

Cardiologia

negli Ospedali



GENNAIO / FEBBRAIO 2019 N° 227

Rivista dell'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri – ANMCO



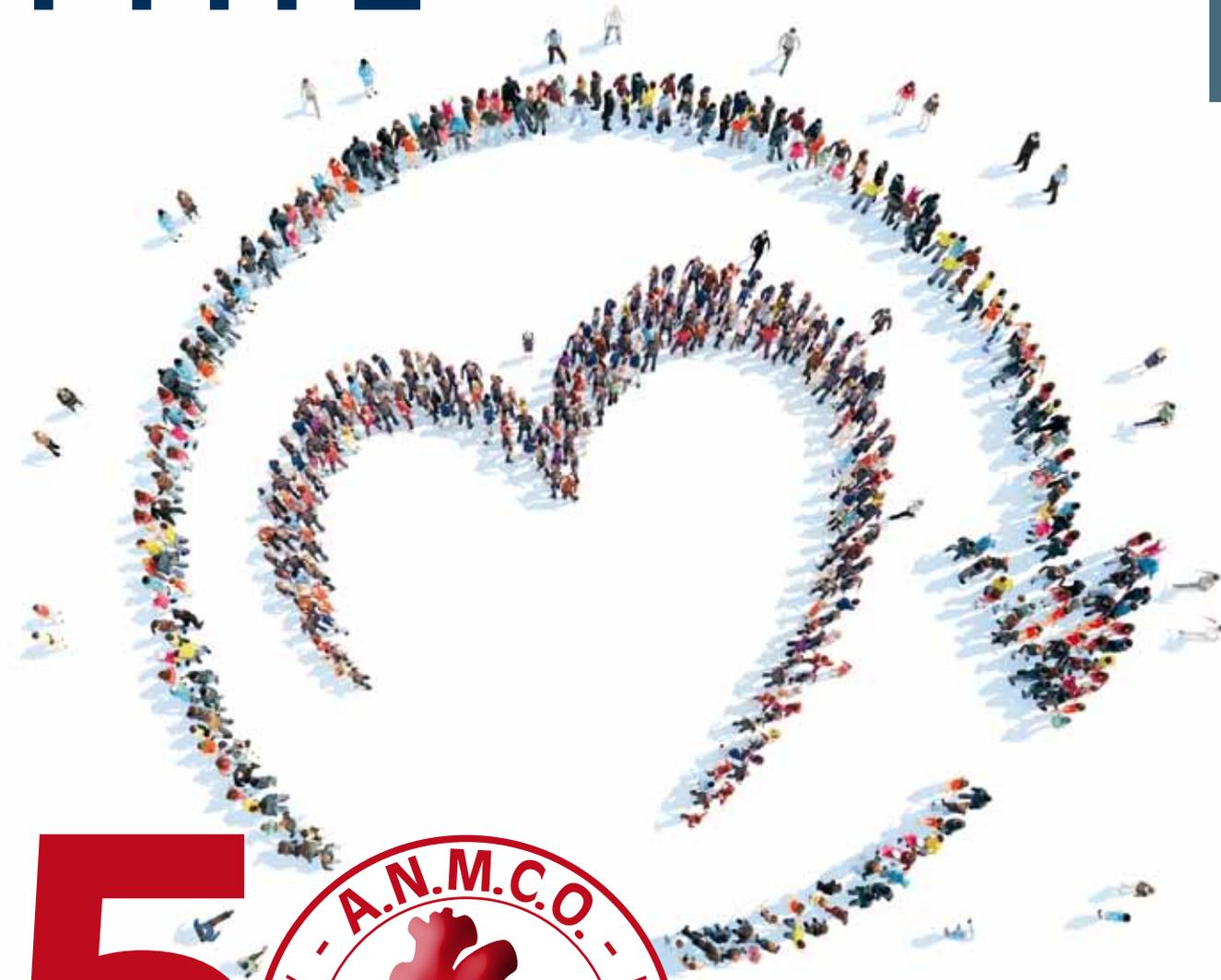
IT'S ALWAYS

ANMCO

TIME

ANMCO

2019



50



Congresso Nazionale

Associazione Nazionale

Medici Cardiologi Ospedalieri

R I M I N I

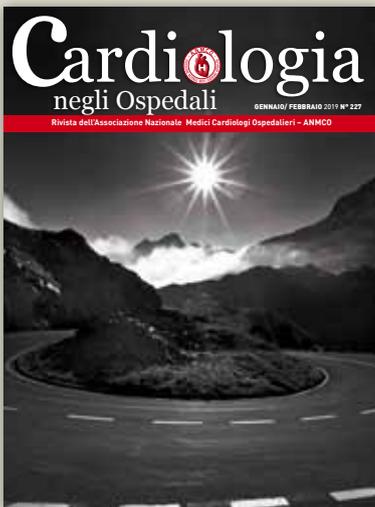
1 6 • 1 8

M A G G I O

PALACONGRESSI

INSIEME PER IL CUORE, DA CINQUANT'ANNI

www.anmco.it



In copertina fotografie
di Massimo Ferrari

N. 227 gennaio/febbraio 2019
Rivista ufficiale dell'Associazione
Nazionale Medici Cardiologi
Ospedalieri

Editor
Manlio Cipriani
Co - Editor
Massimo Imazio
Direttore Responsabile
Mario Chiatto
Comitato di Redazione
Vincenzo Amodeo
Luisa De Gennaro
Mauro Mennuni
Gianfranco Misuraca
Stefano Urbinati
Marisa Varrenti
Redazione
Simonetta Ricci
Luana Di Fabrizio

 **ANMCO**
Via A. La Marmora, 36
50121 Firenze
Tel. 055 51011 - Fax 055 5101350
segreteria@anmco.it
www.anmco.it
**Organizzazione con Sistema di
Gestione Certificato da
KIWA CERMET secondo
la norma UNI EN ISO 9001:2015**

Registrazione Tribunale
di Firenze del 27/11/74
Centro Servizi ANMCO srl Società Benefit

