



# CONGRESS *News*

2 0 0 7

D A I L Y

LUNEDÌ 4 GIUGNO

OGGI AL CONGRESSO

**Il via al Cardionursing 2007! Sala Cavaniglia - ore 9.00**

**Main Session "La valutazione dell'appropriatezza in Cardiologia" - Sala Michelangelo ore 09.45 -11.45**

**Censimento Infermieristico delle UTIC - Sala Cavaniglia ore 11.00 - 12.30**



**Simposio HCF "Cuore e Qualità" - Sala della Scherma - 13.30 - 15.00**



**Simposio congiunto ANMCO-ESC "Angina stabile: Linee Guida della European Society of Cardiology" - Sala Michelangelo ore 13.00 - 14.30**

**Main Session "Gli Studi Clinici dell'ANMCO" - Sala Michelangelo ore 17.15 -18.45**

**Assemblea Soci ANMCO: in discussione la Bozza di Documento sull'unità della Cardiologia - Sala Michelangelo 19.00 - 21.00**



**CARDIOLOGIA NEGLI OSPEDALI**



Oggi al Congresso



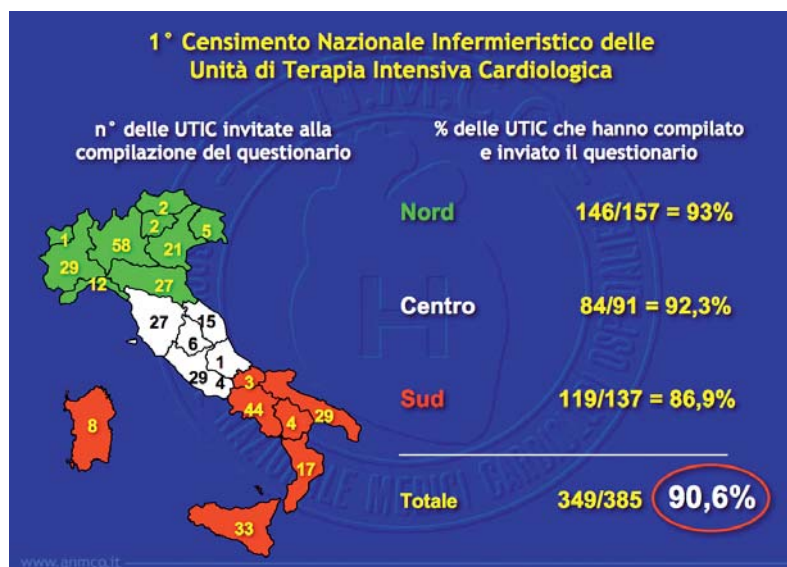
## Risponde il 90,6% delle UTIC: oggi al Cardionursing la presentazione dei dati Un grande risultato!

*1° Censimento Nazionale Infermieristico delle Unità di Terapia Intensiva Cardiologica*

GIAMPAOLO SCORCU

Tutto iniziò a Barcellona, in occasione del Congresso Europeo di Cardiologia del 2006. Il Direttivo già allora pianificava la organizzazione del XXXVIII Congresso Nazionale. Si cercavano idee nuove e proposte originali, in particolare qualcosa che caratterizzasse il Cardionursing.

L'idea fu del Presidente: "e se provassimo a fare un censimento infermieristico delle Terapie Intensive Cardiologiche?" L'idea piacque, ma aveva contorni indefiniti e prospet-



Questa pubblicazione è stata realizzata grazie ad un contributo educativo di Novartis Farma S.p.A., titolare degli AIC di:



tive ignote. Le perplessità che emersero in discussione insieme alle difficoltà operative per varare un simile progetto fecero prevalere il partito del rinvio: "pensiamoci un po' su, poi vedremo".

L'idea è stata rilanciata nello scorso mese di gennaio. Il Direttivo e il Comitato di Coordinamento dell'Area Nursing hanno elaborato un questionario che attraverso decine e decine di items avrebbe potuto dare una fotografia precisa della realtà organizzativa ed assistenziale delle nostre Terapie Intensive.

Una valutazione preliminare a campione su 20 centri ha dimostrato semplicità e chiarezza delle domande oltre a tempi contenuti di compilazione: una vera dimostrazione di fattibilità.

Tutte le UTIC ospedaliere italiane sono state invitate ad aderire al progetto e, il 5 marzo 2007 è iniziata la raccolta dati. Un gruppo di lavoro ristretto, coadiuvato dalla Segreteria Generale, ha coordinato un gioco di squadra che ha visto in prima linea i Referenti infermieristici regionali ed a cascata il Comitato di Coordinamento dell'Area Nursing e i Presidenti Regionali.

Il Consiglio Direttivo ha costantemente monitorato l'evoluzione dei lavori. Questo impianto organizzativo, perfettamente integrato nelle sue componenti, ha permesso di cogliere un risultato inaspettato e per questo ancor più lusinghiero: nell'arco di due mesi

sono stati raccolti i dati di 349 Unità di Terapia Intensiva Cardiologica che costituiscono il 90,6% delle UTIC ospedaliere italiane.

Un risultato comunque impossibile da raggiungere senza la collaborazione puntuale, sollecita, precisa dei responsabili delle Cardiologie e delle UTIC ma soprattutto dei coordinatori infermieristici che, materialmente, hanno curato la compilazione del questionario.

Perché un censimento infermieristico? Nonostante tutti siamo consapevoli della importanza determinante del lavoro infermieristico, a tutt'oggi ben poco sapevamo al riguardo. Infatti non erano disponibili dati che permettessero di analizzare e comprendere la realtà infermieristica nell'area intensiva cardiologica.

La evoluzione della organizzazione sanitaria, il differente approccio gestionale delle patologie cardiovascolari, la riqualificazione professionale degli infermieri, i nuovi assetti normativi e formativi hanno profondamente mutato i processi assistenziali.

