- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.204 Sat, 12 Jul 2025, 04:31:59

I quaranta anni delle unità coronariche italiane

Paolo Rossi

Associazione Prevenzione Cardiopatie, Novara

(G Ital Cardiol 2006; 7 (Suppl 1-4): 5S-6S)

© 2006 CEPI Srl

Per la corrispondenza:

Prof. Paolo Rossi

Via Verdi, 18
28100 Novara
E-mail: paolorossi_125@fastwebnet.it

L'invito a commentare i 40 anni delle nostre unità coronariche mi trovò molto riluttante perché alla mia età, pur vivendo in retrovie belle e attive, si ha ben poco da dire a tutti voi che dovete sostenere fatiche e, come in trincea, affrontare responsabilità sempre nuove e spesso gravose. Ma il Dr. Giuseppe Di Pasquale è riuscito con simpatia e calore a vincere la mia riluttanza.

Farò una breve riflessione sul tema e sono molto grato al Dr. Di Pasquale e a tutti i membri del Consiglio Direttivo dell'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO) che mi hanno condotto a rivedere tanti cari amici.

Si può proprio affermare che le unità coronariche, iniziate negli anni '60, nell'ambito di una medicina ospedaliera tradizionale, costituirono una specie di volano di tutte le forze che hanno consentito e promosso la nascita, la crescita e l'evoluzione della moderna cardiologia italiana.

Ai più giovani tale affermazione può sembrare esagerata, tanto più che oggi le unità coronariche svolgono funzioni anche molto importanti, ma che, in un certo senso, sono sussidiarie della cardiologia interventistica.

Ricordo però che negli anni '50 la cardiologia non esisteva come branca autonoma, ma solo come un modesto servizio della medicina interna, universitaria e ospedaliera.

L'insorgenza delle unità coronariche rivoluzionò l'approccio ai problemi sollevati da quel 60% di morti che si verificano prima del ricovero in ospedale. I medici non poterono più stringersi nelle spalle declinando ogni responsabilità perché assenti nel momento e nel luogo dove si verificava l'evento fatale.

Poiché la maggior parte di queste morti improvvise erano e sono di origine cardiaca, poiché gli anatomo-patologi rilevavano tra questi deceduti la presenza di cuori troppo buoni per morire, il genio umano introdusse in successione il defibrillatore, il monitoraggio elettrocardiografico, la rianimazione cardiorespiratoria e soprattutto il principio assoluto dell'immediato intervento ovunque fosse stato necessario.

In tutto il mondo occidentale fiorirono iniziative di straordinaria efficacia. Divennero famose l'unità coronarica mobile di Belfast, l'unità coronarica dell'ospedale di Edimburgo.

Dobbiamo riconoscere che, in quegli anni, gli universitari italiani benché tenessero ben saldo il monopolio della cultura medica, rimasero chiusi ed estranei a queste novità. Invece, gli ospedalieri si lanciarono con entusiasmo nella terapia intensiva cardiologica pur muovendosi in strutture rigide e antiquate.

Presero corpo le unità coronariche dell'Ospedale San Camillo di Roma e dell'Ospedale Niguarda Ca' Granda di Milano. Dopo breve tempo, divenne operativa anche l'unità coronarica dell'Ospedale di Udine e la sua prima unità mobile. In progressione furono istituite unità di terapia intensiva cardiologica negli ospedali regionali e provinciali in ogni regione.

Alla comparsa della terapia intensiva cardiologica si possono ascrivere importanti effetti, che risultano essere vere e proprie ricadute verificatesi nel breve e nel lungo periodo. A mio avviso, le ricadute culturali che si possono ascrivere alle attività delle unità coronariche hanno influenzato la sfera politico-sindacale, la sfera tecnico-organizzativa, la sfera culturale e scientifica, e la sfera etica.

Sfera politico-sindacale

Nei primi anni di vita dell'ANMCO importanti obiettivi di politica sindacale furono la

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.204 Sat, 12 Jul 2025, 04:31:59

diffusione delle unità coronariche in tutto il territorio nazionale e la preparazione del personale medico e infermieristico. La cura precoce dell'infarto miocardico acuto, la prevenzione della morte improvvisa costituirono e costituiscono argomenti di grande interesse per la gente e produssero un impatto sufficiente per indurre i politici ad ascoltarci sia a livello nazionale sia regionale.