 Stampa
Tipografia Il Bandino
Firenze

Progetto grafico e
impaginazione
Valerio Mirannali
Fiesole

EDITORIALE

Editoriale

di *Manlio Cipriani*



DAL PRESIDENTE

p. 6

2019: un anno foriero di grandi eventi
di *Domenico Gabrielli a nome del
Consiglio Direttivo ANMCO*



**IT'S ALWAYS
ANMCO
TIME**

**ANMCO
2019**

5 **A.N.M.C.O.**
ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDIOLOGI OSPEDALIERI

**PROGRAMMA
PRELIMINARE**

**RIMINI
18-19
MAGGIO
PALACONGRESSI**

Congresso Nazionale
Associazione Nazionale
Medici Cardiologi Ospedalieri

INSIEME PER IL CUORE, DA CINQUANT'ANNI

www.anmco.it

DAL CONSIGLIO DIRETTIVO

p. 12

L'ANMCO della Consapevolezza:
i Rapporti con le Regioni
di *Vincenzo Amodeo e Salvatore Pirelli*

DAL PRESIDENTE DELLA FONDAZIONE PER IL TUO CUORE

p. 13

La Fondazione per il Tuo cuore:
un impegno costante.
Cardiologie Aperte 2019
di *Michele Massimo Gulizia*

DAL CENTRO STUDI

p. 17

Il punto sugli Studi Clinici del Centro
Studi ANMCO

DALLE AREE

AREA ARITMIE

p. 21

Aritmie, cardiomiopatie e distrofie
muscolari: l'importante è pensarci
di *Massimo Zecchin*

AREA CARDIOIMAGING

p. 23

Importanza dello screening
cardiovascolare e del
multi-modality imaging nel cuore
d'atleta: dalla diagnosi differenziale
alla stratificazione del rischio
di *Antonella Maurizia Moreo, Marco
Campana, Antonello D'Andrea, Alessia
Gimelli, Donato Mele, Massimiliano
Rizzo, Giovanna Di Giannuario,
Georgette Khoury*

AREA GIOVANI

L'ANMCO per i Giovani... I Giovani per
l'ANMCO

p. 27

di *Stefania Angela Di Fusco, Filippo Zilio
e Fabiana Lucà a nome dell'Area Giovani*

Jeopardy Game Session:

p. 29

la storia di un sogno!

di *Fabiana Lucà e Stefania Angela Di
Fusco*

AREA MANAGEMENT&QUALITÀ

Il D.M. 70.2015. **p. 30**

A che punto siamo?

di Giovanni Gregorio, Laura Piccioni e Domenico Gabrielli

DALLE TASK FORCE

TASK FORCE CARDIOLOGIA

PEDIATRICA **p. 36**

Cardiopatie Congenite: quando i bambini diventano adulti

di Silvia Favilli, Maria Giovanna Russo e Stefano Domenicucci

TASK FORCE CARDIOGERIATRIA **p. 39**

Alleanza Cardiologo/Geriatra: la sola risposta possibile all'invecchiamento della popolazione

di Giuseppe Zuccalà

TASK FORCE CARDIOMETABOLICA **p. 41**

Sindrome Cardiometabolica e Insulino Resistenza, un matrimonio sconveniente per Cuore e Rene

di Edoardo Gronda



TASK FORCE CARDIONCOLOGIA **p. 51**

La Cardioncologia continua la sua corsa ad ostacoli

di Irma Bisceglia

DALLE REGIONI

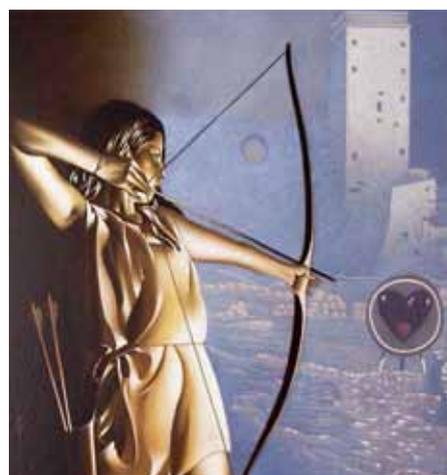
CALABRIA

p. 55

Calabria Step By Step

Lamezia Cuore 2018: quando umanità e scienza si fondono

di Fabiana Lucà, Mario Chiatto e Roberto Ceravolo



CAMPANIA

p. 58

Prevenzione e sorveglianza attiva nello scompenso cardiaco: ANMCO Campania per una sinergia sistemica ospedale-territorio

di Vittorio Palmieri, Pietro Iodice, Antonio Palermo, Luigi Di Lorenzo, Vincenzo De Rosa, Michele Tari, Paolo Calabrò, Marino Scherillo, Giovanni Gregorio, Bernardo Tuccillo, Cesare Baldi

LIGURIA

p. 63

ANMCO Liguria: le iniziative del Consiglio Direttivo Regionale 2018-2020

di Marco Botta, Daniele Bertoli, Giorgio Caretta, Piero Clavario, Martino Cheli, Vered Gil Ad, Francesco Mainardi, Katia Paonessa, Federico Sanchez, Nicoletta Pingelli



LETTO... E COMMENTATO. ECHI DALLA LETTERATURA INTERNAZIONALE

p. 68

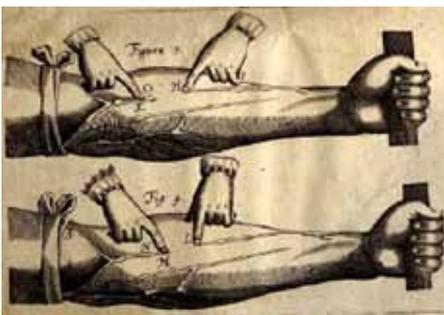
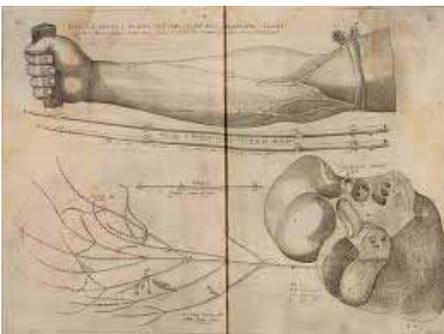
Contropulsatore aortico,
retroceSSIONE in serie C: follow-up a 6
anni dello SHOCK-II
di Leonardo Misuraca