In questa nuova ottica delineare gli aspetti di interesse infermieristico assume oggi una importanza decisiva perché consentirà un esame accurato degli aspetti virtuosi e delle criticità di un sistema in profonda evoluzione. Per la prima volta il lavoro infermieristico è stato fotografato in rapporto a variabili che vanno dalla tipologia delle strutture alla organizzazione assistenziale, dai carichi di

lavoro alla attività formativa.

I risultati del censimento costituiranno una banca dati interpretabile ed utilizzabile ai fini della programmazione e della formazione, saranno l'occasione per comprendere ed affrontare problemi non solo locali ma di intere realtà regionali.

Aver colmato, seppure in parte, un vuoto di conoscenza colloca il censimento non all'arrivo di un percorso bensì in un punto di partenza per progetti di ricerca mirati, orientati a dare indicazioni, indirizzi per la stesura di Linee Guida o standard assistenziali. Hanno risposto alla chiamata il 90,6% delle UTIC. Ciò che maggiormente caratterizza questa elevata risposta è la uniforme ed omogenea distribuzione per area geografica così che ne viene favorita una corretta interpretazione non solo a livello di macroarea ma a livello nazionale.

Una percentuale di risposte così elevata deve però far riflettere. Pur essendo vero che la collaborazione degli infermieri non è mai mancata questa è stata favorita dalla novità e dall'entusiasmo di essere i protagonisti in prima persona di una ricerca così capillare. Ma probabilmente c'è dell'altro: è la necessità, in molti casi, di esprimere una situazione di disagio affinché una società scientifica di riferimento quale è l'ANMCO possa farsi portavoce di questo malessere e promotrice di un processo di miglioramento laddove necessario.

Oggi al Congresso



## Assemblea XXXVIII Congresso Nazionale di Cardiologia dell'ANMCO

### "La centralità del paziente nel sistema delle cure si garantisce soltanto con una Cardiologia unita" Bozza di documento in discussione

#### 1. Il Paziente con problematiche cliniche di natura cardiaca ha diritto di essere curato dal Cardiologo

L'orizzonte clinico unitario è imprescindibile per tutte le fasce di popolazione. Il Paziente di interesse cardiologico deve essere valutato con completezza, considerando gli aspetti di polipatologia ed il profilo rischio-beneficio.

#### 2. L'Unità Operativa/Dipartimento di Cardiologia rappresenta l'ambito appropriato per la cura delle patologie cardiache, per la scelta delle prestazioni/procedure e per le cure appropriate

Le evidenze scientifiche disponibili dimo-

strano che in Pazienti con specifica patologia cardiaca in atto, gli outcome clinici sono sensibilmente migliori per chi si ricovera in Cardiologia piuttosto che in altri reparti.

#### 3. La disgregazione delle Unità Operative di Cardiologia e l'accorpamento di loro parti ad unità funzionali non cardiologiche confonde i percorsi diagnostico-terapeutici e danneggia i Pazienti

L'esito di tali accorpamenti, spesso motivati da esigenze economicistiche aziendali o supportati da interessi individuali, genera percorsi anomali e può condizionare sfavorevolmente i risultati clinici.

#### 4. Le superspecialità cardiologiche sono a servizio della centralità della clinica e lavorano in modo integrato nell'ambito delle Unità Operative/Dipartimenti di Cardiologia

La straordinaria evoluzione delle conoscenze e della tecnologia hanno contribuito allo sviluppo delle superspecialità con un forte impatto nella diagnosi e nella terapia delle malattie cardiovascolari. Esiste il rischio che tale formidabile progresso identifichi la cura del Paziente con la semplice erogazione di prestazioni complesse ad alto contenuto tecnologico a scapito della completezza delle cure.

### I principi

Il Paziente deve essere curato con una visione unitaria delle problematiche cardiologiche e, quando la patologia cardiologica è prevalente, deve essere ricoverato in Cardiologia, sede appropriata per la gestione del quadro clinico nella sua complessità. In questa ottica l'operato del Cardiologo non può essere ridotto a fornitura di prestazioni professionali avulse dal contesto clinico complessivo, ancorchè di elevato profilo diagnostico e terapeutico. Le superspecialità di Cardiologia trovano la loro piena valorizzazione all'interno della Unità Operativa di Cardiologia o del Dipartimento Cardiologico, auspicabile modello di riferimento.

### Le richieste dell'ANMCO

- Le Unità di Terapia Intensiva Cardiologica non vengano separate dalle Divisioni di Cardiologia ed aggregate a strutture di Terapia Intensiva Medica, di Emergenza, di Pronto Soccorso o d'altro.

- Le strutture di Cardiologia Interventistica e di Elettrofisiologia non vengano staccate dai Dipartimenti Cardiologici o dalle Unità Operative di Cardiologia.
- Le Divisioni di Medicina d'Urgenza insieme con le Unità Operative di Cardiologia operino secondo appropriatezza elaborando insieme protocolli e percorsi terapeutici condivisi che riconoscano l'irrinunciabilità della consulenza cardiologica per le problematiche di competenza.
- La Diagnostica Radiologica per immagini di interesse cardiologico (TAC, PET e RM) utilizzi la competenza radiologica con quella cardiologica onde evitare una incompleta comprensione delle immagini, svantaggiosa per il paziente e riduttiva per le potenzialità della metodica stessa.

### Una richiesta destinata:

- Ai Cardiologi perché facciano prevalere nella loro professionalità il primato della clinica a vantaggio della miglior cura pos-

sibile per il Paziente. I Cardiologi per primi devono opporsi alla frammentazione della Cardiologia e al suo scorporo in sub unità.

