



# CONGRESS News

2 0 0 7

D A I L Y

MARTEDÌ 5 GIUGNO

OGGI AL CONGRESSO

Continuano i lavori del  
Cardionursing 2007

Simposio congiunto  
ANMCO-ISS-CCM  
ANMCO e decisore pubblico:  
domande, interazioni e prospettive  
Sala Angelico  
ore 08.00-09.30

Simposio  
STEMI: Hot Topics 2007  
Sala Michelangelo  
ore 08.00- 09.30

Simposio  
Gestione integrata dei pazienti  
con Dolore Toracico  
Sala Donatello  
ore 08.00-09.30

Main Session  
Convention delle Unità di Terapia  
Intensiva Cardiologia: la gestione  
del paziente acuto non coronarico  
Sala Michelangelo  
ore 09.45-12.15

Seminario  
Drug Eluting Stent 2007  
Sala Michelangelo  
ore 15.30-16.30

Lettura Magistrale  
Le prospettive della cardiologia  
italiana in onore  
del Prof. G.A. Feruglio  
Sala Michelangelo  
ore 16.30-17.15

CARDIOLOGIA NEGLI OSPEDALI



Reportage

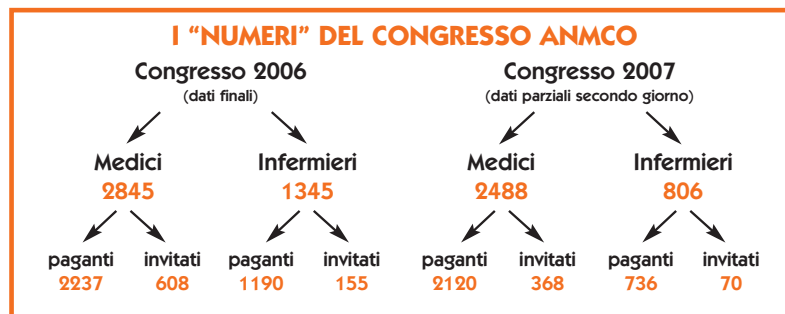


## Gli studi clinici dell'ANMCO

ALDO PIETRO MAGGIONI

Come è ormai tradizione del Congresso Nazionale ANMCO, si è tenuta nella giornata di ieri la Main Session "Gli Studi Clinici dell'ANMCO". Quest'anno si sono discussi studi molto eterogenei fra loro: il Censimento FIC delle strutture cardiologiche italiane nell'anno 2005, lo studio AREA IN-CHF, e la ricerca "Cuore e Qualità". Donata Lucci del Centro Studi ANMCO, che ha svolto il ruolo di centro di coordinamento del censimento FIC delle strutture cardiologiche italiane nell'anno 2005, ha evidenziato come nel 2005 erano 728 gli ospedali italiani (48%) forniti di strutture cardiologiche e, tra questi, oltre la metà era dotato di UTIC. Dalle 380 UTIC nel 2000 si è infatti passati alle 411 attuali, con una disponibilità complessiva di 2.573 posti letto (+10%), cioè una media di 1 posto letto ogni 21.816 abitanti e di una UTIC ogni 136.577 abitanti. Nel complesso le UTIC risultano adeguate al fabbisogno nazionale e distribuite in modo omogeneo su tutto il territorio, con un incremento dell'8% rispetto al 2000, particolarmente significativo al Sud dove il numero di posti letto intensivi è aumentato del 19% contro il 4% del Nord e il 9% del Centro. Il gap esistente nel 2000, per quanto riguarda la distribuzione geografica delle UTIC, si è, nel corso di questi ultimi 5 anni, un po' ridotto. Lo stesso andamento non si riscontra invece per le attività di alta tecnologia.

Sono risultate in aumento le strutture ospedaliere in grado di eseguire interventi invasivi ad alta tecnologia: quasi 1 ospedale su 3 ha al suo interno un laboratorio di emodinamica diagnostica ed interventistica, con una media di una UTIC così dotata ogni 290.845 abitanti, mentre nel 2000 solo un ospedale su quattro disponeva di questi servizi con una media di una UTIC con emodinamica interventistica ogni 500.000 abitanti. Negli ospedali dotati di unità operativa di Cardiologia uno su cinque è in grado di eseguire un'angioplastica 24 ore su 24; gli interventi di angioplastica primaria sono più che triplicati, passando dai



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



circa 6.000 del 2000 ai 17.214 del 2005. I dati del Censimento evidenziano, inoltre, che tra gli ospedali dotati di cardiologie il 43% dispone di un laboratorio di elettrofisiologia, ovvero una struttura in grado di effettuare prestazioni diagnostiche ed interventistiche come ad esempio impianti di pacemaker e di defibrillatori ed il 57% di questi è in grado di eseguire la terapia ablativa delle aritmie.

Nel Sud infatti gli ospedali in grado di fornire prestazioni specializzate, seppur in crescita, sono quasi la metà rispetto al Nord: 24% (19% nel 2000) contro 42%. Situazione analoga per i laboratori di elettrofisiologia presenti nel 52% degli ospedali del Nord e solo nel 32% di quelli del Sud e nel 48% del Centro. Anche il ricorso alla trombolisi preospedaliera è molto più diffuso nel Nord (27%) rispetto al Centro (9%) e al Sud (7%). Nel persistente divario geografico è comunque evidente la marcia al recupero del Mezzogiorno che resta ancora in grave ritardo.

È questo il quadro organizzativo che emerge dal Censimento delle strutture cardiologiche, realizzato dall'ANMCO in collaborazione con la Società Italiana di Cardiologia (SIC), che fotografa la mappa dello "stato di salute" delle strutture cardiologiche in Italia.

Il secondo studio, AREA IN-CHF, è stato presentato da Alessandro Boccanelli. Si conosce da tempo il ruolo positivo della terapia con bloccanti recettoriali dell'aldosterone nei pazienti con scompenso cardiaco grave e depressa funzione del ventricolo sinistro. Lo studio RALES aveva dimostrato che lo spironolattone è in grado di migliorare mortalità totale, cardiovascolare e improvvisa dei soggetti che nonostante il meglio dei trattamenti raccomandati sono ancora gravemente sintomatici (classe NYHA III-IV). Non è invece noto quale sia il ruolo di questa classe di farmaci nei soggetti con scompenso cardiaco di minore gravità (classe NYHA II). In attesa di studi specifici di mortalità/morbilità che valutino il profilo di beneficio/rischio dei bloccanti dell'aldosterone nei pazienti con scompenso lieve, è stato pianificato lo studio AREA IN-CHF allo scopo di valutare la capacità del canrenoato di potassio di agire sul remodelling ventricolare sinistro, valutato con la ecocardiografia tradizionale.

Dopo un anno di trattamento, nei 382 pazienti con eco disponibile, l'aggiunta di canrenoato alla terapia standard nei pazienti scompensati in classe NYHA II non ha determinato una ulteriore riduzione dei volumi del ven-

tricolo sinistro, mentre si è osservata una riduzione della massa ventricolare sinistra.

Come end point secondario sono state misurate anche le concentrazioni plasmatiche del BNP che è risultato significativamente ridotto dalla terapia con canrenoato. Consistentemente con la riduzione del BNP, si è osservato un miglioramento della sintomatologia clinica dei pazienti inclusi nel gruppo di trattamento con canrenoato rispetto a quelli randomizzati al placebo. La riduzione del BNP è risultata anche in linea con il miglioramento dei marker ecocardiografici di riempimento ventricolare sinistro e con una riduzione delle dimensioni atriali. Anche se lo studio non era dimensionato per evidenziare differenze in termini di eventi clinici, nel gruppo con canrenoato si sono verificati un numero minore di casi di decesso e di necessità di ospedalizzazione per scompenso cardiaco.

