



CONGRESS *News*

2 0 0 7
D A I L Y

NUMERO ON LINE

MERCOLEDÌ 6 GIUGNO

IN QUESTO NUMERO

Gestione integrata dei pazienti con Dolore Toracico pag. 2

Convention delle UTIC: la gestione del paziente acuto non coronarico pag. 3

Drug Eluting Stent 2007 pag. 3

Riabilitazione cardiologica nel paziente con Scompenso Cardiaco Cronico pag. 4

Registro PRIMA Costa troppo, ma dopo potrebbe essere troppo tardi. pag. 5

La pervietà del forame ovale, la cefalea e lo Stroke. Associazione casuale o relazione causa-effetto? pag. 5

Chiusura dei Lavori. Lettura Magistrale del Prof. Maseri in ricordo del Prof. Feruglio pag. 6

Cardiologia e Sanità in Calabria. La parola all'Assessore Doris Lo Moro pag. 7

CARDIOLOGIA NEGLI OSPEDALI



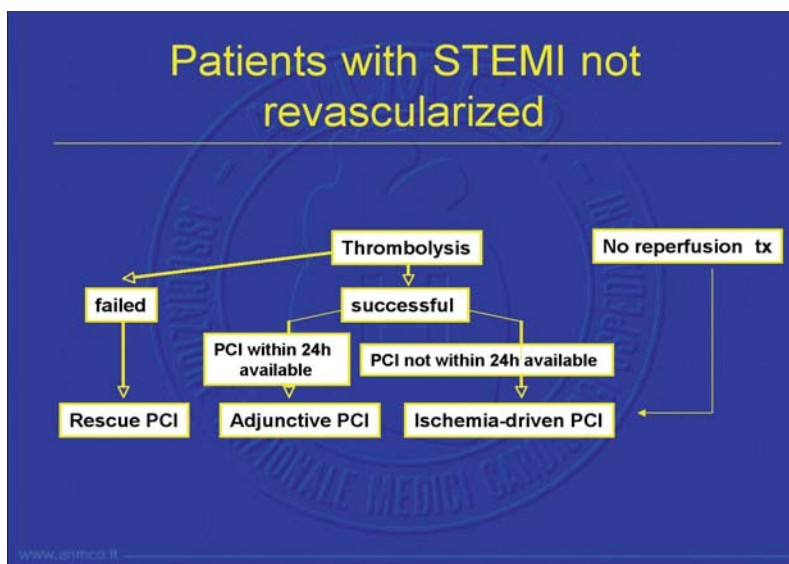
Reportage



STEMI: Hot Topics 2007

MASSIMILIANO MARIANI

La battaglia all'Infarto Miocardico Acuto sembra essersi ormai definitivamente spostata dalle UTIC e dalle sale di emodinamica al territorio. È infatti grazie all'organizzazione e alla creazione di reti efficienti che diventa possibile ridurre il tributo di vite umane che ogni anno siamo costretti a pagare. Dal campo di battaglia purtroppo non ci giungono ancora notizie esaltanti e il modello della Rete spesso non raggiunge gli standard qualitativi previsti. I risultati del censimento IN-ACS infatti mostrano come reti dotate di telemedicina non siano ancora estesamente diffuse e come spesso una larga parte dei pazienti si diriga con mezzi propri ai pronti soccorsi. La possibilità di diagnosi precoci grazie a cardiotelefonici e l'addestramento dei medici dell'emergenza permetterebbero una più larga diffusione della trombolisi preospedaliere che ha dimostrato in diversi studi un vantaggio in termini di eventi avversi. "Il tempo è miocardio": questo è un paradigma ormai assodato ma, in quei pazienti efficacemente rivascularizzati col trombolitico, l'opportunità di una rivascularizzazione meccanica e la tempistica con la quale eseguirla sono ancora oggetto di discussione. I recenti studi, critici verso l'angioplastica (COURAGE), non pesano sulle evidenze che favoriscono la strategia aggressiva.



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



Infatti la coronarografia e una eventuale rivascolarizzazione entro le ventiquattro ore sembrano garantire migliori risultati dopo fibrinolisi andata a buon fine. Oltre ad una efficace terapia di rivascolarizzazione è necessario pe-

rò preoccuparsi dello stato del microcircolo, cercando di preservarlo per evitare il fenomeno del no reflow. Come fare è ancora argomento completamente aperto e nè i mezzi meccanici, nè quelli farmacologici hanno di-

mostrato solidi risultati. Infine ci viene presentato l'interessante studio del gruppo di Pavia che mostra un effetto sfavorevole dell'iperglicemia nel decorso postprocedurale dei pazienti sottoposti a PTCA primaria.

