

---

# Corso di Perfezionamento Interattivo

a.a. 2008/2009

## Seminario Interno di Cardiologia Clinica “Donna e Cuore”

---

Dipartimento di Cardiologia Università Padova  
26 - 31 gennaio 2009 e 23 - 28 marzo 2009

Centro CERGAS e SDA, Università Bocconi – Milano  
Istituto di Ricerche Farmacologiche “Mario Negri” – Milano  
25 - 30 maggio 2009

Verbania Pallanza  
28 – 29 – 30 maggio 2009  
Fondazione Tonolli

Edito a cura di  
*Giuseppe Riggio*

Elaborazione e sintesi a cura di  
*Francesca Bonura*

ha collaborato  
*Eros Barantani*



Fondazione di Cultura per la Cardiologia  
e le scienze multidisciplinari “ *Livia e Vittorio Tonolli*”

---

Formazione e Management “*Livia e Vittorio Tonolli School*”- Fondazione Onlus



*La "Mission" della Fondazione di cultura per la cardiologia e le scienze multidisciplinari "Livia e Vittorio Tonolli" e della Fondazione Onlus Formazione e Management Livia e Vittorio Tonolli School, seguendo i principi dell'etica, sono: la formazione dei giovani, senza confini, in vari campi della conoscenza, in particolare in campo cardiologico, e l'attenzione all'uomo non più giovane che soffre a causa delle malattie del nostro secolo che minano la salute e le attività intellettive, cuore e mente, salute e vita interiore.*



Fondazione di cultura per la cardiologia  
e le scienze multidisciplinari  
Livia e Vittorio Tonolli  
con il patrocinio del Consiglio Nazionale delle Ricerche

Corso Nazioni Unite 64 28925 Verbania Suna (VB)  
Tel. Segr. 0323 501374 Fax 0323 508160  
Presidente 0323 556788  
e-mail: [info@fondazionecardiologiatonolli.it](mailto:info@fondazionecardiologiatonolli.it)  
[www.fondazionecardiologiatonolli.it](http://www.fondazionecardiologiatonolli.it)

Formazione e Management  
Livia e Vittorio Tonolli School  
Fondazione Onlus



#### Comitato Scientifico

##### Consiglio di Amministrazione

Prof. Giuseppe Riggio, *Presidente* – Verbania  
Prof. Eros Barantani, *Vice Presidente* – Verbania  
Dott. Romano Malavasi, *Tesoriere* – Verbania  
Dott. Peppino Cattano – Arona (NO)  
Dott. Ugo Gabino – Milano  
Avv. Gianfranco Negri Clementi – Milano

Prof. Sergio Dalla Volta, *Presidente* – Padova  
Dott. Marco Bobbio – Cuneo  
Prof. Luciano Daliento – Padova  
Prof. Silvio Garattini – Milano  
Prof. Benedetto Marino – Roma  
Prof. Pier Luigi Prati – Roma  
Prof. Claudio Rapezzi – Bologna  
Dott. Rosario Russo - Padova

##### Consiglio di Amministrazione

Prof. Giuseppe Riggio, *Presidente* – Verbania  
Prof. Eros Barantani, *Vice Presidente* –  
Verbania  
Dott. Romano Malavasi, *Tesoriere* – Verbania  
Dott. Massimo Riggio - Milano  
Dott. Alberto Salvadori – Verbania  
Dott. Andrea Riggio - Londra

#### Segreteria Scientifica:

Fondazione di cultura per la cardiologia e le scienze multidisciplinari "Livia e Vittorio Tonolli"  
Verbania Pallanza, Presidente Prof. Giuseppe Riggio cell. 348 2654957  
Segreteria Tel. 0323 501374 fax 0323 508160 e-mail: [info@fondazionecardiologiatonolli.it](mailto:info@fondazionecardiologiatonolli.it)

#### Segreteria Organizzativa:

Victory Project Congressi s.r.l.  
Via Poma, 2 – 20129 Milano - Tel. 02. 89053524 Fax 02. 201395 – e-mail: [info@victoryproject.it](mailto:info@victoryproject.it)

**Sintesi del Corso di Perfezionamento su:**  
**Formazione clinica, comunicazione e management**  
**in Cardiologia**

**a.a. 2008/2009**

**Direzione del Corso**

Prof. Sergio Dalla Volta  
Professore Emerito di Cardiologia  
Università degli Studi di Padova

Prof. Luciano Daliento  
Direttore II Scuola di Cardiologia  
Università degli Studi di Padova

**Coordinazione didattica e scientifica**

Prof. Sergio Dalla Volta, Prof. Luciano Daliento, Dott. Marco Bobbio, Prof. Claudio Rapezzi, Dott. Rosario Russo, Prof. Giuseppe Riggio, Prof. Eros Barantani

**Comitato di redazione:**

Elaborazione e stesura degli Atti a cura della  
Dott. Francesca Bonura\*

Ha collaborato il Prof. Eros Barantani\*\*

Registrazione tecnica a cura del dott. Nicola Palazzo\*\*\*

\* Specialista in Cardiologia - Trapani

\*\* Primario di Endocrinologia – Centro Auxologico Italiano di Piancavallo (VB)

\*\*\* Tecnico Università di Padova

## **DOCENTI** (in ordine alfabetico)

### **Prof. Maria Grazia Albano**

Professore associato confermato in Didattica della Medicina e Direttore del Centro di Pedagogia delle Scienze della Salute dell'Università di Foggia

### **Dott. Valerio Alberti**

Direttore Generale, ULSS n. 3 di Bassano del Grappa (VI)

### **Prof. Annalisa Angelini**

Professore Associato di Patologia Cardiovascolare, Facoltà di Medicina, Università di Padova.

### **Dott. Giovanni Apolone**

Responsabile del Laboratorio di Ricerca Traslazionale e di Outcome dell'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri di Milano

### **Dott. Franco Baldoni**

Professore Associato di Psicologia Clinica, Facoltà di Psicologia dell'Università di Bologna

### **Prof. Eros Barantani**

Primario Endocrinologo presso l'Ospedale S. Giuseppe di Piancavallo (VB) Istituto Auxologico Italiano, Coordinatore didattico Fondazione Tonolli

### **Prof. Paolo Benciolini**

Professore Ordinario di Medicina Legale, Facoltà di Medicina e di Giurisprudenza nell'Università di Padova. Responsabile della Struttura Complessa di Medicina Legale AO di Padova

### **Dott. Guido Bertolini**

Responsabile Laboratorio di Epidemiologia Clinica e del Centro di Coordinamento del gruppo collaborativo GIVITI per la ricerca in terapia intensiva, Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri di Milano

### **Dott. Vittorio Bertele'**

Responsabile Regulatory Policies Lab Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri" di Milano

### **Dott. Iliaria Binotto**

Psicologa Servizio di Psicologia Clinica, Dipartimento di Scienze Cardiologiche, Toraciche e Vascolari Università di Padova

### **Shoumo Bhattacharya**

Professor of Cardiovascular Medicine, Department of Cardiovascular Medicine Wellcome Trust Centre for Human Genetics University of Oxford

### **Dott. Marco Bobbio**

Direttore della SC di Cardiologia, AO Santa Croce e Carle di Cuneo

### **Dott. Giovanni Boffa**

Docente di Terapia Cardiologia, I Scuola di Specializzazione in Cardiologia, Università di Padova

### **Prof. Elio Borgonovi**

Presidente del CE.R.G.A.S. ,Università Bocconi di Milano. Professore Ordinario di Economia delle Aziende e delle Amministrazioni Pubbliche. Università Bocconi di Milano

### **Dott. Luisa Cacciavillani**

Responsabile Unità di Terapia Intensiva Cardiologia, Azienda Ospedaliera Università di Padova

### **Dott. Antonio Compostella**

Direttore Azienda Regionale Socio Sanitaria del Veneto, Venezia.

### **Prof. Domenico Corrado**

Professore Associato di Cardiologia. Aritmologo, Università di Padova

### **Dott. Federico Corbara**

Direttore UO di Cardiologia, Ospedale di Este (PD).

**Dott. Roberto Cotta**

Docente di pianificazione strategica, analisi e progettazione organizzativa, gestione delle risorse umane, sviluppo di qualità personali e di capacità relazionali, Università Bocconi

**Dott. Carla Cremonese**

Responsabile del Centro di Salute Mentale del 3° Serv. Psichiatrico, Clinica Psichiatrica, Università di Padova

**Dott. Fabio De Nardi**

Direttore sanitario dell'Ospedale Santa Giuliana di Verona

**Dott. Giuseppe D'Elcio**

Presidente ed amministratore delegato di imprese nel settore delle cure domiciliari e telematica sanitaria, Milano

**Prof. Jean François d'Ivernois**

Direttore del UFR Sanità, Medicina e Biologia Umana, Dipartimento di Pedagogia delle Scienze della Salute, Università XIII Parigi

**Dott. Angela Favaro**

Ricercatore di Psichiatria, Università di Padova

**Dott. Alessandra Feltrin**

Responsabile dell'Area Psicologia e Formazione del Centro Regionale per i Trapianti del Veneto (Padova)

**Dott. Luciano Flora**

Direttore sanitario all'Ospedale S. Chiara di Trento

**Dott. Irene Floriani**

Capo del Laboratorio di Clinical Trials, Dipartimento di Oncologia, Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri", Milano

**Dott. Giovanni Foresti**

Direttore Sanitario Centro FBF di San Colombano al Lambro (MI). Psicologo c/o l'Associazione Il Nodo Group di Rivoli (TO)

**Prof. Andrea Francesconi**

Docente area Public Policy and Management nell'Università Bocconi. Professore Associato di economia aziendale, Università di Trento

**Dott. Franca Fubini**

Direttore del Social Dreaming LDT di Londra. Psicologo c/o l'Associazione Il Nodo Group di Rivoli (TO)

**Prof. Silvio Garattini**

Direttore Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri" di Milano

**Prof. Gualtiero Harrison**

Titolare della Cattedra di Antropologia Culturale al Corso di Laurea in Turismo dei Beni Culturali, Università degli Studi Suor Orsola Benincasa di Napoli

**Dott. Roberto Latini**

Capo del Laboratorio di Farmacologia Clinica Cardiovascolare, Dipartimento di Ricerca Cardiovascolare, Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri" di Milano

**Prof. Giuseppina Majani**

Dirigente Psicologo di II livello, Servizio di Psicologia Fondazione S. Maugeri IRCCS di Montescano (PV)

**Dott. Daniela Mapelli**

Docente di Tecniche di riabilitazione Neuropsicologica, Corso di Laurea in Psicologia 1Ps, Facoltà di Psicologia, Università di Padova

**Dott. Elsa Marcaccini**

Dirigente Psicologo A.S.L. TO 2 di Torino. Psicologo c/o l'Associazione Il Nodo Group di Rivoli (TO)

**Dott. Bortolo Martini**

Direttore UOC di Cardiologia, ULSS4 Alto Vicentino di Thiene (VI)

**Dott. Andrea Melendugno.**

Psicologo Esperto presso l'Unità Operativa di Psicologia Clinica e Neuropsicologia dell'ULSS 4 di Thiene (VI)

**Dott. Paola Mosconi**

Responsabile Laboratorio di ricerca sul coinvolgimento dei cittadini in sanità, Dipartimento di Oncologia, Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri" di Milano

**Prof. Andrea Nava**

Professore Associato di Cardiologia, Università di Padova. Responsabile Servizio Cardiomiopatie aritmiche, Dipartimento di Scienze Scienze Cardiologiche, Toraciche e Vascolari, Università di Padova

**Prof. Rodolfo Paoletti**

Direttore f.r. Dipartimento di Scienze Farmacologiche, Professore Emerito, Università di Milano

**Dott. Piero Pascotto**

Direttore UOC di Cardiologia f.r, Ospedale di Mirano (VE). Professore a contratto Scuola di Specializzazione in Cardiologia II, Università di Padova

**Dott. Vittorio Pengo**

Responsabile Centro Trombosi, Dipartimento di Scienze Cardiache, Toraciche e Vascolari Università di Padova

**Prof. Mario Perini**

Psichiatra e Psicoanalista. Presidente dell'Associazione Il Nodo Group di Rivoli (TO)

**Dott. Alessandra Rampazzo**

Ricercatore Dipartimento di Biologia, Università di Padova

**Prof. Rapezzi Claudio**

Professore Associato di Cardiologia, Università di Bologna. Direttore Unità di Cardiologia, Dipartimento di Cardiologia, Università di Bologna

**Prof. Giuseppe Riggio**

Specializzazione in Cardiologia e App. Respiratorio, Università di Padova, in Medicina Interna, L.D. in Semeiotica Medica, Università di Milano, Primario di Cardiologia f.r., Coordinatore didattico Fondazione Tonolli

**Dott. Paolo Rotondi**

Docente Scuola di Direzione Aziendale dell'Università Bocconi di Milano. Collaboratore del CE.R.G.A.S. Università Bocconi di Milano

**Dott. Rosario Russo**

Dirigente II Livello f.r., Divisione di Cardiologia Istituto di Medicina clinica e sperimentale, Università di Padova

**Dott. Alessandra Saggin**

Psicoterapeuta. Docente Scuola di Direzione Aziendale dell'Università Bocconi di Milano. Collaboratrice del CE.R.G.A.S. Università Bocconi di Milano

**Prof. Gianfranco Sinagra**

Direttore S.C. Cardiologia, Ospedali Riuniti di Trieste. Professore Associato di Cardiologia, Università di Trieste

**Dott. Nicola Speranza**

Professore a contratto di Diritto privato e di Diritto pubblico, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università di Padova

**Dott. Valter Torri**

Responsabile Laboratorio per lo sviluppo di nuove strategie farmacologiche, Dipartimento di Oncologia, Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri" di Milano

**Prof. Biancarosa Volpe**

Dirigente U.O.S. di Psicologia Clinica, Divisione di Cardiocirurgia, Azienda Ospedaliera di Padova

## **DOCENTI Seminario di Cardiologia Clinica "Donna e Cuore", Verbania**

**Dott. Dinko Anzulovic**

Istituto di Cardiologia Università – Padova

**Prof. Giovannella Baggio**

Direttore U.O. di Medicina Generale – Università – Padova

**Prof. Eros Barantani**

Primario Malattie Metaboliche - Istituto Auxologico – Piancavallo (VB)

**Dott. Marco Bobbio**

Direttore SC Cardiologia - AO Santa Croce e Carle – Cuneo

**Dott. Anna Maria Colli**

Divisione di Cardiologia Pediatrica – Clinica Mangiagalli – Milano

**Prof. Luciano Daliento**

Direttore II Scuola di Cardiologia – Università – Padova

**Prof. Sergio Dalla Volta**

Professore di Cardiologia – Università – Padova

**Prof. Maria Grazia Modena**

Direttore Dipartimento di Cardiologia – A.O. Università – Modena

**Prof. Maria Penco**

Professore ordinario di Cardiologia – Università – L'Aquila

**Dott. Patrizia Presbitero**

Direttore U.O. di Cardiologia Invasiva – IRCCS Humanitas – Rozzano (MI)

**Prof. Rapezzi Claudio**

Professore di Cardiologia – Policlinico Sant'Orsola Malpighi – Bologna

**Prof. Giuseppe Riggio**

L.D. in Semeiotica Medica, Università di Milano, Coordinatore didattico Fondazione Tonolli

**Dott. Rosario Russo**

Istituto di Cardiologia – Università – Padova

**Prof. Gianfranco Sinagra**

Direttore S.C. Cardiologia – Ospedale Cattinara – Trieste

**Discenti** (in ordine alfabetico)

Dott. Armaro Biagio - Siracusa  
Dott. Bagato Francesco – Conegliano (TV)  
Dott. Berton Emanuela\* - Bologna  
Dott. Biagini Elena - Bologna  
Dott. Bianco Roberto - Padova  
Dott. Bilato Claudio - Padova  
Dott. Bonanno Carlo - Vicenza  
Dott. Bonura Francesca – Alcamo (TP)  
Dott. Cangemi Francesco\* – Gravina di Catania (CT)  
Dott. Canu Antonella - Olbia  
Dott. Capiello Gabriella\* - Verbania  
Dott. Caputo Maria Teresa\* - Pisa  
Dott. Cardi Luigi\* – Itri (LT)  
Dott. Comini Maria Teresa – Padenghe sul Garda (BS)  
Dott. Congedo Enrico\* - Padova  
Dott. Dal Bianco Lucia – Marano Vicentino (VI)  
Dott. Dogliani Sarah – Cherasco (CN)  
Dott. Formichi Marco – Albignasego (PD)  
Dott. Gallucci Giuseppina – Melfi (PZ)  
Dott. Irace Luigi – Praiano (SA)  
Dott. Maggio Cristina – Saluzzo (CN)  
Dott. Marzi Anna\* - Livorno  
Dott. Mazzotti Elisa – Bagnacavallo (RA)  
Dott. Nibbio Ferruccio - Verbania  
Dott. Petronelli Francesco Paolo - Padova  
Dott. Pinotti Maurizio\* – Domodossola (VB)  
Dott. Polakova Michaela– Milano - Bratislava  
Dott. Presepio Luca\* - Pavia  
Dott. Rizzo Sergio\* - Aosta  
Dott. Russo Alessandra\* - Varese  
Dott. Sarubbi Berardo - Napoli  
Dott. Sarcina Giuseppe\* – Trinitapoli (FG)  
Dott. Sorbo Maria Domenica - Padova  
Dott. Tagliamonte Ercole – Pompei (NA)  
Prof. Torrielli Arnolfo\* – Genova

\* Partecipanti al Seminario di Cardiologia Clinica "Donna e Cuore"



# Indice dei moduli

## Corso di Perfezionamento interattivo 2008/2009

Presentazione degli Atti .....	10
Presentazione al Corso .....	11
Introduzione scientifica .....	12

## Moduli

1. La definizione dei nuovi attori: cardiopatie, cardiopatici, cardiologi e non .....	13
2. I nuovi scenari nei differenti momenti di intervento (prevenzione, diagnosi e cura) .....	14
3. Definizione aggiornata dei rischi che producono o aggravano una patologia cardiovascolare .....	15
4. Metodologia clinica in cardiologia .....	16
5. Comunicazione in cardiologia.....	22
6. Fattori psicologici e cardiopatie; alterazioni cognitive in cardiologia; HRQL (Health Related Quality of Life).....	23
7. Organizzare una rete assistenziale in Cardiologia .....	25
8. Definizione di costi e benefici .....	26
9. Nozioni di diritto sanitario e sindacale.....	26
10. Definizioni delle disfunzioni organizzative, gestionali e relazionali di una unità operativa;	
11. Analisi e gestione delle zone d'ombra dell'organizzazione: strategie d'intervento in funzione della salute dei pazienti e del benessere dei curanti;	
12. Autorità, potere e leadership .....	27
13. – 14. Educazione terapeutica in Cardiologia 1 e 2 .....	29
15. Lavorare in equipe.....	30
16. Novità nella ricerca farmacologia cardiovascolare .....	31

## Seminario di Cardiologia Clinica su "Donna e Cuore" , Verbania Pallanza

17. Fattori di rischio e prevenzione della malattia cardiovascolare nella donna.....	34
18. Sistema cardiovascolare, menopausa e HRT: istruzioni per l'uso per classificare rischi e benefici .....	34
19. Cardiopatie che si sviluppano durante e in conseguenza della gravidanza.....	35
20. Come evitare e come favorire una gravidanza nelle valvulopatie e nelle miocardiopatie.....	37
21. Come evitare e come favorire una gravidanza: nelle cardiopatie congenite.....	39
Considerazioni cliniche conclusive.....	44
Test di Autovalutazione.....	45
Grafico Pre e Post Test .....	46

## PRESENTAZIONE DEGLI ATTI

Prof. Giuseppe Riggio (Verbania)

Quest'anno la Fondazione ha affrontato una nuova esperienza realizzando il primo Corso di Perfezionamento in convenzione con l'Università di Padova e la collaborazione di Docenti di altre Università e Ospedali italiani, del Centro CERGAS e SDA Università Bocconi di Milano, dell'Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri" di Milano, del Dipartimento di Pedagogia delle Scienze della Sanità, Università Parigi XIII, Bobigny, del Dipartimento di Medicina Cardiovascolare Università di Oxford. L'argomento verte su "**Formazione clinica, comunicazione e management in Cardiologia**" poiché la Fondazione vanta una lunga tradizione sulla formazione clinica, sulla comunicazione e sul management.

La metodologia didattica privilegiata è stata sempre la didattica interattiva, acquisita a suo tempo presso il Dipartimento di Pedagogia delle scienze della Sanità, Università Parigi XIII, Bobigny, diretta dal Prof. Jean Francois d'Ivernois. Tale metodologia centrata sul Discente prende le mosse dalla identificazione dei problemi pratici comunemente incontrati nella pratica medica e quindi dalle conoscenze necessarie per affrontarli e risolverli. Tali conoscenze hanno costituito gli obiettivi d'apprendimento che ogni docente ha esplicitamente formulato indicando gli strumenti didattici interattivi adeguati per raggiungerli ("*problem solving*", "*lavori di gruppo*", "*discussioni*").

In questa prima fase ciascun Docente rende note le conoscenze relative alla propria disciplina (psicologia, economia, comunicazione, ecc.) che ha ritenuto necessarie per le competenze relative al corso, in modo che possano essere presentate ai partecipanti sotto forma di strumenti operativi applicabili nella pratica quotidiana. Al corso il compito di ciascun docente è stato quello di mostrare ai partecipanti il campo di applicazione degli strumenti teorici proposti e insegnare ad usarli correttamente attraverso simulazioni pratiche.

In questo modo pensiamo di avere realizzato un corso di alta formazione professionale contribuendo a migliorare le competenze del cardiologo pratico non solo in ambito clinico, ma anche in quello organizzativo, amministrativo e in quello, non meno complesso, della comunicazione fra partner sanitari e col paziente. In estrema sintesi un corso secondo il paradigma "*patient-oriented medicine*".

Il Corso è stato diretto dal Prof. Sergio Dalla Volta e Prof. Luciano Daliento con la collaborazione di tutti i membri del Comitato Organizzatore: Prof. Sergio Dalla Volta, Prof. Luciano Daliento, Dott. Marco Bobbio, Prof. Claudio Rapezzi, Dott. Rosario Russo, Prof. Gianfranco Sinagra, Prof. Eros Barantani, Prof. Giuseppe Riggio e dalla Fondazione Tonolli.

La registrazione è stata curata da Nicola Palazzo, tecnico dell'Università di Padova, la eccellente revisione è stata opera della Dott.ssa Francesca Bonura, Specialista in Cardiologia - Trapani, curata nella attenta stesura finale dal Prof. Eros Barantani.

Gli Atti attuali riportano le premesse e le conclusioni dei Direttori del Corso, le singole lezioni documentate, le sintesi critiche dei singoli moduli predisposte dai Coordinatori didattici.

## PRESENTAZIONE AL CORSO

Prof. Luciano Daliento (Padova)

L'offerta formativa di questo corso di perfezionamento è stata principalmente rivolta a soggetti che avevano già concluso o stavano per concludere il Corso di specializzazione in Cardiologia o lavorano presso una struttura di Cardiologia. Essa ha contenuti specifici che non riguardano strettamente gli aspetti sistematici di questa disciplina così come vengono forniti nei differenti momenti formativi istituzionali e non, ma piuttosto tiene in particolare considerazione aspetti peculiari come la comunicazione ed il management, una volta ridefiniti gli attori protagonisti e gli scenari d'intervento.

Gli obiettivi primari del corso sono stati quelli di fornire ai partecipanti gli strumenti per comprendere i processi che sottendono i momenti e le modalità di formazione clinica in Cardiologia; le modalità di comunicazione tra i differenti attori interni ed esterni alla istituzione sanitaria e la loro valenza terapeutica e gestionale; l'analisi di modelli gestionali per un efficace utilizzo delle risorse umane e logistiche; un aggiornamento sulla metodologia della sperimentazione dei farmaci e sulla valutazione dei risultati.