- Alle Società Scientifiche affinché si adoperino per ricondurre l'eccellenza delle supercompetenze settoriali all'interno di una gestione clinica integrata, contrastando la spinta centrifuga di settori specifici.
- Ai Direttori di Dipartimento affinché rispettino il ruolo centrale delle Unità di Terapia Intensiva Cardiologica e contrastino disegni antistorici di scomposizione della Cardiologia.
- Ai Decisori Pubblici ed agli Amministratori affinché si muovano nell'ottica che siano i budget a servire la clinica e non viceversa e privilegino scelte di strategia organizzativa in cui tutte le componenti cliniche, strumentali ed interventistiche proprie della disciplina afferiscano ai Dipartimenti Cardiologici o alle Unità Operative di Cardiologia.

Reportage



## La terapia elettrica in Cardiologia

### Indicazioni attuali e prospettive future

SIMONA MARCORA

In questa Main Session si è discusso delle indicazioni e dei limiti delle principali terapie aritmologiche invasive. L'articolo introduttivo all'evento, pubblicato su il "Congress News Daily" di ieri, illustrandoci i numeri delle procedure in Italia ed in Europa, ci dà una chiara idea delle dimensioni e dell'attualità di questo argomento.

Il Prof. Salerno-Uriarte ha esposto le indicazioni alle procedure ablativie. È emerso che grazie alla tecnologia attuale, al maggior utilizzo dell'approccio transettale per raggiungere l'atrio sinistro, all'uso della metodica tridimensionale per il mappaggio, qualunque aritmia può essere ablata con un successo del 100%, eccetto la fibrillazione atriale.

Maggior prudenza si deve avere nei bambini, dove il relatore ha suggerito di rimandare la decisione all'età adolescenziale, salvo

nei casi sintomatici refrattari alla terapia, tenuto conto degli aspetti psicologici correlati a questa fascia d'età.

Il Dott. Vergara, ha parlato d'elettrostimolazione. Un importante punto di riflessione è la necessità di personalizzare l'elettrostimolazione, rendendola il più fisiologica possibile. Oggi i device, con la combinazione delle loro svariate funzioni consentono di individualizzare la terapia alla situazione clinica e aritmologica del paziente.

È emersa inoltre l'importanza di considerare siti alternativi di pacing, quali il tratto d'efflusso del ventricolo destro, il fascio di Hiss e il setto alto, che hanno dimostrato un minor rischio di disfunzione ventricolare sinistra, rispetto al pacing in apice del ventricolo destro.

Il Dott. Landolina ha poi posto l'accento sui nuovi orizzonti della resincronizzazione (CRT), tecnica attuale e molto discussa. Le

Linee Guida recenti la indicano in pazienti in classe NYHA III. Esistono però evidenze che anche in pazienti con classe NYHA II la CRT, se anche incide in misura minore sulla capacità funzionale, migliora la funzione ventricolare sinistra e induce il "reverse remodelling" con ricadute favorevoli sulla progressione della malattia e sulla prognosi. Le stesse evidenze non si hanno al momento per la CRT in pazienti con QRS stretto rispetto a QRS largo.

La CRT sembrerebbe migliorare la capacità funzionale e la funzione ventricolare sinistra nei pazienti con fibrillazione atriale specie associata ad ablazione del nodo AV. Sono poi stati discussi gli aspetti riguardanti la terapia combinata ICD e CRT concludendo che la CRT riduce le aritmie ventricolari solo dopo 6 mesi di terapia efficace e di reverse remodelling.

Il Dott. Raviele ha concluso la sessione con una relazione sull'indicazione all'impianto dei defibrillatori. In Italia il numero di impianti di ICD è decisamente inferiore rispetto al numero di potenziali candidati, per cui emerge la necessità che classe medica e Società Scientifiche rimuovano tutti gli ostacoli, spesso pregiudiziali, che non consentono un pieno utilizzo di questa terapia "salvavita".



## Embolia polmonare ed ipertensione polmonare: up-to-date 2007

DANIELA INNOCENTI

La diagnosi di embolia polmonare è difficile, ma in caso di mancata diagnosi e non corretto trattamento, l'outcome è particolarmente sfavorevole. La gravità clinica non correla necessariamente con il grado di ostruzione del letto polmonare. Si delineano 2 categorie: paziente critico e non critico. Il paziente critico, con arresto cardiocircolatorio, instabilità emodinamica, shock o ipotensione persistente, ha un'altissima probabilità di exitus (dati di mortalità superiori al 60%). L'ecocardiogramma, in associazione con la clinica, permette l'immediata esecuzione della trombolisi o embolectomia (le EP massive sono il 20% dei casi che giungono in PS).

In caso di sospetto di EP con stabilità emodinamica e sintomi minori (dolore toracico, dispnea), è fondamentale stimare la probabilità clinica, basandosi sui sintomi d'esordio, anamnesi, fattori di rischio per tromboembolismo venoso, EO e risultati dei test di I livello (ECG, EGA, RX torace). Quando la probabilità di EP è non alta, un D-dimero negativo esclude la diagnosi (dato l'alto potere predittivo negativo). In caso di alta probabilità clinica o di non alta probabilità ma con D-dimero positivo, occorre eseguire l'angio-TC multislice o scintigrafia polmonare. La prima visualizza direttamente l'embolo fino ai rami di V ordine, con un'accuratezza diagnostica paragonabile a quella dell'angiografia polmonare. Le linee guida inglesi pro-

pongono l'angio-TC come primo test: la recente metanalisi di Quiroz – che include 3500 pazienti – ne conferma l'alto potere predittivo negativo. In presenza di alta probabilità clinica, anche una negatività strumentale non esclude la diagnosi.

Anche per la scintigrafia polmonare, un risultato anormale in presenza di probabilità clinica alta è conclusivo. Nel caso di discordanza tra dato clinico e dato strumentale occorre eseguire altri test, quindi fondamento della diagnosi di EP è il sospetto e la stima della probabilità clinica.