Reportage



Gestione integrata dei pazienti con Dolore Toracico

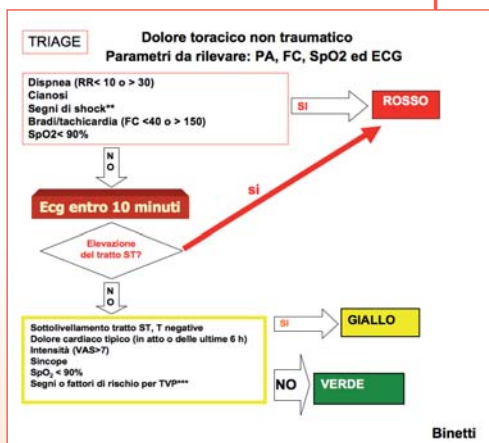
MATTEO CASSIN

Durante il Simposio "Gestione integrata dei pazienti con Dolore Toracico" è stato ufficialmente presentato il Documento di Consenso Position Paper "Percorso di valutazione del Dolore Toracico" elaborato dopo 2 anni di lavoro dalla Commissione Congiunta ANMCO-SIMEU, coordinata per la componente ANMCO da Filippo Ottani e per la componente SIMEU da Nicola Binetti. All'inizio Binetti ha esposto gli aspetti critici della gestione di questo tipo di pazienti visti dal punto di vista del Medico d'Urgenza. Lorenzoni ha parlato della valutazione di primo livello: l'importanza della metodologia del triage all'arrivo, il valore dell'anamnesi e la standardizzazione della raccolta dati (chest pain score), l'esame obiettivo, la rapida esecuzione ed accurata interpretazione (da parte di un medico esperto) dell'ECG, il preferenziale utilizzo di un marcatore di danno miocardico altamente sensibile e specifico, quale le troponine. Il paziente che ha o ha avuto un Dolore Toracico deve essere sottoposto ad ECG entro 10' dalla presentazione in PS. In caso di ECG normale, il dato anamnestico è molto importante per stratificare la probabilità di Dolore Toracico ischemico e quindi di SCA. La troponina è il marker bio-

chimico da dosare. La sua elevazione, se consona al contesto clinico, aiuta nel fare la diagnosi. In caso di ECG e troponina persistentemente normali e probabilità bassa di malattia il paziente può essere dimesso. In caso di probabilità di malattia intermedia o alta il paziente deve essere sottoposto ad esami di 2° livello. E di questo ha parlato Mazzotta, che ha esposto il valore diagnostico e prognostico aggiuntivo di esami come ecocardiogramma, scintigrafia miocardica e in particolare del test da sforzo. Per quanto riguarda quest'ultimo c'è da tener presenti alcune considerazioni: il test da sforzo è utile nel rilevare stenosi coronariche fisse, ma è ovviamente meno adatto nel rilevare situazioni dinamiche, in particolare la placca aterosclerotica complicata con trombosi sovrapposta che per definizione è un processo evolutivo. Inoltre l'accuratezza diagnostica del test dipende dalla prevalenza della cardiopatia ischemica nella popolazione testata: l'efficacia ottimale si ha nei pazienti con probabilità pretest intermedia. Ancora bisogna considerare che molti dei pazienti con Dolore Toracico acuto che si presentano nei PS sono anziani, con copatologie e non sono in grado di eseguire un esercizio fisico adeguato. Inoltre spesso l'ECG basale è alterato (azione farmacologica, ipertrofia, ritardo di conduzione iv, pregressa necrosi miocardica) e non si presta quindi ad una adeguata interpretazione durante il test.