Per ottenere questi obiettivi ci si è avvalsi di competenze di differente formazione, che tuttavia hanno operato con una comune metodologia didattica, la quale ha visto il docente costantemente impegnato in un'interazione attiva con il discente, mediante la ricostruzione di modelli operativi, l'analisi di situazioni critiche, la preparazione di progetti di gestione e di ricerca, analisi di risultati, proposizione e risoluzione di problemi.

La scelta di tre sedi differenti, l'Università di Padova, l'Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri" e l'Università Bocconi di Milano, non è stata dettata da necessità logistiche, quanto piuttosto dall'aver voluto sottolineare lo stretto rapporto tra contenuti e strutture che hanno partecipato a questa iniziativa.

A fine fatica è doveroso fermarsi a riconsiderare quanto è stato fatto, soprattutto se si ha in mente di ripetere l'esperienza. Non si tratta di un bilancio, quanto piuttosto di una riflessione su come il corso è stato percepito non solo dai discenti, ma anche da noi docenti. Indubbiamente gli obiettivi che ci eravamo dati erano straordinari, nel senso che erano fuori dai canoni usuali dell'offerta formativa, soprattutto in una disciplina come la nostra, tutta proiettata sull'introduzione e sviluppo di nuove tecniche di indagine e trattamento. La nostra volontà era quella di aprire una discussione, da qui la necessità di avvalersi di un metodo interattivo, su processi complessi come la comunicazione tra i differenti attori che operano nell'ambito dell'assistenza cardiologica, una volta che se ne fossero definiti i protagonisti e gli scenari; la definizione di modelli di gestione di realtà più o meno complesse strutturali o funzionali, nelle quali le risorse umane devono spesso sopperire la insufficienza delle risorse logistiche; la lettura critica della sperimentazione clinica, soprattutto farmacologica.

Avevamo molti timori sull'esito di questa iniziativa, tuttavia per non ricadere in luoghi comuni e per non peccare di diletterantismo abbiamo cercato la collaborazione di esperti qualificati, dotati di dottrina e di lavoro sul campo. Su un punto non ci eravamo sbagliati, sul fatto che si ha un gran bisogno di approfondire questi aspetti che condizionano sempre più il nostro modo di operare. Ciò è dimostrato dalla intensa partecipazione di tutti i discenti, che dopo un breve iniziale momento di passività sono diventati sempre più partecipi, sì che le loro esperienze di lavoro e di rapporto con i pazienti sono divenute oggetto stesso di insegnamento, e tutti abbiamo imparato. Compito dei docenti è stato quello di dare ordine e significato a questo evento maieutico, avendo cura di fornire strumenti di analisi e di comprensione di processi che caratterizzano il nostro agire professionale. Ordine e significato a quanto poco conosciuto ma spesso percepito, come il ruolo che ciascun operatore assume in un sistema organizzativo complesso; i fattori, che, indipendentemente dalle competenze professionali, condizionano l'operatività di un gruppo di lavoro e possono essere causa di disagio fisico e psicologico.

Molto positivo è risultato, come si deduce dalla valutazione finale data dai partecipanti, l'apporto dei docenti della Bocconi riguardo la modalità di definizione e di gestione di un budget in base alle risorse umane e logistiche disponibili e agli obiettivi preposti. Molto apprezzata è stata la giornata all'Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri", dove all'insegnamento si è associata la possibilità di condividere momenti di quotidianità con i ricercatori dell'Istituto.

Per il futuro cercheremo di soddisfare alcune proposte che ci sono pervenute da una parte dei discenti, cioè di un maggior riferimento alla realtà clinica, pertanto il programma del prossimo corso sarà implementato da casi clinici che saranno presentati e discussi alla fine di ciascun modulo e che a questo faranno diretto riferimento.

## INTRODUZIONE SCIENTIFICA

Prof. Sergio Dalla Volta (Padova)

I cambiamenti profondi del panorama professionale ed organizzativo in Medicina, e più specificatamente in Cardiologia, hanno comportato la necessità per i medici cardiologi di completare la formazione medica in senso stretto con nozioni che riguardano il modo con cui il malato, sia ambiente ospedaliero, sia in cosiddetto territorio, viene seguito durante il decorso della sua malattia, qualunque sia l'esito di questa.

Tre cause fondamentali sono alla base dei cambiamenti con cui è esercitata l'attività del medico, che quindi richiede un certo numero di conoscenze non strettamente mediche.

La prima causa è la complessità crescente dei problemi legati alla cardiopatia, sia per la molteplicità delle conoscenze che si richiedono al cardiologo in ogni momento, delle scelte diagnostiche terapeutiche per la singola cardiopatia.

Un secondo punto importante è l'intervento usuale di competenze varie in ogni fase della malattia, per cui interventi complessi richiedono conoscenze larghe di genetica, fisiologia, farmacologia, biochimica e biofisica, terapie e valutazione dei risultati.

Una terza causa della complessità della medicina attuale è l'assistenza sanitaria gratuita che in molti paesi del mondo, inclusa l'Europa, è nata e si è sviluppata dopo che nel 1945 il liberale Beveridge nel Regno Unito propose ed attuò il piano completo di assistenza gratuita delle malattie per ogni età, che si è diffuso e si sta diffondendo in molti paesi del globo.

Tutto questo ha creato uno scenario in cui i protagonisti non sono solo il malato ed il curante, ma anche il personale tecnico non medico, che ha delicati compiti organizzativi interdisciplinari. Tale nuova metodologia clinica rende necessaria la definizione aggiornata dei rischi, la metodologia degli interventi, la comunicazione delle conoscenze ai vari attori, l'organizzazione di una rete assistenziale che comporti unità operative senza disfunzioni, che riducano le zone d'ombra degli interventi, che stabiliscano le autorità, la leadership, che insegnino a lavorare in gruppi funzionali e consentano di mantenere competenze che variano nel tempo più rapidamente di quanto non fosse prevedibile anni orsono.

La Fondazione Tonolli ha pensato quindi di associare ai corsi di Verbania che da oltre 20 anni mettono i cardiologi partecipanti in condizioni di incrementare il loro livello culturale nei vari argomenti con metodo interattivo e partecipazione dei discenti ai singoli argomenti trattati, nozioni specifiche che riguardino l'organizzazione della cura dei malati.

Per questo si è pensato di completare i corsi strettamente medici con Aggiornamenti sia di farmacologia di base attraverso l'intervento dell'Istituto Mario Negri diretto dal Prof. Garattini sia di una presentazione dei problemi organizzativi affidando la responsabilità al centro CERGAS e SDA, dell'Università Bocconi Milano, che hanno completato le lezioni affidate ai cardiologi dell'Università di Padova con responsabilità primaria al Prof. L. Daliento, ed al personale amministrativo soprattutto della regione veneto.

Il corso si è svolto in tre sessioni, due a Padova ed una terza settimana divisa tra Milano, l'Istituto M. Negri, l'Università Bocconi e Verbania.

Nonostante le difficoltà iniziali di organizzare un corso di perfezionamento interattivo, la risposta dei partecipanti al corso è stata molto buona ed entusiastica, si da far ritenere che non si è trattato di un tentativo velleitario, ma di un seminario seriamente impostato e ben definito negli obiettivi.

Il fascicolo che comprende le lezioni e le discussioni tenute mostra la qualità degli interventi . La gratitudine degli organizzatori va quindi a tutti coloro che hanno partecipato con competenza ed entusiasmo ai compiti loro affidati, nonché ai partecipanti al corso che con il loro interesse, la partecipazione attiva e la qualità delle discussioni hanno dimostrato che i motivi del corso si sono tradotti in attività culturale.

Ci auguriamo che negli anni a venire la qualità, la completezza, e l'organizzazione del corso sia più completa e sempre al passo con le necessità dei tempi.

## MODULO 1

### La definizione dei nuovi attori: cardiopatie, cardiopatici, cardiologi e non

Conduzione didattica e sintesi critica: Prof. Luciano Daliento (Padova)

Esperto: Prof. Biancarosa Volpe (Padova)

Questo primo modulo ha lo scopo principale di ripercorrere le tappe che hanno portato all'attuale scenario entro il quale si situano tutti gli attori protagonisti della Cardiologia: le cardiopatie, i cardiopatici e i cardiologi. L'intervento introduttivo del dr. Bobbio ha fornito un aggiornamento qualitativo e quantitativo dell'epidemiologia delle cardiopatie, soffermandosi su quelle che stanno assumendo in alcuni strati della popolazione (terza età ) un carattere epidemico. Viene sottolineato il rischio che i dati presenti in letteratura possano presentare dei bias dovuti soprattutto alla molteplicità dei criteri che definiscono una medesima accezione patologica: il relatore si è soffermato particolarmente sui dati dell'attacco ischemico acuto in cui c'è spesso sovrapposizione tra angina instabile ed infarto miocardico e come l'utilizzo epidemiologico dei codici utilizzati nelle cartelle cliniche, possa essere influenzato dal criterio del DRG. La funzionalità tuttavia dei dati epidemiologici forniti, riguardo agli obiettivi del Corso è quella di sottolineare l'entità della popolazione coinvolta e come questi numeri siano determinanti per una programmazione degli interventi strutturali e funzionali di prevenzione, diagnosi e cura. Viene inoltre introdotto il concetto di rischio globale e come la diversa rappresentazione di esso possa cambiare in maniera significativa la percezione che di esso ha il cardiopatico nel momento della comunicazione, condizionandone i comportamenti conseguenti.

Il Prof. Daliento ha cercato di descrivere come siano cambiati nel tempo i tre protagonisti e le loro relazioni, soffermandosi sulle condizioni storiche che hanno determinato l'evoluzione delle conoscenze; viene introdotto il ruolo rilevante del valore simbolico attribuito al cuore, costante nelle varie epoche e nelle differenti culture, e di come questo abbia influito e continui a condizionare il sentire comune riguardo alla cardiopatia e ai cardiopatici; di come la fisiologia di Galeno abbia così a lungo ritardato l'introduzione del concetto di circolazione e di come questo handicap sia stato superato attraverso l'opera della scuola anatomica padovana, che operò tra il 1450 e la fine del 1500, avendo come background culturale la dottrina dell'osservazione, della pratica e della sperimentazione propria della tradizione aristotelica, resa possibile dall'ampia libertà, eccezionale ed unica per quei tempi, tutelata dall'autorità della repubblica di Venezia.

Si è successivamente sottolineato come l'introduzione del cateterismo cardiaco non soltanto ha reso possibile il nascere della cardiocirurgia, ma soprattutto ha demolito la convinzione che il cuore non poteva essere toccato in un vivente, perché questo avrebbe comportato sicuramente la morte del soggetto. La cardiologia è stata una delle discipline che maggiormente ha usufruito dell'enorme sviluppo tecnologico con possibilità di miglioramento significativo della capacità di diagnosi e trattamento, tuttavia capaci solo di eliminare o ridurre un sintomo, o di prolungare la sopravvivenza ma non portare a guarigione.

Considerata la complessità della patologia cardiaca e dei vari fattori che contribuiscono a determinarla, viene introdotta la necessità dell'intervento interdisciplinare, capace di avvalersi di competenze anche non prettamente mediche ma che si rivolgono all'ambiente esterno.

L'importanza di implementare con competenze non mediche l'intervento diagnostico e terapeutico è stato sottolineato dalla Dott.ssa Volpe e dal Dott. D'Elcico, i quali hanno evidenziato la valenza che i fattori psicologici e sociali hanno nel determinare o favorire in alcuni casi l'insorgenza della cardiopatia ma anche di influenzare il quadro clinico e l'evoluzione prognostica. Sono state delineate nuove prospettive provenienti dall'acquisizione degli studi neuro cognitivi e le sindromi depressive post IMA , o il recentissimo studio longitudinale trentennale dei fattori di rischio psicologici e maggior predisposizione a malattie cardiovascolari (Dunedin Multidisciplinary Health and Development Study - New Zealand).

Considerati il carattere epidemico di alcune cardiopatie e la necessità di razionalizzare le modalità di cure e i suoi costi, è necessario introdurre nuovi modelli di intervento, utilizzando i vantaggi che la tecnologia telematica può attualmente fornire.

E' stato illustrato un modello di rete di assistenza a pazienti cronici che utilizza la tecnologia per favorire flussi informativi "adeguati" in tempi brevi tra ospedale e territorio in funzione delle necessità diagnostiche e di cura dei pazienti.

Harrison introduce il concetto della relazione tra qualità della salute e qualità della vita, sottolineando la necessità di identificare degli strumenti che ci permettono di quantificare questi aspetti.

La definizione di qualità e salute apre la strada alla problematica della misurazione e monitoraggio in contesti socioculturali differenti. L'analisi della qualità passa attraverso la definizione di indicatori soggettivi ed oggettivi della qualità di vita e salute ma anche attraverso l'introduzione di indicatori culturali senza i quali non è possibile analizzare la qualità. Harrison si sofferma sugli indicatori culturali che contribuiscono a definirla, tenendo conto della nuova realtà interetnica; in tale direzione affronta esemplificativamente le necessità di nuove modalità di comunicazione che tengano conto delle differenze d'intendere la malattia, la sofferenza e la morte nei differenti contesti socioculturali ed interculturali.

## MODULO 2

### I nuovi scenari nei differenti momenti di intervento (prevenzione, diagnosi e cura)

Conclusione didattica e sintesi critica: Dott. Marco Bobbio (Cuneo)

Nella mattinata gli interventi di un primario di cardiologia di un ospedale periferico (Dott. Bortolo Martini, di Thiene), di un direttore sanitario (Dott. Luciano Flor dell'Azienda Ospedaliera di Padova) e del direttore dell'agenzia dei servizi (Dott. Antonio Compostella, direttore dell'Agenzia della regione Veneto) hanno permesso di inquadrare lo scenario nel quale si colloca attualmente la sanità in Italia.

In particolare il Dott. Martini ha illustrato i dati delle cardiologie italiane ricavati dal recente sondaggio condotto dall'ANMCO e la razionalizzazione dei ricoveri in regime di day hospital (per le cardioversioni elettriche), di day surgery (per le coronarografie e angioplastiche) e di ricovero ordinario per tutte le altre patologie cardiache. La tendenza è quella di organizzare i ricoveri per intensità di cura invece che per specifiche patologie. Il Dott. Martini ha illustrato l'organizzazione delle Unità territoriali di assistenza primaria (UTAP) che sono forme associative di elevata complessità finalizzate a: migliorare la qualità dell'assistenza, garantire l'appropriata erogazione dei servizi, la continuità dell'assistenza e l'efficace integrazione socio-sanitaria. Il perseguimento di tali obiettivi avviene attraverso lo sviluppo del governo clinico delle Cure Primarie, inteso come modalità di lavoro condiviso con i medici, nonché mediante una responsabilizzazione sugli obiettivi di compatibilità economica del sistema.

Il Dott. Flor ha illustrato l'organizzazione per aree vaste che consente una concentrazione di attività di alto livello clinico e consente l'organizzazione dei servizi con un sistema di rete integrata (in Veneto attiva per l'ictus e l'angioplastica primaria) che consente la rotazione degli operatori tra ospedali, in modo da garantire anche nei centri periferici adeguato aggiornamento e professionalità. Il futuro vedrà una gestione per progetti e non per problemi. Il Dott. Compostella si è soffermato sul ruolo dell'agenzia regionale socio sanitaria del Veneto quale ente strumentale della Regione Veneto, dotato di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale e contabile di supporto tecnico in materia di sanità e servizi sociali nell'assistenza alle aziende sanitarie nell'applicazione delle metodologie per il controllo di gestione; nella verifica e controllo dell'attività gestionale delle strutture socio sanitarie anche attraverso l'analisi dei bilanci; nell'istituzione e funzionamento dell'osservatorio prezzi e tecnologie delle aziende sanitarie; nell'elaborazione di proposte tecniche per la definizione di parametri di finanziamento delle aziende sanitarie e delle strutture pubbliche, private e accreditate; nell'accreditamento delle strutture socio sanitarie; nell'elaborazione, individuazione e definizione di strumenti volti a verificare la qualità dei servizi e delle prestazioni socio sanitarie; nel controllo della qualità dei servizi e delle prestazioni erogate nell'ambito del servizio sanitario regionale; nello sviluppo del processo di aziendalizzazione, improntato all'autonomia della gestione e a criteri di efficacia, efficienza ed economicità; nella valutazione tecnica di proposte di modelli gestionali innovativi da sperimentare su singole aziende ulss mediante sperimentazioni gestionali organizzative e progetti di ricerca sanitaria finalizzata; nella elaborazione di proposte di programmi degli investimenti strutturali. Infine il Dott. Vittorio Pengo (Responsabile del centro trombotici dell'Università di Padova) ha spiegato l'organizzazione di un ambulatorio per il controllo della terapia anticoagulante, portando sia dati tratti dalla letteratura scientifica sull'incidenza di complicazioni e su diverse modalità di trattamento e sia tratti dall'esperienza personale di un centro in grado di seguire dai 300 ai 400 pazienti al giorno, soffermandosi sulla necessità di decentramento delle attività di base, lasciando ad alcuni centri l'assistenza a pazienti più complessi.

Nella sessione del pomeriggio, condotta dal dottor Giuseppe D'Elcio, è stata condotta una simulazione dal vivo dell'uso della piattaforma telematica di salute in rete impersonificando alcuni attori del percorso di cura, creando le posizioni di utente e professionisti della catena assistenziale e simulando il decorso e l'utilità della azione di filtro e coordinamento della Centrale nonché condividendo informazioni e decisioni. I partecipanti al corso sono stati divisi in quattro gruppi di lavoro: Ospedale, Medico di Medicina Generale, Utente/famiglia e Centrale. Si sono presentati alcuni casi reali come dimostrazione. In seguito si sono creati alcuni casi, immaginati dal gruppo d'aula, su cui si è via via proceduto - con l'utilizzo diretto del sistema da parte dei partecipanti al corso - alla:

- registrazione dei dati di base della cartella clinica
- inclusione delle informazioni ulteriori (lett. dimissione p.es)
- esposizione nell'area riservata del portale di tutte le informazioni
- condivisione delle stesse da parte dei curanti in remoto
- definizione via portale del piano di cura a domicilio
- attivazione della centrale e dei contatti di follow-up con il domicilio
- registrazione del decorso e dei contatti
- rilievo di segnali di allerta
- trasmissione immediata dell'allerta ai curanti (H/MMG ADI)
- modifiche del piano individuale di cura
- informazione e sostegno alla famiglia per la gestione dei cambiamenti di assistenza legati all'allerta

## MODULO 3

### Definizione aggiornata dei rischi che producono o aggravano una patologia cardiovascolare

Conduzione didattica e sintesi critica:

Prof. Luciano Daliento, Biancarosa Volpe (Padova)

Questo modulo ha avuto l'obiettivo di sviluppare il concetto di rischio nella pratica cardiologica in tutte le sue declinazioni con contributi multidisciplinari.

I fattori di rischio di sviluppare una malattia cardiovascolare: biologici, psicologici, sociali culturali; i fattori di rischio nell'errore medico: individuali, relazionali, insiti nell'organizzazione e nelle sue dinamiche.

In questo modulo vengono ripresi e sistematicamente sviluppati i concetti di rischio cardiovascolare come erano stati genericamente prospettati nel modulo n.1.

La prima parte del modulo che ha occupato l'intera mattinata ha visto l'intervento della dr.ssa Cacciavillani che ha criticamente illustrato quelli che sono considerati i più comuni fattori di rischio biologici, sottolineando la difficoltà di poter intervenire sulle grandi masse, per ridurne la loro valenza patogenetica: soprattutto come scarsi sono i risultati in termini di incidenza sulla malattia utilizzando i presidi farmacologici per cause secondarie alle carenze culturali, alla scarsa compliance dei pazienti che scema nel tempo, e ai costi.

Le relazioni dei Dott. Russo e Volpe hanno affrontato e discusso il problema della complessità nella individuazione misurazione e monitoraggio dei fattori di rischio psicologici e sociali in particolare nelle malattie coronariche e delle ricadute di questi fattori nell'ambito preventivo primario e secondario. E' emerso il tema della complessità di un approccio curativo che può utilizzare l'interdisciplinarietà solo se ci sono alcuni aspetti condivisi dallo specialista cardiologo e dagli altri specialisti; di come la tradizione universitaria non prepari il medico all'interdisciplinarietà sia dei contenuti clinici sia delle differenti strategie terapeutiche per favorire i processi di cura. Molte volte i fattori di rischio psicologici e sociali non vengono indagati nella misura in cui non si sa come affrontarli con il paziente ed i familiari (in termini di valutazione e di intervento post ma per modificare comportamenti o stati psicologici che influenzano le condizioni del paziente).

Nel pomeriggio la Dott.ssa Volpe ha introdotto il seminario del Dott. De Nardi aprendo alcune riflessioni teoriche sugli attori in gioco quando si affrontano i rischi della pratica medica e si tenta di governarli. Il concetto di rischio è fortemente legato al concetto di sistema e ai suoi attori (medico infermiere, altri specialisti, pazienti famiglie) e alla tipologia di pratiche, alla tipologia di malattie e alla tipologia di processi comunicativi nei differenti contesti dei luoghi di cura (ospedale: ambulatorio, sala operatoria, reparto, terapia intensiva) servizi territoriali (ambulatorio). Quindi il concetto di rischio non più riferito alla eziopatogenesi della cardiopatia, soprattutto coronaropatia, ma riferiti ai fattori che possono determinare eventi avversi ed ai differenti attori coinvolti, nei vari momenti dell'attività lavorativa, sottolineando come la maggior parte delle azioni giudiziarie nasce da un fallimento dei processi relazionali tra equipe, paziente e familiari.

Il Dott. De Nardi ha affrontato il delicato compito di far percepire ai partecipanti la rilevanza del gioco relazionale nel processo di cura, un gioco che si svolge sotto "il tappeto" che ha una rilevanza pregnante nel condizionare il funzionamento di un gruppo di lavoro e che se viene ignorato generalmente favorisce il fallimento di qualsiasi iniziativa riorganizzativa sul piano razionale. Leader, senior manager, amministratori sono chiamati sempre più spesso ad intervenire nelle organizzazioni per cui lavorano e ad assumere i propri ruoli in ambienti turbolenti, rapidamente mutevoli e sempre più complessi e fluidi.

Tutti coloro che hanno delle responsabilità nell'organizzazione di cura possano sviluppare delle competenze indispensabili per comprendere e governare i processi psicologici e sistemici implicati nell'organizzazione e nel suo funzionamento o disfunzionamento, in modo da poter gestire i cambiamenti ed esercitare una governance più saggia, più efficiente e più in grado di contenere le ansie di sistema e promuovere benessere organizzativo. Per fare ciò è necessario andare oltre i dati razionali e immediatamente visibili ed esplorare anche le dimensioni emotive e nascoste del comportamento umano che influenzano la produttività e il destino delle organizzazioni.

Al termine della sessione è stata fornita una panoramica dei due differenti approcci alla governance della sicurezza nell'organizzazione: ingegneristica e psicodinamica.

Il seminario ha visto la partecipazione molto attiva dell'uditorio, che si è ritrovato nelle esemplificazioni presentate dal relatore, fornendo ulteriore materiale alla discussione. Sono stati presentati infine alcuni strumenti (audit) attraverso i quali il gruppo ha la possibilità di far emergere le difficoltà ambientali prodotte da relazioni (verticali ed orizzontali) non corrette o comunque ambigue o non espresse.

Il modulo si chiude con la lettura del Prof. Paoletti che ha come tema la differenza di genere in Cardiologia. Il relatore attraverso la presentazione di dati epidemiologici aggiornati smentisce la conoscenza comune che le malattie cardiovascolari interessino prevalentemente il sesso maschile e come la mortalità cardiovascolare è maggiore nelle donne, soprattutto dopo la menopausa; vengono anche discussi i fattori di rischio specifici del genere.