La seconda relazione (Dott. Casazza) conferma l'importanza della clinica anche sulla prognosi: la gravità della presentazione (alterato stato di coscienza, ipotensione protratta e presenza di comorbilità) è predittiva di outcome avverso. Nei 2/3 dei pazienti con esito fatale, il decesso avviene entro la prima ora: anche per l'EP esiste una golden hour. Nella metà dei decessi, si verifica una ostruzione embolica del 50% del letto polmonare. Nell'altra metà, si verifica una ostruzione embolica di minore entità ma in pazienti con ridotta riserva cardiopolmonare basale o in cui l'evento rappresenta una recidiva.

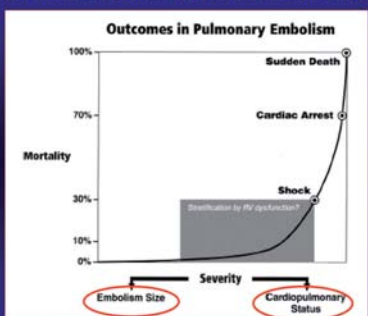
L'osservazione clinica è fondamentale per il quadro dell'EP submassiva (paziente normoteso, ma con dispnea per sforzi minimi o desaturazione). L'ecocardiografia è dirimente: l'ipocinesia, la dilatazione del ventricolo destro, il movimento paradossale del SIV, quin-

di la compromissione funzionale del ventricolo destro correlano con una mortalità alta. In tale setting, una terapia più aggressiva può ridurre la mortalità e le complicanze (è in corso uno studio multicentrico europeo che confronta trombolisi vs terapia standard con eparina). In ogni caso, il precoce inizio e l'adeguata conduzione della terapia specifica rappresentano il fattore decisivo per una prognosi più favorevole.

Nell'Angio-TC un indice di ostruzione >60% correla con elevata mortalità; inoltre un rapporto diametro ventr dx/ventr sx > 0,9 è predittore di morte precoce. I markers biochimici troponina I e BNP hanno un ruolo prognostico. È documentato il valore prognostico sfavorevole incrementale della Tn. La relazione successiva (Dott. D'Agostino) sottolinea la prognosi sfavorevole a breve termine dell'ipertensione polmonare (sopravvivenza a 3 anni dalla diagnosi, in II-III classe NYHA: inferiore al 20%). Oltre alle forme post-emboliche ci sono forme idiopatiche, connettivopatie, difetti congeniti, ipertensione portale, HIV, forme secondarie all'uso di farmaci o tossici, patologie del ventricolo sinistro, patologie legate all'ipossia. L'IP cronica post-embolica è l'unico tipo che può essere risolta per via chirurgica mediante l'endoarterectomia polmonare. La prevalenza di IP secondaria nei pazienti che sopravvivono all'EP acuta è 0,5%-3,8%: in Italia si stimano quindi 2.000 casi-anno, non includibili nel conto le EP asintomatiche. Alla chirurgia devono essere riferiti pazienti in classe NYHA III-IV, in terapia anticoagulante da almeno 3 mesi, con precise caratteristiche emodinamiche e lesioni nei rami polmonari prossimali, lobari e segmentari per i quali il guadagno a medio e lungo

termine in termini di sopravvivenza, capacità funzionale, pressione parziale arteriosa dell'ossigeno, recupero della morfologia e funzione del ventricolo destro confermano la PEA come metodica terapeutica efficace, con probabile estensione anche a pazienti in II classe NYHA. Su questa linea è la casistica dell'Ospedale San Matteo di Pavia che include 163 pazienti, di cui 32 oltre i 70 anni.

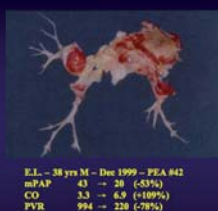
### Relazione tra gravità dell'embolia e mortalità



Wood KE, Chest 2002; 121:877-905

Correlazione tra gravità clinica ed outcome avverso

### PULMONARY ENDARTERECTOMY: STATE OF THE ART TYPICAL SURGICAL SPECIMENS



UNIVERSITY OF PAVIA SCHOOL OF MEDICINE - ST. MATTEO HOSPITAL - PAVIA - ITALY

Frammenti diottici derivanti dalla tromboendoarterectomia polmonare

Reportage



## “Cuore e malattie infettive”

MARCO VAGHETTI

Nel Minimaster “Cuore e Malattie Infettive”, sono stati trattati l’endocardite infettiva, la pericardite e il coinvolgimento cardiovascolare in corso di HIV. L’endocardite ha presentato negli ultimi anni una significativa variazione epidemiologica, con incremento dell’età media di presentazione (55 anni) ed una prevalenza eziologica dello stafilococco aureo (40% circa di casi), come conseguenza dell’incremento di interventi medici invasivi e dell’impianto di device intravascolari permanenti, soprattutto in pazienti con comorbidità e nei diabetici.

Il quadro clinico è talvolta male interpretabile per l’assenza di febbre e prevalenza di manifestazioni extracardiache. Le emocolture possono essere negative a causa di una terapia antibiotica empirica o per la presenza di microrganismi intracellulari (Coxiella Burneti, Bartonella) o di infezioni fungine; in questi

casi i test sierologici possono incrementare sensibilmente la possibilità di diagnosi. L’ecocardiografia è fondamentale per indirizzare i pazienti alla chirurgia sulla base della morfologia delle vegetazioni (dimensioni, mobilità, consistenza) che ne predicono il rischio embolico o sulla base della possibilità compromissione emodinamica (ascessi, fistole aorto-cavitarie). Il trattamento chirurgico immediato dei pazienti con scompenso cardiaco deve essere riservato ai “non responder” ad un trattamento in terapia intensiva, così come è da ponderare il trattamento immediato dei pazienti con embolie cerebrali (50% di possibilità di danno neurologico irreversibile), in cui è preferibile eseguire dapprima una terapia antibiotica mirata. La presenza di fistole aorto-cavitarie è invece una chiara indicazione alla chirurgia in emergenza. La chirurgia riparativa della valvola mitrale è in grado di ridurre la mortalità operatoria e le recidive. Le