Infine Ottani ha presentato il Documento congiunto, sottolineando l'importanza della collaborazione tra Cardiologi e Medici dell'Urgenza che ha portato all'elaborazione del percorso condiviso. La struttura del Documento è in due parti: la prima è costituita dalla revisione della letteratura specifica e la seconda propone il

modello generale di percorso di valutazione del Dolore Toracico, con la definizione dei requisiti minimi, che sono il triage, la valutazione clinico-anamnestica, l'ECG a 12 derivazioni e il dosaggio dei biomarcatori. Inoltre nel Pronto Soccorso vi deve essere un'area di osservazione (Osservazione Breve Intensiva) con possibilità di monitoraggio continuo dei parametri vitali. Per quanto riguarda la prima valutazione dell'ECG, questa è espletata dal Medico dell'Urgenza, ma è fortemente auspicato il ricorso alla "lettura congiunta", in particolare quando si implementi ex novo un protocollo Dolore Toracico e in caso di elevato turn over dei medici. Per quanto riguarda l'utilizzo dei biomarcatori viene sottolineato con forza che il marcatore di necrosi di riferimento deve essere la troponina. Nel Documento vengono infine dettagliati i percorsi ospedalieri in relazione alla probabilità di SCA, stressando l'importanza dell'osservazione breve. Se il periodo di osservazione è "normale" a 12 ore, può essere indicato eseguire un test provocativo di ischemia, previa consulenza cardiologica. Alternativamente, se durante il periodo di osservazione compaiono alterazioni clinico/strumentali indicative di ischemia, i pazienti devono iniziare un percorso specialistico cardiologico o, in assenza temporanea di reattività cardiologica, monitorati clinicamente e strumentalmente in Medicina d'Urgenza (in conformità ad un protocollo d'intesa fra le due strutture). Il test del Documento sarà a disposizione dei Cardiologi e Medici dell'Urgenza nelle prossime settimane.



Binetti

Position Paper Percorso di valutazione del Dolore Toracico (PDT)

Struttura del position paper:

1° parte: revisione "evidence-based" della letteratura specifica (anamnesi, clinica, ECG 12D, Biomarcatori, "Imaging" etc.).

FINALITÀ:

formare l'evidenza per l'inclusione nel PDT

2° parte: modello generale di percorso di valutazione del dolore toracico (con definizione dei requisiti minimi) da adattarsi alle singole realtà.

FINALITÀ:

1) Identificazione intero spettro SCA (STEMI e NSTEMI) per intraprendere, prima possibile, la riperfusione negli STEMI ed iniziare percorso specialistico adeguato per NSTEMI;

2) identificare le emergenze cardiovascolari non coronariche (EP o dissezione aortica)

3) valutare la probabilità di SCA NSTEMI in pazienti con ECG non diagnostico o normale

Ottani

Reportage



Convention delle UTIC: la gestione del paziente acuto non coronarico

FRANCESCO MEUCCI

La Convention delle UTIC è stata una delle Sessioni più partecipate del Congresso sia per numero di presenze che per la discussione animata e concreta che si è svolta al termine degli interventi formali.

A partire dai dati del Censimento Infermieristico delle UTIC è stato delineato il profilo attuale della distribuzione delle UTIC nel nostro paese e della loro dotazione di strumenti assistenziali definiti "hi-tech" (contropulsatore aortico, ventilazione assistita non invasiva, emodiafiltrazione veno-venosa).

I risultati (Figura 1) dimostrano un numero sufficiente di UTIC sul territorio nazionale (la media è di una UTIC ogni 136.500 abitanti), con relativa carenza nelle regioni del Sud di UTIC dotate di emodinamica e con carenza generale di presidi hi-tech, infatti solo il 50% dispone di IABP e/o CPAP.

Uno dei concetti centrali emerso durante il Simposio è che è molto cambiata negli ultimi anni la tipologia dei pazienti ricoverati in UTIC (Figura 2), che in molti casi sono affetti da problematiche di tipo multidisciplinare ed il cui trattamento spesso richiede competenze diverse da quelle tradizionalmente presenti nel bagaglio culturale del Cardiologo. Si va dunque delineando la necessità di una figura professionale nuova definita "Cardiologo Intensivista", e la comunità dei Cardiologi Ospedalieri Italiani si deve confrontare con questa novità che è sen-

z'altro impegnativa sia sul piano culturale che organizzativo. Nella realtà dell'UTIC, infatti, una buona autonomia culturale in settori non cardiologici è diventata irrinunciabile soprattutto per i tempi rapidi nei quali bisogna adottare soluzioni utili ai pazienti critici. Anche il lavoro ed il ruolo professionale dell'infermiere di UTIC sta cambiando rapidamente, come sottolineato da D. Nait dell'Ospedale di Trieste, e quindi la necessità di una formazione continua anche per gli Infermieri è considerata una priorità assoluta; tutto questo a fronte di una carenza di personale infermieristico sempre più critica negli ospedali italiani con il rischio concreto di creare un carico di lavoro insostenibile.