Fu merito dell'ANMCO se nell'articolo 4 della legge Mariotti si specificò che la gestione delle unità coronariche era di competenza cardiologica, e sottrasse la terapia intensiva cardiologica allo strapotere (di allora) degli anestesisti-rianimatori. La stessa legge sanzionò la presenza obbligatoria di un cardiologo in guardia attiva 24 h su 24. Ciò comportò l'obbligo per le amministrazioni ospedaliere di procedere all'integrazione degli organici con l'aggiunta di 6-7 assistenti medici. La divisione di cardiologia in quegli anni prevedeva soltanto un primario cardiologo, due aiuti cardiologi e quattro assistenti medici.

Sfera tecnico-organizzativa

La presenza in un reparto cardiologico di una unità di terapia intensiva impone un *turnover* di ricoveri accelerati ed un'organizzazione del lavoro diversa da quella di una degenza normale. Con la mentalità intensiva, le strategie decisionali vengono subordinate alle valutazioni clinico-prognostiche con l'intento che siano sempre disponibili letti e laboratori per le urgenze coronariche. L'approccio alle sindromi coronariche acute, attuato nelle unità coronariche di seconda generazione, si è modificato progressivamente seguendo l'evoluzione delle conoscenze fisiopatologiche e del progresso tecnologico con l'obiettivo costante di ripristinare con mezzi farmacologici, meccanici o chirurgici, la riperfusione della coronaria occlusa il più precocemente possibile.

Sfera culturale e scientifica

La diffusione su tutto il territorio nazionale delle unità coronariche costituì il supporto fondamentale alla realizzazione di due importantissimi risultati: 1) contribuì grandemente a rendere uniforme nelle varie regioni il trattamento delle sindromi coronariche acute; 2) rese possibile l'elaborazione, la preparazione, l'avvio e l'esecuzione dei megatrial del Gruppo Italiano per lo Studio della Streptochinasi nell'Infarto Miocardico (GISSI).

Il GISSI pubblicò il primo report nel *Lancet* del 22 febbraio 1986. Nel giro di 17 mesi, in 176 unità coronariche, furono arruolati 11 806 soggetti nelle prime 12 h di un infarto miocardico acuto. I pazienti furono randomizzati non in cieco al trattamento con streptochinasi o placebo. I dati completi si ottennero in oltre il 90% dei casi e a 21 giorni la mortalità ospedaliera totale diminuì dal 13 al 10.7% con una riduzione del 18%; il beneficio risultò strettamente correlato alla precocità dell'intervento fibrinolitico. Questo fu il primo megatrial multicentrico realizzato dai cardiologi di un solo paese, ed ebbe una grande rilevanza di prestigio nel mondo scientifico internazionale. I megatrial ISIS che lo precedettero ed altri che seguirono furono tutti multinazionali. Gli studi GISSI proseguirono determinando una generale attitudine al trattamento precoce dei soggetti con sospetto infarto miocardico. Questa politica si è riflessa nelle stime complessive degli esiti a breve termine per i pazienti con sospetto infarto miocardico ricoverati nelle unità coronariche. Nei soggetti ricoverati in unità coronarica che hanno partecipato ai primi tre studi GISSI, si è verificata una considerevole diminuzione della frequenza della mortalità ospedaliera: dal 12.6% negli anni 1984 e 1985, al 9.1% nel 1991 fino al 1993.

Sfera etica

Le problematiche morali sono sempre influenzate da una molteplicità di fattori, per cui il giudizio che desidero esporvi sulla ricaduta delle unità coronariche nella sfera etica potrà apparire non giusto o poco realistico. Dovremmo in questa ultima breve riflessione rivedere come si è modificato in questi 40 anni la relazione medico-paziente. Su tale questione ognuno ha la sua personale esperienza. Rifacendo il percorso della parabola da me vissuta, posso dire che negli anni '60 la relazione medico-paziente era soprattutto incentrata su un paternalismo che potrei definire benigno ma che comunque non lasciava molto spazio all'autonomia del malato. Furono proprio le situazioni vissute in unità coronarica a sollevare importanti problematiche morali, prima negli Stati Uniti e poi in Europa. La bioetica nasce negli anni '80. I primi comitati etici collegati alla ricerca clinica nascono in Italia con l'implementazione dei protocolli del GISSI. Negli incontri dei medici, organizzati per la presentazione dei protocolli del GISSI-1, si discusse per la prima volta della liceità etica della ricerca e delle modalità da seguire per ottenere correttamente il consenso informato. L'espletamento della ricerca indusse i medici a seguire un approccio nuovo verso il malato acuto e a modificare i vecchi costumi. Da allora, con i cambi generazionali, l'evoluzione della relazione medico-paziente è continuata sotto le influenze positive e negative provenienti da una società come la nostra improntata da un marcato relativismo intellettuale e morale. Auguro a tutti che, pur in mezzo alle tante difficoltà del momento, il vostro "prendersi cura" di ogni persona prevalga sempre sulla cura della malattia.