pericarditi presentano caratteristiche cliniche simili alle sindromi coronariche acute in cui le caratteristiche del dolore ed i reperti ECG permettono di eseguire una diagnosi differenziale. È fondamentale distinguere le pericarditi ad eziologia idiopatica (la maggioranza), dalle forme specifiche di pericardite (autoimmuni, neoplastica e tubercolare), in cui la presenza di un versamento pericardico significativo permette di eseguire una pericardiocentesi diagnostica. Versamenti pericardici abbondanti con tamponamento cardiaco sono caratteristici delle pericarditi neoplastiche, soprattutto secondarie a tumori solidi intratoracici in cui il drenaggio e la chemioterapia intrapericardica migliorano i sintomi ed aumentano la speranza di vita. Nella sessione dedicata al coinvolgimento cardiovascolare in corso di infezione da HIV è stato evidenziato come le malattie cardiovascolari rappresentino la quarta causa di morte in questi pazienti e come la terapia con inibitori delle proteasi abbia incrementato il rischio di eventi coronarici, dovuto ad alterazioni del metabolismo lipidico, con necessità di un trattamento farmacologico adeguato.

Reportage



## Cardiopatie congenite nell’adulto

ELENA PEDEMONTE

Un Simposio davvero interessante soprattutto per chi, come scrive, non si occupa in prima persona delle cardiopatie congenite (CC) dell’adulto. Le CC hanno un’elevata incidenza (alla nascita 8/1000) e dalla seconda metà degli anni ‘80 ad oggi la sopravvivenza dei pazienti con CC è andata aumentando: circa il 90% raggiunge l’età adulta portando con sé problematiche di ordine medico e sociale non indifferenti. In Italia si stima che i pazienti con CC siano circa 16000 e il Dott. Picchio sottolinea come uno dei problemi fondamentali sia rappresentato dall’esecuzione di un corretto follow-up: quasi il 70% dei pazienti non è seguito adeguatamente e troppo spesso la gestione di questi pazienti è affidata al Medico di base. Ecco una drammatica differenza tra la vita reale e le raccomandazioni delle Linee Guida prodotte dal mondo scientifico (ESC 2004), dove si sot-

tolinea la necessità di creare Cardiologi con competenze specifiche. Il Dott. Vairo ha affrontato il problema della diagnostica delle CC semplici, di più frequente osservazione nei nostri ambulatori.

L’ecocardiografia è ovviamente lo strumento principe in mano al Cardiologo. Occorre però conoscere a fondo l’argomento per capire cosa si deve ricercare e quali sono le informazioni necessarie per seguire nel tempo il paziente. Ad esempio, per quanto concerne i DIA, bisogna definirne il tipo, l’entità dello shunt, verificare la presenza di ipertensione polmonare. Se poi esiste indicazione alla chiusura, sono necessarie informazioni riguardo l’anatomia del difetto e i suoi rapporti anatomici con le strutture circostanti. Nel suo intervento, la Dott.ssa Milanese ha illustrato quali sono le opzioni chirurgiche possibili (si parla di chirurgia correttiva “anatomica” quando l’obiettivo è quello di rico-

stituire l’anatomia originale del cuore, oppure “fisiologica” quando si ottiene la separazione fra le due circolazioni) e quali sono le complicazioni che possono svilupparsi nel paziente operato (insufficienza valvolare, stenosi, aritmie, necessità di reinterventi, disfunzione ventricolare). Brevemente ma con efficacia Dott. Chessa ha sottolineato come per quanto concene i DIV sia possibile ricorrere a chiusura transcateretere; nella casistica del Policlinico di San Donato (41 procedure, solo 6 complicazioni di cui 4 aritmiche, nessuna morte) emerge non solo l’elevata percentuale di successo della procedura, ma quanto essa sia ben tollerata dal paziente, ne riduca il disagio e i tempi di ospedalizzazione. La Dott.ssa Favilli infine, ha illustrato quali e quante siano le problematiche del paziente con CC nel quotidiano: attività sportiva, lavoro, vita sociale, gravidanza, assicurazione sulla vita. Il Cardiologo che segue il paziente con CC deve diventare un esperto a tutto tondo, al fine di permettere ai pazienti che segue di avere una vita il quanto più possibile vicina a quella che noi definiamo (a torto o ragione) normalità.

## Cardiologia e Sanità in Calabria. La parola all'Assessore Doris Lo Moro

MARIO CHIATTO

### Cosa si prevede per la Cardiologia nel nuovo piano sanitario regionale?

Com'è noto le malattie cardiovascolari costituiscono di gran lunga la prima causa di morte, sia in Italia che in Calabria, anche se negli ultimi anni si è registrato una tendenza ad una loro riduzione. Conseguentemente la domanda di prestazioni, con particolare riferimento a quelle ambulatoriali, è assai rilevante. Proprio a partire da tale realtà, i cui dati sono ampiamente illustrati nella relazione sanitaria regionale, approvata nel febbraio 2007 dalla Giunta regionale calabrese, nella proposta di piano sanitario regionale, che ho trasmesso alla Giunta regionale il primo giugno scorso viene previsto un impegno assolutamente prioritario per ciò che riguarda le attività di prevenzione, di cura e di riabilitazione. Ciò è testimoniato dal fatto che il Piano prevede un'apposita azione programmata per la costruzione della "Rete cardiologica Calabrese". Essa dovrà essere lo strumento che, dal livello regionale e locale, dovrà costruire modalità organiche di intervento con la presa in carico di cittadini - utenti per garantire loro percorsi assistenziali adeguati sia per ciò che riguarda le attività in elezione che per quelle in emergenza. In proposito i professionisti saranno chiamati a dare un grande contributo per l'elaborazione di linee guida e protocolli appropriati. Il Piano si pone obiettivi ambiziosi che prefiggono di realizzare la grande innovazione della modalità di offerta dei servizi. In particolare viene prevista la realizzazione di un grande progetto di telemedicina, intra ed extra ospedaliera, da finanziare anche con fondi della comunità europea. Tale progetto prevede la connessione tra la cardiologia ospedaliera, gli altri reparti ospedalieri ed il sistema delle emergenze (118, ambulanze, pronto soccorso, DEA). È inoltre previsto l'avvio della telemedicina domiciliare. Ulteriore intervento prioritario è lo sviluppo dell'assistenza domiciliare per la maggior parte dei malati cardiovascolari. Infine il Piano prevede la creazione di una rete diffusa di riabilitazione cardiologica a completamento dell'offerta.