A partire dalle considerazioni sopraesposte è stato sottolineato durante la discussione da molti dei Cardiologi intervenuti il ruolo fondamentale dell'ANMCO sia sul ver-

sante della formazione, dove qualcosa si sta già muovendo con la preparazione ormai in fase avanzata dei Corsi di Competenza Clinica per il Cardiologo di UTIC, sia sul piano degli studi clinici che dovrebbero raccogliere quello che viene fatto nelle nostre UTIC, unitamente ai risultati di outcome, a dimostrazione del valore insostituibile di questi presidi nei nostri ospedali.

Dalla Unità Coronarica alla UTIC

Che Cosa è Cambiato in 5 Anni

- + 6 % delle UTIC
- + 78 % delle UTIC con EMO – PCI
- Solo il 50% delle UTIC ospedaliere dispongono di Hi-Tech (c-PAP e IABP)
- La disponibilità di Hi-Tech non è omogenea sul territorio italiano

Figura 1

Duke University Hospital Trends in CCU Comorbidities and Therapies

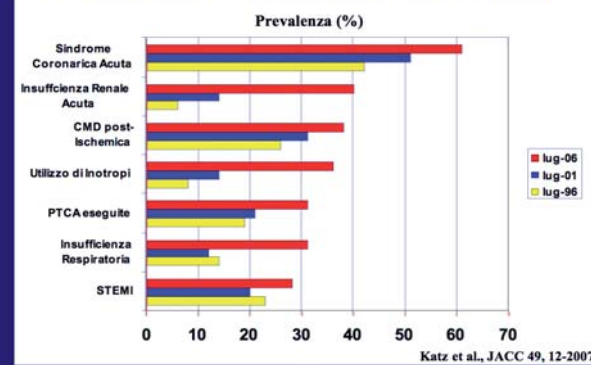


Figura 2

Reportage



Drug Eluting Stent 2007

MARCO VAGHETTI

Gli stent a rilascio di farmaco (DES) sono risultati superiori agli stent metallici tradizionali (BMS) nel ridurre la ripetuta rivascolarizzazione della lesione (TLR), con risultati estremamente positivi in una popolazione ad alto rischio

di ristenoosi quali i diabetici. I BMS presentano risultati paragonabili ai DES solo nelle lesioni situate in vasi di diametro $\geq 3,5$ mm. Una controindicazione all'uso dei DES è rappresentata dalla impossibilità di eseguire una doppia antiaggregazione pro-

lungata, terapia che consente di prevenire la trombosi intrastent tardiva (incidenza 0,4-0,6% annua), che le recenti meta-analisi dei trial randomizzati hanno dimostrato non essere superiore ai BMS, almeno per quanto riguarda le tipologie di lesioni trattate in questi studi. Tra i DES attualmente disponibili sul mercato la mole di dati maggiore riguarda gli stent a rilascio di sirolimus (CYPHER) e a rilascio di Paclitaxel (TAXUS). In alcune metanalisi dei trial

randomizzati gli stent a rilascio di sirolimus presentano una incidenza di eventi avversi cardiaci maggiori significativamente inferiore rispetto agli stent a rilascio di paclitaxel, mentre in una recente revisione di dati riferiti al mondo reale non sembrano esistere differenze tra i due tipi di stent. Nella pratica clinica i DES vengono utilizzati in lesioni estremamente complesse, in pazienti con comorbidità ed in condizioni cliniche instabili, condizioni non previste dagli studi randomizzati.

