resonance", l'organismo internazionale principale di certificazione in Risonanza Magnetica Cardiaca. Grazie al confronto con un operatore esperto e alla visione di un grande numero di esami, ho acquisito la sicurezza nell'eseguire ed interpretare un esame di Risonanza Magnetica Cardiaca. In particolare, uno degli aspetti più importanti è stato quello di acquisire un metodo per eseguire l'esame nei vari scenari clinici, prescrivendo solo le sequenze necessarie a rispondere al quesito diagnostico. Infatti, al pari o forse più di ogni altra metodica, questo aspetto permette di condurre l'esame in maniera razionale, rapida e soprattutto mirata a rispondere al quesito particolare.

Come le stai mettendo a frutto nella tua realtà?

L'esperienza fatta a Washington mi ha permesso di contribuire a stilare un protocollo condiviso di esecuzione, interpretazione e refertazione dell'esame di Cardio RM. Attualmente eseguiamo due sessioni settimanali di risonanza Magnetica Cardiaca per un totale di circa 200 esami per anno. Tutti gli esami vengono condotti in

collaborazione con i Colleghi Radiologi, seguendo il protocollo condiviso, ed eventualmente aggiungendo sequenze specifiche se ritenuto necessario (come ad esempio nei casi di cardiopatia congenita, quando si cerca di evidenziare il difetto che genera uno shunt). Una volta terminata l'acquisizione le misurazioni vengono eseguite da più di un operatore "in cieco" in maniera da evidenziare e risolvere eventuali discordanze. L'interpretazione dell'esame è sempre condivisa tra il Radiologo e due Cardiologi con esperienza nella metodica in maniera da dare un referto che sia il più possibile fruibile da parte del Clinico. In quest'ultimo anno la Risonanza Magnetica Cardiaca ha così fornito dei contributi attivi nella gestione di numerosi pazienti, integrando la diagnosi di invio. A titolo di esempio cito il caso di un paziente con cardiomiopatia dilatativa con recente peggioramento della funzione sistolica. La Risonanza Magnetica ha riscontrato una riattivazione di miocardite (non è quindi stato necessario eseguire la biopsia endomiocardica), poi risolta con terapia immunosoppressiva con miglioramento del quadro clinico - strumentale del paziente. Un altro caso riguarda una giovane donna con difetto interatriale di tipo ostium secundum e shunt sinistro - destro

significativo. In questo caso la Risonanza Magnetica Cardiaca ha messo in evidenza un difetto di maggiore complessità, con un associato ritorno anomalo venoso polmonare parziale che non era evidenziabile all'ecocardiogramma. La donna è stata operata con successo di riparazione di DIA e ricostruzione della vena polmonare con risoluzione di entrambi i difetti. **Quali consigli dare ad un giovane Cardiologo che voglia fare la medesima esperienza?**

Il consiglio più importante che mi sento di dare è quello di perseguire attivamente e cogliere le occasioni di fare esperienze in Italia ed all'estero, specialmente in Centri ad elevato volume. Se vengono approcciate con umiltà e con la curiosità di capire come funziona un sistema diverso da quello in cui si lavora abitualmente, ci si può arricchire non soltanto sotto l'aspetto professionale, ma anche sotto l'aspetto umano. Infatti, se la pratica della Cardiologia è molto standardizzata grazie alle Linee Guida internazionali, i modi di applicazione possono variare da un luogo all'altro. Questo ci porta a rimettere in discussione le nostre abitudini e ci apre la visione su modi diversi di lavorare da cui possiamo trarre molti insegnamenti e migliorarci.

La valutazione del rischio cardiovascolare tra passato, presente e futuro

di Maurizio Giuseppe Abrignani

Sin dalla notte dei tempi il desiderio di conoscere il proprio destino ha spinto l'uomo a ricorrere a sciamani, oracoli, sibille ed oroscopi. Lo sviluppo della Statistica moderna ha invece consentito alle società assicurative, negli anni Trenta del Novecento, di stabilire che la probabilità di subire un infarto o un ictus è maggiore nei soggetti ipertesi, con il conseguente aumento delle quote per quest'ultimi. L'Epidemiologia clinica si è avvalsa della stessa metodica per definire, dopo grandi studi longitudinali, come quello di Framingham, l'esistenza di una serie di caratteristiche, i fattori di rischio (come la stessa ipertensione, le dislipidemie, il fumo, il diabete e molti altri) che, se presenti, rendono più probabile il manifestarsi futuro di eventi cardiovascolari. Il passo successivo è stato comprendere che quel che conta non è tanto la presenza o il livello dei singoli fattori, ma come questi interagiscono nella stessa persona per determinarne la probabilità di ammalarsi di cuore: è il cosiddetto concetto del rischio cardiovascolare globale, secondo cui è possibile che livelli poco elevati di più fattori conferiscano un rischio superiore a quello di livelli molto elevati di un singolo

fattore. Questa valutazione non è fine a se stessa: tanto maggiore è il rischio cardiovascolare, tanto più è necessario essere aggressivi nella correzione di tutti i fattori di rischio, perché sono proprio i soggetti a rischio più elevato ad ottenere i maggiori benefici dagli interventi preventivi⁽¹⁾. Una definizione dei livelli di rischio è riportata nella Tabella 1. Il procedimento di valutazione del rischio cardiovascolare è semplice, ma nel contempo rigoroso. In primo luogo bisogna stabilire se il soggetto appartiene ad uno dei seguenti gruppi ad alto rischio.

• *Pazienti con patologia cardiovascolare su base aterosclerotica.*

L'aterosclerosi può colpire diversi distretti, in particolare le arterie coronarie, carotidee, cerebrali e periferiche. A livello coronarico tre categorie di pazienti sono considerate affetti da cardiopatia ischemica cronica: quelli sintomatici con possibile angina pectoris stabile da sforzo, quelli asintomatici, ma con evidenza clinico - strumentale di pregresso infarto miocardico, ed infine quelli asintomatici, ma portatori di patologia ostruttiva coronarica accertata⁽²⁾. Tuttavia le stesse tecniche di imaging dell'aterosclerosi coronarica presentano alcuni limiti: per la più nota, l'angiografia,

oltre l'invasività, si ricorda che l'entità della stenosi non predice il rischio di infarto, che la morfologia della placca non chiarisce se essa sia stabile o meno e che infine, per il fenomeno del rimodellamento di Glagov, una coronaria può apparire erroneamente sana (l'ecografia intracoronarica può fornire negli ultimi due casi immagini più aderenti alla realtà). Il rapporto costi/benefici, specie per l'elevata esposizione a radiazioni, di altre metodiche non invasive, come il CT imaging del calcio coronarico e la RMN o la TC coronarica, non appare al momento ottimale. A livello degli arti inferiori vanno sottoposti a screening, con una metodica semplice e non invasiva, cioè la misurazione del rapporto pressorio tra gli arti superiori e quelli inferiori (che normalmente è maggiore di 0,9), tutti gli individui di età < 50 anni ma con diabete ed un altro fattore di rischio, quelli tra 50 e 69 anni con diabete o fumatori, gli ultrasettantacinquenni, i pazienti con sospetta claudicatio intermittens e quelli con anomalie dei polsi periferici⁽³⁾. In questi casi la diagnosi va confermata con un ecodoppler arterioso ed una eventuale angiografia. A livello cerebrale sono ad alto rischio tutti i pazienti con pregresso

Livello di rischio	Provabilità di eventi a 10 anni
alto	> 20%
intermedio	Tra il 5 ed il 20%
basso	< 5%

Tabella 1 - Criteri di definizione del rischio cardiovascolare

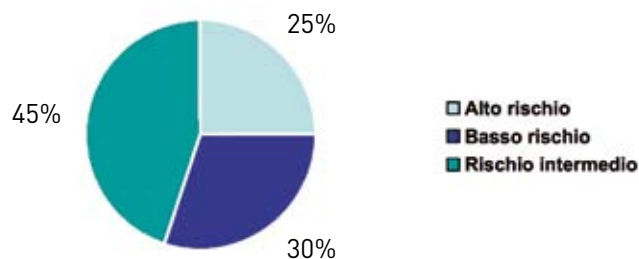


Figura 1
Distribuzione dei livelli di rischio nella popolazione

ictus o TIA e quelli con aterosclerosi carotidea nota, mentre sono da sottoporre a screening con ecodoppler carotideo tutti i pazienti > 65 anni con tre fattori di rischio⁽⁴⁾. Negli ipertesi l'ecodoppler è in grado di individuare anche lo spessore mediointimale che, secondo le recenti Linee Guida europee sull'ipertensione arteriosa⁽⁵⁾, rappresenta danno d'organo se superiore a 0,9 mm. Una ultima patologia su base aterosclerotica, spesso trascurata nonostante la sua pericolosità, è l'aneurisma dell'aorta addominale, per la cui identificazione è consigliata l'esecuzione di una ecografia addominale a tutti gli ultrasessantenni con familiarità e a tutti i fumatori da 65 a 75 anni⁽³⁾.

• *Pazienti con diabete di tipo 2 o di tipo 1 con microalbuminuria.*

La diagnosi di diabete si pone attualmente in presenza di almeno due misurazioni di glicemia >126 mg/dl. In presenza di una glicemia tra 100 e 126 mg/dl (alterata glicemia a digiuno) o di familiarità per diabete mellito, è bene effettuare un test da carico di glucosio; in questo caso se la glicemia a due ore è >200 mg/dl si pone diagnosi di diabete, mentre se è tra 140 e 200 si identifica la cosiddetta alterata tolleranza al glucosio⁽⁶⁾.

• *Pazienti con rischio globale assoluto ≥ al 20%.*

Ogni sanitario dispone di un semplice strumento per la valutazione del rischio cardiovascolare: si tratta delle Carte del Rischio, che richiedono l'inserimento di pochi parametri come

età, sesso, diabete, fumo, livelli di pressione sistolica e di colesterolo totale. In Italia disponiamo delle Carte elaborate dall'Istituto Superiore di Sanità, reperibili sul sito www.cuore.iss.it, che stimano la probabilità di eventi coronarici e cerebrovascolari a dieci anni e che saranno a breve aggiornate ed ampliate. Negli ipertesi o nei soggetti con HDL basso un algoritmo, reperibile nello stesso sito, consente una valutazione ancora più precisa del rischio.

• *Pazienti con dislipidemia familiare dimostrata o con familiarità per malattia cardiovascolare prematura.*

La diagnosi di una dislipidemia familiare (come l'ipercolesterolemia familiare, la dislipidemia familiare combinata ed il deficit congenito di HDL) è appannaggio di centri specialistici, ma si deve pensare a questa patologia quando nella stessa famiglia coesistono più soggetti con colesterolo superiore a 290 mg/dl, trigliceridi superiori a 250 mg/dl o eventi cardiovascolari precoci⁽⁷⁾. Va sottolineato a questo punto che si considerano tali quelli avvenuti in un familiare di sesso maschile prima dei 55 anni e di sesso femminile prima dei 65.

• *Pazienti con livelli marcatamente aumentati di un singolo fattore di rischio.*

A questa categoria, visto che diabete e dislipidemie familiari sono già stati citati, fanno capo sostanzialmente gli ipertesi con valori pressori superiori a 180/110 mmHg⁽⁵⁾.