**Sappiamo che lei ha partecipato attivamente nel febbraio scorso al Corso del Centro Formazione ANMCO sulla Rete per le emergenze nelle SCA: quali sono gli spunti che ha tratto per la realizzazione di una rete finalizzata ad una efficiente ed ef-**

### ficace gestione delle emergenze cardiologiche?

Il confronto con l'ANMCO, da cui abbiamo acquisito ampia documentazione, ha avuto la sua importanza. Dalla mia partecipazione al Corso del febbraio 2007, in particolare, ho ricavato la sensazione che aprire una discussione a questo livello poteva essere liberatorio. La distribuzione disomogenea dei servizi sul territorio calabrese, che è stato il maggiore ostacolo da affrontare, è stata determinata da localismi e interferenze che hanno soddisfatto l'ambizione di pochi, depotenziando la risposta ai problemi. Per le cose che ci siamo detti nel Corso svoltosi in Calabria alla presenza del Presidente ANMCO mi sono sentita più forte nell'operare scelte destinate a produrre un potenziamento ma anche un riequilibrio dell'offerta del settore. Quanto alle emergenze, nella proposta di piano la questione viene affrontata nella logica della "rete cardiologica" per costituirne un punto nodale e decisamente qualificante. In tal senso vengono in evidenza la sensibilità e la capacità professionale del medico di base, la funzionalità della rete di emergenza ed il buon collegamento con le strutture cardiologiche ospedaliere, anche attraverso efficienti collegamenti informativi e di telemedicina e l'educazione sanitaria dei cittadini. Alla riuscita della lotta alle emergenze urgenze delle SCA possono dare un grande contributo anche le iniziative dei comuni, delle associazioni, del volontariato, ad esempio con la messa a disposizione sul territorio di defibrillatori in postazioni attrezzate.

### Qual è la realtà attuale della nostra regione nella prevenzione primaria e secondaria delle malattie cardiovascolari?

Quanto fatto in tema di prevenzione nella nostra regione è del tutto insufficiente. Basti pensare che i bambini della Calabria sono tra i più obesi d'Italia, che assai scarsa è la pratica sportiva, sana e generalizzata. Dunque un grande lavoro è da realizzare per indurre stili di vita salutari. Certo nel biennio dell'attuale legislatura abbiamo tentato anche in questo la necessaria inversione di tendenza e lo abbiamo fatto, ovviamente, innanzitutto sul piano programmatico. La Calabria si è dotata di progetti sulla prevenzione, alcuni dei quali specifici per le patologie cardiache (progetto per la prevenzione primaria e per

la prevenzione secondaria degli eventi cardiovascolari) che, sul piano progettuale, ci hanno messo in linea con l'intesa Stato Regioni del 2005 e ci hanno consentito di sostenere, anche ai tavoli di controllo, che si va verso un pieno rispetto dei livelli essenziali di assistenza. Il Piano mette a punto il lavoro finora svolto e prevede la realizzazione del progetto per la prevenzione del rischio cardiovascolare, a cominciare dalla realizzazione e diffusione della relativa carta; tale progetto, peraltro, è già stato adottato dalla Giunta regionale nei mesi scorsi. Un'attenzione particolare vorrei fosse riservata nel prosieguo alla prevenzione delle malattie cardiovascolari nella donna. Si tratta di patologie che rappresentano la prima causa di morte nelle donne dopo la menopausa. Ma non c'è sufficiente consapevolezza del problema. In verità la realtà femminile, specie nelle regioni meridionali, è sottovalutata da molti punti di vista, compreso quello dei bisogni di salute. **La nostra regione ha una lunga storia di migrazione sanitaria per interventi di cardiochirurgia. Come ha intenzione di operare per colmare le lacune che ancora esistono?**

Nel corso degli ultimi 10-15 anni la situazione dell'assistenza cardiochirurgica nella regione Calabria si è profondamente modificata. Si è passati dalla mancanza di strutture, che costringeva all'emigrazione sanitaria verso altre realtà spesso del nord Italia, alla situazione attuale che vede la presenza sul territorio regionale di due cardiocirurgie funzionanti, di cui una accreditata e l'altra di espressione universitaria, in grado di soddisfare gran parte dei bisogni di prestazioni cardiocirurgiche della popolazione calabrese. Un punto critico della situazione attuale è che le due strutture sono localizzate entrambe nella stessa città di Catanzaro. Con la proposta di piano si prevede una più equa distribuzione delle strutture sul territorio. Abbiamo sposato l'obiettivo di evitare risposte forti in alcuni punti a fronte di carenze in altri luoghi; obiettivo che in una regione come la Calabria appare assai rilevante, considerate le caratteristiche del territorio e le difficoltà di spostamento da un capo all'altro della Regione. Secondo le previsioni della proposta di piano continueranno ad esserci tre cardiocirurgie, localizzate però in siti diversi. Con tale previsione ritengo che si darà una risposta adeguata alla domanda, sia sul piano quantitativo che qualitativo, con la conseguente drastica riduzione dell'emigrazione sanitaria. Con lo stesso criterio, del resto, si è lavorato per tutti i settori, dalla cardiologia di base a quella interventistica alla riabilitazione cardiologica.