L'ultimo studio "Cuore e Qualità", presentato da Carlo Schweiger, fotografa il livello di soddisfazione dei pazienti ricoverati o valutati ambulatorialmente nelle cardiologie italiane. Lo studio è stato realizzato in collaborazione con l'Istituto di ricerca GfK Eurisko.

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. 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 in-

fermieri 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. Per i pazienti la qualità delle "cure pubbliche" per il cuore sembra essere 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. Questo riscontro è comparabile al nord, al centro e al sud dell'Italia, non evidenziando, almeno in questo caso, le disparità sicuramente ancora esistenti in termini di accesso alle procedure ad elevata tecnologia.

Insomma la Cardiologia del Servizio pubblico viene apprezzata dagli italiani che riconoscono l'alto livello di qualità delle cure: il 71% degli intervistati dice di aver completamente o parzialmente risolto il problema di salute per il quale è stato ricoverato e il 90% di essere riuscito a tornare a una vita normale, magari con qualche limitazione, una volta dimesso. Non manca tuttavia chi ha avuto risultati meno soddisfacenti, in 2 pazienti su 10, per esempio, è stato possibile solo stabilizzare il problema cardiologico e il 4% dei pazienti, una volta dimesso, si è trovato a fare i conti con gravi limitazioni.

Reportage



## La valutazione dell'appropriatezza in Cardiologia tra Linee Guida protocolli e limitatezza delle risorse

FRANCESCO MEUCCI

**L**a Main Session di ieri mattina è stata giustamente definita dal Dott. Di Pasquale, che ha moderato insieme al Prof. Fedele, "un simposio di tipo federativo", infatti l'organizzazione è stata con-

giunta (ANMCO-SIC) e fra i relatori sono intervenuti i Presidenti delle principali Società Scientifiche di settore (SIEC, GISE e AIAC). L'argomento, di per sé complesso, dell'appropriatezza in Cardiologia è stato

affrontato nei suoi aspetti generali ed in relazione a ciò che viene fatto nei diversi settori. La definizione più utilizzata di appropriatezza in medicina è quella di R. Brook: "...è appropriata quella prestazione per cui i benefici per il paziente superano i rischi in misura tale da giustificare l'erogazione..." A partire da questo concetto ciascun relatore ha espresso il proprio punto di vista su come avvicinare il proprio settore di interesse (dalla Cardiologia ambulatoriale all'Emodinamica, alla Elettrofisiologia) ad un "appropriato" funzionamento sia in termini di vantaggio clinico per i pazienti che in termini di spesa sanitaria. Sono stati presentati dati molto interessanti sul numero di impianti di ICD e sul numero di angioplastiche coronariche divisi per regione italiana

AIAC Associazione Italiana Aritmologia e Cardioritmologia Registro Italiano Pacemaker Defibrillatori

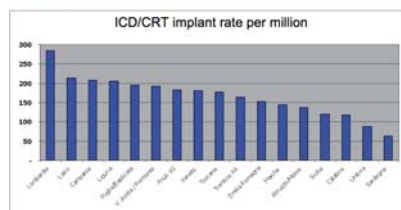


Figura 1

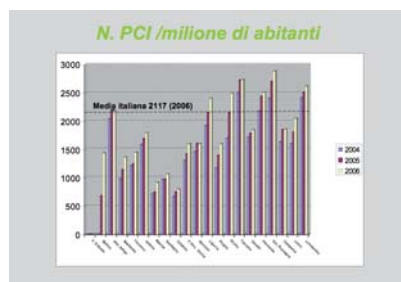


Figura 2

(fig. 1 e 2). Questi dati dimostrano, nel caso degli ICD, un ampio sottoutilizzo di questa terapia (circa il 15% dei pazienti con indicazione riceve un ICD oggi in Italia) e nel caso della PTCA invece un numero complessivo di interventi in linea con il numero atteso (circa 2.100 PTCA per milione di abitanti). In entrambi i casi si verifica nel paese un divario notevole fra le regioni del centro-nord e quelle del sud; la capacità di colmare questo divario è senz'altro uno dei punti di partenza per migliorare la qualità dell'assistenza cardiologica in Italia. Insieme ai dati di settore emerge prepotentemente da questo simposio il ruolo centrale del medico,

che per natura della sua professione si pone al centro dei rapporti (e dei conflitti) in sanità (fig. 3) nell'assicurare il "governo" dell'appropriatezza nella pratica clinica, attraverso strumenti quali Linee Guida, dati di registro, consensus conferences applicati al concreto lavoro quotidiano. Il ruolo, al tempo stesso ovvio ed importantissimo, delle Società Scientifiche, come sottolineato dai relatori e dai moderatori, è quello di fornire questi strumenti di "lettura".



Figura 3

Reportage



## La gestione del paziente con FA

DANIELA INNOCENTI

Le opzioni terapeutiche oggi disponibili per la FA sono molteplici. I farmaci antiaritmici (farmaci di classe IC o sotalolo come prima opzione in pazienti senza malattia cardiaca strutturale; amiodarone come prima opzione in pazienti con LVH, CAD o HF) sono solo moderatamente efficaci. Nei pazienti poco sintomatici e nei quali vi è un rapporto rischio/beneficio sfavorevole occorre considerare soluzioni alternative: il controllo della FC o l'ablazione, a cui nell'ultima decade si è guardato con crescente interesse. In pazienti con patologia cardiaca va considerata la "upstream therapy" con farmaci di consolidata sicurezza ed efficacia sul rimodellamento, quali ACE-I, Sartani, statine e  $\Omega$ -3. I trials randomizzati, tra cui l'AFFIRM, che confrontano controllo ritmo vs controllo FC non documentano vantaggi dal mantenimento del RS, potenzialmente però esistenti se si disponesse di mezzi più efficaci (nuovi farmaci antiaritmici con minori effetti collaterali o farmaci atospecifici o agenti sul "substrato"). Per quanto riguarda l'approccio elettrofisiologico (ablazione transcateretere), la possibilità di accedere all'atrio sinistro consente l'identificazione dei foci trigger nel singolo paziente e la modifica del substrato. L'eliminazione del trigger richiede spesso l'isolamento elettrico delle VP mediante isolamento o encircling. Esiste poi il meccanismo dei rientri multipli, per gestire i quali emergono nuovi protocolli stereotattici di ablazione. L'approccio "ablate and pace", efficace nel ridurre la FVM, migliorare i sintomi e la FE (in caso di tachicardiomiopatia), ridurre i ricoveri, è però gra-

vato da complicanze legate alla procedura, alla necessità di impiantare il PM. Non sono noti i risultati a lungo termine, occorre proseguire la TAO per la persistenza della FA, la procedura implica un danno irreversibile. Le Linee Guida AIAC 2006 riservano questa opzione a pazienti anziani con FA parossistica/persistente o FAC refrattaria alla terapia farmacologica, responsabile di sintomi severi (dispnea, palpitazioni, angina, sincope) e a pazienti anziani affetti da malattia del nodo del seno tipo bradi-tachi, già portatori di PM con episodi sintomatici frequenti di FA ad alta FVM, non sensibile a terapia farmacologica (classe I). I dati dell'Euro Heart Survey on Atrial Fibrillation (EHS-AF), nato per valutare prevalenza ed outcome dei diversi tipi di FA e l'adesione nel "real word" cardiologico alle Linee Guida internazionali, dimostrano un'adesione influenzata dall'età, fino dal momento del ricovero, alla scelta dei percorsi diagnostici e terapeutici. La TAO risulta ancora sottoutilizzata negli anziani; come già noto per altre patologie, anche nella FA, molti pregiudizi associati all'età condizionano significativamente il comportamento clinico.