• *Pazienti con nefropatia conclamata.*

Di recente anche la funzionalità rena-

le ha avuto riconosciuto un ruolo rilevante nella determinazione del rischio cardiovascolare. Una creatininemia >1.5 mg/dL nell'uomo e >1,4 mg/dL nella donna o una proteinuria >300 mg/24 h conferiscono un rischio elevato, pari a quello di un paziente che ha già avuto un evento cardiovascolare⁽⁵⁾. L'individuazione di un paziente ad alto rischio (condizione presente all'incirca in un quarto della popolazione adulta, vedi Figura 1) richiede, ovviamente in aggiunta agli altri provvedimenti del caso, un intervento molto aggressivo su tutti i singoli fattori. Se non si è in presenza di un alto rischio, il passo successivo è verificare se il paziente rientra nei criteri di basso rischio, cosa che si può fare facilmente con le Carte. Per una valutazione più accurata, si può considerare a basso rischio un paziente se presenta al massimo uno di questi parametri: fumo, valori pressori >140/90 mmHg o già in trattamento antipertensivo, colesterolo - HDL < 40 mg/dL, familiarità per malattia cardiocoronarica prematura, età < 45 anni se maschi o 55 anni se femmine⁽⁷⁾. Secondo valutazioni ancora più stringenti, un individuo a basso rischio deve avere valori pressori < 120/80 mmHg (non in trattamento), colesterolo < 200 mg/dl (non in trattamento), non deve fumare, non deve essere diabetico e dovrebbe avere un indice di massa corporea < 25. In tutti questi soggetti, che rappresentano circa il 30% della popolazione adulta, l'obiettivo fondamentale è garantirne

Fattori di rischio	Livelli soglia
Obesità addominale (Circonferenza vita)	Uomini >102 cm donne > 88 cm
Trigliceridi	150 mg/dL
Colesterolo HDL	Uomini <40 mg/dL donne <50 mg/dL
Pressione arteriosa	130/85 mmHg
Glicemia a digiuno	110 mg/dL

Tabella 2 - Criteri diagnostici di sindrome metabolica⁽⁷⁾

la permanenza nelle stesse condizioni. Fin qui tutto è abbastanza chiaro. Ma cosa fare nella popolazione a rischio intermedio? Certo, in questo caso gli obiettivi da raggiungere nella correzione dei fattori di rischio stanno a metà strada. Come essere sicuri però che, in questa area grigia, non si annidino soggetti in realtà ad alto rischio? Esistono diverse metodiche che ci aiutano a meglio stratificare il rischio intermedio, nessuna delle quali si è però dimostrata abbastanza sensibile e specifica. Tra gli esami di laboratorio sono stati proposti vari marker: fattori lipidici come la lipoproteina (a) o il rapporto apoA/apoB, fattori di flogosi come la proteina C reattiva ad alta sensibilità (Hs - PCR) o le interleuchine, fattori emostatici o trombotici come omocisteina e fibrinogeno, ed infine diversi polimorfismi genetici (il cui studio rappresenta verosimilmente il futuro della prevenzione). Di tutti questi, allo stato attuale solo la hs - PCR sembra avere un ruolo pratico⁽⁸⁾. Un secondo parametro che identifica un rischio superiore è la cosiddetta sindrome metabolica (Tabella 2) . Esistono poi una serie di test strutturali (oltre a quelli già citati ricordiamo la risonanza magnetica carotidea ed aortica ed il tradizionale fundus oculi) e funzionali (la dilatazione flusso - mediata dell'arteria radiale, gli indici di rigidità arteriosa come la velocità dell'onda pulsatoria carotide - femorale e carotide - radiale, l'augmentation index aortico e la pressione arteriosa

differenziale) in grado di valutare l'albero arterioso alla ricerca di disfunzione endoteliale o di aterosclerosi pre-clinica. Negli ipertesi una ipertrofia ventricolare, valutabile facilmente con l'ecocardiografia, conferisce sicuramente un rischio superiore⁽⁵⁾. Anche un criterio ECG, il criterio Perugia modificato, consente con una buona sensibilità la diagnosi di ipertrofia ventricolare in presenza di uno strain tipico o di una somma tra la S in V3 e la R in aVL > 2,4 mV negli uomini e > 2,0 mV nelle donne. Una creatinemia di 1.3 - 1.5 mg/dL nell'uomo e di 1.2 - 1.4 mg/dL nella donna, una sua clearance < 60 ml/min ed una microalbuminuria tra 30 e 300 mg/24h sono segni di danno d'organo subclinico negli ipertesi. In conclusione, mentre è abbastanza semplice l'identificazione dei soggetti ad alto e a basso rischio, sta nella professionalità del Medico stabilire quale sia il percorso diagnostico con il miglior rapporto costi/efficacia nei soggetti a rischio intermedio.

Bibliografia

1) Graham I, Atar D, Borch - Johnsen K et al. "European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: Executive summary". EHJ 2007; 28:2375 - 2414.
 2) Fraker TD, Jr, Fihn SD on behalf of the 2002 Chronic Stable Angina Writing Committee. 2007 Chronic Angina Focused Update of the ACC/AHA 2002 Guidelines for the Management of Patients With Chronic Stable Angina. A Report of the American College of Cardiology/ American Heart Association Task Force on Practice Guidelines Writing Group to Develop the Focused Update of the 2002

Guidelines for the Management of Patients With Chronic Stable Angina. JACC, 2007; 50:2264 - 2274.

3) Hirsch AT, Haskal ZJ, Hertzner NR. ACC/AHA 2005 Guidelines for the Management of Patients With Peripheral Arterial Disease (Lower Extremity, Renal, Mesenteric, and Abdominal Aortic): A Collaborative Report from the American Association for Vascular Surgery/Society for Vascular Surgery, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, Society for Vascular Medicine and Biology, Society of Interventional Radiology, and the ACC/AHA Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Develop Guidelines for the Management of Patients With Peripheral Arterial Disease). JACC, 2006; 47:1 - 192.

4) Qureshi AI, Alexandrov AV, Tegeler CH, Hobson RW, Baker JD, Hopkins LN. "Guidelines for screening of extracranial carotid artery disease: a statement for healthcare professionals from the multidisciplinary practice guidelines committee of the American Society of Neuroimaging". J Neuroimaging 2007;17:19 - 47.

5) Mancia G, De Backer G, Dominiczak A, 2007, "Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC)". Eur Heart J. 2007;28:1462 - 536.

6) American Diabetes Association. Screening for Type 2 Diabetes. Diabetes Care 2004 27:s11 - s14.

7) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. Executive Summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). JAMA. 2001;285:2486 - 2497.

8) Pearson TA, Mensah GA, Alexander RW et al. "Marker of inflammation and cardiovascular disease. Application to clinical and public health practice. A statement for healthcare professionals from the centers for disease control and prevention and the American Heart Association". Circulation 2007; 107: 499 - 511.

Infarto Miocardico Acuto Evitato IMA - E

di Gianfranco Cucchi

In un periodo in cui dalla Medicina si vuole sempre il ripristino dello stato di salute e la guarigione dalla malattia, il nostro intervento è più mirato a curare, assistere ed accompagnare persone colpite da malattie di natura cronico degenerativa. In particolare questo è vero per la patologia cardiovascolare, come per quella oncologica, ove l'ammalato, superata la fase acuta della malattia, potrà considerarsi sano per la qualità e gli stili di vita. In alcuni casi potranno e dovranno essere migliori rispetto allo stadio premalattia. In realtà la persona colpita da questo tipo di malattia, solo per il fatto che dovrà prendere per tutte l'esistenza una politerapia farmacologica e spesso sarà portatore di una lesione d'organo permanente, ancorchè silente, potrà considerarsi solo apparentemente sano. Oppure perchè sarà catalogato come "cronico" dalle statistiche della ASL. Questa breve premessa serve per introdurre il concetto di Infarto Miocardico Acuto (STEMI) Evitato (IMA - E). Non è una nuova entità nosologica e in realtà nella scarna letteratura cardiologica si trova il concetto di infarto miocardico acuto abortito. Preferisco introdurre il termine evitato perchè questa parola (ed in Medicina spesso le buone parole hanno il loro peso e possono fare la differenza), rende meglio il

fatto che questa condizione è frutto di una azione, di un intervento attivo determinato da una sinergia da parte dell'ammalato, del Cardiologo e del Medico del 118. Una catena indissolubile che lega una rete cardiologica efficiente ed efficace per la terapia precoce dello STEMI. Inoltre è l'espressione di una educazione sanitaria rivolta alla comunità che stimola l'ammalato a riconoscere precocemente i sintomi dell'infarto miocardico, a chiamare il 118 o a recarsi in Pronto Soccorso entro 60 minuti dall'esordio dei sintomi, consapevole che potrà beneficiare di un trattamento ripercussivo che con una data probabilità sarà in grado di prevenire o meglio evitare l'infarto. Quando ciò accade, l'interessato non sarà portatore di una lesione permanente, con una prognosi "quoad vitam et valetudinem" sicuramente ottima. È un importante successo clinico poter dire all'ammalato che ha evitato un infarto miocardico. Per incrementare questo risultato è indispensabile che la rete cardiologica sia allertata e sensibilizzata al fine di ridurre il ritardo evitabile. Solo per il fatto che si definisce evitabile si può e si deve fare. Un aneddoto: paesino di montagna a 1200 m, un uomo di 50 anni è colpito da un infarto miocardico inferiore e prontamente chiama il 118 che arriva a domicilio dopo 25 minuti dall'in-

sorgenza del dolore ed invia l'ECG all'UTIC di riferimento; il Cardiologo di guardia avvisa il Medico del 118 che si tratta di uno STEMI inferiore nei primi 30 minuti e di praticare la trombolisi, naturalmente in assenza di controindicazioni; il Medico del 118 si rammarica perchè non ha in dotazione il farmaco e non può eseguire la trombolisi per cui il paziente per ordine del 118 viene trasferito al Laboratorio di Emodinamica con un door to ballon di 180 minuti. In questo caso al paziente è stata sottratta una buona probabilità di evitare l'infarto miocardico, per cattiva organizzazione sanitaria, per noncuranza e a volte per scarsa consapevolezza. Ma la responsabilità è anche del mondo cardiologico perchè non sempre sembra essere unito per raggiungere l'obiettivo di aumentare la quota di IMA - E. La scarsa importanza per questo evento clinico è testimoniata anche dal fatto che non vi è una categoria nosologica, di DRG e quindi di equa tariffazione per l'organizzazione. Infatti alla dimissione il paziente ricoverato con un IMA - E (STEMI) a cui viene praticata la coronarografia, sempre auspicabile, con eventuale PTCA e inserimento di stent, come sarà classificato nella SDO: Ima, cod. 410.1 angina instabile cod. 411.1 oppure sarà classificato come aterosclerosi su arteria coronaria nativa con il codice 414.01? Ognu-

na di queste tre classificazioni, al di là della penalizzazione economica, non rende all'IMA - E ciò che è dovuto: cioè una maggiore valorizzazione non solo in termine di classificazione, di codice e di un appropriato DRG ma anche in termini di maggiore rimborso economico. Paradossalmente una condizione clinica favorevole all'ammalato ottenuta grazie ad un efficiente ed efficace rete cardiologica, non sarebbe riconosciuta equamente. Sarebbe invece importante anche culturalmente che l'IMA - E (STEMI - E) fosse riconosciuto come una nuova entità nosologica con un DRG favorevole dedicato. Ma come si può definire un IMA - E ? Innanzitutto nella letteratura cardiologica questa patologia definita IMA abortito appare con poche voci bibliografiche. Per IMA - E si può definire un Infarto Miocardico Acuto con soprallivellamento del tratto ST - T con segni elettrocardiografici e clinici di ripercussione (riduzione del soprallivellamento del tratto ST - T maggiore del 50%, scomparsa dell'angor e aritmie da ripercussione) con un incremento della creatinina - MB minore o uguale di due volte il livello superiore dell'intervallo di normalità. In letteratura la percentuale di infarti evitati è variabile. Infatti Piancone et al. nel 2008 nella sua casistica ha registrato 58 IMA - E su 119 pari al 49,6% trattati con trombolisi nella prima ora, mentre Verheugt et al. nel 25%, nel 22% Liu et al. su 1.120 pazienti e nel 13,3% di Thayer et al. (727/5.470 pazienti). Queste differenze sono probabilmente da imputare al fatto che nell'esperienza di Piancone veniva praticata la trombolisi preospedaliera con un notevole accor-

ciamento dei tempi di ripercussione. Queste casistiche confermano l'efficacia della trombolisi nel contenere l'area ischemica e nel risparmiare una maggiore quantità di muscolo cardiaco, quando il trattamento ripercussivo viene eseguito precocemente, entro la prima ora dall'esordio dei sintomi e quando il trombo è più sensibile all'effetto del litico ("il tempo non è solo muscolo ma anche trombo"). Questi risultati difficilmente possono essere ottenuti con la PTCA primaria, in quanto vi è comunque un ritardo superiore alla trombolisi preospedaliera e anche perchè il meccanismo di ripercussione prevede la disintegrazione e/o aspirazione del trombo con frequenti microembolizzazioni distali che comunque non consentono di evitare la necrosi miocardica, ma di limitarla nella sua estensione. Non ho trovato dati in letteratura sulla quota di IMA - E (STEMI - E) ottenuta con la PTCA primaria. Certamente la strategia ripercussiva necessita di una maggiore attenzione all'IMA evitato: molti sono gli studi e i protocolli che prevedono la trombolisi, meglio se preospedaliera, nella prima ora quando il door to balloon è superiore a 60 minuti. Purtroppo viene ancora troppo poco praticata! È indispensabile una maggiore consapevolezza e responsabilità dei Cardiologi clinici, degli Emodinamisti e dei Medici del 118, in particolare dei responsabili. Se anche solo alla metà degli STEMI in Italia in un anno venisse praticata la trombolisi entro un'ora dall'esordio dei sintomi si potrebbe ottenere una quota variabile dai 10 ai 15 mila IMA - E.

Scusate se è poco!