STORIA E CURIOSITÀ DELLA CARDIOLOGIA

p. 70

Nel cuore della medicina: William
Harvey, Padova e il De Motu Cordis
di Andrea Vesprini e Fabiola Zurlini



PEDAGOGIA DELLA SALUTE

p. 73

La relazione medico - paziente.
Considerazioni di Pedagogia della
Salute

di Franca Pinto Minerva

FLASHBACK

p. 75

Federico Fellini - Seconda parte
di Franco Plàstina



CUORI DI CHINA

p. 81

Predator: quando cinematografia e
fumetto si incontrano
di Andrea Mazzotta



LETTI PER VOI

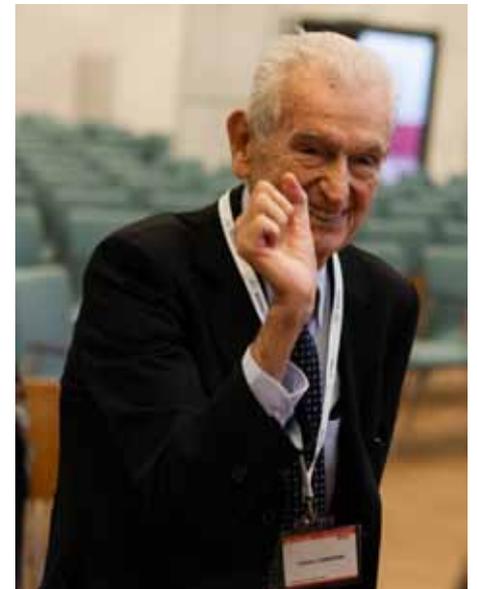
p. 85

Un tunnel per abbattere i muri
di Beatrice Balduzzo

IN MEMORIA DI...

p. 87

Ricordo del Prof. Fulvio Camerini:
rivoluzione, innovazione e rispetto
della persona
*di Gianfranco Sinagra e
Andrea Di Lenarda*





Editoriale

Cari Lettori, siamo entrati nel 2019, un anno importante per ANMCO, si festeggiano i “primi” 50 anni del nostro Congresso. Il Presidente, nel suo articolo ci racconta le novità e cosa “bolle in pentola”. Sarà un anno da ricordare. Abbiamo l’elenco delle nuove nomine dei Chairperson, Co-Chairperson e dei Comitati di Coordinamento delle Aree e dei nuovi Responsabili delle Task Force. Un grande augurio di buon lavoro dalla redazione di CNO; ci aspettiamo molto da tutti Voi. Questo numero è ricco di cardiologia scientifica e pratica: aritmie, cardiomiopatie, cardiopatie congenite, contropulsatore aortico, sindrome cardio-metabolica, cardioncologia sono solo alcuni degli argomenti che i nostri Autori trattano con nessuna superficialità. Articoli assolutamente da leggere, in poche righe scopri che la cardiologia progredisce più rapidamente di quanto riesci

a starle dietro; avrai tempo di approfondire se interessato, ma questi brevi aggiornamenti li trovo efficacissimi.

Il “regionalismo” è di moda. Nelle regioni ANMCO le attività fremono e alimentano la base. Dalla Liguria alla Calabria, “Dal Manzanarre al Reno” i cardiologi ANMCO si riuniscono in Congressi. Continuate a raccontarci e a farci partecipi. Conosco e so più di Colleghi di Regioni anche lontane che di quello che succede in cardiologie a me vicine; regionalismo “ANMCO like”!

Storia, cultura, cinema e letteratura arricchiscono come sempre questo numero di CNO.

La brava Beatrice Balduzzo ci racconta di un nuovo imperdibile romanzo di Yehoshua. Le notti di guardia nelle cardiologie italiane non permettono letture amene ma chissà... portarselo dietro scaramanticamente, magari porta bene.

Buona lettura. ♥

La fotografia

Pelle

Manlio Cipriani, Palermo 2018

ISO 800 32 mm f/8 1/15 sec

LUMIX G vario 12-32/F3,5-5,6





2019: un anno foriero di grandi eventi

Cari Amici e Colleghi, questo è l'anno del nostro 50° Congresso, che si terrà dal 16 al 18 maggio a Rimini, come tutti saprete e per il quale ci aspettiamo una partecipazione massiccia, per la quale vi invitiamo a manifestare sin da subito interesse. Molte cose “bollono in pentola” e molte attività sono già in corso, questo ci fa sperare in un 2019 degno di essere ricordato. Nel corso del Consiglio Direttivo e Consiglio Nazionale di dicembre u.s., il tradizionale Consiglio Direttivo e Consiglio Nazionale di fine anno, abbiamo affrontato diversi momenti di importanza associativa non secondaria. Innanzitutto abbiamo licenziato in Consiglio Direttivo prima e in Consiglio Nazionale poi il nuovo regolamento unico “LINEE D’INDIRIZZO PER L’ORGANIZZAZIONE E IL FUNZIONAMENTO DELLE SEZIONI REGIONALI ANMCO”,

IT'S ALWAYS ANMCO TIME

ANMCO 2019

50 - A.N.M.C.O. - ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDIOLOGI OSPEDALIERI