## MODULO 4

### Metodologia Clinica in Cardiologia

#### Conclusione didattica e sintesi critica: Prof. Claudio Rapezzi (Bologna)

Sherlock Holmes è qualcosa di più del prototipo dell'investigatore moderno: è un archetipo di intelligenza applicata e di metodo scientifico, valido in molte circostanze e nei contesti più svariati. L'idea di proporlo come compagno di viaggio attraverso i meandri della Evidence Based Medicine è assolutamente perfetta, come, più in generale, è stimolante il parallelismo fra "mondo clinico" e "mondo dei detective".

Pur essendo l'alfiere ed il prototipo del metodo "logico-deduttivo", Sherlock Holmes non è però l'unica figura di detective che abbia creato una "scuola", cioè un metodo. Il mondo del romanzo poliziesco e della fiction è densamente popolato di figure di detective famosi, ciascuno dei quali ha portato contributi importanti alla scienza investigativa. Nell'arco di più di un secolo e mezzo (il romanzo poliziesco nasce "ufficialmente" con Edgar Allan Poe nel 1848) diversi metodi investigativi si sono succeduti, spesso embricandosi. Le analogie fra metodo clinico e scienza dell'investigazione, fra grandi clinici e grandi detective nonché i richiami incrociati fra medico e detective, fra crimine e malattia sono abbondantemente presenti nella letteratura, nel cinema e nella televisione. Sia il medico sia il detective hanno, come finalità principale del loro agire, l'identificazione del colpevole di una situazione anormale e pericolosa (la diagnosi della malattia da un lato, l'identificazione dell'assassino dall'altro). Per arrivare a ciò, entrambi debbono, inoltre, reperire, archiviare e "gestire" una notevole quantità di informazioni sia tecnico-scientifiche, sia di cultura generale.

Una breve riflessione sulle analogie fra il pensiero medico e i metodi investigativi del romanzo poliziesco potrebbe contribuire alla "causa" del metodo clinico (1,2).

Le analogie: gli aspetti comuni alle due discipline sono numerosissimi (v. Tabella I)

---

#### Tabella I

##### Romanzo poliziesco e metodo clinico

1. **STESSO PERIODO STORICO**
2. **STESSA CLASSE SOCIALE DI RIFERIMENTO**
3. **STESSA FIDUCIA " NEOPOSITIVISTA "**
4. **ANALOGIE NEL METODO**
5. **SCAMBIO LETTERARIO DEI RUOLI**

---

Innanzitutto il periodo storico e la classe sociale di riferimento. Il poliziesco vive il suo momento di grande splendore nella seconda metà del XIX secolo, nel clima di fiducia nelle illimitate possibilità della scienza. Nello stesso periodo la medicina registra l'affermarsi del più classico dei paradigmi indiziari quello imperniato sulla semeiotica medica, la disciplina che consente di diagnosticare le malattie "interne" e quindi inaccessibili all'osservazione diretta attraverso la valorizzazione di "segni" che, insignificanti agli occhi del profano, possono essere decifrati soltanto dall'esperto e lo conducono alla diagnosi finale.

Il detective e il medico entrano in azione davanti al turbamento di uno stato di quiete, del corpo ammalato o del tessuto sociale minacciato dal crimine. Se il medico è colui che indagando i segni del male cerca di scoprirne la causa e di ripristinare l'originario stato di benessere, l'investigatore individua, isola e distrugge il criminale, cioè quella sorta di vero e proprio agente patogeno dell'ordinata convivenza civile in grado di minare l'ordine costituito e la certezza nei poteri di controllo dello stato.

##### **Le qualità del detective (e del clinico) ideale e i "modelli investigativi".**

Per usare le parole che Sir Arthur Conan Doyle fa pronunciare a Sherlock Holmes ne "Il Segno dei Quattro", tre sono le qualità necessarie al detective ideale: capacità di osservazione, deduzione e conoscenza"(3). Questa affermazione è di fatto il paradigma, il manifesto ideologico di tutta la letteratura poliziesca, a forte matrice



anglo sassone, che si sviluppa fra la fine dell'ottocento e i primi del novecento, impersonata dai detective classici dell'epoca aurea del "giallo": Auguste Dupin, Sherlock Holmes, Miss Marple, Hercule Poirot (4-14). Se queste tre caratteristiche continuano a rappresentare i pilastri fondamentali del ragionamento investigativo per tutti gli anni successivi, emerge progressivamente nella letteratura poliziesca del novecento l'importanza di altre due qualità: la capacità di ricostruzione psicologica e ambientale della vittima (teorizzata sia dal Maigret di Simenon sia da Padre Brown di Chesterton) e la capacità di percepire le incongruenze all'interno della scena del crimine (è il caso tipicamente del tenente Colombo di Levinson & Link) (v. Tabella II).

## Tabella II

### Le caratteristiche di un investigatore e di un medico ideali

- **CAPACITA' DI OSSERVAZIONE**
- **CAPACITA' DI DEDUZIONE**
- **CULTURA**
- **CAPACITA' DI RICOSTRUZIONE PSICOLOGICA E AMBIENTALE**
- **CAPACITA' DI PERCEPIRE LE DISCREPANZE**

Le analogie fra detective e clinico per quanto riguarda questo profilo di eccellenza sono impressionanti. Per convenzione l'origine del romanzo poliziesco viene fatta risalire al 1841, anno di pubblicazione dei "Delitti della via Morgue" di Edgar Allan Poe (4). In più di un secolo e mezzo le tecniche investigative adottate dalle centinaia di figure di detective più o meno conosciuti e popolari sono numerosissime ma in fondo riconducibili a 4-5 modelli fondamentali di ragionamento. L'identificazione dei modelli fondamentali consente anche di classificare, anche se in modo approssimativo, personaggi ed autori della letteratura gialla (v. Tabella III).

## Tabella III

### Modelli investigativi nel romanzo "poliziesco" dal XVII secolo ad oggi

CARATTERISTICA DOMINANTE	PERSONAGGIO	AUTORE
Capacità di osservazione, capacità di sviluppare il ragionamento logico (deduzione, induzione e abduzione)	Zadig Auguste Dupin Sherlock Holmes Hercule Poirot Miss Marple Philo Vance Ellery Queen Guglielmo da Baskerville	Voltaire Edgar Allan Poe A Conan Doyle Agatha Christie Agatha Christie SS Van Dyne F Danny & MB Lee Umberto Eco
Cultura	Nero Wolfe Miss Marple	Rex Stout Agatha Christie
Capacità di ricostruzione ambientale/psicologica; abilità nel condurre un interrogatorio	Maigret Padre Brown Charlie Chan	Georges Simenon GK Chesterton ED Biggers
Capacità di cogliere le incongruenze	Tenente Colombo	Levinson & Link
Azione, ostinazione, tenacia, intraprendenza	Philip Marlowe Lew Archer Sam Spade Mike Hammer	R Chandler R Macdonald D Hammett M Spillane
Adesione letterale a protocolli e linee guida	Ispettore Lestrade	A. Conan Doyle

Più che succedersi nel tempo o rappresentare modalità di ragionamento mutuamente esclusive, i modelli si sono in realtà embricati e sommati, così che in singoli detective è di fatto riconoscibile più di una caratteristica dominante.

**Capacità di osservazione e di ragionamento logico.** Sherlock Holmes impersona il prototipo, quasi la caricatura, di questo modello. Nonostante il suo metodo venga generalmente descritto come "deduttivo", in realtà Holmes non pratica né la deduzione (inferenza di una conoscenza particolare da una regola di carattere generale) né l'induzione (il percorso contrario, dal caso particolare alla regola generale), bensì l'abduzione. L'abduzione è il processo di formazione di ipotesi esplicative. È l'unica operazione logica che introduce una

nuova idea, in quanto l'induzione non fa appunto che determinare una regola e la deduzione sviluppa le conseguenze necessarie di una pura ipotesi. La deduzione prova che qualcosa deve essere, l'induzione mostra che qualcosa è realmente operativa, l'abduzione suggerisce che qualcosa può essere e che quindi probabilmente è (Tabella IV)

**Tabella IV**

<b>DEDUZIONE/INDUZIONE/ABDUZIONE</b>	
<b>Deduzione</b>	
Regola:	tutti i fagioli di questo sacco sono bianchi
Caso:	questi fagioli vengono da questo sacco
Risultato :	questi fagioli sono bianchi
<b>Induzione</b>	
Caso:	questi fagioli vengono da questo sacco
Risultato:	questi fagioli sono bianchi
Regola:	tutti i fagioli di questo sacco sono bianchi
<b>Abduzione</b>	
Regola:	tutti i fagioli di questo sacco sono bianchi
Risultato :	questi fagioli sono bianchi
Caso:	questi fagioli vengono da questo sacco.

L'osservazione di Holmes riguarda non solo i fatti e gli eventi visibili ma anche la loro assenza. L'evidenza negativa è considerata spesso altamente significativa.

L'esempio classico è l'episodio di quando Holmes, che sta cercando un cavallo da corsa scomparso, viene così interrogato dall'ispettore Gregson (6):

"c'è qualche altro punto su cui volete attirare la mia attenzione?"

"il curioso episodio del cane di notte"

"il cane non fece nulla durante la notte"

"questo è lo strano episodio", osservò Holmes.

Molti degli aforismi di cui sono costellati i romanzi e i racconti di Conan Doyle si adattano perfettamente anche al mondo medico e alla vita in corsia e potrebbero essere pronunciati da un qualsiasi clinico con un certo grado di "ipertrofia dell'ego" (Tabella V).

**Tabella V**

<b>ALCUNI AFORISMI DI SHERLOCK HOLMES</b>	
-	Tu guardi, ma non osservi (8)
-	Conosci il mio metodo: si fonda sull'osservazione delle inezie (9)
-	Non fidarti delle impressioni generali, ragazzo mio, ma concentrati sui dettagli (10)
-	E' un errore madornale elaborare teorie prima di avere i dati. Senza accorgersene uno incomincia a distorcere i fatti per adattarli alle teorie invece di far sì che le teorie spieghino i fatti (8)
-	Non c'è niente di così importante come le evidenze "di prima mano" (11)
-	Non c'è nulla di più ingannevole di un fatto ovvio (9)
-	Il mondo è pieno di cose ovvie che nessuno mai osserva (12)
-	Quando hai eliminato l'impossibile, ciò che rimane, per quanto improbabile, non può che essere la verità (3)

Nella storia della Medicina del mondo occidentale la scoperta e la valorizzazione dei segni è relativamente recente. Il fascino e la grande popolarità dei "segni patognomici" elaborati dai grandi anatomo-clinici del Settecento e dell'Ottocento (Laennec, Auenbrugger, Trousseau, Austin-Flint, Cheyne-Stokes etc) sta proprio nella convinzione (a posteriori una illusione) di poter diagnosticare con precisione pressoché assoluta la "sede interna" della malattia a partire dai "segni esterni specifici" che la denunciano.

Nel processo di formazione individuale che inizia con il corso di Laurea in Medicina, la ricerca dei segni patognomici è spesso il primo approccio metodologico ad essere insegnato. Solo in una fase successiva della propria formazione il medico impara non solo ad amare la semeiotica ma anche a conoscerne i limiti e i falsi miti. Analoghe considerazioni valgono per la semeiotica strumentale.

La ricerca dei "segni diagnostici" è comune infatti alla lettura di tutte le metodiche indipendentemente dal loro contenuto tecnologico. Ma ancora una volta i limiti e i falsi miti incombono. Si tratta non solo di limiti personali legati alla scarsa esperienza del singolo clinico, alla scarsa confidenza con le nuove tecnologie o alla oggettiva difficoltà di lettura dei segni, ma anche di limiti strutturali, cioè filosofici. E' il paradosso rappresentato dalla *teoria Bayesiana*, in altri termini *l'approccio probabilistico alla diagnosi*. Nel momento di massima sofisticatezza delle tecnologie diagnostiche e di massima fiducia "neopositivista", la comunità scientifica prende consapevolezza del fatto che non solo la bontà del ragionamento e la potenza della metodica nello svelare i segni ma anche la prevalenza della malattia nella popolazione studiata determina l'accuratezza diagnostica finale del metodo, sia esso clinico o tecnologico. Non è legittimo dire che la malattia (ad esempio l'ischemia

miocardica reversibile) è o non è presente alla luce della metodica applicata; è possibile semplicemente stabilire di quanto la probabilità pre test che la malattia esista venga ad essere incrementata dal fatto che un determinato segno è stato svelato grazie alla applicazione del metodo (la probabilità post test).

**Cultura.** Oltre ad eccezionali capacità logiche, Sherlock Holmes possiede conoscenze vastissime, ed in effetti la "cultura" è uno dei tre pilastri del suo metodo accanto alla capacità di osservare e a quella di dedurre. Sappiamo che la sua biblioteca nell'appartamento di Baker Street è piena di ritagli di stampa di resoconti di vecchi casi, di pile di vecchi giornali, almanacchi, orari ferroviari, volumi di una enciclopedia americana, testi di botanica. Watson prova in alcune occasioni a fare un ritratto culturale di Holmes. Così apprendiamo che la sua cultura è tanto vasta quanto caotica con estese nozioni di tipo scientifico ma scarse informazioni per quanto riguarda letteratura, filosofia e politica. Ecco il resoconto testuale del Dottor Watson sulle conoscenze di Holmes (11): "Letteratura zero. Filosofia: zero. Astronomia: zero. Politica: scarse. Botanica: variabili. Conosce a fondo caratteristiche e applicazioni della belladonna, dell'oppio e dei veleni in generale. Non sa nulla di giardinaggio e di orticoltura. Geologia: pratiche ma limitate. Riconosce però a prima vista le diverse qualità di terra. Chimica: profonde. Anatomia: esatte ma poco sistematiche. Letteratura criminologica: illimitate. A quanto pare conosce i particolari di tutti gli orrori perpetrati nel nostro secolo. Suona bene il violino. E' abilissimo nel pugilato e nella scherma. E' dotato di buone nozioni pratiche in fatto di legge inglese". In un'altra occasione Holmes precisa di aver catalogato 75 tipi di profumo, che un esperto del crimine deve assolutamente saper distinguere l'uno dall'altro. Rivela anche di poter distinguere 42 diverse impronte di pneumatici. Sappiamo che Holmes si dedica alla redazione di alcune monografie specializzate tra cui una intitolata "Sulla distinzione tra le ceneri dei vari tipi di tabacco"

Se è vero che un certo grado di cultura generale e di conoscenza specifica della casistica è necessario per qualunque indagine, in alcuni investigatori tale qualità si ipertrofizza e tende a rappresentare il principale se non l'unico strumento di soluzione del caso. Nero Wolfe ad esempio (chi è nato prima degli anni '70 non può non ricordare la superba interpretazione televisiva di Tino Buazzelli con Paolo Ferrari nella parte del fido Archie Goodwin) fonda sulla sua enorme cultura la propria abilità di risolvere anche i casi più complicati. Non è chiaro, dai romanzi di Rex Stout, come Nero Wolfe si procuri e riesca a gestire l'enorme quantità di informazioni (sia scientifiche sia di cultura generale) di cui fa sfoggio. L'investigatore però evita qualsiasi contatto diretto con la realtà esterna. Pur rimanendo all'interno del suo appartamento newyorkese a coltivare orchidee, la sua conoscenza della casistica criminale e la sua cultura generale sono tali da consentirgli la soluzione di pressochè tutti i casi, fermo restando il ruolo del collaboratore Archie Goodwin, unico tramite con la realtà esterna.

Anche nel mondo medico esistono comportamenti analoghi. La tentazione di vicariare la scarsa propensione alla pratica clinica diretta con un ricorso sistematico a Internet e a Medline non è rara, anzi è decisamente in crescita, purtroppo senza produrre in genere gli stessi risultati di Nero Wolfe.

**Capacità di ricostruzione psicologica e ambientale.** Il caso emblematico è quello di Maigret. Il commissario creato da Simenon non ha apparentemente un metodo scientifico di indagine. Egli si immerge letteralmente nel mondo della vittima sino alla immedesimazione fisica e psichica. Per usare le parole del commissario l'importante è "lasciarsi impregnare dall'atmosfera, mettere a fuoco l'immagine del morto" e soprattutto stabilire con quest'ultimo una sorta di "sconcertante intimità". Così, ne "Il defunto Signor Gallet", a chi gli chiede: "Lei sta indagando sull'assassino o sulla vittima?", Maigret risponde con lucida pacatezza: "Saprò chi è l'assassino quando conoscerò bene la vittima" (13).

Un altro aspetto qualificante dell'attività investigativa di Maigret è l'attenzione quasi maniacale che il commissario dedica all'interrogatorio del presunto colpevole. Sono proverbiali in quasi tutte le inchieste del commissario i lunghi interrogatori notturni che si chiudono generalmente all'alba con la resa dell'assassino e con una abbondante colazione alla birreria Dauphine (indimenticabile l'interpretazione televisiva di Gino Cervi sotto la regia di Mario Landi nella insuperata TV in bianco e nero degli anni '60).

Nella storia della medicina l'importanza attribuita al colloquio anamnestico ha conosciuto fasi alterne. Per tutto il diciottesimo secolo i medici basarono le loro diagnosi prevalentemente sulle dichiarazioni verbali dei pazienti. Dato che nelle nosologie di quel secolo le malattie erano catalogate per sintomi, i pazienti potevano riferire i loro sintomi a voce o anche per lettera, per cui la visita clinica (di fatto la diagnosi) poteva tranquillamente avvenire per via epistolare. Nell'arco dell'Ottocento, progressivamente, l'anamnesi incomincia ad articolarsi in un protocollo fisso sotto forma di interrogatorio, in altri termini in una sequenza ordinata di domande precostituite con sempre meno spazio alle libere dichiarazioni e interpretazioni del paziente.

Ognuno di noi ha conosciuto Maestri o colleghi particolarmente abili a "tirar fuori" dal colloquio clinico gli elementi fondamentali per la diagnosi. Si tratta di una abilità personale quasi artistica, solo in parte purtroppo trasmissibile agli studenti e ai collaboratori.

**Capacità di cogliere le incongruenze.** Il tenente Colombo, creatura letteraria di Levinson & Link resa popolare attraverso l'interpretazione televisiva di Peter Falk, ha una particolare abilità a percepire le incongruenze (ciò che non va o che stona) nella scena di un crimine. Perché la bottiglia di champagne non è stata aperta direttamente in camera da letto (luogo sia dell'incontro "romantico" sia del delitto) bensì in cucina e solo successivamente portata in camera assieme ai bicchieri? E' molto probabile che si tratti di una messa in scena e che quindi la prima impressione non sia quella vera! (15).

Che cosa ha che fare questo elettrocardiogramma con voltaggi normali o addirittura ridotti con la diagnosi di cardiomiopatia ipertrofica che l'ecocardiogramma mi offre con apparente sicurezza? Probabilmente niente! Sono pertanto costretto a riconsiderare le mie pseudo certezze e a ripartire con una nuova ipotesi che mi porterà forse verso la diagnosi di amiloidosi cardiaca.

Sembra semplice, ma la capacità di percepire e valorizzare le discrepanze interne presuppone il pieno possesso culturale del "modello" diagnostico di riferimento e rappresenta quindi un mix di capacità di osservazione, ragionamento logico, conoscenza e fantasia abduktiva; in altre parole un punto molto avanzato nella scala di evoluzione del clinico.

**Azione, ostinazione, intraprendenza; ovvero dal Giallo al Noir.** A partire dagli anni 30-40 prende forma un genere letterario (Noir nell'accezione francese, Hard Boiled in quella americana) in cui il gusto per il fine ragionamento logico lascia il posto ad altre caratteristiche dominanti: azione, tenacia, intraprendenza, ostinazione, disincanto e disillusione, utilizzo indiscriminato di tutte le risorse disponibili (inseguimenti, intercettazioni, confessioni estirpate con la violenza etc)(16). Philip Marlowe e Sam Spade (indimenticabili le interpretazioni cinematografiche di Humphrey Bogart) sono le indiscusse "icone" di tale genere.

Volendo a tutti i costi perseguire le analogie con il mondo medico, l'ufficio dell'investigatore privato hard boiled, fumoso e trascurato che lascia intravedere dalla finestra l'asfalto bagnato della città violenta, può ricordare la guardiola di un caotico ospedale metropolitano dove un clinico annoiato, distratto e demotivato "spara" a 360 gradi richieste di esami strumentali senza una precisa ipotesi diagnostica da perseguire, nella speranza che prima o poi qualche diagnosi finisca nella rete.

**Adesione letterale a protocolli, procedure e linee guida.** E' frequente, nel romanzo poliziesco, la situazione in cui il genio investigativo del protagonista (in genere un investigatore privato o dilettante) viene contrapposto alla stolidità degli investigatori istituzionali, in genere funzionari di polizia, interamente occupati a seguire in modo letterale e spesso acritico le procedure operative standard (le "linee guida"). Classica, ad esempio, è la contrapposizione fra l'ispettore Lestrade e Sherlock Holmes nei racconti di Conan Doyle. Alla base del rigido comportamento degli investigatori ufficiali vi è in genere la loro paura di esporsi ai rimproveri dei superiori o della magistratura associata alla assenza di fantasia e di acume investigativo.

Sono evidenti le analogie con i comportamenti medici ispirati esclusivamente alle *linee guida*, cioè ai protocolli comportamentali di diagnosi e di terapia che da qualche anno caratterizzano l'attività di moltissime società scientifiche nazionali e internazionali in tutti gli ambiti della medicina. Indubbiamente le linee guida rappresentano un utilissimo strumento per orientare correttamente la pratica medica nelle principali situazioni della pratica clinica. All'interno di una comunità medica, la disponibilità di linee guida eleva la qualità media delle prestazioni sanitarie e riduce il rischio di errori grossolani. In alcuni casi, però, la lettura e l'applicazione acritiche delle linee guida può indurre il "sonno della ragione" e quindi generare comportamenti "mostruosi". I comportamenti ispirati ad una medicina difensivista, più preoccupata di cautelare il medico da sanzioni penali e amministrative in caso di denunce che di risolvere "di fatto" il problema del paziente, sono purtroppo in aumento nella nostra realtà sanitaria e possono trovare nella applicazione letterale e acritica delle linee guida alibi e ispirazioni.

**Lo scambio e la fusione dei ruoli (medico/detective) nella letteratura e nella fiction televisiva.**

Medicina e romanzo poliziesco sono collegati anche da rapporti strettamente letterari nonché da uno scambio letterario di ruoli. La storia della letteratura poliziesca è ricca di figure di medici: medici che indagano in prima persona, che affiancano i detective professionisti come esperti, medici assassini e medici vittime. Per non parlare dell'ampio bagaglio tecnico medico-scientifico a cui gli autori classici del poliziesco hanno spesso attinto per escogitare soluzioni raffinate per delitti sempre più sofisticati. Sia nel romanzo sia nel cinema o nella fiction televisiva, il medico-investigatore è generalmente un anatomo-patologo o comunque un medico legale. Il Dottor John Evelyn Thorndyke, prodotto dalla penna dello scrittore britannico Richard Austin Freeman nella prima metà del 900, è il capostipite di tali figure ibride. Medico forense di vasta cultura e di formidabili capacità logiche, è dotato di conoscenze tecnico-scientifiche che spaziano dalla medicina tropicale, alla chimica, alla tossicologia, alla metallurgia. Con i romanzi di Freeman nasce la cosiddetta "inverted detective story", una fiction in cui le circostanze del crimine e l'identità dell'assassino sono note sin dall'inizio e in cui la storia è interamente basata sul modo con cui il detective risale alla soluzione del caso. La storia si svolge su un piano pressoché esclusivamente scientifico, quasi come un esperimento di chimica o di fisica. In tal senso le storie del Dr Thorndyke anticipano di più di un secolo il modello e "il clima" delle fiction "CSI: Scena del crimine" (CSI: Crime Scene Investigation), la serie televisiva le cui vicende ruotano attorno alle indagini della squadra della polizia scientifica di Las Vegas.