Reportage



## Il cardiologo clinico accetta “surrogati”?

ANNAMARIA VIANELLO

L'attuale sfida della Patologia Clinica, di evidente memoria Galileiana, pone continuamente il Cardiologo di fronte al quesito: “Tutto ciò che è misurabile nel sangue è clinicamente vero ed evidente?”.

Il carattere multidisciplinare dell'enigma chiama necessariamente in causa anche il medico d'urgenza, l'internista ed il medico di medicina generale. Ciascuno specialista riconosce un diverso grado di importanza al dosaggio dei biomarcatori nella diagnosi, nella stratificazione del rischio e nella prognosi della patologia cardiovascolare.

Al biomarcatore tutti i relatori del minimaster ANMCO intitolato: “Cardiologia Clinica e marcatori biochimici” chiedono un'estrema precocità ed un'alta predittività diagnostica e prognostica; tutti concordano

sul fatto che da una parte la sensibilità riduce i costi di ospedalizzazione, escludendo i “falsi malati”, dall'altra, la specificità tutela dalle implicazioni medico-legali, riconoscendo il maggior numero di “veri sani”.

Tuttavia, il titolo di “surrogato”, vale a dire la peculiarità di essere “sufficiente”, seppure non necessario nei diversi steps del procedimento clinico, rappresenta la massima ambizione per un biomarcatore. Necessaria e sufficiente è rimasta solo l'integrazione dei dati biochimici e strumentali da parte del clinico, attraverso tutto il percorso teorico-pratico del Minimaster.

Il Cardiologo dunque sostanzialmente non accetta “surrogati”.

È quanto emerso nel corso delle quattro sessioni principali del Minimaster, nelle quali è stato discusso rispettivamente il rapporto più

o meno sinergico tra il Cardiologo e:

1. i marcatori di danno miocardico
2. i marcatori di infiammazione
3. i marcatori di scompenso cardiaco
4. i marcatori del sistema di coagulazione.

Filippo Ottani, Luigi Biasucci, Aldo Clerico e Pier Mannuccio Mannucci hanno egregiamente messo in luce rispettivamente, il valore della troponina, della PCR, del BNP e del D-dimero nella diagnosi, nella stratificazione del rischio e nella prognosi delle sindromi coronariche acute e dello scompenso cardiaco.

Marcello Galvani è riuscito ad aprire una finestra sul presente e sul futuro “multimarker” nello studio e nel monitoraggio dell'evoluzione delle sindromi coronariche acute, suggerendoci un solo marcatore emergente: l'albumina modificata dall'ischemia.

Nella pratica clinica cardiologica, tutto ciò che è misurabile nel sangue è relativamente vero, assolutamente utile, ma sicuramente insufficiente. Il Cardiologo non accetta volentieri “surrogati”.

Reportage



## Il paziente Cardiochirurgico

MASSIMILIANO MARIANI

L'Area Chirurgica si è dimostrata estremamente attiva anche in questa edizione, organizzando diverse Sessioni di altissimo livello culturale, tra queste, figura il Minimaster “Il paziente cardiocirurgico”. In questo evento si è mostrato come il paziente candidato a cardiocirurgia risulta sempre più complesso per età avanzata e presenza di comorbidità.

Questa complessità implica la necessità di un'ottimale stratificazione e di un management pre-operatorio aggressivo; irrinunciabile a questo proposito una visione multidisciplinare che integri Internisti, Cardiologi, Cardiochirurghi e Anestesisti rianimatori. Le recenti innovazioni tecniche e tecnologiche si muovono in questa direzione, limitando l'invasività del gesto chirurgico sia in termini di accesso che di gestione intraoperatoria. Va visto in quest'ottica lo sforzo alla ricerca di accessi sempre più miniaturizzati,

e l'utilizzo esteso delle tecniche a cuore battente. Dal dibattito sulle sindromi coronariche acute emerge la necessità di porre un'attenzione particolare al significato prognostico dei marker bioumorali ed alla terapia medica pre-operatoria, in particolare, la terapia con statine e antiaggreganti hanno mostrato di ridurre la mortalità postoperatoria. Da uno studio citato (Bybee et al. Circulation 2005) non sembrerebbe giustificata neppure la sospensione pre-operatoria della terapia con aspirina, che condiziona un incremento della mortalità postoperatoria con una minima riduzione nell'incidenza di sanguinamento.

Riguardo la rivascolarizzazione nei pazienti con scompenso cardiaco si ribadisce il valore prognostico del volume telediastolico e la superiorità del trattamento chirurgico, determinata dal consentire una rivascolarizzazione completa e dall'offrire la possibilità di trattamenti aggiuntivi come il reshaping e la

riparazione mitralica. Il tema della valvulopatia mitralica è stato affrontato ampiamente nel Minimaster; ancora controverse le indicazioni alla correzione nei pazienti asintomatici affetti da rigurgito mitralico degenerativo e con buona funzione ventricolare.

La tendenza sembra però verso un trattamento precoce, almeno in quei pazienti ed in quei centri con elevata probabilità di riparazione. Nel campo della riparazione mitralica l'Italia si pone ai vertici con una percentuale di riparazione del 60% contro il 50% in Europa ed il 35% negli Stati Uniti. Le novità tecnologiche in ambito di protesi aortiche sono ormai vicine ad entrare nella quotidianità clinica e c'è una grossa attesa per i risultati della protesi a posizionamento trans-apicale. L'evento è stato concluso dall'intervento del Professor Di Bartolomeo che ha affrontato le controversie tra chirurgia e trattamento endovascolare nella varietà delle sindromi aortiche acute.

Nel complesso l'interessante evento ha permesso di fare il punto sui punti caldi della terapia chirurgica delle cardiopatie e la ampia partecipazione della sala ha generato un vivace dibattito tra cardiologi e cardiochirurghi.