Congresso Nazionale
Associazione Nazionale
Medici Cardiologi Ospedalieri

PROGRAMMA PRELIMINARE

RIMINI
16 • 18
MAGGIO
PALACONGRESSI

INSIEME PER IL CUORE, DA CINQUANT'ANNI

www.anmco.it

CHAIRPERSON E CO-CHAIRPERSON AREE ANMCO 2019 - 2020

AREA ARITMIE*Chairperson***Massimo Zecchin***Co - Chairperson***Raimondo Calvanese****AREA CARDIOCHIRURGIA***Chairperson***Marco Di Eusanio***Co - Chairperson***Domenico Mangino****AREA CARDIOIMAGING***Chairperson***Antonella Maurizia Moreo***Co - Chairperson***Marco Campana****AREA****EMERGENZA - URGENZA***Chairperson***Roberta Rossini***Co - Chairperson***Paolo Trambaiolo****AREA GIOVANI***Chairperson***Stefania Angela Di Fusco***Co - Chairperson***Filippo Zilio****AREA MALATTIE DEL
CIRCOLO POLMONARE***Chairperson***Marco Vatrano***Co - Chairperson***Claudio Picariello****AREA****MANAGEMENT&QUALITÀ***Chairperson***Laura Lalla Piccioni***Co - Chairperson***Fabiana Lucà****AREA NURSING***Chairperson Medico***Doriana Frongillo***Co - Chairperson Medico***Tullio Usmiani***Chairperson Infermiera***Rossella Gilardi***Co - Chairperson Infermiera***Michela Barisone****AREA PREVENZIONE
CARDIOVASCOLARE***Chairperson***Daniele Grosseto***Co - Chairperson***Antonio Francesco Amico****AREA SCOMPENSO
CARDIACO***Chairperson***Massimo Iacoviello***Co - Chairperson***Marco Marini**

che a nostro modo di vedere migliora ulteriormente l'interazione Consigli Direttivi Regionali - Consiglio Direttivo e semplifica e facilita la "vita quotidiana" delle stesse sezioni regionali; era ormai necessario, alla luce della magmatica evoluzione in atto, aggiornare alcuni punti che avevano presentato criticità e armonizzare in un unico corpo i regolamenti precedenti; crediamo di essere riusciti a coniugare semplificazione e aderenza ai precisi processi associativi, peraltro segno di necessaria qualità. Abbiamo anche avuto modo di aggiornare il regolamento per le Applicazioni informatiche ANMCO, anche qui per essere sempre al passo con i tempi e per porre ancora con più attenzione la problematica relativa ai potenziali conflitti di interesse, argomento sempre più alla ribalta in questo periodo. Vi comunichiamo inoltre, con

vivo piacere, di avere individuato Stefano Urbinati quale prossimo presidente in quota ANMCO per IFC, siamo sicuri che ne sapremo ulteriormente apprezzare le capacità professionali e umane e che con la collaborazione di Furio Colivicchi e mia, che saremo gli altri componenti del Consiglio Direttivo della Italian Federation of Cardiology in quota ANMCO, e con la partecipazione dei Colleghi in quota SIC, grazie alla rinnovata armonia in seno all'organo suddetto, riusciremo a recuperare nelle attività internazionali ed europee il ruolo che compete di diritto all'Italia; la presenza confermata al nostro prossimo Congresso della Presidente ESC, la Professoressa Barbara Casadei, fa ben sperare in proposito. Un ringraziamento sentito ad Andrea Di Lenarda e Michele Gulizia che sono i componenti uscenti in quota ANMCO,

**REFERENTI TASK FORCE
ANMCO 2019 - 2020****TASK FORCE CARDIOGERIATRIA****Giuseppe Zuccalà****TASK FORCE CARDIOLOGIA DI
GENERE****Daniela Pavan****TASK FORCE CARDIOLOGIA
PEDIATRICA****Maria Giovanna Russo****TASK FORCE
CARDIOMETABOLICA****Edoardo Gronda****TASK FORCE CARDIONCOLOGIA****Irma Bisceglia****TASK FORCE
CARDIONEUROLOGIA****Stefano Strano****TASK FORCE RESPONSABILITÀ
PROFESSIONALE
E SICUREZZA DELLE CURE****Giovanni Gregorio**



con i quali abbiamo gestito un periodo di grande criticità della Federazione Italiana di Cardiologia, trasformata in Italian Federation of Cardiology, come tutti saprete. Sono stati nominati i Co-Chairperson delle varie Aree e i Responsabili delle Task Force, con l'occasione abbiamo attivato una TF sulla Responsabilità Professionale e Sicurezza delle Cure, come annunciato, e una Cardiometabolica. Nel mese di gennaio sono stati completati i Comitati di Coordinamento delle Aree ANMCO in modo da dare subito vigore alle attività del biennio appena iniziato. Siamo sicuri che le persone individuate sapranno svolgere la loro attività, fondamentale per il mondo ANMCO, con efficienza e nella ottica della necessaria continuità, pur non scevra da spunti di

novità. Un grazie dal profondo del cuore per i Chairperson e tutti i Comitati di Coordinamento e i Responsabili delle Task Force uscenti, abbiamo avuto modo di apprezzarne le sintesi del lavoro svolto, testimonianza dell'impegno profuso e gli obiettivi raggiunti, anche laddove i risultati non siano stati completamente in linea con i cronoprogrammi iniziali. Le attività non ancora concluse potranno sicuramente trovare la loro completa realizzazione nel prossimo biennio, grazie al lavoro di squadra che da sempre contraddistingue ANMCO. Lo stato di avanzamento del Congresso 2019 procede spedito, a dicembre abbiamo prodotto il Programma preliminare e stiamo completando il Programma scientifico, mentre la parte organizzativa procede di conserva, con altrettanto vigore.

Sono stati proposti circa 500 abstract per comunicazioni/poster nonostante i tempi ristretti di deadline, in attuale valutazione per la accettazione, a testimonianza della vivacità culturale e scientifica della Cardiologia Italiana e nello specifico Ospedaliera; come già detto al prossimo Congresso tenderemo una ulteriore valorizzazione non solo delle comunicazioni orali ma anche di quelle in forma di poster. Nei giorni scorsi son state inviate le lettere di invito a tutti i Direttori delle Scuole di specializzazione in Cardiologia di Italia per segnalare la nostra disponibilità a concedere un numero illimitato di iscrizioni gratuite al Congresso per i colleghi Specializzandi, a ulteriore testimonianza della attenzione che poniamo verso le "nuove leve", che sono il nostro futuro; ciò si

**METTI IL CUORE
IN CASSAFORTE!**

**ENTRA A FAR PARTE DELLA RETE
DELLE CARDIOLOGIE DEL PROGETTO
DI PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE
"BANCA DEL CUORE!"**

SCOPRI I VANTAGGI DI PARTECIPARE
la tua **Cardiologia** entrerà a far parte del network unico al mondo che permette il rilascio gratuito della **BancomHeart** al tuo paziente, contribuendo a far crescere il database degli oltre 40.000 cittadini già sottoposti a screening cardiovascolare.