Bibliografia

- 1) Piancone RM, Abbenante G, Accettulli FA et al. *La trombolisi preospedaliera nel trattamento dell'infarto miocardico con soprallivellamento del tratto ST. Risultati di tre anni di attività in provincia di Foggia.* Ital Heart J 2008 763: 770.
- 2) Boersma E, Maas AC, Deckers J.W et al *Early thrombolysis treatment in acute myocardial infarction: reappraisal of the golden Hour.* Lancet, 1996;348:771 - 775.
- 3) Zeymer U, Tebbe U, Essen R, et al, for the ALKK - study group. *Influence of time to treatment on early infarct - related artery patency after different thrombolytic regimens.* Am. Heart J. 1999;137:34 - 38.
- 4) Wallentin L, Goldstein P, Armstrong PW et al., *Efficacy and safety of tenecteplase in combination with the low - molecular - weight heparin enoxaparin or unfractionated heparin in the prehospital setting. The Assessment of the Safety and Efficacy of a New Thrombolytic Regimen (ASSENT) - 3 Plus Randomized trial in Acute Myocardial Infarction.* Circulation 2003;108: r1 - r8.
- 5) Tahert T, Fu Y, Wagner G S et al. *Aborted myocardial infarction in patients with ST - segment elevation: insights from the Assessment of the Safety and Efficacy of a New Thrombolytic Regimen - 3 Trial Electrocardiographic Substudy* J Am Coll. Cardiol 2004; 44: 38 - 43.
- 6) Lieu SG, Yao C, Xu R et al. *Study on early fibrinolytic therapy to avoid acute myocardial infarction.* Zhonghua Xin Xue Guan Bing Za Zhi 2005 33: 782 - 4
- 7) Lamfers EJ, Hoochondt TE, Herzberger DP et al. *Abortion acute ST segment elevation myocardial infarction after reperfusion: incidence, patients, characteristics, and prognosis.* Heart, 2003; 89: 496 - 501.
- 8) Verheugt FW, Gersh BJ, Armstrong PW *Aborted myocardial infarction: a new target for reperfusion therapy* Eur. Heart J 2006;27;901 - 4.
- 9) Bonnefoy E, Lapostolle F, Leizorovicz A et al. *Primary angioplasty versus prehospital fibrinolysis in acute myocardial infarction: a randomized study.* Lancet, 2002;360;852 - 9.
- 10) Danchinn N, Blanchard D, Steg PG et al. *Impact of prehospital thrombolysis for acute myocardial infarction on 1 - year outcome: results from the France Nation wide USIC 2000 Registry* Circulation 2004; 110:1905 - 15.
- 11) Cucchi GF, *Protocollo concordato per la trombolisi preospedaliera.* Emergency 2009 2: 21 - 22.

La Persona Umana

di Caterina Mammola

Ogni persona non è qualcosa ma qualcuno con una dignità assoluta in sé che non risiede in ciò che l'uomo fa ma in ciò che l'uomo è

Dal punto di vista etimologico, il termine latino *persona* ed il vocabolo corrispondente πρόσωπον, hanno la loro origine nel teatro greco, con questo termine venivano chiamate le maschere che gli attori utilizzavano nei drammi e servivano ad amplificare la voce (per - sonare = suonare in tutte le direzioni), e nascondere il volto dell'attore, dando agli stessi il volto esterno di quello che rappresentavano, quindi πρόσωπον significa pure personaggio. Si cominciò così a indicare come persona il personaggio o il carattere. Le antropologie che si sono sviluppate nel corso della storia sono le più diverse, a seconda del concetto di uomo che ognuna di esse sottende. Di conseguenza, sono diversi i modelli di bioetica e le teorie su cui si fonda il giudizio etico. Analizzeremo quattro modelli: 1) sociobiologico, 2) liberal - radicale, 3) pragmatico - utilitarista, 4) personalista. Ognuno ha una corrente di pensiero come riferimento.

Modello sociobiologico

Le correnti di pensiero confluenti sono: l'evoluzionismo di Darwin, il sociologismo. Tale modello ha una visione naturalistica della vita dell'uomo: tutto è natura, è materiale, non ci sono norme morali uguali per tutti, quindi si sfocia in un relativismo etico.

Modello liberal - radicale

Le correnti confluenti sono: l'illuminismo, l'esistenzialismo. Questo modello mette al primo posto la ragione e la libertà umana, che diventano i criteri di orientamento di tutto l'agire. Nega l'esistenza di valori trascendentali, per cui diventa etico ogni atto che l'uomo compie con consapevolezza e libertà, la morale si riduce ad una scelta autonoma del soggetto.

Modello pragmatico - utilitarista

Le correnti confluenti sono: pragmatismo anglosassone, utilitarismo, giuridicismo. Il principio base di questi modelli è di valutare l'atto positivo o negativo a secondo delle conseguenze e del rapporto costo/beneficio, indipendentemente dal mezzo che viene usato. Dal consequenzialismo si passa al proporzionalismo: se le conseguenze positive di un atto superano le negative, allora l'atto è buono. Il giuridicismo crede che sia legale e morale ciò che la legge positiva ha approvato, si confonde l'etica con il diritto e si afferma una morale pubblica. Alcune scuole di questo modello sono: il contrattualismo di Engelhardt ed il principialismo di Beauchamp e Childress. Il primo affermava che in una società pluralista non sono possibili valori universali, ma è possibile una contrat-

tazione sociale tra la "comunità morale", costituita dalle persone capaci di ragione, di autocoscienza e senso morale; da questa comunità sono esclusi quelli che non hanno un inserimento sociale: embrioni, feti, bambini, dementi, persone in stato vegetativo, ecc. che per Engelhardt sono gli individui incapaci di biasimo o di premio, e su questi decidono le persone. Parlando dei pazienti in stato vegetativo permanente, Engelhardt, afferma: «Se qualcuno desidera tenere in vita un individuo in questo stato, potrà farlo, ma a condizioni di usare fondi privati. E chi lo uccide, pur macchiandosi di un delitto morale riconoscibile anche da una ottica laica, al pari di chi profana un cadavere, non può essere accusato di omicidio. In un corpo simile una persona da uccidere non c'è più». (H.T. Engelhardt, "Manuale di Bioetica", p. 268). Un altro esponente di questa corrente di pensiero è Peter Singer, secondo il quale la persona è tale se ha la capacità di sentire piacere o dolore: «nello stato vegetativo c'è vita biologica ma non c'è vita biografica, il corpo è vivo ma la persona non lo è più» (P. Singer "Etica Pratica", 1989). Il principialismo di Beauchamp e Childress introduce la necessità di alcuni principi fondamentali in particolar modo nel campo della medicina:

beneficialità, non maleficenza, autonomia, giustizia. Sono principi che si fondano sul senso morale comune e generalmente condivisi da tutti. Beneficialità e non maleficenza chiedono al Medico di fare il bene ed evitare il male, principio obbligante nella professione medica (*Primum non nocere* di Ippocrate). Autonomia: rispetta la volontà del paziente di decidere cosa è bene o male per sé e trova la sua esplicitazione nel consenso informato. Giustizia: è un principio che esige l'equa ripartizione degli oneri e dei benefici, vengono considerate le ragioni della società, dove sono inseriti sia il Medico che il paziente «dove le risorse sanitarie devono essere distribuite equamente» (C. Viafora, "Principi di Bioetica", p. 743). Tali principi non hanno un ordine gerarchico, nel senso che ognuno è valido sullo stesso piano e non è superiore ad un altro, si decide di volta in volta a quale dare la priorità. Hanno trovato un consenso nell'Operare Medico, perché hanno stabilito un linguaggio comune e creato un collegamento tra l'azione concreta ed il mondo etico astratto. Sono però delle linee regolative senza una antropologia di riferimento.

Modello personalista

Il filone del pensiero personalista parte dai classici, è presente nella scolastica, nel neotomismo, è stato sviluppato da J. Maritain, E. Mounier, J. Seifert, si trova nella elaborazione dei diritti dell'uomo, scritti nel dopoguerra. Il modello personalista propone la centralità della persona umana come valore fondamentale, criterio di discernimento e fine stesso dell'operare morale. La definizione più completa di persona è quella data dal filosofo

Boezio: «naturae rationalis individua substantia», cioè «sostanza individuale di natura razionale». La natura razionale è ciò che rende l'uomo una persona, si riferisce al tipo particolare di intelligenza umana, considerata di natura spirituale perché è capace di conoscere la realtà attraverso i processi di astrazione e di raziocinio, ed a partire dalla realtà, formare concetti universali (dal latino unum - versus - alia = uno solo verso molti). L'espressione esterna della persona è costituita dal corpo che riceve esistenza dallo spirito: allora l'unione corpo - spirito è unica ed irripetibile per ogni uomo perché stabilisce la sua ricchezza, contingenza e storicità dove prima dell'agire come persona si è persona (agere sequitur esse = l'agire segue l'essere). A partire da questo concetto, sono elaborati i principi di riferimento della bioetica personalista:

- rispetto e difesa di ogni vita fisica che è fondamento di tutti gli altri valori (viene richiamato il principio di beneficenza/non maleficenza);
- principio terapeutico, afferma che ogni intervento sull'uomo è giustificato da una necessità ed utilità per la persona stessa su cui si opera, questo riguarda precise condizioni: l'attesa del risultato, la proporzionalità del rischio ed il consenso;
- principio di libertà - responsabilità, richiama il principio di autonomia, ma oltrepassa il paternalismo e l'individualismo perché ha come criterio oggettivo il bene della persona contro il quale non può operare né consentire neppure il paziente nei confronti di se stesso. Su questo principio si confrontano: il rapporto Medico - Paziente, la richiesta di eutanasia, il rifiuto

delle terapie, ecc.;

- principio di socialità - sussidiarietà, considera la medicina e la scienza come fatti sociali, al centro vi è l'interesse della persona ma è la persona che costituisce la società. In questo contesto troviamo: la nascita degli Ospedali, la donazione degli organi, le adozioni, il Sistema Sanitario aperto a tutti e la valutazione dei costi/benefici. Nell'ottica della bioetica personalista i principi della bioetica principialista non vengono rifiutati ma integrati in una visione antropologica - ontologica perché solo in rapporto alla persona che abbiamo dinanzi possiamo stabilire cosa è la beneficenza, la non maleficenza, l'autonomia e la giustizia. In conclusione, dobbiamo riconoscere che non tutte le posizioni si trovano allo stesso livello di verità, così come non si può accogliere ogni sistema di riferimento con il pretesto della tolleranza, specie se comporta delle conseguenze nel piano umano. Il confronto diventa più acuto di fronte ai problemi che riguardano la vita umana e che la medicina deve affrontare. Il concetto di persona deve essere recuperato sia a livello antropologico sia giuridico. Se la bioetica si caratterizza per essere un sapere multidisciplinare, forse un aiuto potrà venire dal ricercare il senso delle questioni ultime, quelle della nascita e del morire. Dalla conoscenza profonda di che cosa è l'essere uomo si potrà comprendere come essere uomo.

Etica e Deontologia nel Rapporto Medico Paziente

di Giuseppe Pinelli

Il grande sviluppo delle conoscenze tecnico - scientifiche ha spinto il tradizionale rapporto Medico - Paziente verso nuovi profili etici, professionali e giuridici. Vi è quindi una dimensione del rapporto Medico - Paziente ben evidenziata dal grande antropologo Byron Good, quando sostiene che la relazione tra Medico e Paziente non è un incontro tra un sapere alto "il Medico", e uno basso "il Paziente", cioè tra un sistema di conoscenze ed uno di credenze, bensì una somma delle due storie. A nessuno può sfuggire il significato ed il valore particolare del tema che stiamo trattando, perché questo argomento è profondo ed è significativo: la vita e la sua fine rappresentano probabilmente il tema più delicato che una società moderna ed inquieta come la nostra si trova davanti. Nel luglio del 2007 si svolge un importante Convegno Nazionale promosso dalla Federazione dell'Ordine dei Medici, su etica di fine vita. Tre revisioni del Codice Deontologico negli ultimi dodici anni dimostrano come si sia via via modificato il profilo etico - deontologico nel moderno esercizio professionale. In tale occasione il Comitato Nazionale di Bioetica espresse il parere che la fine della vita umana rappresenta non un tema ma il tema fondamentale della nostra esistenza.