La prevalenza dell'utilizzo "off label" (80% dei casi) ha determinato una riduzione sia dell'efficacia, sia della sicurezza dei DES, stimolando la ricerca di nuove piattaforme, di nuovi polimeri e di nuovi farmaci, in grado di migliorare i risultati anche nelle situazioni più difficili. Uno dei più frequenti utilizzi "off label" dei DES è rappresentato dall'infarto miocardico acuto con soprasslivellamento del tratto ST (STEMI). Il razionale per l'uso dei



DES nella PTCA primaria è rappresentato dalla potenziale minore ristenosi e quindi TLR rispetto ai BMS. Questa premessa, validata in alcuni trial clinici (TYPHOON, SESAMI), non è stata tuttavia confermata in altri (PASSION, BASKET). Un dato particolarmente interessante nei pazienti sottoposti a PTCA primaria è la discrepanza tra ristenosi angiografica e necessità di rivascularizzazione

del vaso colpevole (necessaria solo nel 50% dei casi). Questa peculiarità è da attribuire alla minore necessità di perfusione del territorio infartuale (in cui miocardio funzionalmente normale coesiste con aree di fibrosi), che determina il mantenimento di una normale riserva coronarica (misurata mediante "fractional flow reserve") anche per valori di riduzione del diametro luminale funzionalmente "critici" in vasi tributari di un miocardio normale. In mancanza di dati definitivi l'utilizzo dei DES in corso di STEMI non sembrerebbe attualmente giustificato, soprattutto in considerazione della ritardata endotelizzazione e del rischio di trombosi intrastent. Una promettente alternativa ai DES nella PTCA primaria è rappresentata dagli stent a rapida endotelizzazione (Genous), potenzialmente in grado di ridurre sia la ristenosi sia il rischio di trombosi intrastent, senza necessità di una terapia antiaggregante combinata per lungo tempo.

Reportage



Riabilitazione cardiologica nel paziente con Scompenso Cardiaco Cronico

DANIELA INNOCENTI

La crescita del numero dei centri riabilitativi cardiologici non è stata proporzionale alla crescente prevalenza dello Scompenso Cardiaco Cronico (SCC). La riabilitazione è un momento organizzativo della fase post-acuta di malattia, volto a garantire continuità assistenziale tra ospedale e territorio, durante il quale mettere in atto interventi terapeutici multidisciplinari individualizzati al fine di migliorare la capacità funzionale, ridurre le re-ospedalizzazioni e la mortalità, ottimizzare la terapia, correggere i fattori di rischio cardiovascolari, educare (paziente e familiari) ad una corretta alimentazione, all'esercizio fisico, all'astensione dal fumo, e favorire il reinserimento sociale e lavorativo. Alcune metanalisi hanno dimostrato che l'allenamento migliora la tolleranza all'esercizio e la qualità della vita in pazienti con lieve o moderato SCC. La riduzione della mortalità e delle ri-ospedalizzazioni è stato dimostrato in pazienti di età inferiore ai 70 anni, in classe NYHA II-

III, con FE compresa tra 25-40%, soprattutto con eziologia ischemica, in RS o FA, stabili clinicamente. Il training fisico migliora la funzione del ventricolo sinistro (agendo sul rimodellamento ventricolare, sul rilasciamento diastolico, sulla perfusione coronarica), riduce la vasocostrizione periferica, promuove l'azione fibrinolitica e antitrombotica dell'endotelio, migliora la sensibilità all'insulina, ha effetti benefici sul muscolo striato, determina il rilascio centrale delle endorfine.

È recente l'acquisizione del ruolo dell'attività fisica nel ridurre lo stress ossidativo (che favorisce la progressione dello SCC). L'impegno del Servizio Sanitario Nazionale (enunciato nel Piano Sanitario 2006-2008) è quello di ga-

rantire che l'intervento riabilitativo sia precoce per ridurre gli esiti invalidanti, per il pronto recupero funzionale e/o lo sviluppo di competenze sostitutive.

Per realizzare ciò, occorre sviluppare strumenti di governo clinico e di valutazione della qualità, tramite indicatori di struttura, di processo e di esito, implementando l'uso di Linee Guida e di percorsi assistenziali, fondati sui principi della EBM, quindi colmare gap culturali e gestionali per evitare sprechi di risorse umane e professionali. In tale contesto, determinante diventa la competenza, consapevolezza e responsabilità del Cardiologo clinico.

ACC/AHA Practice Guidelines

ACC/AHA 2005 Guideline Update for the Diagnosis and Management of Chronic Heart Failure in the Adult

A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines Writing Committee to Update the 2001 Guidelines for the Evaluation and Management of Heart Failure

Heart failure disease-management programs vary in their content:

1. intensive patient education,
2. encouragement of patients to be more aggressive participants in their care,
3. close monitoring through telephone follow-up or home nursing,
4. careful review of medications to improve adherence to evidence-based guidelines,
5. multidisciplinary care with nurse case management directed by a physician.