Contribuirai alla divulgazione della cultura della Prevenzione Cardiovascolare e sarai annoverato tra i ricercatori nelle più rilevanti pubblicazioni scientifiche di questo database unico nel suo genere.

PROTEGGI IL TUO CUORE
"Partecipa al programma nazionale di prevenzione cardiovascolare BANCA DEL CUORE!"
Chiamaci, Ti aspettiamo! ☎ 055 5101367

TUTTI I DETTAGLI DELL'INIZIATIVA SU www.periltuocuore.it

BANCOMHEART

Per accedere a BancomHeart il tuo smartphone deve essere collegato a un server sicuro e autorizzato. Per saperne di più visitate il sito www.bancadelcuore.it

ANNO N. 124820000
2018

BANCA DEL CUORE

L'Istituto Superiore di Sanità, l'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri e la Fondazione per il Tuo cuore collaborano per la prevenzione delle malattie cardiovascolari.

La **BANCA DEL CUORE** è un Progetto di Prevenzione Cardiovascolare per la popolazione italiana promosso dalla **Fondazione per il Tuo cuore - HCF Onlus**.

è reso possibile anche grazie alla rinnovata disponibilità della SIC, tanto che il Prof. **Ciro Indolfi**, con il plauso di tanti illuminati Colleghi, ha appoggiato tale iniziativa ritenendola meritevole e foriera di ulteriori rapporti di reciprocità fra le nostre due società. Ricordiamo ancora una volta che al prossimo Congresso, proprio per l'importanza dell'appuntamento (il 50°), prevediamo una serie di iniziative editoriali e associative che pensiamo saranno una piacevole sorpresa per tutti. Stiamo portando avanti il mirabile lavoro scientifico dei precedenti CD, portando a conclusione l'iter di vari documenti di consenso/position paper e con l'ideazione di ulteriori documenti (diversi studi/registri sono in fase "gestazionale"). La collaborazione con AIFA procede spedita e avremo quindi modo a

breve, e sicuramente al Congresso, di visionare i dati dei registri AIFA di interesse cardiologico. Sono in corso di approntamento alcune CEN, la prima sarà "STAR – 3 DAY StraTegic Alliance for Residual Risk Reduction Verso percorsi condivisi per la riduzione Rischio Residuo nella Malattia Cardiovascolare Aterosclerotica" che comprende quattro Eventi che si svolgeranno a Milano, Bologna, Roma e Bari in contemporanea il giorno 22 marzo 2019 e coinvolgerà 60-70 cardiologi per sede, e i cui materiali didattici, potranno probabilmente essere successivamente utilizzati per produrre una FAD gratuita per i Soci ANMCO. A febbraio a Roma, collegato al Consiglio Direttivo/Consiglio Nazionale si è tenuto il convegno ECM "NUOVE OPPORTUNITÀ NELLA TERAPIA FARMACOLOGICA

PERSONALIZZATA DELLO SCOMPENSO CARDIACO", che sarà poi possibile replicare parzialmente nel corso dei Congressi regionali dell'anno. In ultimo ma non per ultimo vi invito a mantenere l'entusiasmo partecipativo al prossimo Truck Tour Banca del Cuore che tanta visibilità dà alla nostra Associazione ed è una attività benefit verso la popolazione che sostanzia in maniera decisiva il nostro stesso essere società benefit e ci consente di effettuare quelle attività di servizio che sono connaturate con il nostro sentimento di medici e persone. Vi ringrazio fin d'ora per la partecipazione e l'entusiasmo che, sono sicuro, profonderete ancora una volta in queste iniziative e Vi saluto cordialmente, dandovi appuntamento a presto. ♥



Domenico Gabrielli

PRESIDENTE

DOMENICO GABRIELLI

Direttore U.O. di Cardiologia
Ospedale Civile Augusto Murri
Via Augusto Murri, 9 - 63900 Fermo
Tel. 0734/625432 - Fax 0734/6252388
presidente_1820@anmco.it



Pasquale Caldarola

VICE-PRESIDENTE

PASQUALE CALDAROLA

Direttore - Cardiologia-UTIC
Ospedale San Paolo
Via Caposcardicchio, 1 - 70123 Bari
Tel. 080/5843491 - Fax 080/5843433
pascald@libero.it



Adriano Murrone

VICE-PRESIDENTE

ADRIANO MURRONE

Direttore U.O.C. Cardiologia-UTIC
Azienda USL Umbria 1
Ospedale di Città di Castello
Via Luigi Angelini, 10
06012 Città di Castello (PG)
Tel. 075/5782238 - Fax 075/5782657
adriano.murrone@gmail.com



Andrea Di Lenarda

PAST-PRESIDENT

ANDREA DI LENARDA

Direttore S.C. Centro Cardiovascolare
Azienda Sanitaria Universitaria Integrata
Trieste (ASUI)
Via Slataper, 9 - 34125 Trieste
Tel. 040/3992879-3992885
Fax 040/3992935
andrea.dilenarda@asuits.sanita.fvg.it



Furio Colivicchi

PRESIDENTE DESIGNATO

FURIO COLIVICCHI

Direttore Facente Funzione U.O.C.
Cardiologia
Presidio Ospedaliero San Filippo Neri
ASL Roma 1
Via Giovanni Martinotti, 20 - 00135 Roma
Tel. 06/33062294 - Fax 06/33062489
segreteria.colivicchi@gmail.com