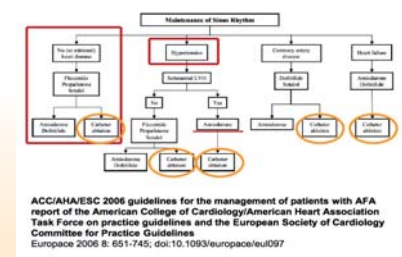


Fig. 1 Linee Guida 2006

## Intervista al Prof. Stefano Sdringola del Texas Medical Center

ANNAMARIA NICOLINO

**Data la tua decennale esperienza alla Texas University come Weatherhead Distinguished Chair in Heart Disease ci vuoi dare qualche informazione per capire le dimensioni e le caratteristiche della struttura in cui operi?**

L'Università del Texas di Houston e l'Hermann-Memorial Hospital (dove faccio attività clinica) fanno parte integrante del Texas Medical Center Campus (TMC), una città nella città, con oltre 100 edifici dedicati all'educazione, alla ricerca medica ed alla cura di pazienti che affluiscono da tutto il mondo. Per darvi un'idea delle dimensioni, al TMC ci sono 20.000 studenti a tempo pieno, 60.000 persone impiegate ed oltre 100.000 tra pazienti e visitatori ogni giorno. La concentrazione in un unico centro di una tale cultura medica permette di incontrare esperti nei settori più svariati, offrendo l'opportunità di sviluppare le proprie idee a chiunque. A chi ci viene a visitare per la prima volta amo ricordare che una volta dentro al TMC il limite siamo noi stessi, non le risorse disponibili.

**Quali sono i principali interessi di ricerca e ambiti di attività?**

Gli ambiti di ricerca sono i più svariati e simili a quelli che si possono trovare probabilmente in tutto il resto del mondo. La caratteristica peculiare è che qui sono concentrati geograficamente in un fazzoletto di terra e disponibili a tutti. Per la Cardiologia, i fiori all'occhiello sono nomi storici come De Bakey o Cooley, o più recentemente Willerson, Gotto, Gould e molti altri.

**Puoi dirci tre pregi e tre difetti della "sanità" in Italia ed negli Stati Uniti?**

Il difetto principale della sanità USA secondo me è da riferire ai costi esorbitanti. Circa 30

milioni di americani (circa il 15% della popolazione) hanno un accesso limitato anche ai servizi sanitari più elementari, per mancanza di copertura sanitaria pubblica o privata. La salute non è certamente vista come un diritto e le cure mediche sono considerate un servizio come qualsiasi altro. Questo è accettato dagli americani in base alla loro storia, alla loro cultura. Un altro ovvio difetto è la tendenza ad eccedere nel fornire interventi medici. Questo avviene perché i guadagni dei medici aumentano con il numero di servizi offerti. È uno strano mercato in cui i medici forniscono il servizio ed allo stesso tempo creano la domanda. Potremmo chiamarlo facilmente conflitto di interessi. Il pregio della sanità USA è da ricercare nella ricchezza di risorse, dall'efficienza del sistema basato sulla meritocrazia e senso di responsabilità. Sul sistema italiano per me è difficile pronunciarmi perché sono stato fuori dall'Italia per troppi anni. Il grande merito è quello di garantire la salute come un diritto e questo credo che gli italiani debbano apprezzarlo invece di pretenderlo. Ci sono realtà italiane di grande prestigio, conosciute all'estero, nonostante le grandi difficoltà che immagino debbano affrontare in presenza di risorse limitate. La difficoltà aguzza l'ingegno. Per questo molti italiani hanno successo quando vengono negli Stati Uniti. È un peccato però che molti "cervelli" lascino l'Italia per non tornare mai più indietro. Ed è un peccato che la figura del medico in Italia non sia valorizzata come meriterebbe con salari ospedalieri e meccanismi di promozione che disincantano anche i più entusiasti.

**Quale metodica pensi sia di maggior riferimento per il presente ed il futuro dell'imaging cardiaco?**

Credo che la tecnologia non-invasiva prenderà il sopravvento con informazioni anatomiche e funzionali sempre più precise. Al momento non esiste una metodica che da sola possa offrire entrambe le informazioni in maniera precisa. Al momento la angiografia non-invasiva richiede spesso di essere complementata da un esame funzionale quale PET o SPECT. In futuro mi piacerebbe avere tutte le informazioni necessarie con un singolo esame

quale la risonanza magnetica, ma credo che la strada sia ancora lunga. Forse oltre a cercare nuove tecnologie e nuovi test da fare, dovremmo fare un passo indietro e riuscire a selezionare meglio i pazienti che effettivamente traggono beneficio dall'imaging e dalla terapia conseguente, altrimenti ci troveremo di fronte una pleora di informazioni che porteranno ad ulteriori approfondimenti diagnostici con una spesa sanitaria ingiustificata senza provato beneficio.

**E quale ambito di ricerca al momento è più "hot"?**

Il fatto che sia "hot" non è detto che sia utile o innovativa. Penso che la nanotecnologia e la Cardiologia molecolare siano un campo di ricerca che può rivoluzionare il modo di fare medicina.

**Come pensi sarà il futuro trattamento della cardiopatia ischemica? Cellule staminali? Terapia genica? Altro?**

La ricerca è affascinante ed è una virtù umana, ma nella cardiopatia ischemica prima di cercare una panacea dovremmo fare molto di più in termini di prevenzione primaria e secondaria. Secondo me il futuro è già qui a portata di mano.

Dovrebbe consistere nell'implementare le nostre conoscenze sulla terapia farmacologica disponibile ma soprattutto sulla modificazione dello stile di vita (principalmente dieta ed esercizio fisico) che insieme costituiscono un'arma di provata efficacia per la cura e prevenzione della cardiopatia ischemica. L'educazione alla salute dovrebbe cominciare alle scuole elementari e proseguire tutta la vita.

**Secondo la tua opinione le metodiche di imaging cardiaco (CT, PET, SPECT, RM) devono essere gestite e refertate da una competenza cardiologica o radiologica superspecialistica?**

Un radiologo può certamente refertare ognuno di questi test, però il cardiologo vede i pazienti, il cardiologo conosce la fisiologia e la patologia del paziente, il cardiologo richiede uno specifico test per confermare una specifica diagnosi. Il cardiologo deve dare un senso clinico all'immagine disponibile e collegarla al trattamento. Interpretare, non semplicemente "refertare", un'immagine in Cardiologia richiede queste informazioni e conoscenze complementari che il radiologo non può avere. Il cuore è un organo complesso e affascinante, in continuo movimento. Lasciamolo a chi può prendersene cura. Almeno finché si muove!



Texas Medical Center Campus (TMC) - Houston

Reportage



## Terapia cellulare: a che punto siamo

SIMONA MARCORA

**L**a terapia cellulare con cellule staminali sta destando sempre più interesse ed accese discussioni anche tra i Cardiologi. Dal 2002 fino ad oggi sono state portate avanti molte sperimentazioni e trials clinici (8 negli Stati Uniti e 4 in Europa tutt'ora in corso). Anche in Italia molti centri sono impegnati in questo ambito di ricerca, con una necessità di unire le forze, come ha spronato il Dott. Pompilio. Dal punto di vista sperimentale ci sono ancora molte domande aperte in merito a quale sia il tipo cellulare ideale, su dove si indirizzino e su come si differenzino le cellule staminali. In modelli murini d'ischemia cardiaca con riperfusione, si è osservato che le cellule staminali stimolate o iniettate creano beneficio

funzionale in termine di funzione ventricolare senza un reale aumento del numero di miocardiociti. Interrogandoci sul loro meccanismo d'azione, come ci ha mostrato il Dott. Latini. Inoltre il passaggio dal modello sperimentale a quello clinico non è automatico. I due modelli sono poco sovrapponibili per quanto riguarda dimensione dell'area infartuale, dose, periodo di trattamento e tempo di riperfusione. Dal punto di vista clinico i trials, criticamente relazionati dal Dott. Achille, sono caratterizzati da breve periodo di follow up, basso numero di pazienti e prevalenza di cardiopatia ischemica. "First line" e "Revival 2", i due trials clinici ad oggi disponibili con il più lungo follow up (rispettivamente di 3 e 6 anni) hanno

dato risultati discordanti in termini d'efficacia, valutata come miglioramento della funzione ventricolare sinistra. Questo è dovuto alla disomogeneità di questi due studi in termine d'età dei malati, tempo PTCA - stimolazione midollare e tempo di riperfusione. Il paziente ideale sembrerebbe quello con infarto e disfunzione ventricolare severa, ma questa ad oggi resta un'ipotesi. Evidentemente in futuro saranno necessari trial multicentrici omogenei e su un numero maggiore di pazienti per dimostrare il reale impatto clinico di questa terapia. Interessante la conclusione del simposio. Laddove il moderatore ha chiesto ai relatori se siamo pronti per iniziare questo tipo di trial, la risposta non è stata unanime. In materia, anche tra gli addetti ai lavori, non c'è ad oggi certezza ma ancora tanto lavoro da fare in questo campo che si prospetta in ogni modo molto promettente.