Linee Guida ACC/AHA 2005: gestione del paziente con SCC



Registro PRIMA Costa troppo, ma dopo potrebbe essere troppo tardi.

Indicazioni restrittive od estensive all'impianto di defibrillatore in prevenzione primaria nei pazienti con disfunzione ventricolare sinistra

ANNAMARIA VIANELLO

Il registro PRIMA (prevenzione morte aritmica) dell'Associazione Italiana di Aritmologia e Cardioritmiologia si pone l'obiettivo di monitorare la realtà clinica nel trattamento dei pazienti candidati ad impianto di defibrillatore automatico (ICD) per la prevenzione della Morte Improvvisa. I numeri che ne usciranno confermeranno il fatto che, per un problema di costi, le linee guida di fatto vengono applicate in una percentuale troppo esigua di pazienti, pari al 40% circa.

È proprio quello che tiene a puntualizzare Michele Brignole: dopo un'esperienza più che ventennale, non si discute più dal punto

di vista scientifico sull'indicazione estensiva dell'ICD nella prevenzione della Morte Improvvisa nei pazienti con disfunzione ventricolare sinistra. La Morte Improvvisa è comunque imprevedibile, pertanto non esistono attualmente criteri sicuri in grado di suggerire indicazioni più restrittive all'impianto di defibrillatore automatico. È solo un problema di costi.

Su 240.000 pazienti con indicazione ad impianto di defibrillatore automatico solo 10.000 possono usufruire di questa chance di sopravvivenza; ricordiamoci comunque che è una chance non una certezza perché Morte Improvvisa non si identifica sempre

con fibrillazione ventricolare.

Padeletti, attraverso una carrellata sui principali trial clinici, ci mostra i criteri restrittivi all'impianto di defibrillatore automatico. Molon ci propone la microrilevazione dell'alternanza dell'onda T come strumento clinico di stratificazione clinica del rischio di morte aritmica, ma la Morte Improvvisa non è direttamente proporzionale al grado di instabilità elettrica nei pazienti a rischio con insufficienza ventricolare sinistra.

Pertanto il "grido contro una campana di vetro" è un monito unanime ad intervenire PRIMA, impegnandosi a ridurre i costi più che le indicazioni cliniche.

Reportage



La pervietà del forame ovale, la cefalea e lo Stroke. Associazione casuale o relazione causa-effetto?

SIMONA MARCORA

Studi autoptici hanno dimostrato un'alta incidenza di pervietà del forame ovale, presente in un soggetto su quattro della popolazione sana. In Italia, circa il 40% della popolazione soprattutto femminile, è affetta da emicrania. Un possibile legame sembrerebbe esserci tra queste due patologie così frequenti, dovuto a microemboli paradossali e/o a sostanze chimiche vasoattive che, attraverso lo shunt destro-sinistro intracardiaco raggiungerebbero il circolo cerebrale. Studi hanno dimostrato che i pazienti con emicrania hanno una maggiore prevalenza di PFO rispetto alla popolazione generale, soprattutto se associata ad aurea; peraltro nei sub con PFO vi è un'elavata prevalenza di emicrania. Il

75% dei pazienti con PFO ed emicrania con aurea va incontro a completa risoluzione della sintomatologia dopo la chiusura del PFO e il 40% ad un miglioramento della sintomatologia (Azarbal e colleghi, JACC 2005; 45:489-92).

Di recente il "MIST I Trial", un grosso studio a doppio cieco prospettico e randomizzato a placebo, ha valutato gli effetti della chiusura del PFO sull'emicrania. Esso non ha raggiunto l'endpoint primario della completa eliminazione della cefalea ma nella metà dei pazienti ha portato ad una riduzione del 50% dei giorni con emicrania, anche se tale percentuale è simile a quella ottenuta con il trattamento farmacologico. Inoltre lo studio ha confermato che la probabilità di emicrania sembrerebbe correlata alle di-

mensioni del PFO, aumentando di circa 6 volte per PFO di medie dimensioni (9.2 ± 3.3 mm) e con shunt moderato.

L'emicrania a sua volta è un fattore di rischio indipendente per stroke ischemico, soprattutto nelle giovani donne che fumano e fanno uso di progestinici. Il rischio di stroke, rispetto alla popolazione generale è aumentato di 2.88 volte nel caso di emicrania con aurea, di 1.56 nell'emicrania senza aurea e di 8.72 volte se si assumono contraccettivi orali.