Pur mantenendo un elevato tasso di scientificità medica, l'intuizione personale ha un ruolo più importante nelle storie del Dr Quincy, il patologo dell'ufficio del medico legale della Contea di Los Angeles impersonato da Jack Klugman nelle fiction televisive prodotte fra il 1976 e il 1983. Il Dr Quincy tende a non essere soddisfatto dei risultati delle indagini ufficiali affidate ai suoi assistenti. Così, fidandosi delle proprie sensazioni e intuizioni, dispone approfondimenti destinati a gettare una luce completamente nuova sul caso.

L'anatomopatologa Kay Scarpetta (protagonista di molti libri dell'autrice Patricia Cornwell) è direttrice dell'Istituto di Medicina Legale della Virginia e del National Forensic Academy di Hollywood in Florida. Una delle componenti essenziali delle sue storie è il crudo "verismo" del patologo che ha come materie prime del proprio lavoro i resti dei corpi ed i materiali organici. La soluzione del caso è affidata sia alle conoscenze scientifiche e al rigore metodologico della protagonista sia alle sue doti di intuizione. Nel caso di Kay Scarpetta lo scambio dei ruoli è ancora più articolato; molto spesso la stessa coroner è infatti allo stesso tempo vittima o tentata vittima del killer di turno.

Il grado forse più estremo di scambio e fusione dei ruoli (ben quattro ruoli nella stessa figura) è rappresentato dal Dr Hannibal Lecter, soggetto letterario e cinematografico, nato dalla mente di Thomas Harris. È un serial killer con l'ossessione del cannibalismo, da cui gli deriva il soprannome "Hannibal the Cannibal". Il suo comportamento è però gentile ed educato, da autentico gentiluomo. La mente è lucida e raffinata, logica e intuitiva allo stesso tempo. La fama letteraria e cinematografica del Dr Lecter nasce con "Il silenzio degli

innocenti", in cui è contemporaneamente medico (psichiatra) e paziente (ricoverato in un Centro psichiatrico), assassino (serial killer cannibale) e investigatore (guida dal carcere la detective Clarice Starling alla soluzione del caso che ha al centro il serial killer "Buffalo Bill").

Negli ultimi anni la fiction televisiva ci ha proposto figure di medici che, pur rimanendo in un contesto strettamente clinico-ospedaliero, adottano categorie di ragionamento e metodi diagnostici del tutto simili a quelli dei detective, all'interno di storie scritte e rappresentate con uno stile narrativo ed un ritmo propri del romanzo giallo. Il caso più emblematico è quello del Dr House. "Dr. House M.D." è una serie televisiva statunitense, nata da un'idea di David Shore, ambientata nell'immaginario ospedale Princeton-Plainsboro Teaching Hospital, del New Jersey e lanciata negli USA il 16 novembre 2004. È incentrata sulle vicende mediche di un'equipe guidata dal Dr. Gregory House, un medico poco convenzionale ma dotato di grande capacità ed esperienza. House preferisce occuparsi soltanto dei casi più rari e difficili, mentre gli altri pazienti sono per lui fondamentalmente una perdita di tempo. Una diagnosi errata gli ha compromesso l'uso di una gamba ed ora è costretto a fare grande uso di farmaci antidolorifici (quello che usa solitamente è il Vicodin) ed a camminare con un bastone. Le analogie con i racconti di Sherlock Holmes sono evidenti, sotto il profilo sia formale sia sostanziale. Nella struttura narrativa House è assimilabile a Sherlock Holmes mentre il suo amico Wilson è di fatto il Dr Watson. Il numero civico della residenza di House, il 221b, è lo stesso dove si trovava l'abitazione di Holmes nella Baker Street descritta da Sir Conan Doyle. Il Vicodin (un oppiaceo) che House assume può essere in fondo paragonato alla morfina che Sherlock Holmes di tanto in tanto assume sia per resistere alla noia della normalità sia per acuire la concentrazione sul caso.

Il suo codice morale è anticonvenzionale ed il suo senso di legalità e di giustizia è poco ortodosso, ma House ha comunque una sua integrità. È capace di rischiare la professione e la reputazione per inseguire i suoi valori e la sua verità e mira alla perfezione intellettuale per piacere personale, non per il successo. Apparentemente sembra non interessato alla vita dei pazienti, ma solo alla soluzione del caso clinico ("Sono diventato medico per curare le malattie, non i malati"). In realtà House ha un notevole spessore umano, ma rimuove o cerca di rimuovere la dimensione emozionale del rapporto medico-paziente per non essere intellettualmente influenzato o condizionato. Lo schema mentale adottato da House per arrivare alla diagnosi è molto simile a quello di Sherlock Holmes, basato sulla valorizzazione di segni fisici "patognomonic" e sul ragionamento abduittivo. Lo sviluppo narrativo di molte delle storie del Dr House è però spesso caricaturale, sino a renderle poco verosimili o addirittura ridicole sul piano clinico (anche se accattivanti su quello televisivo).

**La clinica come arte e scienza dell'investigazione.** Come nel caso dell'investigatore, anche in quello del clinico "ideale" si realizza o si dovrebbe realizzare una fusione armonica fra tutti i modelli investigativi delineati in precedenza. Questa evenienza è però decisamente rara! La ricerca di questo sincretismo metodologico è continuamente minacciata dal rischio di esasperazione di una logica astratta, oppure di un compiacimento "psicologista" che conduce ad immergersi nella vita personale del paziente, oppure di abdicare dal ragionamento a favore della ricerca bibliografica, oppure di rinunciare a formulare ipotesi di lavoro per attivare acriticamente tutte le tecnologie diagnostiche possibili.

Se c'è una singola caratteristica che caratterizza il clinico maturo è la sua capacità, una volta formulato un orientamento diagnostico, di percepire le eventuali discrepanze fra i singoli rilievi clinici e strumentali, valorizzando non solo ciò che c'è ma anche ciò che manca e quindi di ripartire correggendo l'errore. Per lui la clinica non è, all'interno dell'iter diagnostico, semplicemente ciò che attiene all'anamnesi e all'esame obiettivo, bensì la capacità di stabilire collegamenti trasversali fra i singoli esami e i vari rilievi semeiologici per ricercare congruenze e incongruenze. In questo contesto non esiste una gerarchia di valori imposta dalla tecnologia per cui gli esami semplici valgono meno di quelli complessi e costosi. L'ECG che fa mettere in discussione la diagnosi di cardiomiopatia ipertrofica offerta dall'eco può "valere" di più della PET o della Risonanza Magnetica.

#### Bibliografia

1. Peschel RE, Peschel E What physicians have in common with Sherlock Holmes: discussion paper. J R Soc Med. 1989;82:33-6
2. Rapezzi C: Crimini e malattie: metodo clinico e metodo investigativo poliziesco a confronto. It Heart J Suppl 2003;4:415-19
3. Conan Doyle A: The sign of four. Lippincott's Magazine, London, February 1890
4. Allan Poe E: The Murders in the Rue Morgue. Graham's Lady's and Gentleman's Magazine, New York, April 1841
5. Hartshorne C, Weiss P, Burks AW (eds): Collected Papers of Charles Sanders Peirce. Cambridge, Harvard University Press, 1966
6. Conan Doyle A: Silver Blaze. Strand Magazine, London, December 1892
7. Stout R: The Nero Wolfe Omnibus, World, 1944
8. Conan Doyle A: A Scandal in Bohemia. Strand Magazine, London, July 1891
9. Conan Doyle A: The Boscombe Valley Mystery. Strand Magazine, London, October 1891
10. Conan Doyle A: A Case of Identity. Strand Magazine, London, September 1891
11. Conan Doyle A: A Study in Scarlet. Beeton's Christmas Annual, London, 1887
12. Conan Doyle A: The Hound of the Baskervilles. Strand Magazine, London, August 1901 through April 1902
13. Simenon G: Monsieur Gallet, décédé. Fayard, Paris, 1933
14. Christie A: Murder on the Orient Express, William Collins Sons & Co., London, 1934
15. Woodfield WR: Columbo and the murder of a rock star, (director: AJ Levi) 1991 Universal Reference Number: 82204
16. Chandler R: The simple art of murder, Ballantine, New York, 1972

## MODULO 5

### Comunicazione in cardiologia

Conduzione didattica e sintesi critica: Dott. Rosario Russo (Padova)

Esperto: Prof. Biancarosa Volpe (Padova)

Obiettivo formativo del modulo è stato quello di aprire uno spazio di riflessione ed esperienziale sulle dinamiche della comunicazione nel contesto sanitario (medico paziente e medico paziente equipe in servizi territoriali ed ospedalieri) che permettessero ai partecipanti di cogliere gli aspetti essenziali della criticità della comunicazione con il paziente verbali – non verbali, sociali e transculturali .

La mattinata si apre con la presentazione della Dott.ssa Volpe che ricorda l'etimologia dei termini **medico** (colui che pensa a, che rivolge l'attenzione a) e **infermiere** (colui che cura chi sta fermo) per attirare l'attenzione sulla **sensazione di inferiorità** del paziente che sta fermo e spesso sdraiato (clinostatismo, clinica) e l'essenza della professione medica che non è soltanto curare ma prendersi cura di colui che la malattia tiene fermo e disteso.

Viene illustrata una ricerca condotta da cardiologi pediatrici (**Verhaaren H. e coll.**) in Belgio, presso la Divisione di Cardiologia Pediatrica dell'Università di Ghent e Antwerp.) che analizza i fattori che favoriscono le azioni giudiziarie verso l'ospedale ed evidenzia come siano principalmente relati a problematiche relazionali e comunicative tra i medici, i pazienti i loro familiari e le varie équipes. Vengono illustrate le linee di indirizzo che gli stessi cardiologi hanno prodotto su tali problematiche relazionali.

L'analisi del differente contesto organizzativo sanitario: quello ospedale-territorio produce riflessioni sulle differenti modalità relazionali in termini di tempo, di stabilità della relazione e di minor regressione del paziente territoriale rispetto all'ospedaliero. La comunicazione ospedaliera sembra piu' preverbale focalizzata sul corpo " sul fare piu' che sul parlare".

Ai cardiologi è inoltre ricordato il ruolo simbolico del cuore e del come parlare di quest'organo significhi parlare anche di emozioni ed affetti.

Per la Dott.ssa Feltrin la **Comunicazione** è uno *Strumento Terapeutico Ineludibile* ed un *Obbligo Giuridico-Etico*.

Viene ricordato che il **Messaggio** non è solo *contenuto* ma anche *relazione* e che gli **aspetti non verbali** rappresentano il **75%** della comunicazione. Quindi è necessario fare attenzione alla scelta del luogo, al tempo da dedicare alla comunicazione ma anche ai gesti, agli sguardi, al tono della voce e persino ai silenzi. Oltre ad essere un buon comunicatore il medico deve possedere **abilità di ascolto** e di **autoregolare le relazioni**.

La **Struttura** della comunicazione include il *contenuto*, l'*obbiettivo*, la *direzione* e il *contesto*.

Il gioco dei ruoli ha messo in evidenza tutti questi fattori ma anche la necessità di dare " uno spazio mentale e fisico ai percorsi comunicativi", e a verificarne gli effetti nel tempo attraverso l'utilizzo di un approccio metodologico specifico.

Per la Dott.ssa Cremonese **Comunicare con il Paziente Straniero** è una grande opportunità per *Capire la nostra cultura attraverso lo straniero*; la differenza permette di ripensare se stessi e la propria professione come qualcosa che non è scontato per l'altro .

La **migrazione** porta ad una *crisi di identità* in quanto al desiderio di integrarsi si associa il desiderio di mantenere le origini e questa ambivalenza può portare a disturbi di somatizzazione e ad una insicurezza ontologica.

Per accedere alla conoscenza e alla comprensione dell'altro sono possibili tre approcci:

a) **Approccio in prima persona** ( empatia)

Questa è una esperienza immediata e naturale ma c'è il rischio di proiettare sull'altro le nostre pre-comprensioni.

b) **Approccio in terza persona**

E' un sapere obbiettivo che si basa su spiegazioni biologiche e sociologiche.

c) **Approccio in seconda persona**

E' quello da preferire perché si basa sulla Relazione e cioè sulla ricerca di una conoscenza condivisa col soggetto. Ha il limite di presupporre la coerenza della soggettività altrui.

Queste considerazioni devono essere tenute presenti nei rapporti con l' "altro" anche se un connazionale e dai medici nel rapporto col paziente in quanto l'altro, in quanto sconosciuto è uno "straniero".

La giornata si conclude con la presentazione del Prof. Harrison sul tema Cultura della Salute in particolare il grande tema dell'integrazione e della mediazione culturale. Riprendendo in termini antropologici il ruolo dello sciamano come mediatore tra il mondo dei vivi e dei morti, ma anche come mediatore culturale, emerge progressivamente come nella nostra attuale realtà socioculturale sia proprio il medico e i professionisti della cura ad avere il compito sciamanico di grandi mediatori culturali e facilitatori dell'integrazione.

## MODULO 6

### Fattori psicologici e cardiopatie; alterazioni cognitive in cardiologia; HRQL (Health Related Quality of Life)

Conduzione didattica e sintesi critica:

Prof. Biancarosa Volpe, Prof. Luciano Daliento (Padova)

Questo modulo aveva come obiettivo principale, percorrere l'attuale pratica clinica dei cardiologi e studiare come integrare nella loro pratica quotidiana le acquisizioni sul piano psicologico psichiatrico psicofarmacologico e neuropsicologico, senza ricorrere già in fase diagnostica allo specialista psi, ma poter iniziare a valutare il ruolo svolto dalla eventuale presenza di criticità psicologiche e sociali e come affrontarle.

L'ultima integrazione riguarda il ruolo del curante nella pratica clinica, in particolare come la capacità di autocura del medico gioca nella relazione di cura del paziente

Il modulo viene introdotto dalla relazione della Dott.ssa Binotto che rivisita criticamente i fattori di rischio vecchi e nuovi che sono in relazione con la sfera psichica. Ridefinita la valenza dei fattori di rischio legati alla personalità tanto acclamati negli anni 70, con la rivalutazione di alcuni aspetti in essa contenuti come la rabbia (differenza tra rabbia repressa e rabbia agita), viene discusso il significato prognostico di altri parametri, introdotti più recentemente, come la depressione. Scarsi i risultati sulla prognosi a distanza del solo trattamento psicofarmacologico che sembra utile per aprire la strada ad altri trattamenti psicoterapici individuali, di famiglia di gruppo che perdurino nel tempo e non rimangano vincolati al solo periodo della riabilitazione, quando questa venga fatta. Viene discusso il ruolo avuto dall'ansia come fattore predittivo del ripetersi di eventi ischemici: importanza della diagnosi di tipizzazione del sintomo; possibilità di valutare l'ansia con strumenti collaudati psicologici anche per i follow up. E' infatti acquisizione consolidata la possibilità di misurare qualitativamente e quantitativamente stati psicologici.

L'introduzione di alcuni trattamenti comporta delle conseguenze a livello psicologico che condizionano i risultati del trattamento stesso. Il Dott. Melendugno affronta questo tema, riportando specificamente i risultati di uno studio condotto a Padova su pazienti aritmici a rischio di morte improvvisa nei quali è stato impiantato un defibrillatore elettrico intracardiaco permanente. L'attesa della scarica, soprattutto di quelle successive alla prima, comporta non soltanto modificazioni comportamentali ma vere e proprie alterazioni cognitive, come caduta della capacità di memoria. Scarse capacità di adattamento al device nei pazienti che hanno vissuto più scariche e nelle persone anziane. Vengono illustrati alcuni fattori predittivi di rischio psicologico: sesso, tendenza a vivere gli eventi in senso negativista, basso supporto sociale.

I disturbi psicopatologici come causa e non conseguenza delle aritmie e delle scariche. Più del 50% ha già prima dell'impianto almeno un disturbo psicopatologico (personalità di tipo D, ansia, depressione): sono questi pazienti che hanno fino a 12 volte un rischio maggiore di avere scariche appropriate e non appropriate.

Validità del trattamento psicoterapico cognitivo-comportamentale. Concetto di qualità della morte: il device può intervenire sulla morte improvvisa ma non sulla morte in sé. Segue una esercitazione che coinvolge tutto l'uditorio: come utilizzare l'attuale anamnesi medica per evidenziare anche fattori psicologici e sociali di rischio.

La necessità di un bilancio neuropsicologico viene messo in evidenza dalla relazione della dr.ssa Mapelli: nei cardiopatici sono frequenti i danni organici cerebrali secondari al quadro fisiopatologico e clinico della cardiopatia, o che seguono a particolari trattamenti come l'utilizzo degli immunosoppressori nei trapiantati di cuore. Preliminarmente la relatrice definisce le varie capacità cognitive e descrive le aree cerebrali che le esprimono; successivamente vengono riportati i deficit cognitivi che più frequentemente si ritrovano nelle varie patologie in cardiologia (ischemici, cianotici

congeniti, trapiantati, con insufficienza cardiaca cronica): la area più frequentemente interessata è quella frontale (area più sensibile all'azione tossica dei farmaci) che ha una rilevanza significativa anche nei processi di aderenza ai trattamenti (disfunzione della capacità di pianificazione).

Vengono riportati gli strumenti di indagine per una valutazione neuropsicologica (colloquio e tests). Vengono presentati i risultati di uno studio condotto su una popolazione adulta di operati di tetralogia di Fallot. Sono stati illustrati gli effetti neurotossici legati agli immunosoppressori (psicosi, tremore, convulsioni, sogno da sveglia).

Tema della relazione della Dott.ssa Majani è stato quello di definire il ruolo dello psicologo nei momenti di riabilitazione dei cardiopatici dopo un evento come un episodio ischemico acuto o dopo un intervento di cardiocirurgia, in funzione di un miglioramento della qualità della vita relata alla qualità della salute. Partendo dalle definizioni di qualità della vita cui correntemente si fa riferimento nella pratica clinica cardiologica, si mettono in evidenza le necessità di integrarli con domini che sembrano estranei alla soggettività e obiettività della malattia. Viene introdotto uno strumento di misurazione oggettiva della qualità della vita relata allo stato di salute e si distribuisce ai discenti una copia della versione italiana dell'SF-36 che essi hanno dovuto compilare. Successivamente si chiede loro un commento sulla compilazione del questionario, soprattutto se lo ritengono esaustivo applicandolo alla popolazione cardiopatica in generale.

Viene successivamente distribuito un questionario (SAT-P, satisfaction profile) che ha lo scopo di valutare il livello di soddisfazione dell'ultimo mese relativamente a diversi aspetti della vita (totalmente insoddisfatto---- totalmente soddisfatto). E' un utile strumento di monitoraggio delle condizioni del paziente. Viene affrontata la

problematica della scarsa correlazione tra qualità e i parametri soggettivi. Necessità di studiare ed esplicitare i processi cognitivi che guidano il giudizio sulla qualità della vita. Integrazione della valutazione soggettiva e oggettiva di un contenuto: da soli i contenuti soggettivi (propri del paziente) della valutazione non producono conoscenza, tuttavia sono reali, e non meno reali di un contenuto oggettivo (proprio del medico). E' stato infine distribuito un manuale per valutare e favorire l'aderenza alle prescrizioni. Aderenza come processo attivo, responsabile e flessibile di autogestione e non la semplice acquiescenza a regole prescritte. Molto insoddisfacente l'aderenza nei pazienti cardiologici (meno del 50%). Vengono scelti due volontari e messa in atto una simulazione di come modificare l'aderenza di un paziente ad un trattamento (nello specifico il trattamento antipertensivo): vengono commentati il linguaggio e le modalità di comunicazione tra i due attori (paziente e medico).

La Dott.ssa Favaro affronta il tema del rapporto tra psichiatria e cardiologia nel campo della ricerca e della clinica, con particolare riferimento all'uso dei farmaci psicotropi. Riporta alcune ipotesi sul collegamento tra patologia cardiaca e cerebrale (ruolo del sistema autonomo, microembolismo, fattori eziopatogenetici comuni che agiscono sulla componente vascolare dei due organi bersaglio. Relazione tra madre e feto riguardo agli effetti sul rischio cardiovascolare prodotti dallo stress materno (basso peso alla nascita e più frequenti eventi avversi cardiaci e cerebrali nell'età adulta). Relazione tra cardiopatia e disturbo post-traumatico (necessità di studi longitudinali): viene riportato uno studio condotto sulla popolazione sopravvissuta al disastro del Vajont: maggior presenza di cancro e malattie cardiovascolari nei pazienti che avevano sviluppato un disturbo post-traumatico. Tra i fattori predittivi di disturbi psichiatrici e cardiaci nei pazienti che hanno subito un trauma il più significativo è risultato lo scarso supporto familiare. Maggior incidenza di disturbi psichiatrici (alessitemia) nei pazienti con defibrillatore. Farmaci psicotropi e cardiopatie: ricorrenza troppo frequente e irrazionale degli psicofarmaci senza una valutazione del sintomo ansia ed una corretta conoscenza delle caratteristiche farmacocinetiche delle sostanze usate: distinzione tra ipnotico ed ansiolitico, tra emivita breve, media e lunga. Buona pratica: da usare per non più di due mesi in fase acuta o sporadicamente. Insonnia: usare farmaci che hanno un contenuto effetto antistaminico: esempio il Remeron a basse dosi. Depressione e disturbi di ansia: SSRI (hanno anche un certo effetto antiaggregante).

Il Prof. Baldoni conclude il modulo affrontando il problema della validità dell'affermazione che esistono malattie specificamente espressione di un disturbo psicosomatico; ogni malattia è sempre il risultato di un'alterazione fisica con una compartecipazione più o meno rappresentata di una componente psicologica.

Nella strategia terapeutica, soprattutto al di fuori della fase acuta, questa componente deve essere tenuta in considerazione e trattata.

Qualsiasi fenomeno può essere studiato in una prospettiva somatica che psichica.

Comportamento di malattia non è necessariamente patologico, va valutato in termini di salute e di malattia.

Ci sono popolazione per le quali c'è un indice di disvalore sociale, per altre invece c'è un valore sociale nella lamentazione.

Il comportamento anormale di malattia implica la persistenza di un modo di reagire inadeguato o disadattato rispetto al proprio stato di salute.

Affronta inoltre il concetto di ipocondria che come sintomo psicologico influenza considerevolmente ed in modo specifico la relazione con il medico.

Le persone ipocondriache sono anche depresse.

Quale influenza abbiamo come medici nella relazione con il paziente, nella raccolta dei dati per la diagnosi, nella somministrazione della terapia.

La ricerca sull'evidence based medicine ha il difetto che non tiene conto di come il medico influenza i risultati. Lo stesso farmaco dato da medici differenti può avere risultati differenti.

La qualità della relazione con il proprio medico influenza in maniera significativa i risultati della terapia (fino a 3 volte più efficace).

Rabbia, paura, eccitazione sessuale sono emozioni negative che come medici temiamo e neghiamo.

Gli studi che si occupano delle caratteristiche psicologiche dei medici e infermieri sono molto pochi in termini di studi controllati.

La motivazione alla professione medica spesso è legata a desideri di aiuto legati anche alle proprie esperienze personali.

La teoria dell'attaccamento spiega le reazioni degli esseri umani di fronte alle situazioni di pericolo. Le modalità dell'attaccamento si definiscono precocemente, usualmente fin dall'infanzia, quando frequentemente si sono vissute situazioni traumatiche di insicurezza (stili di attaccamento insicuri con frequenti traumi o lutti irrisolti). Modello di attaccamento equilibrato (modello ideale): base sicura, funzione riflessiva, cooperazione regolata dell'obiettivo.

La configurazione di attaccamento dei medici si differenzia in maniera significativa rispetto alla popolazione normale, ma si avvicina molto alla configurazione propria della popolazione sofferente (malati, pazienti).

Il buon funzionamento della relazione medico-paziente ripercorre le modalità che regolano la relazione di coppia.

Necessità per i medici di rendersi consapevoli delle proprie esperienze di lutti o di traumi, per evitare che attivino atteggiamenti difensivi che influenzano negativamente la relazione con il paziente. Il medico dovrebbe prevedere nel suo curriculum una formazione psicosomatica, attraverso momenti di esperienza psicoanalitica individuale o partecipare ad esperienze di gruppo (gruppi Balint), o esperienze tipo "insieme con il paziente". Viene delineata una esperienza che abbatte del 90 % le richieste inutili di visite mediche in pazienti con disturbi "funzionali" cardiaci.