In particolare il Codice si sofferma sul

principio di autodeterminazione del paziente quando nelle cure di fine vita o in pazienti affetti da patologie irrimediabilmente progressive e devastanti vengono posti limiti a quelle pratiche diagnostico - terapeutiche ritenute inutilmente invasive del corpo e della persona magari capaci di guadagnare del tempo alla morte ma incapaci di far vivere con dignità la morte così come ha ben definito recentemente il Presidente della FNOMCEO Amedeo Bianco: «... il diritto a una buona morte è fondamentalmente quel diritto al riconoscimento della dignità della persona che fortemente sollecita l'insieme dei doveri nei confronti del morente in capo a tutti coloro che vi sono vicini per relazioni affettive o per obblighi istituzionali o per vincoli professionali». Il recente codice di Deontologia Medica pone questo tema al centro dell'attenzione, in particolare tre articoli attengono tale questione:

- l'Art. 16 dedicato all'accanimento terapeutico così si esprime: "... il Medico tenendo conto delle volontà del paziente, laddove espresse, deve astenersi dall'ostinazione di trattamenti diagnostici e terapeutici da cui non si possa fondamentalmente attendere un beneficio per la salute del malato e/o un miglioramento della qualità della vita";
- Il successivo Art. 17 dedicato all'eutanasia

fissa l'opposto limite della questione che così recita: "... il Medico anche su richiesta del malato non deve effettuare né favorire trattamenti finalizzati a provocarne la morte";

- Infine l'Art. 38 dello stesso Codice interviene sul tema delle direttive anticipate di trattamento (in pratica si fa esplicito riferimento al testamento biologico come mezzo da offrire al paziente per esprimere la propria volontà): "... il Medico deve attenersi, nell'ambito dell'autonomia e dell'indipendenza che caratterizzano la professione, alla volontà liberamente espressa dalla persona di curarsi e deve agire nel rispetto della dignità, della libertà e dell'autonomia della persona stessa", ne deriva che, se il paziente non è in grado di esprimere la propria volontà, il Medico deve tener conto di quanto precedentemente manifestato dallo stesso in modo certo e documentato. Sappiamo come dietro la cronaca quotidiana ed il clamore mediatico dei mass - media ci sia un Paese che troppo spesso preferisce commuoversi più che riflettere. Credo che alla base di tutto ci sia un diritto fondamentale cioè quello dell'autodeterminazione del paziente, un tema che si intreccia inevitabilmente con altre questioni quali il diritto, la bioetica, la filosofia e la scienza biomedica. Ci si domanda infine se tutto questo sia legato alla garanzia della profes-

sionalità del Medico che lotta inevitabilmente tra la propria missione cioè quella di curare e quella della propria coscienza. Vorrei aggiungere a queste considerazioni il contenuto della Convenzione di Oviedo in merito alla protezione dei diritti dell'uomo e delle dignità dell'essere umano nei confronti dell'applicazione della biologia e della medicina. In particolare l'Art. 9 della Convenzione, ratificata dal Parlamento Italiano e quindi entrata nel nostro ordinamento legislativo raccomanda che i desideri precedentemente espressi siano tenuti in debita considerazione. Credo sia importante a questo punto richiamare alcuni principi elementari dettati dalla Costituzione, in particolare l'Art. 32, indica testualmente che la salute è un diritto non un dovere, la parola diritto significa essere in presenza di un interesse della collettività e il Comma 2 aggiunge che nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario per disposizione del Medico, ma solo per disposizione di Legge. Stefano Rodotà ha sottolineato che la formulazione «la Legge non può in ogni caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana», ha un carattere così forte ed assoluto che non si trova in nessuna altra norma costituzionale, quindi si dovrebbe evitare di trattare i pazienti alla stregua di oggetti, come in certi casi è avvenuto. Ammesso che esista il diritto di morire si pone

contestualmente la domanda se siano i medici a decidere quando è giusto far morire le persone; vi è la tentazione, che riemerge di tempo in tempo, di affidare ai medici la soluzione di tale problema. Una controversia che si ripete da millenni: già 400 anni prima di Cristo, nel giuramento di Ippocrate si legge «... non darò a nessuno un veleno mortale neppure se mi fosse richiesto», diversamente Tommaso Moro, nel 1500 in Utopia, afferma che «... le persone invalide di una certa età che sono un peso per la società dovrebbero essere aiutate a sopprimersi e in caso non si decidessero a farlo devono pensarci i medici». Ora esiste una sostanziale differenza tra il consentire di morire ed il praticare atti che portano alla morte; sotto tale aspetto il Codice Deontologico è assolutamente d'accordo perché l'eutanasia è proibita se intesa come atto che porta alla morte. Lo stesso Presidente della Corte Costituzionale ha auspicato la promulgazione di una Legge sull'eutanasia, una materia certamente complessa e difficile perché di fatto significa affrontare tale problema, considerato che vi è un labile confine tra eutanasia e accanimento terapeutico, rispettando sempre la volontà del paziente e la dignità dei «percorsi di fine vita». Consideriamo ora due posizioni importanti. Quella della Chiesa è molto chiara, il Cardinale Tettamanzi invita a spegnere tutti i riflettori

sulla vicenda Englaro, ed ammonisce, «c'è una legge superiore che parla di difesa, rispetto e promozione della vita e della persona umana»; la stessa Carta degli Operatori Sanitari del Pontificio Consiglio della Pastorale, dopo aver negato l'eutanasia, afferma che diverso è il diritto a morire con dignità umana e cristiana, un diritto legittimo che il personale sanitario è chiamato a salvaguardare curando il morente ed accettando il naturale compimento della vita ed ancora afferma: c'è radicale differenza tra il dare la morte e consentire di morire, una distinzione semantica che merita di essere sottolineata, cioè tra quello che è un atto, la morte, e quello che è un processo, il morire. L'altra posizione laica riportata da Livia Turco, già Ministro della Salute, in occasione di un Convegno sulla Bioetica, sottolinea che la buona politica ha il dovere di impegnarsi sui temi degli interventi che promuovono la dignità di fine vita e la necessità di recuperare il ritardo accumulato e lavorare sulle disomogeneità esistenti. Esiste una soglia sottile tra accanimento terapeutico e tutela della dignità della vita, tra sfruttamento delle nuove, imprevedibili risorse della tecnologia e forme di sofferta astensione, mosse dall'alta motivazione di consentire il diritto ad una conclusione serena e naturale della vita.

Etnicità, malattie cardiovascolari e Cardiologia italiana in una società che cambia

«Of all the forms of inequality, injustice in health care is the most shocking and inhuman»
(Martin Luther King Jr.)

di Sabino Scardi

Sono circa quattro milioni gli immigrati regolari in Italia (62% al Nord, 25% al Centro e circa il 10% al Sud e Isole), quasi uno su 15 residenti. Gli immigrati nel nostro Paese parlano 150 lingue diverse con al primo posto la comunità rumena e a seguire albanesi, marocchini, cinesi, ucraini, ecc. Sul totale degli stranieri gli europei sono il 52%, africani 23%, asiatici 16%, americani 8.6% (Stima Caritas Italiana e Fondazione Migrantes). A questi bisogna sommare gli irregolari (1 - 2 milioni?). Quale il profilo di rischio cardiovascolare in questi differenti gruppi etnici e quali le patologie più

frequenti. Globalmente le malattie cardiovascolari sono la principale causa di morbilità e mortalità, tuttavia esistono differenze nella loro incidenza e prevalenza fra differenti gruppi etnici e fra i continenti probabilmente per ragioni genetiche (Figure 1 e 2). Tuttavia anche i fattori di rischio tradizionali sono aumentati in molti soggetti quando acquisiscono lo stile di vita occidentale. Negli Stati Uniti e in Gran Bretagna dove sono state studiate le problematiche relative alla prevenzione, alla diagnosi e alla cura delle malattie cardiovascolari nella popolazione etnicamente diversa, sono state segnalate differenze sostanziali

nella diagnosi, nei reperti angiografici, nella utilizzazione dei trattamenti, nella mortalità ospedaliera e persino nei risultati della Cardiocirurgia. Una serie di articoli, editoriali e rapporti di conferenze *ad hoc* hanno sottolineato negli Stati Uniti il grande problema delle differenze nella gestione delle malattie cardiovascolari fra gli americani e gli immigrati appartenenti a particolari gruppi etnici. Nel MESA Study sono state documentate le diversità razziali dei fattori di rischio negli Stati Uniti (Circulation 2005,111,1313). Le differenze nella distribuzione dei fattori di rischio e delle malattie fra razze e gruppi etnici diversi sono in

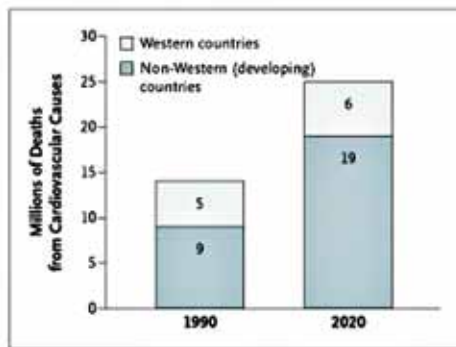


Figura 1
Morti mondiali per malattie cardiovascolari nel 1990 e stima per il 2020

Reddy K. N. *Engl J Med* 2004;350:2438 - 2440

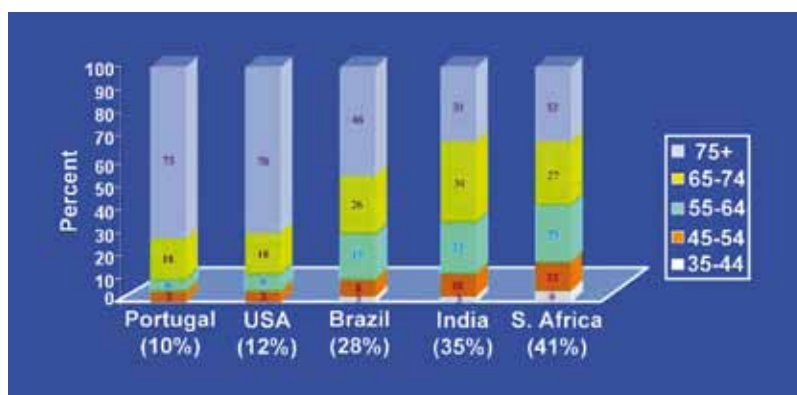


Figura 2
Proiezioni cumulative di mortalità cardiovascolare dal 2000 al 2030 in gruppi di varie età e continenti nel mondo

Fuster, V. et al. *Circulation* 2007;116:1966 - 1970

funzione della frequenza dei genotipi specifici e della loro interazione con i fattori ambientali ma anche con le differenze socio - economiche, culturali, educative e persino religiose che condizionano l'approccio ai problemi della salute. Le differenze genotipiche (e fenotipiche) provocano anche differenti risposte alla terapia (Figura 3). Il polimorfismo genetico ad esempio condiziona risposte differenti alla terapia con Ace - inibitori e Betabloccanti (Figura 4). La mancata inclusione delle minoranze etniche nei trial di valutazione dei farmaci e dei device non permette di verificare la reale utilità di questi presidi negli immigrati. Negli Stati Uniti le differenze nella cura medica legate alla razza e alla etnicità dei pazienti sono ampie. Per identificare

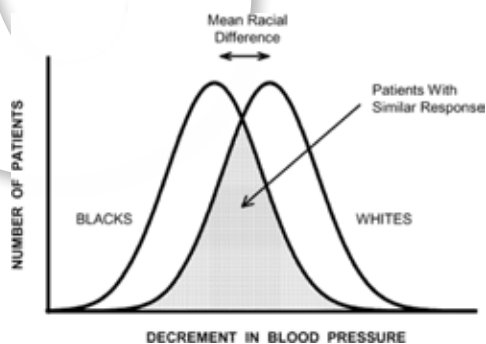
e sviluppare strategie idonee a ridurre i gap e per sradicare le disparità fra razze diverse è stato tenuto un summit nel 2003 (*Circulation* 2005,111,1339). Le disparità dipendono da molti fattori (Figura 5):

- differenti meccanismi biologici,
- alcuni gruppi minoritari hanno molti fattori di rischio e in generale sono meno sani,
- accesso diverso alle cure,
- il decorso delle malattie cardiache è diverso nelle varie popolazioni,
- molti gruppi minoritari non accettano alcune opzioni terapeutiche,
- differenze nella compliance ai trattamenti,
- molti Cardiologi ignorano le disparità razziali nel trattamento,
- i medici sono scarsamente motivati

nelle raccomandazioni.

Per eliminare le differenze è indispensabile:

- aumentare nei provider la consapevolezza della disparità della gestione;
 - ridurre il ritardo "evitabile" nella diagnosi e nella cura;
 - una più tempestiva appropriata terapia per le sindromi coronariche acute;
 - aumentare e migliorare l'accesso alle strategie cardiovascolari preventive, diagnostiche e curative;
 - migliorare la comunicazione Medico - Paziente per favorire la compliance;
 - includere le minoranze etniche nei Trial di valutazione dei nuovi farmaci.
- Per attuare il programma diretto ad abbattere le disparità di trattamento fra razze diverse l'American College



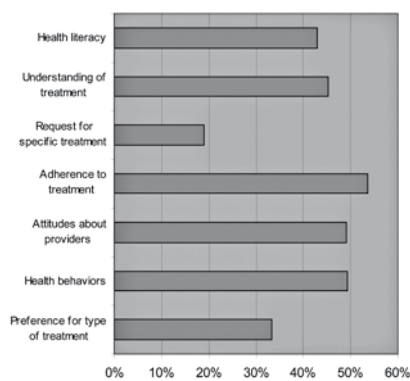
Johnson, J. A. Circulation 2008;118:1383 - 1393

Figura 3
Riduzione della PA nei bianchi e nei neri dopo terapia antipertensiva

Riduzione media PA		
	Bianchi	Neri
Diuretici	11.5 - 9.1	15.0 - 10.7
Calcioant	15.3 - 12.6	16.9 - 10.7
Betabloc	11.7 - 11.3	5.9 - 9.5
ACE - I	2.8 - 11.4	8.5 - 3.0

Figura 4
Metanalisi di 15 Trial sulla risposta antipertensiva a vari farmaci nei bianchi e neri

Figura 5
Caratteristiche specifiche dei pazienti che contribuiscono alla disparità della cura cardiovascolare negli USA



Lurie, N. et al. Circulation 2005;111:1264 - 1269

of Cardiology e l'American Medical Association hanno costituito un comitato *ad hoc* (www.ama-assn.org/ama/pub/category/14629.html). Nel nostro Paese il fenomeno immigratorio è più recente. I circa cinque milioni di comunitari ed extracomunitari differenti per genetica, stile di vita e stato socioeconomico sono una massa consistente di popolazione che richiede attenzione. La valutazione del rischio e l'accurata diagnosi di malattia cardiovascolare nelle

popolazioni che giungono in Italia rappresentano perciò al momento attuale sfide specifiche per il Medico di Medicina Generale e per i Cardiologi. Questo programma richiede uno sforzo congiunto dei Ricercatori, dei Medici e del sistema di cura per eliminare le differenze. Sarebbe opportuno che l'ANMCO affrontasse anche le problematiche cardiovascolari di questa fascia di popolazione prima che insorga "l'emergenza", coordinando le strategie più opportune per gestire

la prevenzione, la diagnosi e la cura delle cardiopatie negli immigrati. Le informazioni sulle condizioni di salute degli immigrati in Italia sono del tutto "frammentarie" e la valutazione delle varie patologie e dei fattori di rischio cardiovascolare in questa fascia di popolazione è del tutto insufficiente. Rileva questa necessità una affermazione di Martin Luther King Jr.: «di tutte le forme d'ineguaglianza la disparità nella cura della salute è la più spregevole ed inumana».