Nel tempo si è osservato che i pazienti sottoposti a chiusura del PFO dopo stroke "criptogenetico" l'emicrania (soprattutto quella con aurea) aveva una prevalenza più di due volte superiore (22-60%) che non nella popolazione generale. Nei pazienti emicranici che sono stati sottoposti a chiusura del PFO per prevenire stroke criptogenetici ricorrenti più della metà hanno riferito una completa risoluzione o una ridotta frequenza o intensità degli episodi cefalici. Sembrerebbe quindi esserci una forte correlazione tra PFO, emicranie e maggiore rischio di

stroke criptogenetici, con l'embolia paradossale come denominatore comune. A fronte di tutte queste evidenze a tutt'oggi la chiusura del PFO, indicata in pazienti con multipli eventi neurologici nonostante la terapia medica e controversa dopo un primo

evento neurologico, non trova indicazioni in pazienti con emicrania dove resta un'ipotesi ancora da suffragare da studi randomizzati e con lunghi follow up. In materia, ha concluso il Dott. Angelo Ramando, siamo ancora all'inizio. C'è molto da imparare e

lavorare; fondamentale sarà un approccio multidisciplinare in stretta collaborazione con i colleghi neurologi, come ha puntualmente annotato il Dott. Mario Carminati tra i moderatori di quest'interessante e attuale sessione.

Reportage



Chiusura dei Lavori. Lettura Magistrale del Prof. Maseri in ricordo del Prof. Feruglio

ELENA PEDEMONTE

Il XXXVIII Congresso Nazionale dell'ANMCO si è concluso con la Lettura Magistrale tenuta dal Prof. Attilio Maseri, Presidente della Federazione Italiana di Cardiologia. Le prime parole sono state in ricordo del Prof. G.A. Feruglio, che assieme ad altri "pionieri" della Cardiologia Italiana ha fortemente voluto la nostra Associazione. Il pensiero è volato veloce agli anni dello studio, della ricerca, del primo importante trial italiano, il GISSI I. Come è cambiato in questi anni il panorama della Cardiologia Italiana? Quali sono le prospettive? Quali i progetti ancora da realizzare? Il Prof.

Attilio Maseri ha risposto a sette domande poste dal Presidente dell'ANMCO, Dott. Francesco Chiarella. La Cardiologia in Italia ha già compiuto enormi passi nello scenario nazionale ed internazionale. Il Giornale Italiano di Cardiologia, trasformatosi nel Journal of Cardiovascular Medicine ha le potenzialità per imporsi con autorità nel panorama della produzione scientifica internazionale. La speranza è che sempre più si comprenda che solo tramite l'accordo e lo sforzo comune dei Cardiologi tutti e delle Società di settore, si possono ottenere risultati nel campo della ricerca, dei percorsi formativi, degli

standard assistenziali. Un sogno da realizzare è la creazione di una cartella clinica cardiologia computerizzata, che segua il paziente lungo tutto il suo percorso. Uno strumento cioè che fornisca informazioni necessarie alla cura del paziente ma che diventi anche ausilio della ricerca, tramite la possibilità di accedere ad una banca dati comune. Utopia? Il Prof. Attilio Maseri non lo crede. In fondo molti dei successi ottenuti in campo scientifico partono da idee spesso considerate irrealizzabili. Ci piace riportare le tre raccomandazioni con le quali il Prof. Maseri saluta il Presidente entrante della Federazione, poiché hanno valenza per tutti i Cardiologi che hanno voglia di impegnarsi con curiosità e dedizione nella ricerca: "proponiti degli obiettivi in cui credi e definisci i tempi in cui realizzarli"; "coinvolgi nell'impresa tutti i Cardiologi di buona volontà e pronti ad offrire il loro tempo"; "impegnatevi assieme per raggiungerli".



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". Questa scelta è conseguente al lavoro svolto in questi due anni con l'avvio della costruzione delle "Reti per specialità" che ora, in questo settore, viene ufficializzata. La Rete Cardiologica è concepita, in aderenza con le indicazioni delle Società Scientifiche, e dell'ANMCO in particolare. 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. Lo spettro delle attività previste dal Piano è ampio e completo poiché va dalla prevenzione, ai percorsi di cura, alla riabilitazione. Il Piano si pone obiettivi ambiziosi che si 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). E' 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 efficace gestione delle emergenze cardiologiche?