## MODULO 7

### Organizzare una rete assistenziale in Cardiologia

Conduzione didattica e sintesi critica: Prof. Luciano Daliento (Padova)

In questo modulo vengono presentate e discusse le modalità di organizzazione e gestione di risposta alla domanda assistenziale in cardiologia nelle sue varie specificità.

La sessione si apre con la presentazione da parte del prof Daliento del lavoro svolto dalla Commissione nominata dalla Regione Veneto per definire le linee guida per la diagnosi e trattamento dell'infarto miocardico acuto, e di proporre la organizzazione logistica delle unità di intervento per l'angioplastica primaria nelle forme di IMA con ST sopraslivellato.

Viene illustrato il metodo di lavoro seguito dalla commissione, caratterizzato da un primo momento dall'analisi delle linee guida elaborate dalle Società Europea e Americane di Cardiologia (American College ed American Heart) e quanto esse potessero essere adottate nella realtà regionale Veneta. Successivamente si è proceduto a definire la necessità logistica di identificare Centri Hube e Spoke, caratterizzandone le funzioni e la distribuzione geografica, in maniera da ridurre le difficoltà viarie territoriali. Il prof Daliento ha inoltre affrontato il problema dell'assistenza dei pazienti adulti con cardiopatia congenita: questa popolazione è in continuo aumento dal momento che i risultati della cardiocirurgia degli ultimi 20 anni ne hanno modificato in maniera sostanziale la sopravvivenza; si tratta tuttavia di pazienti che continuano a presentare nel tempo una serie di sequele e complicanze che comportano una domanda di assistenza complessa e specifica. Così specifica che a livello internazionale si propone la costituzione presso divisioni o dipartimenti di Cardiologia di Centri, denominati GUCH (dall'acronimo inglese Grown Up Congenital Heart Unit), con il compito di assolvere a necessità diagnostiche non invasive ed invasive e con disponibilità di accesso ad un laboratorio di elettrofisiologia o di emodinamica. La GUCH Unit oltre ad essere il centro di riferimento regionale o interregionale (bacino di utenza medio 6-7 milioni di abitanti) è la sede della formazione ed aggiornamento del personale medico e d infermieristico; essa inoltre deve essere in collegamento telematico con le sezioni territoriali ai quali paziente fanno riferimento.

Il Dott. Boffa dopo aver quantificato il fenomeno scompenso cardiaco ed i problemi assistenziali ad esso connessi, con particolare attenzione alle comorbidità e soprattutto alle differenti classi di età, con i bisogni specifici di ciascuna di esse, particolarmente di quella superiore ai 75 anni, ha sottolineato come il monitoraggio di alcuni parametri semplici, come il peso corporeo, la comparsa o accentuazione di sintomi, o la corretta somministrazione della terapia, possano avere un ruolo determinante sull'andamento della malattia, con una riduzione della ospedalizzazione, che comporta oltre ad un miglioramento della qualità di vita una sensibile riduzione dei costi delle cure. E' stata sottolineata la necessità di costituire sia a livello ospedaliero che territoriale servizi dedicati ai pazienti con scompenso cardiaco con personale medico ed infermieristico esperto.

Il Prof. Corrado ha affrontato il problema della stratificazione del rischio aritmico e della definizione dei parametri, soprattutto non invasivi, che permettono di identificare i pazienti a rischio di eventi aritmici maggiori, che necessitano di indagini più approfondite, anche invasive, in prospettiva dell'impianto di un defibrillatore (ICD).

Un efficace screening aritmologico è possibile già con una lettura dell'elettrocardiogramma, avendo cura di misurare la durata del QRS e la dispersione dell'intervallo QT, soprattutto nelle precordiali. La ricostruzione della mappa elettro anatomica mediante sistema CARTO è un valido supporto diagnostico per programmare un intervento di ablazione con radiofrequenza.

La comunità cardiologica italiana ha avuto il merito di proporre e realizzare una rete di servizi con il compito specifico di monitorare i pazienti in trattamento con un anticoagulante orale: il Centro della divisione di Cardiologia dell'Università di Padova ha in carico circa 7000 pazienti in trattamento

con circa 300 accessi giornalieri in un ambulatorio dove operano 2 medici e 2 infermieri. Nonostante le carenze strutturali l'attività giornaliera di questo ambulatorio ha significativamente ridotto le complicanze tromboemboliche ed emorragiche secondarie ad un non corretto uso degli anticoagulanti. Lo sforzo del Centro Antitrombosi è quello di integrare le sue scarse forze con operatori medici e non che agiscono sul territorio, intervenendo nella fase di prelievo del campione e nel suo trasferimento nei laboratori centralizzati.

Nel pomeriggio il Dott. Russo ha introdotto il significato della educazione terapeutica e la sua valenza nella determinazione della storia clinica dei cardiopatici, soprattutto di quelli anziani che spesso per limitazioni cognitive ed ambientali non sono in grado di gestire soddisfacentemente una terapia cronica: l'intervento del dr Russo introduce un argomento che verrà esaustivamente trattato del Prof. d'Ivernois nei moduli 12 e 13.

Il Dott. Corbara riporta l'esperienza della unità operativa di Cardiologia che dirige riguardo la verifica della qualità di un servizio attraverso una particolareggiata descrizione delle tecniche che presiedono al Company Wide Quality control (CWQC) o Qualità Totale: il processo di miglioramento deve essere continuo ed avvenire a piccoli passi, articolandosi, ogni volta, in 4 distinte fasi: pianificare prima di agire, mettere in atto le lezioni studiate, verificare l'esito delle azioni, standardizzare l'esito positivo e ripetere il processo se esso è negativo. Bisogna identificare un obiettivo da raggiungere, chi lo deve portare a termine e in quanto tempo esso deve essere raggiunto. Per condurre positivamente un progetto di qualità devono essere soddisfatti i seguenti punti: pieno coinvolgimento della direzione; potenziale coinvolgimento di tutto il personale dell'organizzazione;

impiego di strumenti semplici; rispetto di alcune formalità procedurali; riconoscimenti per il personale; promozione continua dei concetti della qualità e del miglioramento continuo.

## MODULO 8

### Definizione di costi e benefici

Conduzione didattica e sintesi critica: Prof. Eros Barantani (Verbania)

Il progresso tecnologico pone il medico in una posizione molto diversa rispetto a quanto doveva decidere e scegliere in passato per quanto riguarda le indagini e la terapia; viene rammentato l'esempio di ricerca di conferma alla diagnosi sospetta di policistosi ovarica che al giorno d'oggi prevede l'esecuzione di una ecografia pelvica, in mani esperte di facile esecuzione, mentre 30/35 anni fa richiedeva l'effettuazione di un pneumoperitoneo con insufflazione di aria nel cavo peritoneale per poi ottenere una immagine radiologica dell'addome che consentisse l'individuazione di un profilo policistico dell'ovaio. L'indagine pertanto veniva riservata a pochi casi particolarmente selezionati proprio per la delicatezza della manovra mentre ora la selezione deve riguardare l'opportunità di effettuazione di un esame per evitare l'eccesso di richiesta e il rischio di inutilità. Pensavamo pertanto di occuparci nella prima parte del modulo del problema della "scelta" che oggi diventa indispensabile per correttezza clinica, rispetto del malato e degli altri malati in attesa di esame o di terapia, per necessità pratica e per economia. Ci siamo invece trovati di fronte al concetto di "errore" nelle sue più varie manifestazioni che inevitabilmente è parte di ogni indagine e che nella sua dimensione consente di giungere a conclusioni più o meno valide; ci siamo trovati di fronte alla possibilità di giungere a conclusioni contrapposte nell'esame della stessa casistica in relazione all'uso di strumenti statistici diversi tanto da portarci alla esortazione di essere particolarmente cauti nella valutazione dei grandi studi per evitare di dare conferma all'adagio critico: "le cifre non mentono ma i mentitori usano cifre". Nella seconda parte del modulo sono stati affrontati l'obiettivo e l'organizzazione delle risorse. L'armonia tra questi due aspetti della gestione sanitaria, l'aspetto clinico e quello amministrativo, conducono ad una citazione, effettuata nella stessa giornata ed in una successiva, del "cambiamento motivazionale" di Prochaska (1994) che individua varie fasi: precontemplazione (ignoranza del problema), contemplazione (conoscenza del problema), determinazione (proposito di cambiamento in 30 giorni), azione (cambiamento con sforzo notevole), mantenimento (per evitare le ricadute). Possiamo dire di trovarci ora, per il budget fissato, in mezzo al guado tra contemplazione e determinazione.

## MODULO 9

- Nozioni di diritto sanitario e sindacale
- Una inadeguata informazione è spesso causa di conseguenze medico-legali

Conduzione didattica e sintesi critica; Prof. Paolo Benciolini (Padova)

### Abstract

Le indicazioni relative alla importanza della informazione in ambito sanitario sono oggi sempre più frequenti, ma in sede operativa l'attenzione prevalente è al suo ruolo in ordine di consenso. Si parla di "consenso informato", riducendo il significato dell'informazione e banalizzandola nella verifica formale demandata ai "moduli". Come autorevolmente esposto dal Comitato Nazionale per la Bioetica (documento del 1992: "Informazione e consenso all'atto medico"), l'informazione è l'indispensabile presupposto ad un consenso consapevole. Il richiamo normativo più importante oggi è costituito dalla Convenzione di Oviedo (1997) che l'Italia ha recepito con la legge n. 145 del 2001 (vedi articoli da 5 a 9).

Ma l'informazione non è richiesta solo ai fini del consenso ad atti sanitari: costituisce un diritto del paziente (cittadino) e un dovere del medico anche quando non sia finalizzato a determinate attività, perché la persona deve essere messa in grado di conoscere le proprie condizioni di salute per le scelte e le decisioni che potrebbe assumere. In tal senso sono sempre più orientate anche le indicazioni dei Codici Deontologici delle diverse professioni sanitarie.

Una adeguata informazione costituisce anche strumento di prevenzione di "conseguenze medico-legali", specie se inserita in un contesto relazionale tra il paziente (e i suoi familiari) e i diversi professionisti sanitari purché essi consentano una "alleanza terapeutica" integrata e condivisa.

## MODULO 10

Definizione delle disfunzioni organizzative, gestionali e relazionali di una unità operativa

## MODULO 11

Analisi e gestione delle zone d'ombra dell'organizzazione: Strategie d'intervento in funzione della salute dei pazienti e del benessere dei curanti

## MODULO 12

Autorità, potere e leadership

Conduzione didattica e sintesi critica: Prof. Biancarosa Volpe (Padova)

### Riferimenti teorici sintesi

La lezione introduttiva ha avuto come punto di riferimento teorico principale i programmi di *group relations* del Tavistock & Portman NHS Trust, e in particolare la tradizione delle *Conferenze di Leicester*. Avviata nel 1957 come collaborazione fra studiosi di diversa provenienza, questa esperienza ha sviluppato alcune intuizioni di Bion (in particolare il *leaderless group project*: Bion 1946) che si sono rivelate utilissime per comprendere la vita quotidiana delle istituzioni.

In Inghilterra fin dagli anni '20 operava la **Tavistock Clinic**, un centro di psicoterapia e formazione per terapeuti, educatori, insegnanti, consulenti di coppia, medici di famiglia e assistenti sociali.

Negli anni '40 -'45 la Tavistock Clinic si occupa per conto del Governo di selezione del personale militare, riabilitazione sociale dei reduci, trattamento delle nevrosi di guerra, coinvolgendo diversi psichiatri, psicoanalisti e psicologi sociali che durante la guerra avevano prestato servizio nell'esercito, tra i quali Rickman, Sutherland, Bridger, Trist, Main, Turquet, Menzies e Bion.

Dopo la fine della guerra gli stessi personaggi collaborano con la Clinic cercando di re-investire in ricerca clinica e sociale le esperienze fatte nel contesto bellico (**Wilfred Bion** sui gruppi, **S.H.Foulkes** sulla terapia di gruppo, **Tom Main**, sulla Comunità terapeutica).

Nel primo dopoguerra il Tavistock si divide in due tronconi con due differenti filoni di ricerca:

- la **Tavistock Clinic** pr.d. rimane ancorata più all'area del trattamento psicologico e della formazione dei terapeuti, anche la formazione psicologica dei medici di famiglia con i contributi di **Michael e Enid Balint** "gruppi Balint" (Balint 1957)
- la **Tavistock Institute of Human Relations**, che si occuperà principalmente di relazioni umane all'interno delle organizzazioni

Il Tavistock Institute ha sviluppato negli anni un metodo di

- analisi delle istituzioni (a scopi di ricerca o di diagnosi organizzativa);
- formazione di operatori, tecnici e dirigenti che lavorano nelle istituzioni;
- consulenza per le istituzioni in difficoltà.

I riferimenti teorici sono di differente provenienza, in parte psicoanalitici, in parte alla teoria dei sistemi, ed in parte ad altre discipline. È un paradigma concettuale di tipo eclettico, che riconosce le sue fondamentali matrici teoriche: la psicologia sociale, la sociologia dei gruppi e delle organizzazioni, le scienze politiche, l'economia, le teorie aziendali.

- Ha i suoi fondamenti in una "teoria clinica" dell'organizzazione
- Studia gli aspetti inconsci del comportamento degli individui e dei gruppi all'interno di un'organizzazione, ed il modo in cui essi ne influenzano il funzionamento.
- Muove dall'esperienza che in una qualsiasi organizzazione le strategie, per quanto accurate, ragionevoli e competenti, si rivelano spesso almeno in parte difettose o restano in maggiore o minor misura inapplicate.
- Considera un mito l'idea di razionalità dell'organizzazione.

**Nella vita quotidiana delle organizzazioni ricorrono alcuni problemi che si rivelano "inspiegabili" con gli strumenti concettuali delle teorie aziendali quali** strategie ben costruite, condivise e dotate di tutte le risorse necessarie che nondimeno falliscono:

- persone che entusiasticamente assumono una posizione o prendono una decisione ma subito dopo la smentiscono o la disattendono;
- tempi e scadenze che non sono mai rispettati;

- segnali d'allarme o dispositivi di sicurezza che vengono ignorati;
- persone che temono i cambiamenti e li sabotano;
- buone idee che vengono bocciate o restano lettera morta;
- manager che lavorano per il proprio utile a detrimento della loro organizzazione;
- fusioni acclamate come taumaturgiche che generano inefficienza, incomprensione e interminabili lotte tribali;
- lavoratori scontenti e in *burnout* dietro facciate di efficienza e buona salute aziendale;
- persone che investite di maggiore autorità la rifiutano o ne abusano;
- occultamento di errori e problemi che li sottrae alla possibilità di riconoscerli e di correggerli;
- dirigenti che investono in risultati a breve termine disinteressandosi delle conseguenze di più lungo respiro;
- sbagli che si ripetono come se fosse impossibile imparare dall'esperienza, ecc.

Una teoria "clinica" dell'organizzazione come quella offerta dal Modello Tavistock è in grado di fornire chiavi di lettura dei fattori umani inconsci e irrazionali che giacciono "sotto la superficie" e che possono spiegare questi tipi di problemi organizzativi.

- In particolare la formazione non è finalizzata alla semplice acquisizione di titoli, abilità gestionali e strumentazioni operative, ma mira a sviluppare nelle persone "sensori", competenze emotive, attitudini ad osservare e a comprendere i processi psicodinamici e le reti relazionali operanti nei luoghi di lavoro.
- Sebbene questa sia spesso sentita come una non-risposta e l'ansia istituzionale preme per ottenere qualche formula magica, questo atteggiamento si rivela a medio termine il più efficace perché è orientato ai processi (e quindi agli obiettivi strategici) anziché ai risultati di corto respiro e utilizza e sviluppa le competenze del cliente
- L'apprendimento implicito nel "Modello Tavistock" - nella formazione come nella consulenza - non è primariamente di tipo razionale e cognitivo, bensì "esperienziale" ossia basato soprattutto sull'esperienza "dal vivo" dei processi istituzionali vissuti nel "qui-e-ora" dai partecipanti o dai clienti.

Altri corsi sono più spostati sul versante didattico, ma la loro struttura a *workshop* con presentazione dei casi e discussione in piccolo gruppo permette ai partecipanti, almeno in una certa misura, di riprodurre e sperimentare alcune delle dinamiche operanti all'interno delle loro organizzazioni di lavoro.

**Le due giornate sono state strutturate esperienzialmente per permettere ai partecipanti almeno in parte di poter capire e conoscere :**

alcuni aspetti delle dinamiche di gruppo, organizzative e sociali, gli effetti dell'esercizio dell'autorità e del potere per se stessi e per conto degli altri, delle interazioni tra innovazione, tradizione e cambiamento, dell'impatto dei differenti stili di leadership e di followership sulla vita di un'organizzazione, del ruolo svolto da emozioni, impressioni, aspettative, convinzioni e timori nell'influenzare l'efficienza, l'efficacia e l'economicità delle politiche aziendali e il benessere organizzativo, delle relazioni tra l'organizzazione e il suo ambiente sociale, politico ed economico, specialmente in situazioni di incertezza, stress e conflitto.

**I risultati desiderati erano orientati a favorire la comprensione che il ruolo di dirigente implica la necessità di sviluppare in futuro competenze per:**

- Gestire se stessi nei ruoli multipli, formali e informali, necessari alla leadership di oggi
- Usare la propria consapevolezza emotiva per determinare le azioni da intraprendere
- Capire e superare le resistenze al cambiamento presenti in se stessi e negli altri
- Migliorare la conoscenza e la padronanza dei fattori non-razionali che influenzano il comportamento degli individui, dei gruppi e delle organizzazioni
- Migliorare la propria capacità di comunicare all'interno del sistema (impresa o servizio) e fra sistemi diversi
- Aumentare il grado di razionalità nei processi di decision-making e di problem-solving
- Migliorare i processi di attribuzione e di esercizio dell'autorità, della delega e della rappresentanza

Il seminario si è costituito dopo una prima fase strettamente teorica e di discussione come esperienziale il gruppo è stato portato ad affrontare alcune esperienze che facilitavano la comprensione dei processi dell'organizzazione .

Le metodologie hanno facilitato esperienze di lavoro in differenti tipi di gruppi.

**Gruppo plenario con la conduzione direttiva** del relatore e la discussione a stella

Sezione 1.01 **Gruppo discussione di natura eminentemente pratica e interattiva**, ha il compito di offrire ai partecipanti, attraverso l'analisi di situazioni istituzionali e casi clinici ed organizzativi da loro presentati, l'opportunità di apprendere a pensare e intervenire secondo il modello Tavistock, mettendo in pratica gli insegnamenti teorici acquisiti e costruendo ipotesi "diagnostiche" e proposte di soluzione ai problemi individuati.

**Gruppo plenario di revisione** con momenti di scambio e di riflessione libera in seduta plenaria destinati all'elaborazione dell'esperienza fatta dai partecipanti dopo la prima e la seconda giornata, ed anche al collegamento di quanto emerso nel modulo con gli eventi, i processi relazionali e le dinamiche di gruppo propri delle organizzazioni in cui operano come membri, dirigenti o consulenti.

**Fishbowl**

E' un'esercitazione pratica, che si svolge in sessione plenaria, per sviluppare le capacità dei partecipanti a presentare casi e problemi, a fornire supporto tra pari e "consulenza interna" ed a usare l'osservazione come uno strumento di esplorazione della realtà istituzionale. Si articola in tre momenti:

- a) il relatore (o i relatori) stando al centro della sala presenta(no) il proprio caso ad uno o due partecipanti nel ruolo di consulenti, mentre il resto del gruppo disposto in cerchio ascolta senza intervenire in posizione di osservazione partecipe e non-interferente;

b) al termine della prima fase gli "attori" della scena centrale lasciano la parola agli osservatori che reagiscono con un giro di commenti a ciò a cui hanno assistito; alla fine di questi commenti i primi hanno spazio per le loro repliche;

c) nell'ultima fase il gruppo plenario si ricostituisce e ha luogo una discussione complessiva sull'esperienza fatta e sui processi istituzionali evidenziati.

**Piccoli gruppi di discussione secondo la provenienza dell'organizzazione di appartenenza** che discutevano casi presentati con la rappresentazione grafica della propria organizzazione di appartenenza (il disegno come strumento proiettivo dei vissuti emozionali dell'organizzazione di appartenenza).

## MODULI 13 - 14

### L'educazione terapeutica del paziente in cardiologia

Conduzione didattica e sintesi critica:

Prof. Sergio Dalla Volta (Padova), Prof. J. François d'Ivernois (Parigi),

Dott. Rosario Russo (Padova)

Esperti: Prof. J. François d'Ivernois (Parigi), Prof. Maria Grazia Albano (Foggia)

#### **Obiettivi del programma**

Tutti gli obiettivi stabiliti dal programma sono stati raggiunti. Gli esercizi effettuati dai partecipanti sono stati soddisfacenti e hanno evidenziato una buona comprensione dei concetti presentati durante il seminario.

#### **I partecipanti**

I partecipanti hanno mostrato una buona motivazione e un vero interesse verso l'educazione terapeutica che, nella sua forma organizzata, ha rappresentato per loro una novità. Gli esercizi che hanno svolto, le domande che hanno posto, le richieste di chiarimenti e di informazioni aggiuntive che hanno formulato hanno testimoniato la trasferibilità di ciò che hanno imparato nella loro pratica professionale.

Molti partecipanti non avevano letto il libro di riferimento prima di partecipare al seminario; questo avrebbe facilitato la comprensione di alcuni concetti e può in parte spiegare i risultati più bassi della prova finale di valutazione (che, comunque, è stata pienamente soddisfacente per la maggioranza). Si potrebbe iniziare un eventuale futuro seminario con un test di lettura di dieci domande a scelta multipla ed informare in anticipo i partecipanti che l'esito di questa prova farà parte della valutazione finale. Purtroppo, inoltre, un piccolo numero di partecipanti non è stato presente al seminario in maniera continuativa. Questo problema – sempre difficile da evitare quando l'attività si svolge nel luogo di lavoro di alcuni partecipanti - può essere risolto solo conducendo il seminario al di fuori del luogo di lavoro di tutti i partecipanti.

#### **I metodi di lavoro, luogo**

Il seminario si basa sul principio e sui metodi della pedagogia attiva. Infatti, non è possibile acquisire in breve tempo tanti nuovi concetti e competenze con i metodi tradizionali di insegnamento (lezione frontale). E' pertanto assolutamente necessario che i partecipanti « imparino facendo », attraverso la metodologia del " Workshop ", sviluppata ed usata dalla Business School e dall'OMS per molti anni.

Non tutte le condizioni che questo metodo richiede sono state pienamente soddisfatte dal luogo in cui si è tenuto il seminario:

- Spazio sufficiente ; consente ai gruppi di lavorare senza ostacolarsi a vicenda ed ai partecipanti di spostarsi da un gruppo all' altro a seconda delle necessità.

- Lavagna luminosa ; è indispensabile per consentire a ciascun gruppo di presentare su uno o più lucidi il risultato del lavoro effettuato. La lavagna a fogli mobili permette una visibilità più bassa ed è meno maneggevole.

- Video proiettore: è utile per la presentazione dei contenuti del seminario e la proiezione di eventuali illustrazioni o parti di filmati.

#### **Conclusioni**

Questo seminario sembra aver soddisfatto i partecipanti: è quanto è emerso da una valutazione informale effettuata al termine degli incontri.

I formatori hanno potuto lavorare in maniera costruttiva e piacevole ed in un contesto molto cordiale. Una sola osservazione: per l'impiego di metodi di apprendimento in piccoli gruppi sarebbe stato necessario uno spazio più ampio e la disponibilità di una lavagna luminosa.