Serafina Valente

SEGRETARIO GENERALE

SERAFINA VALENTE

Direttore U.O.C. Cardiologia Ospedaliera
AOU Senese Ospedale S. Maria alle Scotte
Viale Mario Bracci, 13 - 53100 Siena
Tel. 0577/585721 - Fax 0577/585339
seravalente@gmail.com



Loris Roncon

TESORIERE

LORIS RONCON

Direttore U.O.C. Cardiologia
Ospedale Santa Maria della Misericordia
Viale Tre Martiri, 140 - 45100 Rovigo
Tel. 0425/393286
roncon.loris@gmail.com



Vincenzo Amodeo

CONSIGLIERE

VINCENZO AMODEO

Direttore F.F. - U.O. di Cardiologia
Ospedale santa Maria degli Ungheresi
Via Montegrappa - 89024 Polistena (RC)
Tel. 0966/942279-942281 - Fax 0966/943706
enzoamodeo55@libero.it



Giuseppina Maura Francese

CONSIGLIERE

GIUSEPPINA MAURA FRANCESE

Dirigente Medico - U.O.C. di Cardiologia
Ospedale Garibaldi-Nesima - Azienda Rilievo Nazionale e Alta Specializzazione "Garibaldi"
Via Palermo, 610 - 95122 Catania
Tel. 095/7598506 - Fax 095/7598522
maurafrancese@virgilio.it



Nadia Aspromonte

CONSIGLIERE

NADIA ASPROMONTE

Dirigente Medico - U.O. Scenpenso e Riabilitazione Cardiologica
Policlinico Agostino Gemelli
Via Giuseppe Moscati, 31 - 00168 Roma
Tel. 06/3503722 - Fax 06/3054641
nadia.aspromonte@gmail.com



Massimo Imazio

CONSIGLIERE

MASSIMO IMAZIO

Dirigente Medico - Cardiologia - A.O.U.
Città della Salute e della Scienza
Corso Bramante, 88 - 10126 Torino
Tel. 011/6335538
massimo_imazio@yahoo.it



Manlio Cipriani

CONSIGLIERE

MANLIO CIPRIANI

Dirigente Medico - Cardiologia 2
Insufficienza Cardiaca e Trapianti
Dipartimento Cardiotoracovascolare
"A. De Gasperis"
ASST Grande Ospedale Metropolitano
Niguarda-Ca' Grande
Piazza Ospedale Maggiore, 3 - 20162 Milano
Tel. 02/64442569 - Fax 02/64447791
manlio.cipriani@ospedaleniguarda.it



Fortunato Scotto di Uccio

CONSIGLIERE

FORTUNATO SCOTTO DI UCCIO

Dirigente Medico
Cardiologia-UTIC-Emodinamica
Ospedale del Mare
Via Enrico Russo - 80147 Napoli
scottof@libero.it



Stefano Domenicucci

CONSIGLIERE

STEFANO DOMENICUCCI

Direttore S.C. di Cardiologia-UTIC
Ospedale Padre Antero Micone
Largo Nevio Rosso, 2
16153 Genova - Sestri Ponente
Tel. 010/8498401 - Fax 010/8498317
stefano.domenicucci@asl3.liguria.it



Stefano Urbinati

CONSIGLIERE

STEFANO URBINATI

Direttore U.O. di Cardiologia
Ospedale Bellaria
Via Altura, 3 - 40139 Bologna
Tel. 051/6225241 - Fax 051/6225725
stefano.urbinati@ausl.bo.it



Suggerimenti e proposte degli iscritti, tramite i loro portavoce Presidenti Regionali

L'ANMCO della Consapevolezza: i Rapporti con le Regioni

Un nuovo percorso di decentramento democratico per dare più voce alle Regioni,
mediante l'istituzione della figura del Delegato del Consiglio Direttivo

Molto animato ed interessante il dibattito che si è sviluppato, nel corso della XI^a Edizione degli Stati Generali ANMCO, del 16/17 novembre in Ancona, tra i Consiglieri Regionali che hanno portato le loro istanze, suggerimenti e proposte, nella tavola rotonda moderata dal Consigliere delegato ai rapporti con le Regioni, Vincenzo Amodeo e dal Past-President Salvatore Pirelli.

Particolare attenzione è stata rivolta ai giovani, con il suggerimento di creare strumenti idonei per favorirne la partecipazione alla Governance delle Cardiologie Ospedaliere, anche attraverso la somministrazione di questionari, estesi ai meno giovani, per farli sentire protagonisti nelle scelte e nella organizzazione di eventi formativi, non solo nelle loro Regioni ma su tutto il territorio nazionale. Una nuova formula di

dialogo per aumentare il potere decisionale degli iscritti alla nostra Associazione.

Da più parti è stata evidenziata la necessità di trovare nuovi soci, utilizzando gli strumenti di comunicazione e, soprattutto il contatto umano, anche per dare risposte alle disaffezioni e per rivitalizzare i vecchi iscritti, fortificando il sentimento di appartenenza e di responsabilità, attraverso una nuova progettualità, che parte dalla presenza più capillare sul territorio. Il gioco di squadra come strumento di crescita e di attrazione verso chi guarda all'ANMCO come Associazione Scientifica all'avanguardia. Altro argomento molto ridondante è stato quello relativo al ruolo che dovranno avere i Presidenti Regionali nel trasmettere il pensiero ed i progetti ANMCO alle Istituzioni politiche e sanitarie, finalizzandolo al miglioramento dei

rapporti col decisore pubblico per favorirne le scelte nel tracciare il PDTA delle malattie cardiologiche, tenendo conto delle caratteristiche territoriali, orografiche ed economiche della singola Regione. La necessità di migliorare i rapporti e gli scambi culturali tra le varie Regioni, è stato il comune denominatore di tutti gli interventi ed ha fatto emergere le diversità strutturali, dei percorsi e degli obiettivi che, se unificati, renderebbero più forte il potere contrattuale con le Istituzioni e più facile il coinvolgimento di altre Associazioni Scientifiche ed Associazioni di pazienti, nelle scelte strategiche da operare. Un buon inizio per dare nuovo vigore e forza all'ANMCO della Continuità, della Consapevolezza e dello Sviluppo. ♥