Il confronto con l'ANMCO, da cui abbiamo acquisito ampia documentazione, ha avuto la sua importanza. Dalla mia partecipazione al convegno del febbraio 2007, in particolare, ho ricavato la sensazione che aprire una discussione a questo livello poteva essere liberatorio. Spesso anche professionisti che hanno grandi qualità professionali non riescono a liberarsi del proprio punto di vista. La discussione e il confronto pubblico con Associazioni che guardano ai problemi generali consente alla politica di operare scelte con maggiore consapevolezza. 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 all'emergenza-urgenza, nella proposta di Piano la questione viene affrontata nella logica della "Rete

Cardiologica" per costituire 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. Esistono iniziative lodevoli, realizzate da singole Aziende Sanitarie ma anche da alcuni Comuni. Ricordo tra tutte la bella iniziativa di Altomonte che, nel progetto "Altomonte, città della prevenzione", ha coinvolto ampie fasce di popolazione, categorie economiche (ristorazione, palestre, ecc.) e le scuole. L'ambizione è quella di estendere queste "buone pratiche" il più possibile sul territorio regionale. 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 vor-

* Riproponiamo in questo numero la versione integrale dell'intervista all'Assessore Doris Lo Moro

rei 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 conoscenza dei dati epidemiologici, non consente per il futuro nessuna sottovalutazione, determinando la necessità di intervenire sul piano della prevenzione soprattutto riguardo alle malattie cardiovascolari e ai tumori femminili (e in tal senso si sta facendo già un grande sforzo).

La nostra regione ha una lunga storia di migrazione sanitaria per interventi di cardiocirurgia. Come ha intenzione di operare per colmare le lacune che ancora esistono?

Nel corso degli ultimi 10-15 anni la situazione dell'assistenza cardiocirurgica 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. Da un paio di anni, inoltre, è stata autorizzata una nuova Cardiocirurgia su Reggio Calabria, in corso di attivazione nell'ambito di un progetto assai avanzato finalizzato a dare risposte adeguate ed integrate rispetto alla problematica cardiovascolare. 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 regio-

ne. 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.

Si parla molto di federalismo fiscale, quali saranno le ripercussioni negative e positive per la Sanità, per le varie realtà regionali ed in quella calabrese in particolare?

L'approdo al federalismo fiscale è inevitabile e, per molti aspetti, auspicabile. Ovviamente tale approdo dovrà essere programmato per evitare che le Regioni più in difficoltà ne subiscano traumi aumentando il divario tra il Nord e il Sud nel Paese. L'azione che la nostra Regione sta esercitando, in unità di intenti con le altre regioni meridionali, è mirato a stabilire le condizioni per evitare tali rischi. La prospettiva del federalismo fiscale rende ancora più urgente una profonda riforma del nostro Servizio Sanitario. An-

che la Calabria deve fare la sua parte ed assumersi le proprie responsabilità. Occorre dare servizi efficienti ed appropriati ai cittadini, riducendo al massimo le grandi inefficienze che ora esistono. Occorre cominciare dal riordino della rete ospedaliera, realizzare una maggiore produttività delle risorse umane e strumentali esistenti, eliminare gradualmente inapproprietezza organizzative, prescrittive e strutturali.

Il Piano vuole produrre questa grande riforma. Rappresenta la risposta alla domanda dei cittadini per una Sanità regionale paragonabile a quella delle regioni più avanzate. Se realizzeremo la riforma ridurremo i rischi, soprattutto finanziari, della trasformazione in senso federale del nostro paese. Voglia aggiungere, a chiarimento dei ripetuti riferimenti alla proposta di Piano, che si tratta di un progetto che rappresenta per certi versi la sintesi, l'organizzazione sistematica ma anche l'evoluzione e il rilancio del lavoro svolto dal Dipartimento Tutela della Salute negli ultimi due anni. Questo per chiarire che le riforme, quelle vere e destinate ad essere durature, nascono nel tempo, anche quando vengono affidate ad un atto complesso e compiuto come un nuovo Piano Sanitario.



Comitato di Redazione Congress News Daily 2007



ANMCO
ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDIOLOGI OSPEDALIERI
Via La Marmorata, 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