## Cuore: promossa la Sanità pubblica 9 italiani su 10 soddisfatti delle cure

SALVATORE PIRELLI

Sanità pubblica promossa a pieni voti in cardiologia. Nove italiani su 10 sono complessivamente soddisfatti delle cure ricevute nei servizi cardiologici ospedalieri. A rivelarlo è il progetto "Cuore-Qualità", promosso da Heart Care Foundation, Fondazione dell'ANMCO e realizzato in collaborazione con l'Istituto di ricerca GfK Eurisko, nell'ambito del quale è stata realizzata la prima indagine nazionale sulla qualità percepita, ossia il livello di soddisfazione degli utenti dei servizi cardiologici pubblici. La ricerca condotta tra aprile e ottobre 2006 in 78 strutture distribuite su tutto il territorio nazionale, ha coinvolto 1.250 pazienti selezionati in modo casuale con esperienza di ricovero in reparto o di trattamento ambulatoriale, ai quali è stato chiesto di rispondere a due questionari, il primo al momento del congedo/dimissione e il secondo a distanza di 2 settimane. "Scopo dell'indagine è quello di valutare il gradimento delle cure da parte del cittadino e di conoscere al meglio l'esperienza del paziente al fine di qualificare il trattamento anche dal suo punto di vista per un miglioramento progressivo delle prestazioni stesse".

Ebbene dai risultati della ricerca emerge che ben il 98-99% dei pazienti intervistati esprime un giudizio positivo tanto per esperienze di ricovero, quanto per prestazioni ambulatoriali. Il 95-96% dei pazienti apprezza in modo particolare l'operato di medici e infermieri nelle Unità di Terapia Intensiva Cardiologica (UTIC) e solo l'1% esprime un parere negativo. Ma non sono solo le UTIC a riscuotere consensi, 9 pazienti su 10 ricoverati nei reparti di cardiologia promuovono medici e infermieri così come chi si reca in ospedale per visite ambulatoriali o day hospital. Dati importanti in sé, ma anche a confronto con rilevazioni realizzate nello stesso

periodo da GfK Eurisko e relative alla percezione delle prestazioni ospedaliere nella loro globalità. Per i pazienti la qualità delle "cure pubbliche" per il cuore è, infatti, superiore a quella riconosciuta ai servizi ospedalieri nella loro globalità. Solo l'1-2% degli intervistati valuta l'assistenza ricevuta in modo negativo, percentuale che sale tra il 10 e il 15% quando si considera la totalità dei servizi ospedalieri. Non stupisce quindi che i pazienti soddisfatti dell'assistenza ricevuta durante i ricoveri nei reparti cardiologici ospedalieri abbiano una spiccata propensione a raccomandarli: 7 su 10 non esiterebbero, infatti, a consigliare ad altre persone con problemi analoghi il ricovero nella struttura nella quale sono stati curati. Sorprende, invece, l'assenza di disparità tra Nord e Sud Italia. Una volta tanto il Meridione non è il fanalino di coda. "I servizi cardiologici riscuotono successi pressoché ovunque e sono valutati eccellenti da ben 4 italiani su 10 al Nord così come al Sud".

"Non si può dire altrettanto quando si considera la percezione che gli italiani hanno della totalità dei servizi ospedalieri: qui si riscontra una variabilità di anche 10-20 punti percentuale tra le strutture pubbliche del Settentrione e quelle del Sud Italia". In questo quadro complessivamente favorevole, non mancano tuttavia delle ombre, anche se su aspetti complementari dell'assistenza come tempi, organizzazione, ambienti, pasti e servizi accessori. Come prevedibile, una discreta fetta degli intervistati, il 38%, si lamenta per i tempi di attesa pre-visita ambulatoriale, anche se

poi la visita del cardiologo è valutata positivamente in quasi la totalità dei casi: 9 pazienti su 10 apprezzano la chiarezza delle informazioni ricevute, la sincerità del medico e la sua capacità di dare sicurezza al paziente quando sarà a casa e solo l'1% esprime qualche perplessità e valutazioni negative. Un po' di scontento per i pazienti che si sottopongono a controlli ambulatoriali è generato dalla possibilità di essere visitati da più medici diversi e non sempre dallo stesso cardiologo: quasi la metà dei pazienti preferirebbe che fosse sempre lo stesso medico a fare i controlli. Alcune lamentele, riguardano poi pasti e servizi in reparto: 2 pazienti su 10 non apprezzano i pasti serviti durante il ricovero e 4 su 10 lamentano carenza di servizi in reparto (TV, disponibilità di una sala ricreativa) per aiutare a passare il tempo e rendere la permanenza il più gradevole possibile. Come cardiologi leggiamo questa ricerca, certamente come un riconoscimento al nostro impegno, ma anche come un incentivo ad andare oltre nello sforzo di miglioramento continuo delle prestazioni. Restano ampi margini di crescita verso l'eccellenza; alcune aree del servizio – per quanto secondarie rispetto alle prestazioni medico-infermieristiche – risultano migliorabili (ambienti, pasti, visite parenti); alcuni aspetti della prestazione, infine, riconducibili alla gestione dell'organizzazione e – soprattutto – dei tempi possono essere ulteriormente qualificati".



**ANMCO**  
ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDIOLOGI OSPEDALIERI  
Via La Marmora, 36 - 50121 Firenze

Comitato di Redazione "Congress News Daily":  
Daniela Innocenti - Firenze  
Simona Marcora - Roma  
Massimiliano Mariani - Massa  
Francesco Meucci - Firenze  
Elena Pedemonte - Firenze  
Marco Vagheti - Massa  
Annamaria Vianello - Massa

Editor:  
Gennaro Santoro  
Co-Editor:  
Matteo Cassin  
Comitato di Redazione:  
Mario Chiatto, Giampaolo Scorcu  
Redazione:  
Simonetta Ricci, Luana di Fabrizio