AAA...Giovani Cardiologi cercasi

di C. Vittori, E. Ammirati, F. G. Oliva

Come un marinaio alla sua prima vera navigata in mezzo all'oceano, così il giovane Cardiologo, in un turbinio di emozioni contrastanti, si prepara a buttarsi nel grande mare rappresentato dalle realtà Ospedaliere. Da una parte c'è una gran voglia di fare, di lavorare, di testare le proprie capacità, di crescere culturalmente e scoprire ancora cose nuove, dall'altra l'ansia per un futuro lavorativo che si preannuncia sempre più incerto. Al momento la maggior parte dei Cardiologi viene formata in Ospedali Universitari di grandi dimensioni dove solo

metà tra pratica clinica e possibilità di ricerca, i più finiscono per vagare da una Struttura sanitaria all'altra, alla ricerca di un contratto dignitoso nella speranza di riuscire a "sopravvivere" alla quotidiana routine lavorativa. Soprattutto nelle Strutture pubbliche più piccole e nelle realtà più conservatrici il giovane Cardiologo, si inserisce un po' come il "sognatore", come colui che vorrebbe fare, che vorrebbe rinnovare e per questo è visto come un elemento destabilizzante in un equilibrio ormai consolidato. È evidente dunque che con il passare del tempo la naturale curiosità,

Fondazione "per il Tuo cuore" Onlus, che nasce e si sviluppa all'interno dell'ANMCO, offre una opportunità in più per la possibilità di finanziare e supervisionare eventuali progetti di ricerca. Tramite l'ANMCO potrebbe agevolmente essere costituita una sorta di nuova dimensione entro la quale i giovani Cardiologi possano conoscersi, confrontarsi, condividere esperienze e magari creare dei progetti di ricerca da realizzare insieme. Siamo un gruppo di giovani Cardiologi, ognuno dei quali ha seguito un percorso di vita e professionale differente, ma

«La mente non è un vaso da riempire ma un legno da far ardere perché s'infuochi il gusto della ricerca e l'amore della verità» (Plutarco)

una piccola quota potrà continuare a praticare la propria professione. Inoltre la maggior parte delle realtà universitarie possono offrire contratti di ricerca o di lavoro poco retribuiti o con mansioni riduttive rispetto alle aspettative del giovane Cardiologo. Per cui spesso per ragioni finanziarie, ma anche per volontà di mettersi alla prova in modo autonomo, si decide di lavorare in realtà meno complesse, ma che potenzialmente possono essere più stimolanti perché richiedono competenze a più ampio spettro, come possono essere piccoli Ospedali provinciali o distrettuali. Infatti ad esclusione di pochi medici che riescono a trovare una dimensione ibrida a

l'attenzione ai dettagli che caratterizza tutti i giovani professionisti, se non alimentata rischia di esaurirsi: Albert Einstein diceva che «non sono i frutti della ricerca scientifica che elevano un uomo ed arricchiscono la sua natura, ma la necessità di capire e il lavoro intellettuale». Da qui la necessità crescente di trovare uno spazio aperto che possa servire da piattaforma agile e snella per un confronto costruttivo tra realtà differenti. Da questo punto di vista l'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri costituisce una potenziale risorsa da tenere a mente e da sfruttare per il Cardiologo desideroso di fare ricerca, in particolare ricerca clinica. Anche la stessa

alla fine ci siamo ritrovati a lavorare insieme, come Borsisti o come semplici volontari, presso il Dipartimento De Gasperis dell'Ospedale Niguarda di Milano. Dalla permanenza in tale Struttura giornalmente guadagniamo esperienza e rinnoviamo la voglia di scoprire e confrontarci anche con Colleghi che vivono realtà differenti. La nostra proposta, con la supervisione del Dottor Fabrizio Giovanni Oliva e dell'Editor della Rivista "Cardiologia negli Ospedali", Dottor Mario Chiatto, è quella di proporre una Rubrica periodica che sia uno spazio creativo di confronto e progettazione ideato ed indirizzato ai giovani Cardiologi.

Intervista a Daria Beltrame

di *Serena Rakar*

Presentazione

Daria Beltrame, 49 anni, in Azienda dal 1984, dal 1990 Coordinatore Infermieristico della Degenza della Struttura Complessa di Cardiologia.

Fotografia della Struttura in cui opera

Azienda Ospedaliero Universitaria "Ospedali Riuniti" di Trieste (due Presidi Ospedalieri, con totali 860 posti letto). S.C. di Cardiologia, reparto Ospedaliero afferente al DAI Cardiovascolare (con Cardiochirurgia, Medicina d'Urgenza e Chirurgia Vascolare), entrambi diretti dal Prof. Gianfranco Sinagra (Professore associato di Cardiologia e Direttore della Scuola di Specializzazione in Cardiologia dell'Università degli Studi di Trieste).

Sezioni

- Degenza Ordinaria (32 pl, di cui 24 con monitoraggio telemetrico, suddivisi in 16 stanze da 2 letti);
- Unità di Terapia Intensiva Cardiologica (9 pl in box separati);
- SS Emodinamica Diagnostica ed Interventistica (2 sale);
- Sezione di Elettrofisiologia ed Elettrostimolazione (1 sala);
- Sezione di Ecocardiografia (4 postazioni);
- Ambulatori Dedicati (Scompenso Cardiaco e Malattie del Miocardio, Aritmie, Pace - maker, Divisionale);
- Laboratori di Elettrocardiografia, Holter ed ECG ad alta risoluzione, Ergometria e Tilting - test;
- SS Area Funzionale di Cardiologia e Riabilitazione del Cardiopatico.

Ad eccezione dell'ultima, dislocata nell'altro Presidio, tutte le sezioni sono allocate sui tre piani di una palazzina indipendente denominata Polo Cardiologico.

Volume di attività annuale

2.600 ricoveri ordinari, dei quali circa 900 in UTIC, 400 DH; quasi 24.000 prestazioni ambulatoriali; 1.800 procedure emodinamiche, delle quali 600 angioplastiche; circa 800 procedure di elettrostimolazione - elettrofisiologia.

Bacino d'utenza

Provincia di Trieste (240.000 abitanti); Provincia di Gorizia (142.000 abitanti, per PTCA primaria e studi emodinamici in generale).

Intervista a Dora Gelsomino

di *Roberto Caporale*

Presentazione

Dora Gelsomino, 59 anni, dal 1996 Coordinatore Infermieristico della Divisione di Cardiologia ed UTIC dell'Azienda Ospedaliera di Cosenza (tre presidi Ospedalieri con circa 700 posti letto complessivi).

Fotografia della Struttura in cui opera

Struttura Complessa di Cardiologia, Direttore Dott. Fernando Fascetti, afferente al Dipartimento di Medicina.

Sezioni

- Struttura Semplice (SS) di "Unità di Terapia Intensiva Cardiologica" (8 posti letto in box separati);
- SS di "Post - Intensiva" (13 posti letto in stanze da 2 - 3 - 4 letti);
- Degenza Ordinaria (16 posti letto, da 1 - 2 - 3 letti, con monitoraggio telemetrico);
- SS di "Emodinamica Diagnostica ed Interventistica" (1 Sala);
- Sezione di Elettrofisiologia ed Elettrostimolazione (1 Sala);
- SS di "Ecocardiografia ed Imaging integrato" (2 postazioni);
- Ambulatorio Generale e Ambulatori Dedicati (Angioplastica, Scompenso Cardiaco e Malattie del Miocardio, Aritmologia e controllo Pacemaker);
- Laboratorio Holter e Laboratorio di Ergometria SS di "Riabilitazione Cardiologica".

Volume di attività annuale

Circa 1.500 ricoveri, dei quali quasi 1.000 in urgenza ed i restanti programmati; circa 800 procedure emodinamiche, delle quali 600 angioplastiche; circa 200 impianti di PM/ICD/CRT.

Bacino d'utenza

Area urbana di Cosenza (350.000 abitanti). Non è presente Cardiochirurgia (Centro più vicino a Catanzaro, 100 km).

Numeri del personale non medico

2 Coordinatori Infermieristici, 36 Infermieri, 8 Operatori Socio - Sanitari, 1 Tecnico di Cardiologia. Il personale dell'Ambulatorio (4 infermieri ed 1 Tecnico) è dedicato, e non partecipa ai turni di Reparto. È del tutto assente il

→ Intervista a Daria Beltrame

Numeri del personale non medico

Un Responsabile Infermieristico Dipartimentale, 3 Coordinatori Infermieristici della SC (UTIC, Degenza, Sale - Ambulatori - Laboratori), 74 Infermieri, 17 OSS, 6 Tecnici, 3 Fisioterapisti, 6 Amministrativi. In particolare in Degenza lavorano 17 Infermieri ed 8 OSS. Per inciso i Medici strutturati sono 23 (Direttore compreso), di cui 3 - 4 in servizio in Degenza.

Orari di lavoro

Sia gli Infermieri che gli OSS lavorano con turno "in quinta": pomeriggio (13:00 - 20:22; 3 Infermieri e 2 OSS), mattina (6:30 - 13:42; 4 - 5 Infermieri e 3 OSS), notte (20:00 - 7:12; 2 Infermieri ed 1 OSS), libero. Il regime "fuori turno", cui afferiscono 2 - 3 persone per qualifica, invece prevede solo le fasce orarie diurne. La reperibilità riguarda solo le unità destinate all'emodinamica - elettrofisiologia (9), che vengono coadiuvate da una unità prelevata dallo staff di turno in UTIC.

L'attuale dotazione di personale è adeguata al carico di lavoro complessivo della Struttura

Il personale presente attualmente non è sempre sufficiente, anche perché non è prevista la sostituzione delle assenze per maternità e per malattie di lunga durata. Perciò spesso basta una piccola criticità per creare problemi, ai quali generalmente si pone rimedio con la collaborazione - buona volontà del personale (es. rientro nel giorno libero, con relativa remunerazione in forma di ore straordinarie o recupero).

Modalità delle consegne

Sono congiunte, Infermieri e OSS, e si svolgono in sovrapposizione di turno.

Ogni Infermiere le dà per i pazienti a lui affidati (circa 10 pz/Infermiere), passando in rassegna i problemi, gli eventi ed i programmi di ognuno. Con i Medici ed il Direttore lo "scambio" avviene al mattino alle consegne generali, cui partecipano, nella fascia oraria 8:30 - 9:00, anche i coordinatori di degenza, UTIC e sale, affiancati talora da qualche collaboratore.

Modello di organizzazione dell'assistenza infermieristica

Da un paio di anni è stato introdotto nel nostro DAI il modello delle prestazioni infermieristiche secondo il metodo Cantarelli, che prevede la suddivisione e la gestione dei pazienti in base alla loro complessità assistenziale. La complessità assistenziale viene valutata sulla base di un punteggio da attribuire ai pazienti quotidianamente: partendo dai bisogni del paziente (riassunti in 11 punti) si definiscono gli interventi che dovranno essere fatti da parte del personale e la misura in cui essi saranno di indicazione, guida, supporto o sostituzione al paziente. Questa valutazione quantifica l'impegno che l'infermiere dovrà spendere per rispondere ad un determinato bisogno ed il numero di pazienti che quell'infermiere potrà gestire in un determinato turno. Per ogni paziente accolto viene compilata una cartella infermieristica che riporta tutti i dati generali, i programmi, gli aggiornamenti, la valutazione quotidiana e la pianificazione degli interventi conseguenti ad essa. Inoltre ogni giorno si compila il punteggio Norton, quello relativo al rischio cadute ed al dolore. La pianificazione dell'assistenza viene attualmente eseguita su moduli cartacei provvisori semplificati, ma stiamo lavorando alla gestione

informatica della stessa. L'idea è quella di un programma che ci permetta di avere a disposizione per ogni singolo bisogno l'elenco di tutte le prestazioni da erogare nelle varie classi di complessità e delle procedure da seguire per ogni singola prestazione, in modo da selezionare per ogni caso solo quelle necessarie.

Vi avvalete di protocolli e procedure scritte?