## MODULO 15

### Lavorare in equipe – parte I

Conduzione didattica e sintesi critica: Prof. Luciano Daliento (Padova)

Necessità di trasferire le intuizioni per una migliore capacità di lavoro in una strutturazione di una soluzione alternativa da parte di un tecnico dell'organizzazione.

Freud: compiti rispetto al paziente.

Governare, educare, psicanalizzare: compiti impossibili.

Formazione: cucire teoria ed esperienza.

Ricostruire le cornici più ampie riguardo i nodi di un sistema organizzativo.

Il significato del gruppo in un contesto organizzativo: evitare un discorso ideologico, tenendo conto prevalentemente della realtà. La medicina e la sanità: la medicina è un atto individuale: io ed il paziente, azione singola; la sanità si rivolge alla popolazione, è un'azione collettiva. Difficoltà a svolgere il lavoro nell'ambito del medico al di fuori della azione individuale. Necessità di competenze tecniche nel sostenere l'azione individuale; necessità di competenze gestionali per svolgere una azione collettiva integrata da competenze relazionali.

Competenze gestionali: organizzazione, controllo di gestione delle risorse e del tempo, valutazione, pianificazione strategica.

Metafora per rappresentare il proprio modello di organizzazione: torre di Babele, squadra di football americano, jungla, aeroporto di Malpensa, rete da pesca, cucina del Ritz, un atomo radioattivo, una coperta corta. Queste metafore non sono tutte riconducibili alla stessa logica: alcune si rivolgono prevalentemente all'istituzione nella quale si lavora (organizzazione = istituzione); organizzazione come concetto manageriale: azione organizzativa delle risorse ed attività (insieme di parti orientate ad un fine). Parti: persone e cose (cambia la natura del legame; nel caso delle persone si tratta di un legame negoziato e non obbligato; differente è anche lo scopo). La negoziazione mette in crisi il concetto meccanicistico dell'organizzazione. Conseguenze: definire i rapporti tra le parti; definire il senso dei rapporti, cioè definirne la direzione (obiettivi) ed il significato. Uno dei compiti della dirigenza è pertanto quello del "sense making", piuttosto che definire gli organigrammi. Azione organizzativa: lavoro che dovrebbe essere fatto sull'asse risorse-attività, piuttosto che sui risultati.

Leggere le risorse: con bassa o alta autonomia. Attività ad alta o bassa standardibilità tendenziale.

Bassa autonomia - alta standardibilità: struttura organizzativa, gerarchia, procedure, funzione di autorità. (modello di organizzazione di Taylor).

Alta autonomia-bassa standardibilità: l'asse risorse-attività si realizza attraverso la cultura (insieme di idee di fondo e delle abitudini), che appoggia sulle competenze individuali.

Costruire abitudini significa fare organizzazione.

Servizio: rapporto tra chi produce e chi utilizza un prodotto: difficoltà a standardizzare un servizio, soprattutto perché esso è artefice della produzione di un beneficio piuttosto che di un bene (elevata componente soggettiva).

Le leggi, la tecnologia, l'evoluzione della cultura sono fattori di incertezza di un sistema: il sistema sanità deve continuamente adeguarsi ai fattori di incertezza. Più elevata è la forza dell'incertezza nell'istituzione, maggiore è la tendenza della specializzazione (specializzazione=differenziazione). L'aumento della differenziazione comporta un aumento dell'integrazione.

Problemi: un sistema che differenzi molto più di quanto non integri. L'integrazione diventa pertanto il problema cardine di un sistema organizzativo. L'integrazione è definita dalla qualità della collaborazione fra le parti di un sistema. La gerarchia è un sistema debole di integrazione. Strumenti più adeguati di integrazione, che possono implementare o sostituire la gerarchia, quando questa non è presente, sono la comunicazione, il gruppo, il team. Il gruppo è uno strumento che ha un impiego più ampio nell'organizzazione. Necessità nella definizione di gruppo di delimitare i molteplici aspetti che lo possono caratterizzare.

Il gruppo, croup-nodo, è fondamentalmente un sistema di relazioni, è un insieme di persone che si percepiscono legate da qualcosa di comune (obiettivo, ideologia, scopo, compito), pur con valenze quantitativamente differenti. La condivisione in un gruppo è un prodotto finale piuttosto che un atto presente preventivamente.

Dirigere è indurre e regolare il moto di qualcuno a raggiungere una meta, attraverso la motivazione (moto spontaneo) e la soddisfazione. L'obiettivo non è che una delle facce che può assumere la meta.

Compiti di un gruppo: scambiare informazioni, elaborare e costruire decisioni, gestire il prodotto. Un gruppo si costruisce sulla titolarità dei compiti. Fattori di efficienza di un gruppo sono: stilare un'agenda, definire il compito, distribuire i ruoli, stabilire le regole. L'efficacia di un gruppo si realizza attraverso la chiarezza di obiettivo e scopo, la qualità e l'impegno dei componenti e lo stile di gestione.

La vita di un gruppo si articola in quattro fasi: formazione, strutturazione, conflitto, maturità. Il suo sviluppo solitamente non è lineare, ma spesso assume un andamento circolare.

## Lavorare in equipe parte II

Conduzione didattica e sintesi critica:

Sergio Dalla Volta (Padova), Giuseppe Riggio (Verbania)

Esperto: Prof. E Barantani (Verbania)

Nella valutazione dei comportamenti individuali e di gruppo e nella negoziazione nelle aziende di servizi sanitari è stato svolto un lavoro di razionalizzazione di ciò che si verifica sul posto di lavoro, verosimilmente su ogni posto di lavoro, e potremmo dire che è stata sezionata e ricomposta in modo razionale la "violenza psicologica quotidiana" che si consuma ogni giorno nelle corsie degli ospedali nel rapporto tra medici, tra medici e personale infermieristico, tra medici e rappresentanti dell'amministrazione. Grande rilievo è stato dato poi alla valutazione della performance nelle strutture semplici e complesse e il miglioramento dell'attività nelle unità operative cliniche. Così siamo passati da osservazioni sull'impianto teorico del controllo di gestione (definizioni degli obiettivi con budget annuale, misurazione delle attività e contabilità analitica, valutazione della gestione e quindi confronto fra obiettivi e risultati) al confronto fra risorse (personale, farmaci, strumenti diagnostici, locali) e attività (prestazioni erogate, liste di attesa, qualità) fino alla individuazione di 20/30 parametri critici che possono consentire un giudizio complessivo sul breve periodo. Di enorme interesse è risultata poi l'analisi di una esperienza reale di valutazione della performance presso una azienda di servizio sanitario con considerazioni sul budget dell'anno in corso confrontato a quello dell'anno precedente, con valori di riferimento minimi e massimi per ogni parametro critico, con l'individuazione di un peso da attribuire ad alcuni parametri: il fatto che il peso venga attribuito ad alcuni parametri soltanto, mentre ad altri venga riservato la sola indicazione del risultato senza un peso specifico attribuito, conduce alla conclusione che i parametri con peso hanno ricaduta immediata sulla valutazione annuale (nel breve termine) dell'attività della struttura, mentre quelli senza peso rivestono una grande importanza sulla valutazione dell'operato del responsabile della struttura nell'arco temporale della durata del contratto (medio termine). Il medio ma soprattutto il breve termine portano con sé il limite di una valutazione che in campo medico richiede molto spesso tempi più prolungati per un giudizio accettabile sul piano scientifico e infine il riscontro, non solo in ambito sanitario, di percentuali di conseguimento del risultato che si avvicinano al e molto spesso coincidono con il valore del cento per cento (dato statisticamente impossibile) induce o indurrà l'organo di controllo alla bocciatura di alcuni modelli di valutazione.

## MODULO 16

### Novità nella ricerca farmacologica cardiovascolare

Conduzione didattica e sintesi critica: Dott. Marco Bobbio (Cuneo)

Il corso si è tenuto all'Istituto Farmacologico Mario Negri. La giornata si è articolata sull'attività svolta dall'Istituto, dapprima con la presentazione di un video sull'organizzazione in dipartimenti e laboratori attraverso le interviste ai responsabili di tutti i dipartimenti e successivamente con numerose relazioni riguardanti le nuove sfide metodologiche, in specifici ambiti della ricerca clinica: terapia oncologica, impiego di cellule staminali in cardiologia, studio dello scompenso cardiaco, ricerca farmacologica nelle donne. Nel pomeriggio, dopo un approfondimento sulle ricerche bibliografiche *online* e la visita della biblioteca biomedica, sono state affrontate le questioni riguardanti il coinvolgimento dei pazienti/cittadini non solo nell'incontro medico/paziente, ma anche nel rapporto tra cittadini e servizio sanitario. La giornata si è conclusa con una relazione sulla valutazione economica dei trattamenti terapeutici.

Il dottor Valter Torri (Farmaci a target molecolare: implicazioni nel disegno degli studi clinici) ha spiegato quali strategie di ricerche sono state indotte dall'introduzione di farmaci non citotossici, che non agiscono in modo indifferenziato sul DNA cellulare, ma su specifici target recettoriali a livello cellulare ed extracellulare, in quanto inibiscono la progressione e non agiscono sulla regressione del tumore solido. In queste condizioni non è più necessario saggiare la dose massima tollerata, ma la dose sufficiente a inibire il recettore (dose biologica). È stata spiegata la distinzione tra indicatori di attività e di efficacia. Finora, essendo nota la progressione inesorabile dei tumori, sono state condotte ricerche di fase II con un solo braccio: infatti era sufficiente dimostrare la riduzione delle dimensioni del tumore come proxy dell'efficacia del farmaco. Con i nuovi farmaci non citotossici si adottano invece studi di discontinuazione, nei quali tutti i pazienti vengono trattati con il farmaco. I pazienti poi vengono suddivisi in tre gruppi: quelli responder proseguono il trattamento; quelli non responder lo sospendono; quelli con risposta dubbia vengono randomizzati a trattamento con placebo o con il farmaco, per saggiarne l'efficacia. La relazione si è conclusa con la spiegazione della distinzione tra fattori prognostici (associati alla prognosi, indipendentemente dalla malattia) e fattori predittivi (associati alla prognosi in relazione al tipo di terapia).

Il dottor Roberto Latini nella prima relazione (L'impiego delle cellule staminali: dai modelli animali all'applicazione nell'uomo nelle lesioni del miocardio) ha spiegato i limiti delle attuali conoscenze per l'uso delle cellule staminali in cardiologia, dal momento che non è ancora chiaro quali siano le cellule progenitrici più adatte e quale sia la via di somministrazione più efficace. Il passaggio alla sperimentazione clinica è avvenuta in una fase ancora precoce, con risultati per ora deludenti, che potrebbero far abbandonare una strategia terapeutica con notevoli potenzialità. Nella seconda relazione (Gli studi clinici dello scompenso cardiaco) il dottor Latini ha spiegato come da migliaia di molecole studiate negli ultimi anni solo poche sono arrivate a essere utilizzate nei pazienti con scompenso. Tutte le strategie terapeutiche studiate non si sono dimostrate utili nelle ricerche cliniche. Invece, in modo inatteso, è risultato efficace il trattamento con gli acidi grassi omega-3, mentre è stato abbandonata l'ipotesi che le statine potessero essere utili in questo tipo di pazienti.

Il dottor Giovanni Apolone (La ricerca clinica nella donna) ha illustrato come la maggior parte delle ricerche in campo cardiologico abbiano incluso una bassa percentuale di donne, per cui ci sono pochi dati sull'efficacia delle terapie e si estrappolano alle donne i risultati ottenuti negli uomini. La relazione viene conclusa spiegando le differenze tra le caratteristiche di sesso (che comprendono caratteristiche biologiche, ormonali, indotte dalla gravidanza), da quelle di genere (determinate dalle caratteristiche del ruolo, del reddito, dell'autonomia delle donne). Si deve quindi passare dalla ricerca clinica sulle donne, alla ricerca per le donne e alla ricerca con le donne.

La dottoressa Paola Mosconi (Modalità di coinvolgimento dei pazienti nel processo di cura, alle attività in collaborazione con le associazioni di pazienti) ha illustrato l'attività dell'Istituto nel censimento e nel coinvolgimento delle oltre 120 associazioni di pazienti in un processo di aggiornamento scientifico. Infine la dottoressa Mosconi ha spiegato il progetto di Partecipasalute e il suo sito.

La relazione del dottor Giovanni Apolone (Qualità e rilevanza delle evidenze scientifiche nelle valutazioni economiche) ha infine spiegato quali siano i limiti delle analisi costi/efficacia che richiedono dati molto precisi da inserire nei modelli statistici di analisi. Purtroppo è necessario partire da molte assunzioni non sempre trasparenti né del tutto credibili che rendono poco robuste le conclusioni a cui giungono. Come segnalato già una decina di anni fa da un esperto del settore "la farmacoconomia è una pseudo disciplina".



# Corso di Perfezionamento 2008/2009

## Sintesi del Seminario Nazionale Interattivo di Cardiologia Clinica

### “Donna e Cuore”

#### Moduli 17 – 21

*Verbania Pallanza  
28 – 29 - 30 maggio 2009  
Fondazione Tonolli*

**Direzione del Corso:**  
Prof. Sergio Dalla Volta

**Coordinazione del corso:**  
Prof. Giuseppe Riggio  
Prof. Eros Barantani

**Coordinazione didattica:**  
Dott. Rosario Russo  
**collaborazione**  
Dott. Dinko Anzulovic

**Coordinazione amministrativa:**  
Dott. Romano Malvasi

**Patrocini:**

A.N.M.C.O., S.I.C., A.S.L. 14 del VCO, Ordine dei Medici del VCO

## MODULO 17

### Fattori di rischio e prevenzione della malattia cardiovascolare nella donna

Conduzione didattica: Dott. Marco Bobbio (Cuneo)

Esperto: Prof. Giovannella Baggio (Padova)

#### LAVORI DI GRUPPO E DISCUSSIONE

##### Discussione del caso numero 1

Le relazioni dei tre gruppi che hanno analizzato questo caso, hanno suggerito alcune diagnosi differenziali comprendenti una malattia infiammatoria, una dissezione aortica, una cardiopatia ischemica, una angina intricata. Conseguentemente sono stati proposti alcuni percorsi diagnostici. Dopo aver presentato il risultato della prova da sforzo che ha dimostrato una positività per ischemia inducibile a bassi carichi e che i disturbi si sono risolti dopo l'inizio della terapia con betabloccanti e aspirina, la discussione è ruotata intorno al fatto che con tale corteo sintomatologico non sussistevano i criteri per richiederla.

Si è passati a descrivere il risultato della coronarografia; molti hanno sollevato il sospetto che, alla luce della storia clinica precedente, il riscontro di una lesione coronarica è stata del tutto casuale e che il dolore poteva non essere correlato alla malattia coronarica. La professoressa Baggio ha precisato che in effetti la sintomatologia era scomparsa prima dell'angioplastica, solo con la terapia medica, e che a distanza di alcuni anni la paziente continua a essere asintomatica. Uno dei partecipanti ha suggerito che, avanzato il sospetto di equivalente anginoso, sarebbe stato utile saggiare l'efficacia dei nitroderivati prima di procedere a ulteriori accertamenti diagnostici.

##### Discussione del caso numero 2

Dal momento che lo scopo della sessione è quello di affrontare la questione del ruolo dei fattori di rischio coronarici nelle donne, viene deciso preliminarmente di non affrontare la questione riguardante le decisioni di sottoporre ad angioplastica una signora asintomatica con malattia tricoronarica. In effetti la successiva insorgenza di un infarto conferma il dubbio sulla scelta terapeutica precedente. Tutti i gruppi evidenziano i plurimi fattori di rischio coronarico e la necessità di intraprendere un programma terapeutico aggressivo dell'ipercolesterolemia e dell'ipertensione, coinvolgendo la paziente e i suoi familiari sull'importanza, nel suo caso, della prevenzione. La professoressa Baggio conferma la diagnosi di ipercolesterolemia familiare e, facendo notare il valore elevato della Lp(a), ritiene improrogabile un trattamento farmacologico aggressivo, fino ad iniziare la plasmferesi. Viene sottolineato il fatto che da una ventina di anni, con l'introduzione nel mercato delle statine, i cardiologi hanno prestato meno attenzione alle ipercolesterolemie familiari, dal momento che la loro maggiore preoccupazione è stata quella di individuare e trattare le ipercolesterolemie poligeniche. La professoressa Baggio, alla luce delle recenti acquisizioni di una possibile interferenza tra inibitori della pompa protonica e clopidogrel, suggerisce la possibilità di sospendere il primo farmaco, se non compaiono disturbi dispeptici.

## MODULO 18

### Sistema cardiovascolare, menopausa e HRT: istruzioni per l'uso per classificare rischi e benefici

Conduzione didattica: Prof. Claudio Rapezzi (Bologna)

Esperto: Prof. Maria Grazia Modena (Modena)

(testo non disponibile)

## MODULO 19

### Cardiopatie che si sviluppano durante e in conseguenza della gravidanza

Conduzione didattica: Dott. Rosario Russo (Padova)

Esperto: Prof. Gianfranco Sinagra (Trieste) - sostituito dal Dott. Rosario Russo (Padova)

#### **Cardiomiopatia Peripartum**

La Cardiomiopatia Peripartum è una malattia del miocardio ad eziologia sconosciuta in cui la disfunzione ventricolare sinistra e i segni/sintomi di scompenso cardiaco si presentano tra l'ultimo mese della gravidanza e i primi 5 mesi del postpartum. Per porre una diagnosi corretta è fondamentale escludere una pre-esistente disfunzione cardiaca, altre cause di cardiomiopatia e dimostrare ecocardiograficamente una disfunzione ventricolare sinistra che rispetti i seguenti criteri: una frazione di eiezione minore del 45%, o una frazione di accorciamento M-mode minore del 30%, o entrambi, e un diametro telediastolico maggiore di 2,7 cm/m<sup>2</sup>.

#### **Epidemiologia**

La reale incidenza della cardiomiopatia peripartum non è nota. Sono stati riscontrati numerosi casi ad Haiti ed in Africa e nell'ultimo ventennio un numero crescente negli Stati Uniti (1/1000-1/1300 gravidanze). La patologia sembra essere più rara in Europa. E' stato stimato un range di incidenza che varia da 1/1300 a 1/15.000 gravidanze. La notevole variabilità geografica potrebbe essere spiegata da alcune pratiche culturali presenti in certi Paesi (per esempio l'abitudine di assumere grandi quantità di sale nell'immediato periodo postpartum in alcune tribù africane) e da disordini infettivi o nutrizionali connessi al basso profilo socio-economico.

#### **Fattori di rischio ed eziologia**

Anche se non del tutto chiari alcuni fattori di rischio sono stati associati alla cardiomiopatia peripartum, i più importanti sono: età > 30 anni, razza nera, multiple gestazioni, gravidanza gemellare, obesità, pre-eclampsia, ipertensione cronica, carenze nutrizionali (selenio e tiamina soprattutto) e uso prolungato di tocolitici (soprattutto beta-agonisti che potrebbero slentizzare la malattia).

L'eziologia della malattia rimane sconosciuta, ma sono state proposte delle possibili cause. Poiché durante la gravidanza sono presenti dei cambiamenti a livello del sistema immunitario è possibile che meccanismi autoimmunitari e infiammatori stiano alla base della malattia.

Un'ipotesi molto studiata è quella miocarditica. Se nei primi studi era stata data molta importanza alla presenza di infiltrati linfocitari alla biopsia endomiocardica, attualmente è stato dimostrato che una componente infiammatoria è presente in meno del 10% delle biopsie di pazienti con cardiomiopatia peripartum, proporzione simile a quella trovata nei pazienti affetti da cardiomiopatia dilatativa idiopatica. Lo studio del genoma virale ha dimostrato la presenza, come in alcune forme di cardiomiopatia dilatativa idiopatica, di alcuni ceppi virali nel tessuto miocardio, soprattutto enterovirus (coxsackievirus), parvovirus B19, adenovirus ed herpes virus. La gravidanza potrebbe predisporre le donne ad una forma più severa di miocardite quando infettate da un virus cardiotropo; lo stato gravidico infatti induce cambiamenti del sistema immunitario con una possibile conseguente risposta immunitaria più intensa ad agenti virali.

Alcuni studi hanno evidenziato una presenza aumentata di markers di infiammazione in queste pazienti: tumor necrosis factor  $\alpha$  (TNF $\alpha$ ), proteina-C-reattiva e Fas/Apo-1 (marker dell'apoptosi). Un incremento dello stato pro-infiammatorio potrebbe essere un fattore causale o di mantenimento della malattia.

Dalla presenza nel plasma di fattori pro-apoptotici e dallo studio su topi è stato evidenziato un ruolo importante dell'apoptosi nel processo della cardiomiopatia peripartum. Ruolo confermato poi da studi che hanno dimostrato come l'inibizione di tale evento (utilizzando inibitori delle caspasi) possa migliorare sperimentalmente la funzionalità cardiaca.

#### **Aspetti clinici**

La presentazione clinica è simile a quella delle pazienti con cardiomiopatia dilatativa, con segni e sintomi di scompenso cardiaco sistolico. Un fatto rilevante è che spesso le pazienti reputano i sintomi e i segni di scompenso cardiaco (edemi declivi, dispnea, palpitazioni, astenia) aspetti normali della gravidanza, infatti molto frequentemente la diagnosi viene formulata quando le pazienti sono in classe NYHA III e IV.

La trombosi ventricolare sinistra ed il rischio di embolizzazione sono presenti nelle pazienti con frazione di eiezione ventricolare sinistra minore del 35%.

Fondamentale è la diagnosi differenziale con altre patologie: infarto miocardico, sepsi, severa pre-eclampsia, embolia amniotica, embolia polmonare. Per questo motivo attualmente la diagnosi si basa sulla clinica e sull'ecocardiogramma.

#### **Terapia**

La terapia è simile a quella utilizzata nello scompenso cardiaco secondario ad altre cause. Vengono usati diuretici, mentre gli ace-inibitori vengono utilizzati solo nel post-partum in quanto controindicati in gravidanza

per il rischio di teratogenicità, insufficienza renale neonatale e morte neonatale. Per questi effetti sul feto, l'idralazina (associata o meno ai nitrati) sostituisce gli ace-inibitori durante la gravidanza. I beta-bloccanti devono essere usati con attenzione nel pre-partum in quanto un uso prolungato può essere associato a basso peso neonatale. Non ci sono studi sull'utilizzo del carvedilolo in gravidanza, per cui si preferisce generalmente usare il metoprololo. La digitale si può assumere in gravidanza, con un monitoraggio attento delle concentrazioni plasmatiche. Nello scompenso cardiaco acuto possono essere utilizzati nitroglicerina, dobutamina e dopamina.

Il ruolo della terapia immunosoppressiva nelle pazienti con cardiomiopatia peripartum positive per miocardite alla biopsia endomiocardica rimane controverso.

Aperta è la discussione riguardo l'uso di immunoglobuline per via endovenosa: alcuni studi preliminari suggeriscono un beneficio in aggiunta alla terapia tradizionale.

Per l'elevato rischio di tromboembolismo in presenza di severa disfunzione ventricolare sinistra, deve essere considerata la terapia anticoagulante con eparina sottocute e successivamente al parto con dicumarolico.

Nei rari casi di necessità di ingresso in lista trapianto cardiaco, è stato evidenziato che le donne affette da cardiomiopatia peripartum hanno una maggiore incidenza di rigetto nei primi sei mesi dopo il trapianto, con episodi talora molto severi e persistenti di rigetto. Questo è da correlare alla presenza di una iperattività della risposta immunitaria.

### Prognosi

La prognosi è correlata al grado di dilatazione e disfunzione ventricolare sinistra. Il 50% delle pazienti ritornano ad una normale funzione ventricolare sinistra entro 6 mesi dall'esordio della malattia. Il 20% delle pazienti, in studi antecedenti il sistematico uso degli ACE inibitori, beta bloccanti ed antialdosteronici, andavano a morte o venivano sottoposte a trapianto cardiaco.