La Fondazione per il Tuo cuore: un impegno costante

Cardiologie Aperte 2019

Dal 9 al 17 febbraio si è svolta la X edizione della Campagna Nazionale “*per il Tuo cuore 2019*” per la Prevenzione delle Malattie Cardiovascolari, promossa dalla Fondazione per il Tuo cuore - HCF Onlus e da ANMCO. Nel corso della settimana l'appuntamento di **Cardiologie Aperte**, con oltre 150 Cardiologie aderenti distribuite sul territorio nazionale che hanno aperto gratuitamente le porte al cittadino grazie all'attiva partecipazione dei cardiologi ospedalieri ANMCO, ha riscosso grande apprezzamento da parte della popolazione intervenuta nelle varie iniziative promosse. Come per le precedenti edizioni ogni Cardiologia è stata libera di avviare la propria attività a livello locale sensibilizzando la popolazione italiana agli scopi e alla mission della **Fondazione per il Tuo cuore**, diffondendo la cultura della prevenzione e informando i cittadini sui rischi per la salute cardiovascolare, educandoli agli stili di vita sani e salvacuore, e infine, ma non meno importante, spiegando l'importanza della ricerca sulle malattie cardiovascolari. La manifestazione,





Facebook
#perilTuocuore2019

109.475

Persone raggiunte,
che hanno conosciuto la campagna
attraverso Facebook

Twitter
#perilTuocuore2019

7231

visualizzazioni del profilo Twitter della Fondazione

Instagram
#perilTuocuore2019

L'attrice **Paola Minaccioni** ha condiviso la campagna su Instagram, attraverso un video che ha ricevuto **1339 visualizzazioni**

Instagram
#perilTuocuore2019

Anche gli attori **Laura Chiatti, Miriam Leone, Marco Bocci, Andrea Bosca, Valeria Solarino e Claudia Potenza** hanno sostenuto la campagna
#perilTuocuore2019

ormai diventata un appuntamento tradizionale e attesa in tutta Italia, ha visto la partecipazione attiva dei numerosi medici delle Cardiologie partecipanti, anche con la collaborazione del personale infermieristico, tecnico e di volontari, realizzando molteplici attività di varia tipologia come: incontri e dibattiti tra esperti Cardiologi e cittadini, screening

cardiologici gratuiti personalizzati, corse competitive e non, oltre anche lezioni di rianimazione cardiopolmonare per studenti e docenti, grandemente apprezzati dagli stessi tanto che è stata richiesta la possibilità di inserire corsi BLS nel piano annuale delle attività dei docenti. Ciascuna Cardiologia ha ricevuto il Kit prevenzione contenente: gli opuscoli divulgativi/

informativi realizzati dalla nostra Fondazione su 11 temi di grande attualità per la prevenzione del rischio cardiovascolare (*Mangiare sano, Muoviamoci di più, Parliamo di fumo, Mantieni giovane il Tuo cuore, Fibrillazione Atriale, Dopo l'Infarto, Scompenso cardiaco, Arresto cardiaco e morte cardiaca improvvisa, Apnea notturna e cuore, Cardiopatia Ischemica Cronica,*



*I*perensione arteriosa), gli 11 poster di grande formato con le regole d'oro da seguire per la prevenzione cardiovascolare, gli 11 poster della prevenzione, e i poster del **Progetto Nazionale di Prevenzione Cardiovascolare "Banca del Cuore"**. Anche quest'anno molte Cardiologie hanno chiesto di aderire al Progetto Nazionale di Prevenzione Cardiovascolare "Banca

del Cuore". Questo Progetto, per chi ancora non lo conoscesse, unico al mondo, ha permesso di creare e di utilizzare il più ampio database nazionale, una banca dati digitale sconfinata, che ha ricevuto il sostegno dell'Istituto Superiore di Sanità con il quale la Fondazione collabora per la prevenzione delle malattie cardiovascolari. Si tratta del primo grande registro permanente

nazionale di elettrocardiogrammi, una vera e propria "cassaforte" virtuale in grado di custodire i dati sanitari di area cardiovascolare attraverso lo screening completo del cittadino, con il rilevamento della pressione arteriosa, dei consumi alimentari e farmacologici, degli stili di vita e dello stato individuale. Ogni cittadino che aderisce riceve, sempre in modo gratuito, la **BancomHeart**, la speciale card che tramite internet permette di accedere al proprio storico sanitario relativo al proprio cuore grazie alle credenziali individuali stampate sulla card (*User Id* e una *Password*) in modo semplice e intuitivo 24 ore su 24 da qualunque parte del mondo. Ogni paziente/cittadino riceve la card solo dopo aver sottoscritto il consenso informato per il trattamento dei dati, per l'accesso alla Banca del Cuore e per l'autorizzazione alla Fondazione a poter svolgere attività di ricerca (su dato anagrafico anonimo) sui parametri elettrocardiografici e clinici contenuti nel database. La *Password* è conosciuta solo dal paziente, per garantire la massima riservatezza nel pieno rispetto delle vigenti normative. Ogni cittadino potrà così consultare personalmente, o mettere a disposizione ai medici da egli autorizzati, i propri dati per ottenere informazioni sulla propria salute cardiovascolare che, in alcuni casi, possono rivelarsi vitali, ad esempio in caso di smarrimento o di momentanea indisponibilità della documentazione cartacea. Questa iniziativa conferma ancora una volta l'impegno della Fondazione nella salvaguardia della