Sì, essi sono presenti sia in forma cartacea che informatica. Sono stati scritti dal personale stesso, che ne cura anche la revisione annuale. I protocolli riguardano la preparazione dei pazienti a tutte le procedure diagnostiche - terapeutiche, invasive e non, l'accoglienza, la dimissione, l'assistenza diversificata per le varie patologie (scompenso, aritmie, cardiopatia ischemica, endocarditi, miocarditi), la guida alle varie pratiche infermieristiche (reperimento accessi venosi, esecuzione dell'ECG, gestione del monitoraggio telemetrico, ecc.). Inoltre sono stati codificati l'operato infermieristico ed OSS nei vari turni, la gestione economica, quella del vitto, dei farmaci, delle apparecchiature, degli appalti di pulizia, dello smaltimento rifiuti, ecc. Accanto a questi protocolli interni esistono poi dei protocolli aziendali, diffusi capillarmente in formato sia cartaceo che elettronico, che tutti devono conoscere ed adottare (smaltimento dei rifiuti, prevenzione delle infezioni, gestione dei cateteri venosi centrali, prevenzione incendi, rischio lavorativo, prevenzione e gestione delle lesioni da decubito, mediazione culturale, rischio cadute nei pazienti, protezionistica, politica del farmaco, ecc.).

→ Intervista a Dora Gelsomino

personale amministrativo. La pianta organica prevede 51 Infermieri professionali, numero al quale mai ci si è avvicinati. In base al carico di ore in straordinario effettuate si è sicuramente sotto organico di almeno dieci unità.

Orari di lavoro

Tre turni: mattino (7:00 - 14:00), pomeriggio (14:00 - 21:00) e notte (21:00 - 7:00) con arrivo 15 minuti prima per lo scambio delle consegne. Quando possibile si utilizza la sequenza mattino - pomeriggio - notte - riposo. Per ciascuna sezione di ricovero (UTIC, post - intensiva, degenza) esiste un turno diurno settimanale per la continuità assistenziale, svolto prevalentemente dalle stesse persone. Esiste una reperibilità per eventuali trasferimenti in Cardiochirurgia/ Urgenze eccezionali, ed una doppia reperibilità per urgenze di Emodinamica (un Infermiere esperto sul campo ed uno di supporto).

L'attuale dotazione di personale è adeguata al carico di lavoro complessivo della Struttura?

No, vi è una situazione di carenza sia di personale infermieristico, che di OSS, infatti oltre a ridurre i posti letto della Degenza ordinaria nel periodo estivo, per permettere di beneficiare delle ferie estive obbligatorie a tutto il personale, nel corso dell'anno vi è un largo ricorso allo straordinario, che ammonta a circa 800 ore mensili, e serve a coprire i turni per garantire gli standard minimi di assistenza. Il piano di rientro della Regione Calabria per risanare il debito della Sanità ha posto un tetto massimo di straordinario pari a 180 ore/anno per dipendente;

si è però dovuta attuare una deroga per quelle Unità Operative come la Cardiologia ed altre U.O. dell'area Emergenza - Urgenza nelle quali lo straordinario è utilizzato per compensare le carenze di personale.

Modalità delle consegne

Nelle nostra U.O. vengono indicate in Cartella Infermieristica e poi verbalmente vengono chiarite e discusse in collaborazione nei 15 minuti di sovrapposizione tra i turni montanti e smontanti.

Modello di organizzazione dell'assistenza infermieristica

Le norme che regolano il funzionamento del Servizio Sanitario, sia a livello nazionale che regionale, richiamano sempre con maggiore frequenza concetti di "qualità", "appropriatezza", "efficacia" ed "efficienza". Nasce dunque, non solo per dettati legislativi, ma anche come necessità sentita dai professionisti, l'esigenza di migliorare i livelli di capacità di lettura e di risoluzione dei bisogni di salute dei cittadini. Il piano assistenziale si suddivide in sei momenti fondamentali:

1. Accoglienza - il momento in cui il paziente incontra per la prima volta il personale infermieristico; da questo primo colloquio il paziente deve ottenere un'impressione positiva, per far sì che abbia fiducia e collabori al programma terapeutico;
2. Accertamento - la conoscenza del paziente e la raccolta dei dati che avviene attraverso l'intervista sulla cartella infermieristica;
3. Diagnosi - per individuare i problemi e i bisogni umani in quel particolare momento di malattia del paziente;
4. Pianificazione - dei programmi

d'intervento adeguati alla condizione del paziente tramite protocolli e linee guida individualizzati con i presidi di cui si può disporre;

5. Attuazione - l'effettuazione di procedure previste nel progetto terapeutico; sulla cartella infermieristica devono essere riportati data, ora, tipo di intervento e firma di chi lo ha effettuato;

6. Valutazione - verifica del raggiungimento degli obiettivi prefissati avvalendosi delle risposte date dal paziente per individuare e correggere eventuali errori.

Vi avvalete di protocolli e procedure scritte?

Sì. In generale si tratta di protocolli legati alla preparazione dei pazienti alle procedure diagnostiche e terapeutiche sia invasive che non invasive, alle pratiche infermieristiche quali reperimento degli accessi venosi ed arteriosi, monitoraggi, gestione dei devices di chiusura accessi arteriosi (radiale, femorale), ecc. Inoltre esistono protocolli legati all'attività quotidiana nei vari turni degli Infermieri e degli OSS, e protocolli a livello aziendale (ad es. su prevenzione di infezioni, rischio biologico, privacy, smaltimento dei rifiuti, prevenzione lesioni da decubito, ecc.).

Esiste un sistema di reportistica per le attività infermieristiche che possa fotografare i Carichi di Lavoro?

Sì, i Carichi di Lavoro nella nostra U.O. sono stati descritti e inviati alla Direzione aziendale per cercare di ottenere altre unità infermieristiche in modo da ridurre la carenza di personale e quindi le ore di straordinario.

→ Intervista a Daria Beltrame

Esiste un sistema di reportistica per le attività infermieristiche che possa fotografare i carichi di lavoro?

Sì, viene redatto mensilmente, rilevando i dati dalla chiusura delle cartelle infermieristiche dei pazienti dimessi o trasferiti dalla struttura. In particolare si considerano il numero dei ricoveri, le modalità di accesso, l'età, l'autosufficienza, la presenza di eventi acuti Cardiologici e non, le comorbidità con peso assistenziale (diabete, nefropatia, BPCO), l'utilizzo del monitoraggio telemetrico e saturimetrico, il numero di procedure invasive, il numero di incannulamenti venosi periferici e centrali, il numero di cardioversioni elettriche, il numero di trasporti di pazienti effettuati, le complicanze, il numero di infusioni a rilievo assistenziale (inotropi, vasodilatatori, ecc).

Formazione: quali iter? Risulta adeguata?

Esiste una formazione extra - aziendale, cui però è sempre più difficile partecipare per la carenza di fondi; c'è poi una formazione aziendale, abbastanza ricca di eventi, alla quale il personale partecipa su proposta ed organizzazione del Coordinatore; ci sono anche numerosi eventi dipartimentali ed interni, promossi dal personale medico ed infermieristico delle strutture ed infine c'è la formazione sul campo, richiesta dalle varie unità operative su vari argomenti. Finora l'offerta si è dimostrata sufficiente. In particolare tutto il personale è stato formato in tema di: BLS (con retraining biennale), principi di soccorso avanzato (una sorta di ACLS modificato), elettrocardiografia, antincendio, movimentazione dei carichi, lavaggio mani e prevenzione delle infezioni, incident reporting nell'uso dei farmaci,

sicurezza sui luoghi di lavoro, politiche dell'accreditamento Joint Commission International. La partecipazione ai diversi corsi viene documentata ed inserita nel curriculum di ogni operatore, sia presso l'Unità Operativa che presso l'ufficio personale dell'Azienda.

Inserimento del neoassunto: protocolli e tappe

Abbiamo diversi gradi di inserimento: generale aziendale, specifico dipartimentale e specifico della struttura operativa. Ognuno prevede tappe ben precise, la presenza di un tutor ed una valutazione su punti specifici a 45 gg, 3 mesi, 6 mesi, 1 anno. Nella fattispecie a 45 gg l'infermiere deve saper effettuare la maggior parte delle prestazioni, deve conoscere bene tutti i materiali, i presidi e la documentazione presenti nell'unità operativa; a 3 mesi deve saper utilizzare tutto ciò indirizzandolo a scelte operative proprie; a 6 mesi le prestazioni devono essere frutto di una pianificazione assistenziale; ad 1 anno bisogna aver acquisito sicurezza nello svolgimento completo delle attività. In ogni caso l'inserimento sarebbe più qualificato se il personale avesse una formazione prima in reparti di base e poi in quelli specialistici.

Esiste una rotazione del personale infermieristico tra le varie substrutture Cardiologiche?

Non siamo mai riusciti ad attuare questo ambito progetto in modo uniforme e costante, perché le criticità numeriche e di formazione del personale non lo permettono: l'immissione di un operatore inesperto in cambio di uno esperto richiede quasi sempre un esubero di personale. Finora abbiamo potuto realizzare solo una parziale rotazione tra le strutture dipartimentali "affini" (terapie

intensive, sale, degenze ordinarie).

Esiste un progetto di continuità assistenziale che preveda l'assistenza del paziente a livello domiciliare dopo la dimissione?

L'assistenza sanitaria nella Provincia di Trieste è suddivisa tra Azienda Ospedaliera ed Azienda Territoriale. Quest'ultima, in considerazione dell'elevata percentuale di persone anziane non autosufficienti ed avvalendosi delle Residenze Sanitarie Assistite (RSA) e dell'Assistenza Domiciliare (ADI), si è posta l'obiettivo di evitare l'uso improprio dell'Ospedale, di mantenere i pazienti più a lungo possibile nel loro ambiente e di assicurare una buona continuità di cure post dimissione. La richiesta di attivazione della continuità assistenziale viene effettuata dal personale infermieristico della nostra degenza direttamente al Distretto Sanitario territoriale di appartenenza del paziente tramite l'invio via fax di un modulo appositamente compilato. Gli Infermieri del distretto si prendono poi carico del malato attraverso una sua valutazione durante il ricovero assieme agli operatori del reparto e la programmazione del tipo di intervento più idoneo da effettuare (appunto ricovero in RSA o assistenza domiciliare) dopo la dimissione. In ogni caso tutti i pazienti dimessi dalla Cardiologia presentano indicazioni precise al follow - up. I pazienti residenti fuori Provincia vengono generalmente re - inviati al Centro di riferimento, mentre quelli della provincia vengono indirizzati se ischemici alla SS di Riabilitazione del Cardiopatico e da questa alla Cardiologia territoriale (Centro Cardiovascolare), se valvolari o congeniti direttamente al Centro Cardiovascolare, se scompensati o aritmici ai nostri Ambulatori Dedicati.

→ Intervista a Dora Gelsomino

Formazione: quali gli iter? Risulta adeguata?

Non vi è un iter ben definito. Vi sono dei Corsi di formazione aziendale di tipo generico ed eventi dipartimentali ed interni, spesso su problemi concreti rilevati durante le attività quotidiane, che però risultano ancora insufficienti. Si partecipa a rotazione alla formazione extra aziendale organizzata da Associazioni nazionali e regionali (GISE, ANMCO).

Inserimento del neoassunto: protocolli e tappe

La prima fase dell'inserimento del neoassunto avviene nella Degenza ordinaria, in modo da conoscere bene le varie patologie, i materiali, la documentazione e le procedure dell'U.O. Tutto ciò avviene con l'affiancamento di una unità esperta, stabilendo le modalità dell'inserimento; ciò garantisce un intervento formativo e di tutoraggio pianificato sulle competenze e sulle capacità specifiche. Trascorsi tre mesi si procede ad una valutazione del neoassunto per poi passare alle aree più critiche quali la P.I. e successivamente in UTIC.

Esiste una rotazione del personale infermieristico tra le varie substrutture cardiologiche?

Con l'integrazione di nuove unità infermieristiche si sta cercando di eseguire un turn over tra le varie substrutture, affinché tutto il personale sia polivalente e sappia affrontare tutte le problematiche. Questa rotazione avviene soprattutto per le sub Strutture come UTIC, Emodinamica, Elettrostimolazione, pur conservando un pool di personale maggiormente esperto.

Esiste un progetto di continuità assistenziale che preveda l'assistenza del paziente a livello domiciliare dopo la dimissione?

Non vi è alcuna organizzazione strutturata, anche se da poco è stato firmato un protocollo tra Azienda

Ospedaliera ed Azienda Territoriale che ne prevede la realizzazione. I pazienti dimessi dalla Cardiologia hanno comunque un programma di controlli stabiliti attraverso gli ambulatori dedicati (angioplastica, scompenso, elettrostimolazione, riabilitazione ambulatoriale).