Reportage



## Il paziente con malattia carotidea candidato a bypass

MARCO VAGHETTI

**L**a multidistrettualità dell'aterosclerosi è ben rappresentata dal frequente contemporaneo interessamento del circolo coronarico e carotideo: il 12% dei pazienti sottoposti a bypass aorto-coronarico (BPAC) presenta una stenosi carotidea significativa e nel 30% dei pazienti con stenosi carotidea si riscontra una grave malattia coronarica. Il trattamento chirurgico con endoarteriectomia (CEA) ha dimostrato una netta superiorità alla terapia medica nel prevenire stroke e morte in pazienti sintomatici con stenosi >

70%, mentre un beneficio minore si osserva in pazienti sintomatici con stenosi 50-69% e solo marginale negli asintomatici. Nella popolazione ad alto rischio con malattia coronarica e carotidea concomitante una strategia di rivascolarizzazione con CEA prima del BPAC presenta un percentuale di stroke del 3% e di infarto miocardico (IM) del 6,5%; viceversa pazienti sottoposti dapprima a BPAC presentano stroke nel 7% dei casi con una percentuale trascurabile di IM. La rivascolarizzazione combinata (CEA/BPAC) è gravata da stro-

ke nell'8-20% dei casi ed è da riservarsi ai pazienti con stenosi carotidea e recente insorgenza di sintomi. La rivascolarizzazione carotidea mediante stenting (CAS) associata a sistemi di neuroprotezione ha dimostrato la stessa efficacia e sicurezza della CEA, con una riduzione significativa dell'incidenza di IMA. La rivascolarizzazione simultanea ibrida mediante CAS e BPAC ha dimostrato una bassa percentuale di stroke/IMA (3,5%) e può rappresentare una strategia alternativa. Un ulteriore vantaggio si ottiene dalla rivascolarizzazione chirurgica "off pump" che è in grado di ridurre l'embolismo cerebrale a partenza dall'arco aortico che rappresenta la causa principale di stroke post BPAC.

Reportage



## How To - La Rete e la misurazione come soluzioni ai problemi dei costi sanitari

MASSIMILIANO MARIANI

**S**orprende la vasta partecipazione a questo evento estremamente specifico e settoriale. I relatori si sono dimostrati in accordo sull'indicare l'attenta e costante misurazione della qualità delle prestazioni come mezzo di razionalizzazione delle risorse. Il direttore dell'Agenzia Regionale di Sanità dell'Abruzzo, Prof. Di Stanislao,

rimarca una carenza di dati misurabili e di audit interni nelle corsie dei nostri ospedali e individua nelle Agenzie Regionali gli obbligati promotori di tali attività. Tali organi di controllo devono inoltre proporre un continuo e collaborativo coinvolgimento dei professionisti nella costruzione e nel monitoraggio stesso degli strumenti assistenziali.

Accorato infine l'intervento del Clinico, il Dott. Nicolosi, che esige una valutazione delle attività cliniche non sulle prestazioni e sulla durata delle liste di attesa ma sulla qualità e sulle professionalità specifiche e auspica un modello a rete che integri le varie professionalità in una logica di efficacia e di efficienza.



## Censimento infermieristico delle UTIC: una fotografia dell'attuale rivolta al futuro

CLAUDIO COLETTA

Si è tenuta ieri mattina presso la Sala Cavaniglia la sessione plenaria che ha inaugurato il Cardionursing 2007, avente come tema la presentazione dei dati ricavati dal I Censimento Infermieristico delle UTIC. L'evento è stato moderato dal Dott. Francesco Chiarella, Presidente dell'ANMCO e dal Dott. Claudio Coletta, Chairman dell'Area Nursing. Tale iniziativa è stata fortemente voluta e sostenuta dall'ANMCO e dal Dott. Francesco Chiarella in prima persona, e condotta organizzativamente dal Dott. Scorcu con l'aiuto dell'intero Comitato di Coordinamento dell'Area Nursing. Di fronte ad una sala affollata ed attenta il dr Scorcu, primo relatore, ha raccontato come si è sviluppata questa iniziativa e ha mostrato l'altissima percentuale di risposte ottenute dalle unità di terapia intensiva cardiologiche italiane, superiore al 90% indipendentemente dall'appartenenza geografica della struttura. Tale risultato è da attribuire anche all'efficace lavoro svolto dai Referenti Regionali dell'Area che si sono adoperati in prima persona per contattare le singole strutture partecipanti al censimento. La Dott.ssa Sabbadin ha presentato i dati relativi agli aspetti clinico-organizzativi, fra i quali particolare rilievo ha avuto il risultato espresso nella fig.1, relativo all'alta percentuale di strutture con dotazione organica incompleta, indipendentemente dalla tipologia di complessità della UTIC. Un altro aspetto critico presentato dalla

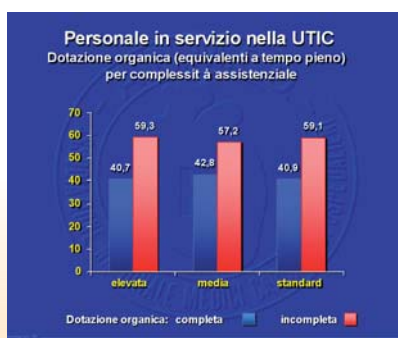


Figura 1

Dott.ssa Sabbadin ha riguardato il lavoro straordinario, che coinvolge la quasi totalità delle UTIC italiane.

In quest'ambito il ricorso allo straordinario avviene con significativa frequenza in circa la metà delle UTIC, mentre è continuativo solo in una piccola percentuale delle strutture coinvolte (Fig. 2). Questo problema, se da una parte costituisce una criticità poten-



Figura 2

ziale per gli eccessivi carichi lavorativi imposti ai singoli operatori, d'altro canto rappresenta uno strumento di flessibilità nell'organizzazione del lavoro in grado di risolvere le problematiche insite nella rigida composizione dei turni di lavoro.

Sempre in ambito di dotazione organica, un altro aspetto critico è emerso con forza dai dati del censimento, relativo al rapporto fra posti letto di Terapia Intensiva e unità infermieristiche presenti in servizio come da dotazione organica predefinita.

Come si vede in Fig. 3, una UTIC di medio livello come complessità assistenziale, e di medio volume come posti letto, presenta un rapporto ben superiore a tre letti per infermiere nel turno del pomeriggio, e lo stesso dato si ripete anche nel turno di notte.

Considerata la sempre maggiore complessità assistenziale richiesta dall'aumento dell'età media dei pazienti e della complessità dei quadri clinici, tale dato non può non suscitare preoccupazione e sollecitare un attento esame da parte dei decisori pubblici, ai quali spetta il compito di affronta-

	Fino a 5 letti	Da 6 a 8	Oltre 8 letti
Elevata	2,4	3,3	2,8
Media	2,5	3,6	3,7
Standard	2,6	3,1	3,3

Figura 3

re e risolvere tale problema.