Una successiva gravidanza può portare nel 20% dei casi ad una ricaduta della malattia anche in pazienti che avevano recuperato una normale funzione ventricolare sinistra dopo la prima gravidanza. Pur non essendoci un consenso sulle raccomandazioni verso future gravidanze, tali aspetti vanno chiaramente e compiutamente discussi con le pazienti.

### Aspetti particolari

Ulteriori approfondimenti sulla fisiopatologia e sui meccanismi molecolari della malattia sono necessari ai fini di ottimizzare la terapia. In particolare il ruolo dell'autoimmunità, dell'apoptosi cardiaca e della persistenza di virus cardiotropi nel miocardio deve essere analizzato per stabilire

nuovi approcci terapeutici come l'afesi, l'immunoassorbimento, l'immunosoppressione, l'utilizzo di farmaci anti-apoptotici (inibitori delle caspasi) e anti-virali.

Il ruolo della biopsia endomiocardica appare ancora controverso. La biopsia endomiocardica viene eseguita nei casi che dopo due-quattro settimane di terapia convenzionale non migliorano o nel forte sospetto di una miocardite infettiva o immunomediata. Sono infine necessari studi più ampi che dimostrino l'utilità diagnostica della biopsia endomiocardica ed il valore additivo o sostitutivo della RMN cardiaca.

## LAVORI DI GRUPPO E DISCUSSIONE

La sessione si apre con una breve introduzione che focalizza l'attenzione dei partecipanti sui cambiamenti emodinamici secondari alla gravidanza:

- Aumento graduale della **volemia** che raggiunge l'acme nella seconda metà della gravidanza
- Aumento della portata cardiaca
- Riduzione delle resistenze arteriose sistemiche e lieve riduzione della pressione arteriosa
- Aumento della frequenza cardiaca a riposo

Il Dott. Anzulovic mostra il profilo neuro ormonale della gravidanza normale:

- Aumento di estrogeni e relaxina che riducono le resistenze periferiche
- Aumento di vasopressina e aldosterone che causano ritenzione idrosalina
- Normali livelli di ormone natriuretico (BNI) e di catecolamine e della tropina
- Aumento dei livelli di ossido nitrico e endotelina 1

Quindi il Prof. Dalla Volta ha elencato brevemente i problemi vascolari che possono insorgere o aggravarsi in gravidanza. Ha citato la miocardite peripartum, l'endocardite infettiva, l'ipertensione, l'eclampsia, il diabete. Ha poi sottolineato che la stenosi mitralica e la stenosi aortica serrate rappresentano le valvulopatie meno tollerate dalla donna gravida.

Poi i partecipanti hanno affrontato un caso clinico che poneva il problema di diagnosi differenziale tra miocardiopatia dilatativa e miocardiopatia peripartum. Nel caso in esame la presenza alla gravidanza di BBS all'ECG e di ipertensione arteriosa suggeriva l'aggravamento di una miocardiopatia non legata alla gravidanza.

Si è discusso sulla normalità di parto (taglio cesareo o induzione del parto) nelle pazienti in scompenso cardiaco e si è concluso con la preferenza del cesareo.

Riguardo all'allattamento i pareri sono stati discordi. Alcuni erano contrari perché consideravano l'allattamento troppo faticoso per un cuore in compenso labile. Altri erano favorevoli per motivi psicologici materni.

Inoltre alcuni consideravano l'allattamento un rischio per l'allattamento a causa del passaggio dei farmaci nel latte.

Si è poi discusso sulla interpretazione della ipertensione e sono stati dati dei criteri:

- 1) Ipertensione cronica  
Preesistente alla 20° settimana di gravidanza e persistente dopo il 42° giorno dal parto
- 2) Ipertensione gestazionale  
Insorgenza dopo la 20° settimana di gravidanza e scomparsa dopo il parto
- 3) Preeclampsia  
Ipertensione gestazionale e proteinuria 2300mg/ 24 h.
- 4) Eclampsia  
Ipertensione, proteinuria e convulsione.

Nel caso in esame l'assenza di proteinuria escludeva la preeclampsia ma non conoscendo i valori pressori pregravidanza non è stato possibile stabilire se era cronica o gestazionale.

In quest'ultimo caso la paziente poteva essere considerata a rischio di malattie cardiovascolari nel futuro.

Il secondo caso clinico ha attirato l'attenzione sulla patogenesi dell'infarto miocardio nelle donne giovani nel periodo puerperale, sottolineando che in questi casi è poco probabile una ostruzione trombotica su placca arterosclerotica.

In effetti nel caso esaminato si trattava di dissezione coronaria aggravata dal trattamento trombolitico.

La trombosi coronaria su coronaria senza lesioni aterosclerotiche è possibile e deve essere sospettata in caso di ipercoagulabilità dimostrata da uno screening coagulativo o dedotta da episodi di trombosi venosa nella paziente e/o nei famigliari. In caso di infarto miocardio con bassa probabilità a priori di arterosclerosi coronaria è bene attenersi dalla terapia trombolitica ed è opportuno procedere alla coronarografia d'urgenza.

## MODULO 20

### Come evitare e come favorire una gravidanza nelle valvulopatie e nelle miocardiopatie

Conduzione didattica: Prof. Eros Barantani (Verbania)

Esperto: Prof. Maria Penco (L'Aquila) - sostituita

dal Prof. Luciano Daliento (Padova)

### LAVORI DI GRUPPO E DISCUSSIONE

Soprattutto negli ultimi anni, in conseguenza dell'incremento dell'immigrazione dai paesi dell'Est europeo e dall'Africa, è diventato sempre più frequente il riscontro di donne con cardiopatie valvolari o con miocardiopatie primitive, che si presentano per la prima volta all'osservazione di un cardiologo in stato avanzato di gravidanza, quasi sempre dopo il quinto mese di gestazione, quando il quadro clinico tende a complicarsi.

Questo modulo ha avuto appunto per oggetto gli aspetti di queste patologie, sia nei suoi termini epidemiologici e di storia naturale e post-chirurgica in relazione all'evento gravidanza, sia attraverso l'attività interattiva con i discenti di presentazione e discussione di casi clinici.

La quasi scomparsa della malattia reumatica nel mondo occidentale industrializzato ha notevolmente cambiato la tipologia delle cardiopatie, soprattutto nel sesso femminile, considerato che fino alla fine degli anni sessanta la cardiopatia più frequentemente riscontrabile nelle donne era la valvulopatia mitralica. La stenosi mitralica isolata era più frequente nelle donne che negli uomini con un rapporto di circa 2:1. Non è chiaro il motivo: predisposizione costituzionale legata al sesso?

Chiang ha analizzato le differenze morfologiche nei due sessi, nelle donne si sono riscontrati valori più alti di pressioni e resistenze vascolari polmonari con una più precoce comparsa dei sintomi e quindi della necessità di intervento. Il nostro Servizio di Emodinamica Interventistica ha eseguito il più alto numero di valvuloplastiche percutanee in Italia con una schiacciante prevalenza del sesso femminile, a conferma non soltanto della prevalenza in questo sesso della forma isolata di questa valvulopatia, ma anche del fatto che la gravità delle alterazioni è quasi sempre compatibile con un soddisfacente risultato clinico. D'altra parte anche le forme più severe trovavano nella commissurotomia a cielo aperto una buona soluzione chirurgica, capace di differire per lungo tempo la sostituzione valvolare, permettendo alla donna una buona tolleranza allo sforzo e di affrontare la gravidanza.

In presenza di stenosi mitraliche di media gravità con lieve ipertensione polmonare, l'ultimo trimestre di gravidanza può comportare un aggravamento del quadro clinico, tanto che in alcuni casi è necessario procedere ad una valvuloplastica percutanea. Rimane il problema dell'anticoagulazione in presenza di fibrillazione atriale atriale, e di come questa deve essere condotta tenendo conto della teratogenesi dei dicumarolici.

Ai nostri giorni la patologia valvolare che più frequentemente interessa il sesso femminile è il prolasso della valvola mitrale, non tanto nelle forme di movimento sistolico dei lembi al di là del piano di chiusura, quanto piuttosto nelle forme caratterizzate da differenti gradi di displasia dell'apparato che più coerentemente riflettono la primitiva descrizione di Barlow, dove l'aspetto displastico è il risultato di una proliferazione mixoide

della spongiosa, tra la lamina atriale e la fibrosa di un lembo, con una maggior quantità di mucopolisaccaridi e meno collagene del tipo III ed AB, che comporta interruzioni focali della tunica fibrosa ed ispessimento fibroelastico della della tunica atrialis.

La stenosi valvolare aortica in giovani donne è rara, il rapporto con il sesso maschile è di 4 a 1. Si tratta per grandissima parte di forme congenite, con una prevalenza di aorta bicuspidata. Vi è una diversa risposta di adattamento del ventricolo sinistro a stimoli cronici di sovraccarico di pressione nel sesso femminile. Non ci sono chiare spiegazioni per questa differenza di rimodellamento, ma dati sperimentali hanno evidenziato un ruolo degli ormoni sessuali nella modulazione degli adattamenti del cuore ai diversi tipi di stress. Alterazioni nell'equilibrio fra sintesi e degradazione delle proteine miocardiche e delle catene pesanti sono fattori importanti nella regolazione dell'ipertrofia indotta sperimentalmente, con una maggior prevalenza della forma concentrica. La stenosi aortica di grado medio severo sopporta molto male l'aumento di volume plasmatico durante la gravidanza o una riduzione acuta del preload per emorragia durante il parto o anestesia epidurale. Una revisione della letteratura di Arias e Pineta del 1987 riporta una mortalità materna del 17% e fetale del 37%. La sindrome di Marfan è una anomalia del tessuto connettivo, legata ad una alterazione del gene che sintetizza la fibrillina sul cromosoma 15. Morfologicamente è caratterizzata da displasia grave soprattutto della valvola aortica, insufficiente, e della porzione bulbare e tubulare dell'aorta ascendente, aneurismatiche. La sindrome di Marfan non ha prevalenza diversa tra i due sessi, ma ha importanti implicazioni cliniche nella donna in età fertile. In gravidanza pone due problemi: il rischio di dissezione aortica e l'ereditarietà. Infatti il 75% dei casi è familiare e trasmessa in modo autosomico dominante; nel 25% insorge per mutazione genetica.

Riguardo le miocardiopatie non vi sono prevalenze nel sesso femminile a parte alcune forme specifiche come quella peripartum o forme di miocardiopatie restrittive o ipertrofiche legate ad alterazioni genetiche come la sindrome di Noonan, (cariotipo normale, mutazione genica autosomica dominante ad espressività variabile). Vi sono tuttavia delle differenze riguardo aspetti clinici nei due sessi.

Da un gruppo di Cracovia è stato ipotizzato che gli estrogeni possono ritardare lo sviluppo dei sintomi nelle donne con miocardiopatia ipertrofica: in uno studio del 1997 hanno esaminato l'insorgenza dei sintomi in una popolazione di circa 100 pazienti, equamente distribuiti per sesso e per gruppi di età, avendo scelto i 40 anni come il limite più basso per l'insorgenza di una possibile riduzione degli estrogeni da premenopausa. Circa un terzo delle donne con miocardiopatia ipertrofica ostruttiva rimane asintomatico fino ai quaranta anni; prevalendo sugli uomini nella quinta decade di vita.

La miocardiopatia aritmogena del ventricolo destro è una patologia del miocardio caratterizzata da una sostituzione fibroadiposa a prevalente ma non esclusiva localizzazione nel ventricolo destro e clinicamente da una instabilità elettrica ventricolare che può essere causa di morte improvvisa. Spesso ha carattere familiare ed è dovuta ad una alterazione genica che si trasmette in maniera autosomica dominante e con differente espressività clinica. Nonostante questo tipo di trasmissibilità molti lavori hanno evidenziato una prevalenza di malattia e di morte improvvisa nei maschi. Un nostro recente studio condotto su circa 200 pazienti, equamente distribuiti per età e sesso, ha dimostrato forme meno severe di malattia nelle donne: presentano un minor aumento del volume ventricolare ed una più alta frazione di eiezione e pur essendo eguale a quella dei maschi l'incidenza di aritmie, la tachicardia ventricolare sostenuta e la fibrillazione ventricolare sono meno frequenti e di conseguenza sono minori i casi di morte improvvisa. Evidentemente fattori modulanti, ambientali ed endogeni, tra cui la diversa intensità di attività fisica e l'assetto ormonale, possono contribuire a spiegare la diversa espressione fenotipica.

Sono stati presentati due casi clinici che i discenti hanno elaborato e discusso in assemblea plenaria.

Un caso si riferiva ad una donna moldava che portatrice da lunga data di una protesi a palla di Starr-Edwards in sede mitralica, si è presentata all'VIII mese di gravidanza con segni clinici conseguenti a trombosi parziale della protesi.

Il secondo caso si riferiva ad un complesso caso di insorgenza di una sindrome cardio-renale per la comparsa dalla 12 settimana di gravidanza di una forma sistemica di amiloidosi da plasmocitoma.

Entrambi i casi sono stati ampiamente dibattuti riguardo al management clinico-terapeutico e nel caso dell'amiloidosi alla implicazioni etiche che un trattamento della malattia materna poteva avere sul prodotto di concepimento.

## MODULO 21

### Come evitare e come favorire una gravidanza: nelle cardiopatie congenite

Conduzione didattica: Prof. Luciano Daliento (Padova)

Esperto: Dott. Anna Maria Colli (Milano)

#### LAVORO DI GRUPPO E DISCUSSIONE

I successi della cardiocirurgia neonatale hanno progressivamente aumentato la sopravvivenza della popolazione di cardiopatici congeniti rendendo possibile il raggiungimento dell'età adulta. Sono sempre, quindi, più numerose le pazienti affette da cardiopatia congenita che desiderano affrontare una gravidanza.

A fronte di questo legittimo ed universale desiderio di maternità si debbono porre due ordini di problemi: l'idoneità della candidata madre a sostenere una gravidanza senza compromettere il proprio equilibrio cardiocircolatorio e i rischi che la emodinamica "non standard" della madre pone al feto. A questo si aggiunge il rischio di ricorrenza nella prole delle cardiopatie. Inoltre le cardiopatie "corrette" chirurgicamente o quelle sottoposte a palliazione definitiva presentano ciascuna dei rischi intrinseci alla propria storia postchirurgica, non ultima l'insorgenza de novo o il peggioramento di aritmie preesistenti, favorite dalla distensione delle cavità cardiache in conseguenza della aumentata volemia (fisiologica) che di per sé agisce da stimolo aritmogeno anche nel cuore sano. Il rischio della gravidanza è correlato alla classe funzionale di appartenenza pre gravidanza ma anche al tipo di malformazione ed emodinamica basale.

Prima di entrare nel merito delle cardiopatie è opportuno riflettere sulle modificazioni fisiologiche in gravidanza.

#### **Modificazioni fisiologiche in gravidanza**

Durante la gravidanza l'organismo va incontro a modificazioni in risposta alle nuove esigenze relative allo sviluppo e crescita fetale che possono schematicamente essere riassunte come segue :

##### **1- incremento del 50% dell'output cardiaco:**

l'azione ormonale determina ritenzione idrica, con conseguente incremento del volume plasmatico e di conseguenza dello stroke volume (fenomeno prevalente sino alla 32° settimana di età gestazionale); nelle ultime settimane lo stroke volume rimane costante e l'ulteriore incremento di output è sostenuto dall'aumento della frequenza cardiaca fino a 10-20 battiti per minuto in più rispetto a condizioni basali.

##### **2- riduzione delle resistenze periferiche:**

sempre secondaria all'azione ormonale è finalizzata a compensare, in termini di lavoro cardiaco, l'incremento del volume circolante (incremento del precarico - riduzione del postcarico) e a facilitare una adeguata perfusione dell'utero e dell'unità feto-placentare.

Durante il travaglio ed il parto vi è un'ulteriore incremento dell'output come risposta all'aumentato fabbisogno di ossigeno dell'utero durante le contrazioni e un incremento dei valori pressori anch'esso in relazione alle contrazioni uterine oltre che allo stimolo doloroso.

L'incremento del volume circolante ha inoltre un tardivo aumento anche nelle prime ore di puerperio come conseguenza dell'immissione in circolo di una quota addizionale di sangue proveniente dalla retrazione uterina. Le modificazioni emodinamiche qui descritte, pur rappresentando la fisiologia di una gravidanza normale, possono essere francamente destabilizzanti per un sistema cardiocircolatorio già compromesso.

Collateralmente agli adattamenti cardiocircolatori sono di particolare rilevanza, per quanto concerne le gravidanze in pazienti con cardiopatia congenita, altri fenomeni tipici del periodo gestazionale quali :

- **l'attivazione del sistema coagulatorio**, in preparazione alla necessità di controllare le emorragie postpartum; ne deriva un incremento del rischio tromboembolico da considerare con attenzione nei casi già a rischio di eventi embolici in situazioni basali.

- **l'aumentato rischio di infezioni del sistema urogenitale** con conseguente aumentato rischio di endocardite batterica

- **l'aumentata eccitabilità miocardica** legata alla distensione delle fibre e all'azione ormonale, che facilita l'insorgenza di aritmie su di un substrato già predisposto.

Malgrado si stiano raccogliendo esperienze sempre più ampie nelle singole cardiopatie, non esistono a tutt'oggi delle linee guida basate sull'evidenza che coprano tutto lo spettro delle cardiopatie congenite che raggiungono l'età adulta e l'unico documento disponibile al momento è quello della Task Force della Società Europea di Cardiologia (2003) che rimangono per ora l'unico documento guida, pur con tutti i limiti, a disposizione del clinico.

Dal punto di vista fisiopatologico conviene (pur riconoscendo la frequente sovrapposizione tra le varie categorie) suddividere le pazienti cardiopatiche rispetto alla gravidanza in pazienti ad alto rischio (per le quali la gravidanza deve essere considerata controindicata e se del caso si consiglia l'interruzione) e a basso rischio.

#### **Pazienti ad alto rischio materno :**

- tutte le pazienti in classe funzionale NYHA III o IV
- Malattia vascolare polmonare (mortalità materna 30-50%)

- Ostruzioni dell'efflusso sinistro di grado severo
- Cardiopatie cianogene
- Marfan e pazienti a rischio di dissezione aortica

In queste categorie di pazienti anche la vitalità fetale è ampiamente compromessa e il rischio sia di aborto spontaneo che di prematurità o dismaturità fetale (ritardo di crescita intrauterina) sono dell'ordine del 30-50%

#### **Pazienti a basso/medio rischio materno**

- pazienti con shunt sinistro destro di entità moderata con pressioni polmonari normali
- pazienti con rigurgito valvolare lieve o moderato (l'abbassamento delle resistenze sistemiche è favorevole in queste pazienti)
- pazienti con ostruzione degli efflussi di grado lieve o medio
- Pazienti con problemi particolari:
- pazienti con cuore univentricolare
- pazienti post intervento di Fontan
- pazienti con ventricolo destro sistemico
- pazienti portatrici di protesi meccaniche in terapia anticoagulante
- pazienti affette da sindrome del QT Lungo

In ogni caso le pazienti non solo dovrebbero essere valutate con anticipo sul concepimento in modo da poter mettere in atto tutti quei provvedimenti idonei ad ottimizzare l'emodinamica prima di doversi confrontare con le esigenze fetali, ma nel corso della gravidanza stessa necessitano di cure specifiche sartorialmente confezionate per ciascuna situazione emodinamica individuale ed un follow-up combinato dell'ostetrico e del cardiologo con esperienza specifica per tutta la durata della gravidanza e del puerperio che è almeno altrettanto destabilizzante che la gravidanza stessa e il parto deve essere seguito da anestesisti con competenze specifiche, il feto inquadrato anche da genetisti e neonatologi esperti.

**In gravidanza alcuni problemi possono porsi in maniera acuta e rappresentare vere e proprie emergenze. L'unica differenza nella gestione delle emergenze in queste particolari circostanze consiste nella necessità di salvaguardare non solo la salute materna ma anche il benessere fetale e la possibilità del feto di raggiungere comunque un'epoca di vitalità con il minimo rischio possibile di sequele permanenti soprattutto neurologiche. I limiti della sopravvivenza fetale autonoma sono posti attualmente alla 23° settimana, ma al di sotto della 28 il rischio di sequele neurologiche permanenti è del 10-15% e si riduce progressivamente di settimana in settimana fino al termine della gravidanza.**

Le diagnostiche per immagini sicure in gravidanza sono l'ecocardiogramma sia transtoracico che transesofageo e la risonanza magnetica nucleare.

La radiografia del torace può essere effettuata se realmente necessaria e con protezione piombata in regione pelvica.

Al contrario la TAC è sconsigliata per l'elevato dosaggio di radiazioni.

#### **1) EDEMA POLMONARE**

Le condizioni a maggior rischio di insufficienza cardiaca acuta durante la gravidanza sono quelle che presentano:

- **ostruzione all'efflusso sinistro o al riempimento sinistro**  
(stenosi valvolare sopravvalvolare o sottovalvolare aortica; stenosi mitralica; trombosi protesica; ostruzione di condotti)
- **sovraccarico di volume sinistro**  
(insufficienza valvolare severa aortica o mitralica; shunts sinistro-destro)
- **ridotta funzione sistolica del ventricolo sistemico**  
(esiti di correzione tardiva; ventricolo destro sistemico)

#### **TRATTAMENTO:**

E' una condizione che mette a rischio la vita sia della madre che del feto per cui oltre all'immediata monitoraggio dei parametri della paziente deve essere richiesta una **consulenza ostetrica urgente per il controllo del battito fetale.**

Di fondamentale importanza è ottenere rapidamente una adeguata ossigenazione eventualmente anche con ventilazione meccanica in quanto livelli saturazione materna inferiori a 85% peggiorano drasticamente la prognosi per il feto.

Come diuretici viene utilizzata la furosemide, come vasodilatatori l'idralazina e il nitroprussiato. In caso le condizioni emodinamiche lo richiedano è possibile l'utilizzo anche di inotropi quali la dopamina e la dobutamina. Nel caso, sia necessario l'utilizzo di betabloccanti per la riduzione della frequenza, come nel caso della stenosi mitralica, la prima scelta e per i beta 1 selettivi pochè i beta 2 possono stimolare l'attività contrattile uterina .

Nel caso non vi sia rapida risposta dei parametri clinici e strumentali considerare l'ipotesi di taglio cesareo urgente in quanto il persistere dell'ipoperfusione periferica coinvolge anche il feto. (vedere paragrafo "Taglio cesareo urgente")

Per quanto riguarda le stenosi valvolari native può essere presa in considerazione la possibilità di un trattamento percutaneo palliativo, soprattutto nei casi in cui l'emergenza si sviluppi in epoca gestazionale precoce nel tentativo di posticipare il parto il più a lungo possibile (prima della 28° settimana di età gestazionale la sopravvivenza dei neonati è inferiore al 75% con il 10-15% di sequele neurologiche).



## 2) ARITMIE

Le modificazioni emodinamiche e ormonali della gravidanza associate ad un inevitabile dislocazione spaziale all'interno del torace rendono ancor più suscettibile alle aritmie un substrato miocardico già predisposto quale quello delle pazienti affette da cardiopatia congenita.

Sono soggette all'insorgenza di aritmie tutte le pazienti affette da cardiopatie caratterizzate da sovraccarico di volume o pressione delle cavità destre (DIA in storia naturale o corretti tardivamente, rigurgiti valvolari tricuspidalici o polmonari, ostruzioni all'efflusso destro) nonché da alterazioni morfologiche insite nella cardiopatia o derivanti da esiti cicatriziali chirurgici (Ebstein, esiti Fontan, esiti di ventricolomia).

In gravidanza vi è quindi maggior probabilità di insorgenza delle aritmie che possono caratterizzare la storia naturale e postchirurgica delle varie cardiopatie fuori dal periodo gravidico e l'approccio terapeutico è sostanzialmente equiparabile a quello delle pazienti non gravide:

- Adenosina e flecainide risultano sicure anche in gravidanza
- Consentito l'utilizzo dei betabloccanti selettivi
- La terapia con amiodarone può essere utilizzata in acuto, mentre in cronico può portare a distroidismi nel feto.