La strana malattia del cuore delle donne che ricorda l'attrezzo per la pesca dei polpi

di *Marcello Costantini*

Certe malattie sono un po' come varietà di bacche di cui a un certo punto del divenire umano si scopre grazie ad un qualche audace la commestibilità. Finché nessuno le aveva mai assaggiate, non si sapeva nemmeno cosa fossero. Poi tutto esplose. Quando quel qualcuno dice: "guardate che qui c'è questa cosa e si mangia", allora la fama vola, tutti lì a raccogliere, a mangiare, a vendere, a pubblicare. Fiumi di articoli, referees assatanati, congressi. Così c'è una malattia acuta del cuore che c'è sempre stata ma, ciechi come talpe, non la vedevamo, non la "raccoglievamo". E chissà quante persone l'hanno avuta e si sono beccate diagnosi improprie di ogni genere, che ancora si tirano dietro. È una malattia acuta, misteriosa nel meccanismo che la produce, che colpisce sempre le donne, simula l'infarto ma non lo è, si accompagna a stordimento persistente di una parte del cuore, con *defaillance segmentaria* di contrattilità, prolungata ma reversibile. Il bello è che questo deficit di contrazione riguarda sempre una regione precisa, una parte importante, l'apice del ventricolo sinistro e ciò è abbastanza strano. Il difetto di cinetica crea nella geometria del ventricolo una forma strana: come una giara dalla punta panciuta... Questa forma richiama quella tipica di un attrezzo chiamato *tako - tsubo*, che i pescatori giapponesi usano per catturare il

polpo: il polpo entra nel *tako - tsubo*, lo percorre, va nell'apice sfiancato, non riesce più ad uscire dal recipiente, rimane intrappolato come in una specie di nassa in cui è permesso ai pesci entrare, ma non uscire. Così chi per primo descrisse questa "cosa" (un giapponese) la battezzò "*tako - tsubo like syndrome*", cioè malattia che ricorda l'attrezzo per la pesca dei polpi. Questa malattia colpisce donne in età piuttosto matura, direi più che matura...Dopo la menopausa, in genere e di solito tutto esplose dopo un stress emotivo intenso. È singolare come una emozione possa immediatamente tradursi in una malattia, ma è così e non è un fatto isolato. Si è sempre detto, si è sempre saputo: emozioni intense possono dare problemi al cuore. Qualche migliaio di anni fa Archiloco diceva che per mantenere un giusto ritmo cardiaco non bisogna provare sofferenze profonde dell'anima né gioie smisurate. Sappiamo poi quanta gente è rimasta vittima di spaventi, delizie dell'eros, aggressioni. Qui l'occasione è quasi sempre di tipo spiacevole. In genere è qualcosa di triste che innesca la tempesta. C'è un malore grave, improvviso: queste donne, spesso madri o anche nonne accusano un dolore intenso al petto... Sono sofferenti. Il loro elettrocardiogramma è alterato, spesso simile a quello che si osserva durante un infarto, tanto da indurre il Cardiologo a

formulare erroneamente questa diagnosi e talvolta a somministrare una terapia che poi si rivelerà incongrua. È interessante occuparsi del tipo di stress che precede l'evento: non c'è un canovaccio comune. È piuttosto un universo di situazioni tra le più varie, accomunate da paura, angoscia, disagio. Pesco un po' con la memoria nella mia piccola esperienza, per suffragare ciò che dico, senza invenzione. La prima paziente che ho visto era un' insegnante di lettere alle scuole medie, poco più che cinquantenne: ha cominciato ad accusare dolore al petto durante un incontro scuola - famiglia, una mezz'ora dopo avere ricevuto i genitori, in corso di separazione legale, di una ragazzina che aveva un rendimento scolastico mediocre; durante il colloquio la professoressa percepiva la difficile situazione familiare e la introiettava con angoscia, consapevole di come essa si riversava negativamente sulla bambina, giustificandone il cattivo rendimento. Un'ora dopo si ritrova nella mia Unità Coronarica, con dolore e un tracciato suggestivo di infarto. All'ecocardiogramma la punta del cuore è ferma, dilatata, quasi sfiancata. Gli esami di laboratorio alterati, come se fosse un infarto, ma in modo magico: alla coronarografia le coronarie sono pervie, sane, piene di sangue arterioso! Poco dopo il dolore scompare. Con il passare dei giorni, l'elettrocardiogramma miglio-

ra. Con il passare delle settimane, dei mesi, esso si normalizza del tutto, e così l'ecocardiogramma: quello sfiancamento minaccioso della punta del cuore svanisce. È come se quella parte di cuore si fosse in qualche modo temporaneamente stordita, annichilita da un qualcosa che non uccide le cellule, ne provoca solo una paralisi transitoria, seguita da pieno recupero. Questa donna, a distanza di tre anni dalla prima malattia, ne ha avuta una seconda, identica nel modo di presentarsi. Tornava dal funerale di una sua collega, morta di tumore: lo stress è stato intenso, la malattia si è ripresentata. Un'altra donna, sulla sessantina, contrae la malattia dopo avere scoperto i ladri in casa. È una situazione non facile, psicologicamente, sorprendere il ladro che ruba nella propria casa. Che puoi fare? Non certo scacciarlo con la scopa, come fosse un topo, né invitarlo a fermarsi a cena, dopo che ha cercato di svuotarti il frigo. Lo stress è seguito poco dopo da dolore, da arrivo in Ospedale, da ECG che mostra un quadro di sospetto infarto, da ecocardiogramma che mostra lo sfiancamento della punta. Adesso la sappiamo riconoscere questa malattia o almeno la sospettiamo, ma come stare tranquilli? La coronarografia è d'obbligo! Anche stavolta, coronarie del tutto sane, ed ecocardiogramma che nel giro di una decina di giorni si normalizza. Un altro caso manifesta la singolare malattia dopo che nel cortile di casa ha assistito all'incendio dell'auto del figlio, che ha preso fuoco improvvisamente, divampando paurosamente. Questa donna ha settant'anni. Quando arriva in reparto qualcuno pensa

alla Tako - Tsubo, ma è troppo anziana. Più probabile l'infarto, in fondo anche un infarto può essere precipitato da uno spavento. Però c'è una costellazione di incongruenze: la punta del ventricolo sinistro è sfiancata, e se un infarto ne fosse la causa dovremmo vedere una gittata di marcatori biochimici ben più consistente (cioè gli esami di sangue specifici dell'infarto dovevano essere più alti) invece qui c'è solo una debole positività di troponina, con un CK MB pressochè normale. Alla coronarografia c'è il primo ramo diagonale dell'arteria interventricolare anteriore con una stenosi critica: viene fatta angioplastica e impianto di stent, attribuendo frettolosamente alla malattia di quel povero diagonale (una piccola arteria!) la causa dell'attacco di cuore. Sono poco convinto, il decorso è buono, lo sfiancamento dell'apice rimane, ma l'ECG migliora già durante il ricovero e ricompaiono onde R nelle derivazioni anteriori, segno di vitalità cellulare. Dopo un mese la paziente viene a controllo, il quadro elettrocardiografico si è pressochè normalizzato e all'ecocardiogramma l'apice è tornato a contrarsi. Cos'altro serve per convincersi che si trattava di Tako - Tsubo? Quanti spettatori innocenti in medicina sono stati ingiustamente condannati, come quel povero diagonale? In un altro caso la Sindrome esplose dopo la notizia che la figlia, gravida ai primi mesi, ha una minaccia di aborto spontaneo. Il fatto è successo 14 anni fa (la Tako - Tsubo ancora non si conosceva), e vista la normalità coronarica la causa della malattia viene attribuita a spasmo coronarico

prolungato. Dopo 11 anni, ha lo stesso problema, dopo avere visto il figlio per terra con la faccia insanguinata. Stavolta la diagnosi è fatta. Cavolo! È la seconda che vedo recidivare. La sessantunenne d'aspetto giovanile e con messa in piega da cerimonia ha poi una storia molto strana e suggestiva: è ad un matrimonio, invitata, con il marito. Il pranzo va liscio, tra piatti d'occasione, camerieri, applausi, evviva agli sposi e bicchieri sollevati. Una delle particolarità forse sconvenienti dei pranzi matrimoniali è quella di potersi trovare seduti accanto a gente che non si è mai visto prima né mai più si rivedrà. Così, ad un tavolo rotondo sono sedute delle signore, tra cui la nostra, con i rispettivi mariti. Tutti si scambiano sorrisetti esangui, d'occasione e d'imbarazzo. Una di loro, piuttosto anziana, ad un tratto si sente male, forse è il caldo, o un po' di emozione, tende a svenire. La nostra futura paziente è accanto a lei, seduta, e si accorge del malore di chi le siede vicino. Quando vede la vecchia venir meno, si alza decisa, e la sorregge afferrandola per un braccio ed è proprio questo gesto nobile il tramite di tutto, poiché la soccorritrice mentre stringe quel braccio sente un fremito intenso sotto la mano, un qualcosa che scorre veloce come un fiume irrefrenabile in piena, un qualcosa di devastante che attraverso la pelle le entra nel corpo, attraversandolo tutto, tanto da darle una emozione intensa, che sfocia in malore. La signora ha solo stretto un braccio ove nel sottocute era confezionata una fistola artero - venosa, poiché la donna anziana era una uremica in



trattamento dialitico, e a toccare una fistola si sente il fremito del sangue arterioso che sotto pressione si getta nel sistema venoso, ad alta velocità, producendo turbolenza, soffio, fremito. Ma la nostra cosa ne poteva sapere di tutto ciò? Lei ha immaginato un fiume, che impetuosamente le entrava nel corpo. Dopo circa mezz'ora dalla forte esperienza accusa dolore al petto, un dolore che la porta qui, da dove scrivo: è una Tako - Tsubo. Un'altra signora invece ha una storia un po' complicata, ma emblematica: ha una mamma molto anziana, che vive con il fratello e la cognata. Non è facile la convivenza tra nuora e suocera, il figlio è uno spettatore inerme di continui litigi, la mamma ne parla con la figlia, che vive altrove, ne parla spesso, oramai sono anni. E così dopo l'ennesimo maltrattamento telefona in lacrime ancora alla figlia, che non può fare altro che prendere la macchina e andare dai due a dirgliene quattro. Ed è scontro, scontro aspro con la cognata, mentre il fratello non sa ancora assumere una posizione ed è questo che turba la donna, le produce un senso tremendo di angoscia. Dopo una ora circa accusa un dolore al petto. Viene in Ospedale. Ha la sindrome Tako - Tsubo. Un'altra donna contrae la cosa dopo una lite con i vicini: era da più di un anno che covava e covava.

Finalmente un pomeriggio la lite esplose e gliel'ha cantate di santa ragione. Ma poco dopo, un malessere si impadronisce di lei e comincia ad accusare un dolore sordo al petto. È venuta da noi: Tako - Tsubo. Infine, l'ultimo caso, il più recente, è una donna di circa 80 anni, anziana, ma ben messa e socialmente attiva, era mia paziente da tanti anni. Più di dieci anni fa l'avevo vista per degli episodi di dolore al petto, molte volte durante sforzo, che accusava da anni: il test da sforzo era positivo per ischemia miocardica inducibile. Non aveva voluto fare la coronagrafia e io non avevo molto insistito. Si tirava dietro con dignità questa sindrome anginosa, prendendo correttamente i farmaci, godendosi in modo adeguato la propria età, non disdegnando una vita sociale intensa, fatta anche di partite a burraco, ma durante una di queste, alcuni mesi fa, ha un aspro litigio di gioco con un altro giocatore e poco dopo accusa dolore al petto, di forte intensità. Viene condotta in Ospedale, e ha un quadro elettrocardiografico sospetto per infarto anteriore. All'eco ci sono tre particolarità: l'apice del ventricolo sinistro è fermo e sfiancato; la parte basale del setto è molto grossa, ipertrofica, tanto da creare ostacolo all'eiezione del sangue dal ventricolo all'aorta, c'è una insufficienza mitralica severa. È

strano tutto ciò! La paziente aveva fatto tante volte l'ecocardio, e non era mai emerso un aspetto di questo genere, di cardiomiopatia ipertrofica, quale ora sembrava esserci in modo piuttosto evidente; il medico di guardia le fa fare subito la coronarografia: le coronarie sono del tutto normali. Con un unico gesto si sono potute fare due diagnosi: quella attuale, di Tako - Tsubo, e quella pregressa, di angina a coronarie normali, la cosiddetta Sindrome X (che ci sia una qualche relazione tra le due malattie?). Man mano che i giorni passano, si notano inoltre tre cose: la contrattilità dell'apice migliora, l'ostruzione all'eiezione si riduce, fino a regredire, l'insufficienza della valvola mitrale si riduce. La malattia che ricorda l'attrezzo per la pesca dei polpi è dunque misteriosa nel meccanismo, variegata nelle circostanze psico - sociali che la scatenano, reversibile, di solito non cattiva, costellata di sfaccettature fisiopatologiche differenti nei vari casi e presenta rischio di future recidive, anche dopo molti anni. Ma è l'appannaggio esclusivo del sesso femminile che la rende unica: testimonianza nosologica vivente che il cuore delle donne, e forse anche ciò che lo racchiude, hanno caratteristiche biologiche peculiari, delle quali non abbiamo ancora piena conoscenza.