Fra gli aspetti organizzativo-gestionali belle sorprese sono venute dal censimento. In particolare, due dati fortemente positivi sono stati stressati dalla relatrice Dott.ssa Carreda. Il primo è stato relativo alla presenza, in tre UTIC su quattro, di una cartella clinica infermieristica vera e propria, spesso integrata con quella medica in un documento unico, e in circa la metà di questi centri all'utilizzo di una scheda infermieristica di trasferimento.

L'altro aspetto ha riguardato il regolare ricorso, in oltre la metà delle strutture coinvolte, alle strategie codificate di Risk Management, reale e moderno strumento di risoluzione, nell'ambito del sistema qualità, delle criticità gestionali e delle situazioni di errore (Fig 4).

Al termine del simposio il Dott. Martinelli, Co-Chairman dell'Area Nursing, ha sottolineato e commentato gli aspetti più importanti delle due presentazioni sui risultati, indicando la necessità di procedere in una direzione che, pur faticosa, ha dimostrato di poter fornire gli strumenti giusti per risolvere le criticità esistenti nella sanità italiana, evidenziando però anche gli aspetti di eccellenza che fortunatamente non mancano nel nostro sistema.

	Fino a 5 letti	Da 6 a 8	Oltre 8 letti
Elevata	2,4	3,3	2,8
Media	2,5	3,6	3,7
Standard	2,6	3,1	3,3

Figura 4



## Le infezioni in terapia intensiva: come prevenirle, come curarle

### Simposio al Cardionursing

DANIELA INNOCENTI

**L**e infezioni nosocomiali sono tra le più comuni complicanze dei pazienti ospedalizzati. Nelle UTIC la prevalenza è elevata, per la criticità dei pazienti, l'alto tasso di procedure diagnostico-terapeutiche invasive, la presenza contemporanea, in un'area limitata, di paziente infetti e di pazienti suscettibili alle infezioni, la degenza prolungata, l'uso di farmaci immunodepressivi, la "pressione antibiotica" che seleziona microrganismi resistenti, difficili da eradicare.

Ogni operatore sanitario ha la responsabilità di attuare corrette misure preventive: dal semplice, ma accurato (almeno 30 secondi) lavaggio delle mani con clorexidina, al rispetto dell'asepsi durante manovre invasive, alla sorveglianza attiva.

Il ruolo dell'invasività è sostanziale, quindi essa va rimossa non appena possibile. Quando occorre instaurare una terapia antibiotica empirica, essa deve coprire un ampio range di microrganismi, compresa

la *Pseudomonas aeruginosa*, e mantenere una concentrazione antibiotica elevata nel polmone.

Il trattamento va iniziato senza aspettare i risultati degli esami culturali e va indirizzato sulla base delle linee guida locali e dai dati di sorveglianza microbiologica della UTIC. Non appena disponibili i risultati dei test microbiologici, occorre passare alla terapia mirata.

La corretta prevenzione ed il tempestivo ed efficace trattamento evita la sepsi, che ha mortalità tra il 36% e il 60%. L'attiva-

zione della risposta infiammatoria sistemica innesca il sistema coagulativo; si crea un circolo vizioso, con successiva formazione di microtrombi cui consegue ipoperfusione d'organo, ischemia, fino alla completa insufficienza d'organo e la morte. La principale causa di sepsi in UTIC è determinata da errata assistenza, dato l'ampio utilizzo di dispositivi altamente invasivi quali IABP, ventilazione meccanica, emodiafiltrazione continua.

Nelle TICCH, occorre rivolgere particolare attenzione alla prevenzione della mediastinite (incidenza < 2%) e alla infezione delle protesi valvolari (incidenza < 1%), per gli elevati tassi di mortalità.

Di nuovo l'esecuzione di misure elementari ma accurate quali la doccia preoperatoria e la tricotomia per proteggere il sito chirurgico riducono drasticamente l'incidenza di infezioni. Si stima infatti che il 35% delle infezioni sono prevenibili attraverso l'adozione di misure appropriate.



## Trasferimento di un paziente acuto in emodinamica di altro ospedale senza medico

### Controversia al Cardionursing

MARCO VAGHETTI

**C**on la diffusione della PCI primaria, l'istituzione del sistema "Hub and Spoke" pone il problema della gestione del trasporto dei pazienti in laboratorio di Emodinamica in tempi rapidi (ambulanza-pallone < 90 minuti).

La difficoltà a reperire un numero adeguato di ambulanze con medico a bordo spinge a validare una strategia che prevede la presenza dei soli paramedici in ambulanze attrezzate.

L'infermiere monitorizza i parametri vitali, esegue ECG, somministra farmaci e.v. e pratica manovre di rianima-



Poster della II Guerra Mondiale per il reclutamento di infermiere

zione cardiopolmonare inclusa la defibrillazione con apparecchio semiautomatico.

In questo modello il medico è responsabile della diagnosi (qualora l'ambulanza intervenga sul territorio), e della stratificazione del rischio dei pazienti, con conseguente pianificazione delle modalità di trasferimento, riservando ai soli pazienti "stabili" un trasporto con il solo personale infermieristico.

Questa strategia ha risultati incoraggianti e potrebbe essere in grado di estendere ulteriormente il modello della "rete".

## Intervista al Prof. Attilio Maseri Presidente FIC

FRANCESCO CHIARELLA

**Attilio, un volo sul passato: chi ha posto le basi della Cardiologia Italiana e per cosa viene ricordata la Cardiologia italiana nella comunità cardiologica internazionale?**

Ricordo molto vivamente l'epoca in cui per gli italiani era difficile riuscire a pubblicare sulle prestigiose riviste internazionali, questo blocco è stato sfondato solo negli anni Settanta, ma la definitiva accettazione a pieno diritto della Cardiologia Italiana nel consesso scientifico internazionale si è avuta con la pubblicazione dello studio GISSI I. Un simile studio, mai concepito prima, è stato reso possibile dalla coraggiosa determinazione e capacità unificatrice di Feruglio e Rovelli, che sono riusciti a coinvolgere un numero sufficientemente grande di centri a lavorare assieme per uno scopo che nessuno al mondo aveva mai osato porsi prima. A quel tempo ero a Londra, ma ricordo ancora il piacere di sentirmi finalmente orgoglioso di quello che era stato fatto in Italia: il primo studio definitivo al mondo sull'efficacia della Trombolisi Coronarica.

**Veniamo all'oggi: la FIC rappresenta la Cardiologia Italiana in Europa, ma quale è la sua rilevanza in Italia?**

In Europa la FIC si è guadagnata il rispetto della comunità internazionale perché è riuscita a fare quadrato attorno al President Elect che aveva designato a rappresentarla e Roberto Ferrari è stato eletto. In Italia l'illuminata creazione della FIC, riuscita con una mia grande, piacevole sorpresa, ha già dato i suoi frutti: abbiamo un Giornale Italiano di Cardiologia unico in versione inglese e in versione italiana. L'Italian Heart Journal, che ho avuto l'onore ed il piacere di dirigere per i primi due anni, si è evoluto nel Journal of Cardiovascular Medicine, che ha già cominciato a ricevere un numero crescente di articoli da paesi stranieri ed è in corsa per avere un impact factor, come ci ha informato il suo Editor Gigi Nicolosi. Di questa logica unificazione, impensabile 10 anni fa, ora tutti sono soddisfatti. Ora la Federazione sta iniziando a unificare le molteplici, potenti forze della Cardiologia italiana nel Consiglio Federale che potrebbe diventare, fino da ora, l'organo di governo della Federazione. Di questa unificazione tutti potrebbero essere soddisfatti tra qualche anno!