In caso di persistenza di elevate frequenze o di instabilità emodinamica vi è indicazione a procedere a cardioversione elettrica per ridurre al minimo il periodo di ipoperfusione fetoplacentare.

## 3) DOLORE TORACICO

La diagnosi differenziale di un dolore toracico in gravidanza comprende:

1. embolia polmonare
2. dissezione aortica
3. ischemia coronarica

### 1- embolia polmonare

In gravidanza l'attivazione del sistema coagulativo e la stasi venosa aumentano il rischio di tromboembolia.

Per la diagnosi è necessario utilizzare i dati clinici emogasanalitici, umorali, ecografici ed ecocardiografici evitando l'utilizzo della TAC per l'elevato dosaggio di radiazioni salvo estrema necessità.

Trattamento: O2 terapia e monitoraggio benessere fetale

In caso di conservata funzione ventricolare sinistra e compenso emodinamico la terapia consiste nell'anticoagulazione con eparina a basso peso molecolare, monitorata con il controllo del fattore X attivato.

In caso di insufficienza ventricolare sinistra e quadro clinico di shock data la controindicazione relativa alla terapia trombolitica è indicato prendere in considerazione l'opzione dell'embolectomia in laboratorio di emodinamica.

### 2-dissezione aortica

L'eziologia della dissezione aortica non è del tutto nota, ma la gravidanza è di per se una condizione predisponente. Tale predisposizione aumenta ulteriormente se la donna è affetta da malattie del collagene quali la sindrome di Marfan o Ehler – Danlos, o alterazioni morfologiche quali la coartazione aortica o l'aorta bicuspidale.

La diagnosi si basa sui dati clinici con la conferma strumentale dell'ecocardiogramma transesofageo.

E' una condizione *life threatening* sia per la madre che per il feto per cui oltre all'immediata monitoraggio dei parametri della paziente deve essere richiesta una consulenza ostetrica urgente per il controllo del battito fetale.

In caso di dissezione distale i farmaci utilizzati per il mantenimento di bassi valori pressori sono i betabloccanti (labetalolo in infusione ev a 1-2 mg /minuto come nelle crisi ipertensive)

In caso di dissezione prossimale con indicazione cardiocirurgica urgente in accordo con lo specialista ginecologo e neonatologo dovrà essere concordato taglio cesareo urgente e successivo intervento cardiocirurgico o intervento cardiocirurgico con prosecuzione della gravidanza, a seconda dell'epoca gestazionale e delle capacità dei centri operativi a disposizione.

### 3- ischemia miocardica

Le situazioni che favoriscono ischemia miocardica in giovani donne gravide con cardiopatia congenita sono:

- tutte le situazioni che facilitano le trombosi sistemiche
- le condizioni di ostruzione all'efflusso sinistro (stenosi aortica valvolare e sottovalvolare, ipertrofia settale con gradiente dinamico)
- le collagenopatie con rischio di dissezione (Marfan o Ehler – Danlos)
- esiti di reimpianto coronario (switch arterioso, Ross)

Anche in questo caso si è di fronte ad una condizione *life threatening* sia per la madre che per il feto per cui oltre all'immediata monitoraggio dei parametri della paziente deve essere richiesta una consulenza ostetrica urgente per il controllo del battito fetale.

I presidi terapeutici sono:

O2 terapia

ASA 100 mg

Eparina

Betabloccanti (metoprololo)

L'analgesia con oppiacei può indurre sofferenza fetale e è quindi da concordare con gli ostetrici.

In caso di soprassollamento del tratto ST le linee guida europee per la gestione delle cardiopatie in gravidanza da indicazione a PTCA primaria soprattutto se superate le prime 12° settimane e con adeguata copertura del feto dalle radiazioni. Mancano dati in letteratura relativi alla sicurezza in gravidanza della terapia con doppia antiaggregazione ASA+Clopidogrel necessaria in caso di impianto di STENT.

Valutazione emodinamica e trattamento percutaneo può essere necessario anche nel caso di stenosi valvolare aortica con caratteristiche favorevoli.

Nel caso si manifesti l'indicazione a intervento cardiocirurgico il timing dell'intervento dovrà essere valutato sulla base delle condizioni cliniche e dell'epoca gestazionale in accordo con gli specialisti ostetrici e neonatologi.

#### **4) CRISI IPERTENSIVA**

L'8-10 % delle gravidanze vengono complicate da ipertensione arteriosa.

Si distinguono tre tipi di ipertensione in gravidanza:

1- ipertensione cronica: preesistente alla gravidanza

2- ipertensione gestazionale: ad insorgenza dopo la 20<sup>o</sup> settimana di età gestazionale

3- preeclampsia-eclampsia: ipertensione associata a proteinuria, segni di scompenso emodinamico, incremento degli enzimi epatici, riduzione delle conta piastrinica fino ad arrivare a DIC e coinvolgimento del sistema nervoso con convulsioni generalizzate (eclampsia).

La crisi ipertensiva è una situazione di pericolo sia per la madre che per il feto è quindi indispensabile che sia presente il consulente ostetrico per verificare il benessere fetale.

L'intervento terapeutico è finalizzato in primo luogo ad evitare il coinvolgimento del sistema nervoso e il quadro di scompenso multiorgano:

Magnesio solfato ev associato a

Idralazina ev : bolo di 5 mg in 1 minuto ripetibile ogni 20 min

Labetalolo ev: infusione continua di 1-2 mg/minuto

Nifedipina sub linguale

Nitrati o nitroprussati in caso di fallimento dei tre precedenti trattamenti.

Le pazienti affette da cardiopatia con disfunzione del ventricolo sinistro sono a maggior rischio di scompenso ventricolare sinistro ed evoluzione verso l'edema polmonare verrà privilegiata la terapia con vasodilatatori.

La concomitanza di crisi ipertensiva e patologia aortica, sia corretta che in storia naturale, (coartazione Ao , Bicuspidia AO con dilatazione aortica , Marfan) peggiora la prognosi per il rischio di dissezione o rottura aortica in aggiunta a quello di evoluzione in eclampsia. In questa particolare circostanza la terapia di scelta è quella con betabloccante.

Se persistono valori elevati di PA dovrà essere presa in considerazione rapidamente l'indicazione al parto in accordo con lo specialista ginecologo e in relazione all'età gestazionale.

#### **5) TROMBOSI SISTEMICA**

Tutte le condizioni che già predispongono a trombosi sistemica sono maggiormente a rischio in gravidanza data la fisiologica attivazione del sistema coagulativo e la stasi venosa, nonché la suscettibilità ad infezioni e quindi il maggior rischio di endocardite batterica.

Nel caso di tromboembolia la terapia anticoagulante si avvale dell'eparina a basso peso molecolare con monitoraggio del fattore X attivato.

In letteratura sono stati descritti durante la gravidanza, casi di ischemie cerebrali recidivanti in portatrici di PFO, trattati con successo con chiusura percutanea di PFO sotto guida ecografica .

In caso di embolia settica per distacco di vegetazioni endocarditiche si intraprenderà la terapia antibiotica adeguata. L'opzione e il timing di eventuale intervento cardiocirurgico in caso di malfunzionamento protesico o vegetazioni a rischio di nuova embolizzazione dovrà essere concordata con gli specialisti ostetrici e neonatologi.

#### **6) SINCOPE**

La sincope può essere dovuta a:

-aritmia sia bradicinetica che ipercinetica

-tromboembolia polmonare

-ictus cerebri.

Le cardiopatie congenite che maggiormente sono complicate da aritmie ipercinetiche embolia polmonare e ictus cerebri sono già state segnalate nelle sezioni corrispondenti come anche il trattamento utile nelle pazienti gravide.

Particolare attenzione si deve, in questa sessione, ai disturbi di conduzione atrioventricolare che possono manifestarsi in casi di trasposizione corretta dei grandi vasi o in esiti di interventi correttivi con suture settali.

In caso di BAV avanzato se l'epoca gestazionale lo consente la paziente deve essere inviata a taglio cesareo urgente previo posizionamento di catetere stimolatore provvisorio per via succlavia. Successivamente la paziente verrà sottoposta a impianto di PM definitivo con posizionamento del dispositivo sottopettorale per evitare complicanze flogistiche in sede di tasca sottocutanea concomitanti alla fase di montata latte.

Se l'epoca gestazionale risulta essere troppo precoce per la maturità fetale l'impianto di PM definitivo dovrà essere eseguito con adeguata copertura piombata del feto e con l'utilizzo del minor quantitativo di radiazioni possibile.

#### **7) CIANOSI**

Le modificazioni emodinamiche della gravidanza inducono un peggioramento del grado di cianosi

La cardiopatia cianogena più frequente tra le donne gravide è la tetralogia di Fallot.

In storia naturale o nel caso di correzioni con shunt residuo, l'incremento del ritorno venoso determina un incremento della pressione in ventricolo destro che associato alla riduzione di pressione in ventricolo sinistro per la riduzione delle resistenze periferiche , causa un'inversione dello shunt da sinistro destro a destro sinistro o un peggioramento dello shunt già destro sinistro con desaturazione e conseguente cianosi

Purtroppo saturazioni inferiori al'85% peggiorano la prognosi della gravidanza sia come morbilità materna che fetale.

È necessario quindi supporto di O<sub>2</sub> per tornare a valori di saturazione più sicuri per l'esito della gravidanza, cercando di mantenere le condizioni emodinamiche più stabili (evitare cali pressori sistemici e perdite di volemia). Di fondamentale importanza è anche il mantenimento della profilassi anticoagulante per l'aumentato rischio tromboembolico dato dall'eritrocitosi secondaria alla cianosi.

## **8) EMOTTISI**

L'emottisi è una complicanza presente in diverse cardiopatie congenite (vedi sezione dedicata) In gravidanza è di particolare gravità quando è determinata da ipertensione polmonare.

L'ipertensione polmonare severa è infatti una condizione che rende la gravidanza ad alto rischio con una mortalità materna che varia dal 30% al 50% secondario alla tendenza di trombosi e necrosi polmonare che si sviluppa rapidamente nel periodo peri e postpartum. Per la riduzione dell'ipertensione polmonare viene utilizzato l'ossido nitrico e di importanza fondamentale è il proseguimento della profilassi anticoagulante con eparina a basso peso molecolare non appena risolta l'acuzie emorragica.

## **TAGLIO CESAREO URGENTE**

In tutti i casi in cui non si abbia rapida stabilizzazione del quadro clinico e la gravidanza sia ad uno stato avanzato tale da assicurare una adeguata maturità fetale (oltre la 32<sup>o</sup> settimana di età gestazionale la sopravvivenza dei neonati è del 95% con un basso rischio di sequele neurologiche), si deve prendere in considerazione l'indicazione a taglio cesareo urgente per preservare la salute del nascituro e poter successivamente sottoporre la madre agli accertamenti e cure più idonei.

Nel caso l'epoca gestazionale sia più precoce, la decisione di procedere al parto deve essere frutto di consulto tra ostetrici, cardiologi e neonatologi compatibilmente con le possibilità del centro e valutando la possibilità di trasferire in sicurezza la paziente presso un centro di terzo livello.

Nel caso la causa dell'emergenza sia una sottostante urgenza cardiocirurgica (malfunzionamento protesico, endocardite con rischio emboligeno) il centro di terzo livello contattato dovrà disporre di entrambe le specialità di neonatologia e cardiocirurgia.

Durante il parto dovranno essere strettamente monitorati saturazione e volemia evitando soprattutto nelle pazienti con shunts vasodilatazioni improvvise o riduzioni di volemia tali da consentire inversione dello shunt precedentemente a direzione sin-des. o peggioramento dello shunt già des-sin. con conseguente peggioramento della desaturazione. D'altro canto il reintegro di liquidi deve essere somministrato con cautela nei pazienti a rischio di scompenso. Da ricordare la profilassi per endocardite batterica (vedi schema)

## **PARTO SPONTANEO**

È possibile che una paziente con cardiopatia congenita in stabilità clinica si trovi a partorire lontano dal Centro di riferimento per un'urgenza ostetrica. In questo caso è bene ricordare che nella maggior parte delle cardiopatie è indicato il parto vaginale con anestesia epidurale per ridurre lo stress del dolore e l'incremento di output tipico di questa fase, con predilezione per il decubito laterale per evitare la compressione dei grandi vasi addominali e ridurre al minimo le variazioni emodinamiche di questa fase. Il taglio cesareo è infatti legato ad un aumentato rischio emorragico, trombotico e infettivo già largamente presenti in questa popolazione. Hanno indicazione a taglio cesareo solo le gravidanze a elevato rischio (ipertensione polmonare severa, severa ostruzione agli efflussi ventricolari, cianosi severa, Marfan con radice aortica superiore a 45 mm, funzione ventricolare depressa).

## **ASSISTENZA POST PARTUM**

In considerazione dell'incremento dell'output caratteristico delle prime ore di puerperio, la monitorizzazione dei parametri emodinamici deve essere protratta per le prime 24-48 ore soprattutto nelle pazienti a rischio di scompenso. Tale periodo deve essere protratto per una settimana nelle pazienti ad elevato rischio con ipertensione polmonare severa. Il primo puerperio risulta essere anche maggiormente a rischio di aritmie sempre per repentini adeguamenti emodinamici e per l'elevato concomitante stress emotivo. Nelle pazienti ad elevato rischio deve essere somministrata adeguata terapia di profilassi per la TVP.

## **LETTURE CONSIGLIATE**

1) European Heart Journal

The Task Force on the management of cardiovascular diseases during pregnancy of the European society of cardiology (2003) 24,761-781

2) Elkayam U.

Pregnancy and cardiovascular disease

In Braunwald's Heart diseases a textbook of cardiovascular medicine

7 th edition 2004 Elsevier Saunders pp 1965-1984

3) Elkayam U.

Cardiac problems in pregnancy

3 rd edition Wiley-Liss, 1998

4) Perloff and Child

Congenital heart disease in adults

Ed Saunders 1991

5) Hess – Sutherland

Congenital heart disease in adolescents and adults

1992 Kluwer Academic publisher

## CONSIDERAZIONI CLINICHE CONCLUSIVE

Prof. Sergio Dalla Volta (Padova)

Nell'ultimo decennio numerosi lavori scientifici hanno sottolineato la frequenza, le caratteristiche cliniche e talune modalità specifiche di trattamento delle malattie di cuore nel sesso femminile.

Precedentemente, le nozioni su questo argomento erano incomplete, frammentarie e comunque non tali da permettere di sottolineare con precisione le modalità di presentazione e le caratteristiche della terapia medica, chirurgica ed elettrica nel sesso femminile.

Per molti anni si è considerato, genericamente, che sino alla menopausa la donna presentasse con minore frequenza, anche se non come minore gravità, talune malattie di cuore interessanti con particolare frequenza il sesso maschile, quali la cardiopatia ischemica e le miocardiopatie dilatative, che peraltro nel climaterio aumentavano di intensità e di gravità, si' da suggerire che la scomparsa dell'azione protettiva degli ormoni sessuali femminili fosse il meccanismo fondamentale. In realtà gli studi controllati dell'ultimo quinquennio non hanno dimostrato che né gli estrogeni né il progesterone esplichino una protezione, quando utilizzati dopo la menopausa, anche se su parecchi sintomi soggettivi (vampate di calore, insonnia, irritabilità) l'azione era evidente.

Inoltre in molte altre cardiopatie, congenite, valvolari, la stessa cardiopatia ischemica, il trattamento chirurgico, nel sesso femminile era meno diffuso che nel sesso maschile.

Finalmente la presentazione clinica di molte cardiopatie si è dimostrata diversa, particolarmente nell'angina di petto, e nell'infarto miocardico.

Per questo il recente interesse del modo con cui si presentano, evolvono, anche dopo l'intervento chirurgico le cardiopatie della donna hanno dimostrato notevoli differenze tra i due sessi, facendo considerare che le malattie di cuore nel sesso femminile richiedano un approccio diagnostico e terapeutico diverso che nell'uomo.

Proprio per questo la Fondazione Tonolli ha ritenuto di dovere esplorare le caratteristiche delle malattie di cuore nel sesso femminile dedicando all'argomento il corso del 2009.

Relatori e discenti hanno discusso, con le ben note modalità di corso interattivo, i temi della fisiopatologia (inclusi i meccanismi), della clinica, del trattamento, e dei risultati. L'interesse suscitato dall'argomento è andato di pari passo con l'aumento delle conoscenze, attraverso il confronto tra i risultati precorso e post-corso.

Il lettore troverà nelle varie relazioni il modo con cui i singoli argomenti sono stati trattati ed i risultati delle discussioni.

La cardiopatia nella donna è un argomento non ancora definitivamente assestato, ma nel quale le conoscenze più recenti hanno fornito dati che permetteranno anche nei prossimi anni di allargare le conoscenze dei cardiologi, in tutti i vari campi dalla genetica alla clinica, sostituendo alle nozioni frammentarie di un recente passato conoscenze più precise e sistematiche.

## TEST DI AUTOVALUTAZIONE

### 1- La mortalità per malattie cardiovascolari negli ultimi 30 anni in Italia:

- a) è diminuita sia nell'uomo che nella donna
- b) è diminuita più nell'uomo che nella donna
- c) è diminuita più nella donna che nell'uomo
- d) non è diminuita

### 2- La donna ha più paura per il suo futuro di:

- a) cancro del seno
- b) infarto del miocardio
- c) Ictus
- d) Alzheimer
- e) Cancro dell'ovaio

### 3- Dopo la menopausa:

- a) aumentano le HDL
- b) diminuiscono le HDL-3
- c) diminuiscono le HDL-2
- e) le HDL rimangono invariate

### 4- Scegliere quali di queste affermazioni risultano vere riguardo all'uso di estrogeni nella postmenopausa:

- a) non sono indicati per la prevenzione della coronaropatie e delle demenze vascolari
- b) se usati a lungo deve essere valutato il loro impatto in termini di carcinoma della mammella, colon ed endometrio
- c) aumentano il rischio di trombosi venose, con mortalità associata di circa l'1%
- d) tutte le precedenti affermazioni sono vere

### 5- Qual è uno dei principali motivi per cui il trattamento transdermico ha dimostrato degli effetti benefici a livello cardiovascolare?

- a) Riduzione degli eventi cardiovascolari visto il suo scarso effetto sul metabolismo della PCR.
- b) Riduzione degli eventi cardiovascolari attraverso un metabolismo epatico particolarmente accelerato.
- c) Riduzione degli eventi cardiovascolari attraverso il noto effetto sul metabolismo glicemico e sulle vie biliari.
- d) Nessuna delle precedenti.

### 6- Quali delle seguenti vie di somministrazione ha dimostrato nello studio ESTHER un minor rischio per quanto riguarda il tromboembolismo venoso?

- a) Via di somministrazione orale
- b) Via di somministrazione transdermica
- c) Via di somministrazione sottocutanea
- d) Via di somministrazione ev

### 7- La cardiopatia peripartum è

- a) Una malattia del miocardio
- b) Una malattia del pericardio
- c) Una cardiopatia ipertensiva con disfunzione diastolica

### 8- Quale dei seguenti farmaci è indicato per il trattamento dello scompenso cardiaco in gravidanza?

- a) Diuretici e digitale ed eventualmente Beta-bloccante
- b) ACE-Inibitori
- c) Sartani

### 9- Il trattamento con fibrillazione atriale parossistica significativa, in gravidanza viene trattato con l'impiego di:

- a) Digitale
- b) Antiaritmici di classe 1C
- c) Amiodarone

### 10- Nelle cardiopatie congenite la gravidanza

- a) può essere intrapresa a prescindere dalla diagnosi di base
- b) peggiora la funzione ventricolare nelle cardiopatie con sovraccarico cronico di volume
- c) se la cardiopatia è cianogena è sempre controindicata
- d) è sempre indicato il taglio cesareo elettivo

### 11- Nelle cardiopatie con ipertensione polmonare

- a) la gravidanza rallenta il corso della malattia
- b) il rischio di fenomeni tromboembolici è modesto
- c) la mortalità materna è 30-50%
- d) la classe funzionale può migliorare significativamente rispetto alle condizioni basali

### 12- Nelle pazienti con coartazione aortica in storia naturale

- a) il parto spontaneo è controindicato per il rischio di dissezione
- b) la crescita fetale è sempre normale a prescindere dal grado di ostruzione
- c) hanno un rischio aumentato di dissezione spontanea e dovrebbero essere trattate con beta bloccanti

### 13- Nelle pazienti affette da sindrome di Marfan

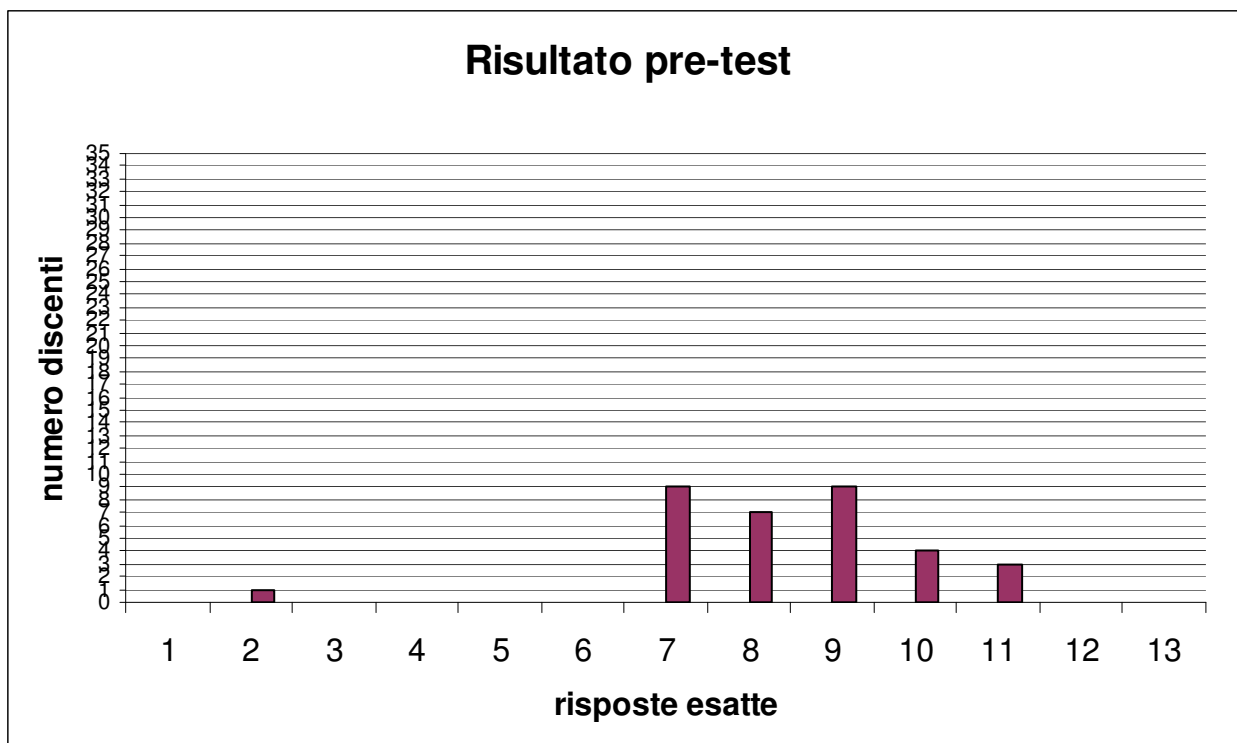
- a) il rischio di dissezione è tale da controindicare sempre la gravidanza
- b) se la radice aortica supera 4.7cm, meglio differire la gravidanza fino a dopo l'intervento di sostituzione valvolare
- c) la dissezione va trattata conservativamente a meno di tamponamento cardiaco
- d) il rischio di ricorrenza nella prole è del 10%

### Risposte esatte

1b 2a 3c 4d 5a 6b 7a 8a 9b 10b 11c 12c 13b

# GRAFICO PRE e POST-TEST

## PRE -TEST



## POST-TEST