Caro Gianni

di Rita Trincherò

a nome della Cardiologia dell'Ospedale Vittoria e del Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Piemonte e Valle D'Aosta



Caro Gianni, con te muore non solo un amico, ma un familiare. Abbiamo lavorato insieme dal 1986 condividendo le difficoltà quotidiane in quella che in origine era considerata una “Cardiologia di frontiera”, ma che è cresciuta con noi, anche grazie al tuo appassionato lavoro quotidiano. Abbiamo condiviso allegria, risate, delusioni, successi, esaltazioni e abbattimenti. Per noi la nostra équipe è stata come una famiglia. La tua morte lascia un vuoto spaventoso perché il tuo esempio andava oltre le qualità professionali. Sei stato un medico gentile, amichevole e sempre avvicinabile, che sapeva ascoltare e rassicurare il paziente e che spiegava chiaramente il problema e ciò che andava fatto, sempre attento ed interessato all'altro come persona, prima che come paziente. Avevi una passione per la Clinica che hai applicato anche negli anni in cui ti sei dedicato all'Emodinamica. Il

Progetto per lo Scompenso che tu hai realizzato e che nella nostra ASL è realtà da oltre dieci anni testimonia quanto per te fosse importante l'assistenza al paziente in tutti i suoi aspetti, non solo quelli medici ma anche in quelli psicologici e sociali. Per favorire l'assistenza ai pazienti con difficoltà a raggiungere gli Ambulatori hai progettato e validato un progetto di controllo infermieristico telefonico dedicato ai pazienti con Scompenso Cardiaco. Hai voluto la presenza ed il sostegno di Psichiatri e Psicologi in affiancamento a Cardiologi ed Infermieri. Questa tua umanità è inoltre ben testimoniata dalla tua esperienza di volontario sanitario a Capo Verde ed ancora di più dall'amore con il quale hai continuato a dedicarti al tuo lavoro ed alla cura dei tuoi pazienti anche durante la malattia e fino alla fine. La tua capacità di coinvolgere Medici ed Infermieri nel Progetto Scompenso, facendoli sentire protagonisti, senza mai importi, ma costituendo un punto

di riferimento costante ti ha permesso di ottenere grandi risultati e ci sarà di esempio. Per la tua competenza ma anche per la capacità di coinvolgere e per l'impegno che hai profuso nell'attività di formazione eri diventato un riferimento per i Cardiologi e gli Infermieri del Piemonte che si occupano di Scompenso Cardiaco. E la stessa capacità di essere leader sapendo coinvolgere gli altri ti ha consentito di riunire tutte le Società Scientifiche interessate alla gestione dei pazienti con Scompenso in un tavolo regionale che, sulla base delle indicazioni della *Consensus Conference Scompenso Cardiaco*, ha prodotto un Documento che è diventato Delibera regionale. L'attenzione al paziente e alle sue esigenze di ridotta permanenza in Ospedale e di mobilitazione precoce ti hanno portato ad introdurre l'accesso radiale nel nostro Centro in un'epoca in cui non era ancora così diffuso. Il tuo impegno nel Consiglio Direttivo ANMCO Regionale in cui

eri stato eletto all'unanimità a maggio 2008 è stato soffocato dalla diagnosi della malattia scoperta al rientro dal Congresso Nazionale ANMCO del 2008. Il coraggio e la dignità con cui hai affrontato il difficile percorso di questi due anni di malattia ci sono stati di esempio e ci hanno aiutato a starti vicino fino alla morte, avvenuta il 4 giugno 2010. La tua voglia di vivere ed amare, lavorare, pedalare in bicicletta, camminare in montagna non è riuscita a sconfiggere la malattia. Adesso nella nostra famiglia ci sarà un vuoto incolmabile, perché per tutti noi è stato un privilegio conoscerti ed avere condiviso con te la forte passione per il lavoro. Siamo però tutti consapevoli che, pur lasciandoci, di te rimarrà il più duraturo dei pensieri e dei ricordi che riempirà i nostri cuori e le nostre menti, e questo non è da tutti. Un commosso, riconoscente saluto e ringraziamento da Rita Trincherò a nome di tutta la Cardiologia del "Maria Vittoria" e dell'ANMCO Piemonte.

E dopo

I labirinti
creati dal tempo
svaniscono.

(Solo resta il deserto.)

Il cuore,
fonte del desiderio,
svanisce.

(Solo resta il deserto.)

L'illusione dell'aurora
e i baci
svaniscono.

Solo resta il deserto;
un ondulato deserto.

Ahi

Il grido lascia nel vento
un'ombra di cipresso.

(Lasciatemi in questo campo
a piangere)

Tutto si è rotto nel mondo.
Non resta che il silenzio.

(Lasciatemi in questo campo
a piangere)

L'orizzonte senza luce
è morso dai falò.

(Vi ho già detto di lasciarmi
in questo campo
a piangere).

Federico García Lorca
"Poema del Cante jondo" (1921 - 1925)

Ciao Gianni

Ricordo di Gianni Gaschino

a cura del Comitato di Coordinamento dell'Area Scompensato Cardiaco

Gianni aveva 57 anni. Svolgeva la sua attività di Cardiologo a Torino. Negli ultimi dieci anni, dopo un lungo e intenso periodo di UTIC ed Emodinamica, si era interamente dedicato allo Scompensato Cardiaco come responsabile del Day Hospital dell'Ospedale "Maria Vittoria" e di un progetto di continuità assistenziale comprendente due Ambulatori infermieristici territoriali. Grazie al suo impegno il percorso di implementazione della *Consensus Conference Scompensato Cardiaco* nel Piemonte aveva raggiunto avanzati livelli di attuazione. Per questo, al momento della costituzione dell'attuale Comitato di Coordinamento dell'Area, ci era sembrato il più adatto a ricoprire il ruolo di Coordinatore delle attività connesse alla *Consensus Conference Scompensato Cardiaco*. Ha svolto questo compito con entusiasmo, nonostante la malattia, e nel corso della Riunione di Area tenutasi al Congresso Nazionale ANMCO 2009 ha presentato i dati sulle attività dei Gruppi di Lavoro *Consensus Conference Scompensato Cardiaco* e sullo stato di avanzamento del progetto su tutto il territorio nazionale. Ne sarebbe dovuto nascere un lavoro da pubblicare sul GIC, ma i "i tempi difficili" hanno prima rallentato e poi interrotto l'attività di ricerca e di organizzazione dei dati. Giovanni Cioffi ha saputo esprimere,

nella poesia scritta appena conosciuta la notizia della morte, i sentimenti che tutti noi abbiamo provato quel giorno: un senso di smarrimento per non aver capito fino in fondo quello che stava succedendo, anche a causa della sua serenità, e insieme la consapevolezza di aver lavorato, per un tempo troppo breve, a fianco di un uomo dalle grandi qualità professionali e umane, ben espresse dal ricordo della Professoressa Trincherò, pubblicato su questo stesso numero della *Rivista*, che delinea un carattere e una qualità di Medico che era facile immaginare anche solo scambiando due parole con Gianni: l'attenzione agli aspetti scientifici della malattia, ma anche l'attenzione per l'uomo malato di cui sapeva valutare caratteristiche psicologiche, sociali, culturali. Pochi giorni prima del Congresso Nazionale svoltosi a Firenze lo scorso maggio ci aveva inviato un messaggio di buon lavoro dall'Ospedale dove era ricoverato, scusandosi di non poter essere presente e di non poter dare il suo contributo alla buona riuscita della Riunione di Area. Se n'è andato pochi giorni dopo. Se potesse parlarci ci chiederebbe di portare avanti i progetti per i quali si era impegnato, che vedeva finalizzati a migliorare la qualità dell'assistenza ai malati di Scompensato. Speriamo di riuscire a farlo altrettanto bene.

Ciao Gianni

Ho conosciuto Gianni troppo poco
il sorriso stretto
già sofferente
mai io non sapevo

le parole esatte
essenziali
forse di chi sa che
risparmiare è cosa saggia
in tempi che verranno difficili
che non immaginavo

lo sguardo rilassante
per me che non sapevo
di avere accanto
una persona che aveva già
riflettuto,
che aveva già risolto.

Giovanni Cioffi

Il Prof. Antonio Masoni, in prima fila il terzo da sinistra, in una foto di repertorio scattata durante l'evento ANMCO "L'infermiere in Cardiologia" (Firenze, 16 - 17 novembre 1979)



È deceduto il Professor Antonio Masoni

di Paolo Alboni

Il Professor Antonio Masoni è deceduto il 12 luglio 2010 all'età di 89 anni. È stato uno dei fondatori in Italia della moderna Cardiologia. Nato in Romagna, si è laureato a Bologna nel 1946. Ha lavorato presso la Clinica medica dell'Università di Bologna e successivamente presso quella dell'Università di Cagliari e di Bari. In tali anni ha preso tre docenze, in Clinica medica, Patologia medica e Semeiotica medica. Si è poi trasferito presso l'Arcispedale S. Anna di Ferrara agli inizi degli anni '60 e nel 1968 è diventato Primario del Servizio di Cardiologia, poi trasformato in Divisione, fino al pensionamento nel 1985. È stato uno dei primi a capire come doveva essere organizzata la moderna Cardiologia: in anni in cui tutta la attività di un Reparto ospedaliero era centrata sul Primario ed i collaboratori potevano svolgere solo attività di "manovalanza" o poco più, il Professor Masoni ha creato una équipe, nominando dei

responsabili per ogni settore. Tutto ciò oggi è prassi, ma in quegli anni ha rappresentato una innovazione. Aveva grandi capacità cliniche e mi ha sempre colpito, quando ero suo collaboratore, l'entusiasmo con cui sapeva trasmettere quanto aveva appreso in campo medico. Col passare degli anni mi sono accorto che è un pregio non così frequente. In poco tempo la Divisione di Cardiologia dell'Arcispedale S. Anna è diventata un importante punto di riferimento, non solo a livello provinciale. In campo scientifico si è interessato di Emodinamica e di Aritmologia, quando la si faceva soltanto con l'elettrocardiogramma ed il compasso. È stato il primo nel mondo ad ipotizzare una dissociazione atriale completa, analizzando alcuni tracciati suggestivi per la presenza di due ritmi atriali indipendenti. Tale dissociazione è stata poi chiaramente documentata durante studio elettrofisiologico. È stato il primo nel mondo

ad eseguire il cateterismo delle vene surrenali. Tale procedura non ha avuto fortuna in campo diagnostico, ma ha contribuito ad accrescere le conoscenze in Endocrinologia attraverso il dosaggio degli ormoni nel sangue prelevato da tali vene. L'impegno in campo assistenziale e scientifico hanno contribuito alla sua elezione a Presidente dell'ANMCO negli anni 1976 - 78. Nel triennio successivo, 1979 - 81, è stato Direttore scientifico del "Giornale Italiano di Cardiologia". Il Professor Masoni ha avuto sempre molti interessi anche al di fuori della Medicina, in particolare è stato un valente scrittore ed il suo libro "71 parabole moderne", pubblicato dalla casa editrice Girasole nel 2002, ha avuto critiche favorevoli ed un buon successo editoriale. Grande appassionato di fotografia, stava scrivendo un libro di tecnica fotografica, che purtroppo rimane incompiuto. Lascia una moglie e tre figli.

di Giuseppe Di Pasquale

Il Professor Antonio Masoni è stato uno dei padri dell'ANMCO della quale è stato Presidente nazionale (1976 - 1978) e Direttore del *Giornale Italiano di Cardiologia* (1979 - 1981). Ho conosciuto il Professor Masoni in un periodo immediatamente successivo ai suoi incarichi nazionali, agli inizi della mia vita professionale e associativa, in occasione delle riunioni dei Soci ANMCO dell'Emilia Romagna e nei Congressi ANMCO Regionali e Nazionali nei quali per tanti anni ha portato il suo vivace e lucido contributo di

profonda cultura ed esperienza clinica. Penso che i Cardiologi della mia generazione che hanno avuto il privilegio di conoscere il Professor Masoni e quelli più giovani che non l'hanno conosciuto gli debbano essere grati per il suo appassionato servizio nell'ANMCO e per il suo contributo alla crescita della Cardiologia in Italia. Alla fine degli anni '60 la Cardiologia ospedaliera cominciava faticosamente ad affermarsi come disciplina autonoma distaccata dalla Medicina Interna. Non è stato un processo facile e Antonio Masoni è stata

una delle persone che ha contribuito alla nascita della moderna Cardiologia ospedaliera in Italia, riuscendo a realizzare nel 1968 un prestigioso Servizio autonomo di Cardiologia nell'Arcispedale S. Anna di Ferrara. Tutto questo in anni in cui la Scuola di Specializzazione di Cardiologia afferiva alla Clinica Medica dell'Università di Ferrara, ma era presso la Cardiologia ospedaliera del Professor Masoni che gli specializzandi già negli anni '70 potevano assistere all'esecuzione dei primi cateterismi cardiaci e studi elettrofisiologici endocavitari.

AAA A TUTTI I CARDIOLOGI: CASO CLINICO “INUSUALE” CERCASI!



Casi Clinici “inusuali”





ISO 9001
BUREAU VERITAS
Certification