**Sta per concludersi il mandato di Presiden-**

**te della Federazione Italiana per il triennio 2004-2007: quali le luci e quali le ombre?**

È stato per me un mandato completamente inatteso che mi ha colto piuttosto impreparato, ma al quale mi sono dedicato con spirito di servizio perché ero e sono profondamente convinto delle enormi potenzialità di una Cardiologia italiana unita che può sentirsi realizzata nel piacere di lavorare assieme per costruire nuove realtà piuttosto che sprecare tempo a trovare vecchi spunti per contrapporsi.

- La luce più bella e piacevole è stata la franca amicizia e collaborazione che ha caratterizzato le riunioni del Consiglio Direttivo: non è mai stato necessario votare, tutte le decisioni sono state prese all'unanimità.

- Le ombre sono state le prime riunioni del Consiglio Federale, nelle quali, a fronte della mia insistente ricerca di proposte di temi costruttivi, la richiesta più comune era quella di entrare a fare parte del Consiglio Direttivo considerato come il simbolo delle visibilità e del "potere"!

- Il rimpianto è di non essere riuscito ad accelerare l'unificazione della Cardiologia italiana e ad aumentare il suo impatto nei rapporti con le istituzioni nazionali e regionali a livello assistenziale, formativo e scientifico.

**Parliamo dei giornali scientifici della Federazione, che rappresentano un buon indicatore di quel che si è fatto e di dove si sta andando: a che punto siamo?**

Il sacrificio della "italianità" dell'Italian Heart Journal per l'internazionalità del Journal of Cardiovascular Medicine è stata una mossa illuminata e vincente degli Editors Nello Ambrosio e Gigi Nicolosi.

Ritengo un progetto altrettanto vincente la possibile confluenza nel Giornale Italiano di Cardiologia in una serie di sezioni specifiche delle riviste delle società di settore: così 1) ogni società raggiungerebbe con le sue pubblicazioni un uditorio molto più vasto di quello raggiungibile dalla sua rispettiva rivista; 2) tutti i cardiologi italiani che ricevono il GIC avrebbero la possibilità di essere tenuti al corrente di quanto pubblicato dalle varie società cardiologiche di settore nazionali.

**Una domanda, che guarda al futuro: quali connotati immagini per la Cardiologia Italiana tra vent'anni?**

Immagino lo sviluppo di una Cardiologia Ita-

liana unita, i cui membri si sentano orgogliosi di essere prima di tutto Cardiologi Italiani, poi clinici, accademici, ricercatori o superspecialisti, e come tali, membri delle rispettive società. Cardiologi Italiani che, uniti, abbiano l'autorevolezza necessaria per determinare a livello nazionale e regionale sia gli standard assistenziali che il fabbisogno formativo ed i relativi percorsi. Immagino una Cardiologia capace di organizzare una cartella clinica cardiologica computerizzata standard aperta fino al decesso, che possa afferire ad una banca dati centrale dalla quale selezionare casistiche per ricerche biologiche e genomiche su sottogruppi di pazienti clinicamente omogenei per la loro presentazione, risposta alla terapia ed evoluzione nel tempo. Immagino una Cardiologia con una sua Heart House che accoglia una banca dati clinici e biologici centrale e con una sua campagna di raccolta fondi simile a quella dell'AIRC e di Telethon per finanziare la raccolta e follow-up della casistica e la ricerca di base sui meccanismi di malattia e per giungere ad una sempre più accurata personalizzazione delle cure e della prevenzione. Infatti la ricerca genetica e biologica più innovativa non può che essere applicata a gruppi di pazienti fenotipicamente omogenei che solo attenti e dedicati cardiologi possono imparare a riconoscere e seguire nel tempo. Questi obiettivi potrebbero sembrare troppo ambiziosi o forse prematuri: un atteggiamento che immagino alcuni avranno avuto anche quando Feruglio e Rovelli hanno proposto il GISSI.

Personalmente auguro alla Cardiologia Italiana di non impiegare 20 anni per realizzare questi obiettivi!

**Quali pericoli potrebbero impedire alle nostre speranze di realizzarsi?**

La realizzazione delle aspettative della Cardiologia Italiana che immagino può essere ritardata da atteggiamenti individualistici dettati dalla non disponibilità a rinunciare ad una parte dell'immagine personale e di settore immediata a vantaggio di un beneficio futuro comune a tutti, inclusi quelli che la ostacolano!

**Tre brevi raccomandazioni, o se preferisce, tre slogan per chi riceverà il testimone della presidenza della Federazione Italiana di Cardiologia:**

- proponiti degli obiettivi in cui credi e definisci i tempi in cui realizzarli;
- coinvolgi nell'impresa tutti i Cardiologi di buona volontà e pronti a offrire il loro tempo;
- impegnatevi assieme per raggiungerli.



Reportage



## Up-to-date in Cardiochirurgia

MASSIMILIANO MARIANI

I partecipanti al Congresso hanno potuto fare il punto sulle più attuali tematiche della branca chirurgica nel corso dell'evento "Up to date in Cardiochirurgia". L'evento tocca gran parte degli argomenti più dibattuti della Cardiochirurgia e ne dà un taglio critico ed attuale. Un interessante input ci viene dall'Istituto di Fisiologia Clinica di Lecce con gli incoraggianti dati dello studio sull'utilizzo della catena pesan-

te della miosina quale biomarker diagnostico della dissezione aortica, i cui dati verranno presentati a breve. Smentito nella relazione del Dott. Stefano il sospetto di una più bassa patency dei graft confezionati con tecnica off pump. Il Dott. La Canna ha mostrato come le nuove tecniche di riparazione mitralica hanno consentito di estendere questo approccio anche nella patologia degenerativa del lembo anteriore ed ha indi-

cato nell'insorgenza di ipertensione polmonare da sforzo un importante predittivo di eventi avversi. Nella chirurgia dell'ultraotante sono stati puntualizzati il ruolo prognostico negativo del deterioramento della funzione cognitiva preoperatoria e l'elevatissimo rischio di un intervento eseguito in condizioni di emergenza. Al termine della discussione il Dott. Vitali ha lasciato la platea con uno spunto di riflessione: quali ricadute avrà sull'organizzazione sanitaria la possibilità di offrire trattamenti chirurgici a pazienti sempre più anziani e compromessi? E quale sarà la risposta etica, scientifica e umana più adeguata?

Reportage



## Rivascolarizzazione coronarica: decidere sulla base dell'anatomia o dell'ischemia

ELENA PEDEMONTE

Ovvero chi rivascolarizzare, quando e come. Il concetto emerso, sia per le sindromi coronariche acute (SCA) non ST-sopra sia per la Cardiopatia Ischemica Cronica, è che la strategia deve essere "cucita" addosso al paziente. Definire cioè il paziente secondo il suo profilo di rischio al fine di identificare chi avrà beneficio in termini di sopravvivenza, riduzione degli eventi e qualità della vita. Giudice, facendo riferimento alle SCA, ha mostrato come siano i pazienti a più alto rischio a trarre i maggiori vantaggi da una precoce procedura interventistica e come questi abbiano una prognosi peggiore se non trattati. Intervenire subito dunque ma

in modo appropriato: esiste infatti la possibilità di esporre pazienti a basso profilo di rischio a quello che in letteratura viene definito Early Hazard. Ci viene in aiuto l'ultimo up-date delle linee guida ESC del maggio 2007 (fig. 1). Per quanto concerne la Cardiopatia Ischemica Cronica il concetto non è molto dissimile: non vi sono evidenze sufficienti a dimostrare che rivascolarizzare sempre e comunemente modifichi la prognosi; i pazienti vanno studiati utilizzando tutte le metodiche a disposizione per evidenziare la presenza di ischemia inducibile. La scelta di quando intervenire è fondamentale: fra i pazienti con ischemia inducibile/vitalità dimostrata i benefici di

un intervento sono minori, in termini di recupero funzionale, in chi ha già sviluppato rimodellamento ventricolare. De Luca ha sottolineato come eccezione fatta per la malattia multivasale, non vi sia differenza fra PTCA o CABG. Se i dubbi sono tanti per il Cardiologo che indirizza il paziente a una procedura, altrettanti ve ne sono per l'emodinamista che deve identificare la lesione culprit; da qui la necessità di ricorrere a strumenti che aiutino la diagnostica: IVUS, OCT, pressure wire.



Figura 1

Reportage



## Focus on - L'amiloidosi cardiaca

SIMONA MARCORA

L'amiloidosi, patologia multiorgano, può avere in un terzo dei casi coinvolgimento cardiaco, con un impatto prognostico molto severo che rende necessario un pronto riconoscimento di questa malattia nella nostra pratica clinica. Il focus di questa mattina ha illustrato i principali relativi alla diagnosi e terapia. L'elevata difficoltà nella diagnosi è seconda-

ria a quadri clinici con sintomatologia non tipica ed alla mancanza di specificità dei re-ferti ottenuti con le indagini strumentali. La biopsia miocardica o di altri organi è il gold standard per la diagnosi. Bassi voltaggi all'ECG ed ispessimento del setto con aspetto "brillante" all'ecocardiogramma sono i dati clinici più suggestivi per amiloidosi con una sensibilità del 72% e specificità del 91%.

Il Dott. Misuraca ha prospettato un ruolo di nuove metodiche ecocardiografiche (Tissue Doppler e Strain Rate) in grado di identificare la disfunzione longitudinale nella diagnosi di amiloidosi cardiaca. Dalla relazione del Dott. Campana è emerso un possibile ed interessante ruolo del BNP nel monitoraggio della terapia. Molti farmaci sono disponibili per il trattamento, purtroppo con scarsi risultati in termini prognostici ed il trapianto cardiaco o combinato cuore-polmone rimane spesso l'ultima spiaggia con un numero purtroppo alto di recidive.

## Il futuro della formazione: il parere di Assobiomedica

### La parola all'Ing. Carlo Mambretti

LUIGI OLTRONA VISCONTI

**L'ANMCO è convinta che l'operato dei Produttori di tecnologia medica e dei Medici debba fondarsi su una cooperazione basata su principi condivisi di correttezza. Come vede i rapporti attuali e futuri tra Imprese delle Tecnologie Mediche e Società Scientifiche ?**

Nella moderna sanità è del tutto evidente l'importanza dello stretto rapporto tra medicina e tecnologie; le prestazioni mediche, sempre di più oggi, si avvalgono e riflettono la tecnologia usata. Quello tra dispositivo medico e prestazione sanitaria è infatti un rapporto simbiotico alla cui evoluzione ha contribuito non poco l'innovazione tecnologica; innovazione tecnologica che è a sua volta frutto della stretta collaborazione tra mondo industriale e professione medica. Gli incontri ed il confronto iniziati negli scorsi mesi con le società scientifiche ha portato ad un rinnovato clima di collaborazione con le stesse ed ha consentito di concordare nuove regole per lo svolgimento delle attività scientifiche e formative, così da valorizzare gli eventi ad alto contenuto scientifico nel rispetto dei principi di trasparenza e di sobrietà.

**L'ANMCO, secondo i principi che sono alla base della sua attività formativa, ritiene che si possa collaborare con le Imprese delle Tecnologie Mediche al fine di ottenere a livello legislativo una selezione delle attività di formazione basata sui criteri di qualità. Come pensa che questo possa avvenire?**

Assobiomedica ritiene essenziale il ruolo delle Società Scientifiche per definire i livelli qualitativi delle attività di formazione e si auspica che possa intervenire un'evoluzione normativa che tenga in considerazione l'importante contributo che le stesse possono dare alla formazione nelle specifiche aree rappresentate.

Nell'ambito delle tecnologie mediche Assobiomedica ritiene essenziale che anche le imprese possano partecipare a questi pro-

cessi formativi portando il loro contributo di idee ed esperienza. L'auspicio dell'associazione è che una nuova legislazione, definendo in modo ben chiaro gli eventuali interventi delle imprese possa avvalersi anche delle loro competenze. Sicuramente sarà importante definire chiaramente la divisione dei ruoli: l'impresa informa, la società scientifica forma – ECM dovrebbe trasformarsi in Esame Continuo in Medicina, con la società scientifica che ha il ruolo di docente e giudicante (questo per evitare la rincorsa al timbro fine a se stesso).

Tutto questo – augurabilmente – su base volontaria. Anche l'aspetto del finanziamento dovrebbe essere rivisitato, questo può essere anche – ma non in modo prevalente – a carico delle imprese che devono apparire nel ruolo di sponsor e/o informatore in maniera del tutto trasparente. Anche per questo non capiamo perché le istituzioni ci hanno totalmente ignorato su questo argomento. Non vorremmo trovarci – a cose fatte – delle sorprese di segno opposto.

**Poiché l'ANMCO riconosce, in nome della finalità della cura del paziente, l'importanza dell'innovazione della tecnologia e l'importanza della qualità dei dispositivi medici, come può essere secondo Lei concordata tra Assobiomedica e Società Scientifiche una politica che coniughi questi aspetti con quelli della trasparenza?**

Assobiomedica è sempre stata fautrice di politiche d'acquisto di DM, che siano trasparenti e permettano la massima concorrenza tra le imprese. Questo però deve avvenire in un contesto dove gli elementi economici siano misurati senza trascurare e pesare in modo adeguato la componente "qualità".

Inoltre il confronto e l'eventuale comparazione deve avvenire considerando tutte le componenti che concorrono a formulare l'offerta quale, a titolo di esempio un esau-

stivo: "servizi ed accessori che accompagnano un DM", "Modalità e frequenza delle consegne", "Assistenza tecnico-scientifica", ecc.

Data la complessità tecnologica dei DM e l'altrettanta complessità di queste forniture, si può parlare di trasparenza e concorrenza esclusivamente comparando tra loro forniture dello stesso contenuto tecnologico e di servizi e non come oggi spesso succede, prendendo in considerazione il nome generico di un genere ed il prezzo pagato per lo stesso, senza considerare tutte le altre componenti che concorrono a formare la fornitura. Altrettanto fondamentale riteniamo sia l'acquisire il parere del professionista che userà detta tecnologia, non possiamo dimenticare che solo lui può definire cosa è appropriato per il suo paziente né dimenticare che è sempre e comunque legalmente responsabile dell'atto medico.

**Alle Società Scientifiche come l'ANMCO che hanno tra le loro finalità la ricerca scientifica e la formazione sta particolarmente a cuore la ridefinizione del concetto di unrestricted grant, a nostro parere attualmente abbastanza vago. Secondo Lei questo come potrebbe avvenire?**

Il "dialogo" tra i produttori di dispositivi medici e diagnostici e sanitari non si limita al semplice confronto tecnologico. È soprattutto scientifico, fondato sull'approfondimento e la ricerca nei vari campi del sapere medico ed è alimentato dalla naturale tensione verso la conoscenza ovvero dall'ansia di scoperta e di progresso che anima tutti i cultori della propria materia.

Dialogo e collaborazione che, in accordo con finalità condivise a proposito di formazione, informazione e ricerca e allo scopo di assicurare il proprio e reciproco contributo, si realizzano e si strutturano nel rapporto tra Industria e Società Scientifiche anche attraverso contributo ed il supporto che le imprese danno agli eventi formativi.

Questo si può realizzare concordando un'autoregolamentazione tra le parti che definisca come realizzare questa collaborazione in modo trasparente ed efficace.

Questo è stato lo spirito con cui Assobiomedica si è fatta parte attiva nelle sue proposte alle società scientifiche.



## Controversia: dubbi e certezze in Cardiologia interventistica

ANNAMARIA VIANELLO

**R**ivascolarizzazione del tronco comune e della coronaropatia trivale: ma dove sono le Colonne d'Ercole dell'Angioplastica? Sicuramente laddove la malattia aterosclerotica coronarica si presenti con un'anatomia sfavorevole ed in forma rapidamente progressiva, associata a diabete e/o ad alta concentrazione plasmatica degli indici flogistici e di attivazione linfocitaria. Effettivamente, il doppio bypass arterioso determina una minore progressione di malattia nel follow up a lungo termine. L'ormai pluridecennale esperienza cardiocirurgica e i dati sulla

maggiore incidenza di MACE nei soggetti trattati con angioplastica parzialmente risolutiva forniscono prove ancora incontrovertibili sull'indicazione chirurgica nei pazienti con tronco comune. Cominciano tuttavia ad emergere evidenze statistiche che dimostrano una sovrapponibile efficacia della metodica PTCA rispetto al bypass; Marzocchi presenta, a questo proposito, i dati dello studio REAL (registro regionale delle angioplastiche coronariche per l'Emilia Romagna) e quelli relativi al suo centro di Bologna. Sottolinea la necessità e la possibilità di perfezionare gli stent

medicati, in modo tale che siano gravati da una sempre minor incidenza di restenosi e trombosi intrastent.

Il cardiocirurgo Musumeci, dal canto suo, lancia un monito per una collaborazione fattiva tra il cardiologo interventista ed il cardiocirurgo nella valutazione multidisciplinare del paziente candidato a rivascularizzazione; personalmente, posso confermare la tangibile efficacia della sinergia logistica e professionale operante nei Dipartimenti di Cardiologia Interventistica e Cardiocirurgia.

Al paziente comunque l'ardua sentenza.



## Il cardiopatico sottoposto a Chirurgia maggiore non cardiaca

ELENA PEDEMONTE

**C**hi lavora in Ospedale è sommerso da richieste di chirurghi e anestesisti per valutare il rischio di pazienti cardiopatici che devono sottoporsi ad interventi chirurgici in elezione.

L'ecocardiogramma, troppo frequentemente richiesto, non modifica in modo significativo le informazioni che otteniamo da un attento esame obiettivo e da una accurata anamnesi, e questo è ancor più vero nei pazienti con insufficienza cardiaca in atto o con storia di insufficienza cardiaca, che hanno

un'elevata probabilità di eventi avversi nel post-operatorio. La ricerca di ischemia inducibile può essere effettuata con ecostress (dipiridamolo o dobutamina) o scintigrafia miocardica; entrambe le metodiche però hanno un'elevato potere predittivo negativo e un basso potere predittivo positivo. Promettente l'uso del BNP che sembra poter identificare i pazienti ad elevato rischio anche quando non si dimostra ischemia inducibile con ecostress. La rivascularizzazione preventiva ha ovviamente significato solo quando si dimo-

stri la presenza di ischemia. Per quanto concerne infine l'uso di beta-bloccanti sono numerose le indicazioni al loro uso nel pre-operatorio (Linee Guida su JACC 2006) anche se nei pazienti a rischio intermedio e basso ancora non esistono evidenze sufficienti. Sarebbe auspicabile una maggior collaborazione tra cardiologi, chirurghi e anestesisti al fine di stabilire percorsi comuni e poter delineare il profilo di rischio del paziente non solo in base alle sue caratteristiche di base ma anche in relazione al tipo di intervento.





## Il Confine tra invecchiamento e Cardiologia. Simposio congiunto ANMCO-FADOI

ANNAMARIA VIANELLO

L'invecchiamento sfocia inevitabilmente in un quadro di scompenso multiorganico, nel quale scompenso cardiaco, insufficienza renale e deterioramento psico-motorio rappresentano le principali cause di mortalità e di ospedalizzazione. Comorbidità significa complessità estrema nello studio del modello fisiopatologico dell'anziano scompensato e nella stesura di Linee Guida Geriatriche per il trattamento multifarmacologico e clinico.

"Il Mondo Reale" dei nostri reparti di Me-

dicina Interna si fonda principalmente sul Case Management, vale a dire sul trattamento empirico del singolo paziente.

Per questo l'Area Scompenso dell'ANMCO e la Federazione delle Associazioni dei Dirigenti Ospedalieri Internisti, insieme, si prefiggono di raggiungere invece la codifica di un protocollo di Disease Management attraverso lo studio epidemiologico CONFINE (Comorbidities and Outcome in Heart Failure) ed il modello di cox di stratificazione della "fragilità" nell'anziano, intesa come "stato di aumentata propen-

sione a sviluppare eventi avversi".

Roberto Nardi esprime a chiare lettere proprio l'esigenza da una parte di rendere più semplice la complessità di gestione assistenziale continua del paziente multiscompensato e dall'altra di identificare una fascia di soggetti da inserire nel processo di Disease Management.

Giovanni Pulignano risponde suggerendo di reclutare i soggetti che si trovano in uno stadio di fragilità intermedia.

Ma quali sono i principali obiettivi terapeutici nel paziente multiscompensato?

Beatrice Scardovo, parlando di scompenso diastolico parafisiologico e patologico nell'anziano, ci suggerisce che il cronico avanzamento del remodeling multiorganico potrebbe rappresentare una via finale comune della terapia combinata, fermi restando i protocolli farmacologici di fase acuta.



## Angina stabile: attualità a pochi mesi dalla presentazione delle linee guida ESC

FRANCESCO MEUCCI

Il simposio sull'angina stabile è stato organizzato con la ESC con scopo di diffondere e discutere le linee guida recentemente prodotte sull'angina stabile. Particolare rilievo è stato dato nelle relazioni alla stratificazione prognostica del paziente con diagnosi di angina stabile che ci permetta di individuare tre classi di rischio per mortalità annuale: basso rischio (<1%/anno), intermedio (fra 2 e 3%), alto rischio >2%, e poter quindi decidere in base alla classe di rischio se procedere alla coronarografia.

I dati presentati relativi all'impiego delle metodiche di indagine invasive e non invasive in Europa dimostrano un utilizzo del test da sforzo in circa il 75% dei pazienti con

angina stabile, l'ecocardiogramma nel 65% e la coronarografia nel 40%, numeri sostanzialmente in accordo con quanto raccomandato dalle linee guida. Sia i relatori che i Colleghi intervenuti durante la discussione aperta si sono trovati concordi nel definire l'atteggiamento di queste linee guida relativamente all'impiego dell'angioplastica coronarica come "conservativo" o "prudente". Alla luce dei dati dello studio COURAGE (Fig 1), pubblicati dopo le linee guida ed ampiamente citati durante il simposio, questo atteggiamento appare essere il migliore, sia in termini di salute dei pazienti che di costi per la società.

Da sottolineare infine che rispetto anche ai trial clinici recentemente pubblicati su vari

aspetti di terapia medica dell'angina stabile (CHARISMA; IDEAL; EUROPA) non sono emerse dal simposio indicazioni difformi da quelle consigliate nelle linee guida.

Rispetto alla ultima edizione delle linee guida fa la sua comparsa il trattamento con ivabradina, farmaco attivo sui canali If delle cellule pace-maker, in grado di ridurre la fc senza l'effetto inotropo negativo dei beta-bloccanti. È attualmente indicato in classe IIa per il controllo dei sintomi nei pazienti con controindicazione al beta-bloccante stesso.

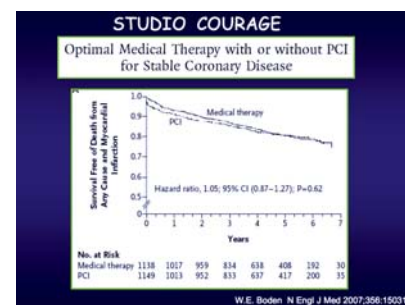


Figura 1



**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 Vaghetti - Massa

Annamaria Vianello - Massa

Editor: Gennaro Santoro

Co-Editor: Matteo Cassin

Comitato di Redazione:

Mario Chiatto, Giampaolo Scorcu

Redazione:

Simonetta Ricci, Luana di Fabrizio

Stampa:

Tipografia Il Bandinno - Firenze