CORRIERE DELLA SERA



salute dei singoli cittadini anche attraverso le Campagne Nazionali di Prevenzione Cardiovascolare “Truck Tour Banca del Cuore 2017 e 2018” che ci hanno permesso di arrivare a oltre 40.000 cittadini screenati e possessori di BancomHeart, nonché alla prossima Campagna **Truck Tour Banca del Cuore 2019**. Sul nostro sito www.periltuocuore.it è possibile visionare tutte le tappe e i dettagli del Progetto. È questa una iniziativa che ha confermato tutto il suo potenziale assistenziale e preventivologico, e inoltre continua a dare lustro all’assistenza sanitaria italiana, alla ricerca cardiologica e lo continuerà a dare anche alle Aziende Ospedaliere che contribuiranno con il lavoro delle proprie Cardiologie. A questo proposito con grande piacere vi comunico che sia la **Fondazione per il Tuo cuore** che la **Banca del Cuore** sono salite

al primo posto su tutti i motori di ricerca Internet e abbiamo ricevuto adesioni da migliaia di cittadini sui social dove per la Campagna Nazionale “per il Tuo cuore 2019”

si sono attivati spontaneamente anche numerosi personaggi del mondo dello spettacolo sostenendo la campagna con l’hashtag **#periltuocuore2019**. Questo traguardo è stato raggiunto grazie al sostegno dei **Soci ANMCO e della Fondazione per il Tuo cuore** che, per tutte le iniziative da noi promosse, si sono sempre resi disponibili testimoniando l’attenzione verso i cittadini in generale. Desidero quindi ringraziare tutti loro e tutti Voi di cuore per lo straordinario impegno speso nel proporre e sostenere **Cardiologie Aperte 2019**. La Vostra passione è la mia passione e ci vede accomunati da un grande e comune obiettivo: la prevenzione delle malattie cardiovascolari e della morte improvvisa cardiaca a salvaguardia della salute dei Cittadini italiani. ♥

IL MESSAGGERO



Studi in corso

| Nome dello Studio | N° centri attivati Italia (tutto il mondo) | N° pazienti previsti dal protocollo Italia (tutto il mondo) | N° pazienti arruolati Italia (tutto il mondo) | Durata prevista del follow-up | Stato Arruolamento | |
|---|--|---|---|-------------------------------|-------------------------------|----------------------------|
| GISSI Outliers CAPIRE (osservazionale) | 11 | 800 | 544 | 5 anni | chiuso | Newsletter |
| COMPASS in collaborazione con Population Health Research Institute, Hamilton on treatment phase | 22 (608) | 1.100 (27.400) | 1.072 (27.402) | Event driven | chiuso | |
| COMPASS-LTOLE | 17 (430) | NA | 318 (10.307) | Fino a un max di 3 anni | chiuso | |
| HPS3-REVEAL In collaborazione con Oxford University on treatment phase | 26 (444) | 1.820 (30.000) | 1.660 (30.624) | Event driven | chiuso | |
| HPS3-REVEAL PTFU | 26 (444) | NA | 1.660 (30.624) | 2 anni | chiuso | |
| ISCHEMIA In collaborazione con New York University | 14 (351) | 378 (5.000-6.000) | 146 + 62 CKD (5.179 + 777 CKD) | Fino a 31-12-2018 | chiuso | |
| DYDA 2 Trial In collaborazione con Associazione Medici Diabetologi | 15 | 186 | 188 | 48 settimane | chiuso | |
| COLCOT In collaborazione con il Montreal Health Institute | 19 (164) | 750 (4.500) | 539 (4.746) | Event driven | chiuso | |
| POSTER (osservazionale) In collaborazione con Fondazione SISA (Società Italiana per lo studio dell'Arteriosclerosi) | 82 | 6.000 | 5.415 | No follow-up | chiuso | |
| BLITZ-HF (osservazionale) | 123 | 1 ^a fase 2.500 | 4.213 | 1 anno | chiuso | |
| | | 2 ^a fase 2.500 | 3.356 | 1 anno | chiuso | |
| Registro G-CHF (osservazionale) | 9 (273) | 750 (25.000 circa) | 487 (21.220) | 24 mesi | In corso (solo sottoprogetto) | |
| COPE (osservazionale) | 189 | 5.000 | 1.508 | 30 giorni | In corso | |
| MATADOR-PCI (osservazionale) | 72 | 500 | 211 | 6 mesi | In corso | |

■ FIBRILLAZIONE ATRIALE ■ PREVENZIONE ■ SINDROMI CORONARICHE ACUTE ■ OUTLIERS ■ SCOMPENSO

L'aggiornamento in tempo reale sull'andamento dei vari studi è consultabile sul web all'indirizzo www.anmco.it/pages/entra-in-anmco/centro-studi/ricerca



Studi di prossima attuazione

| Nome dello Studio | N° centri previsti Italia (tutto il mondo) | N° pazienti previsti dal protocollo Italia (tutto il mondo) | Durata prevista del follow-up |
|-------------------|--|---|-------------------------------|
| BLITZ-AF CANCER | 80 (circa 50) | 800 (1.500) | 1 anno |

■ FIBRILLAZIONE ATRIALE ■ PREVENZIONE ■ SINDROMI CORONARICHE ACUTE ■ OUTLIERS ■ SCOMPENSO

L'aggiornamento in tempo reale sull'andamento dei vari studi è consultabile sul web all'indirizzo www.anmco.it/pages/entra-in-anmco/centro-studi/ricerca

FOCUS ON

Studio BLITZ-AF CANCER

Chairman: Michele Massimo Gulizia

Lo Studio BLITZ AF Cancer, promosso dalla Fondazione per il Tuo cuore ONLUS di ANMCO, è uno studio multicentrico, internazionale, osservazionale che intende raccogliere dati su pazienti con fibrillazione atriale (FA) e neoplasia (diagnosticata nei 3 anni precedenti l'inclusione nello studio).

La FA e la malattia neoplastica sono condizioni che spesso coesistono. Molti pazienti con il miglioramento delle terapie sopravvivono alla malattia neoplastica e sono esposti, anche in relazione agli effetti collaterali dei trattamenti chemioterapici, a sviluppare FA. I pazienti con carcinoma sono, solitamente, esclusi dagli studi

randomizzati, motivo per cui le informazioni sulla loro gestione clinica e sul loro outcome sono scarse.

In particolare è necessario verificare l'occorrenza di eventi clinici rilevanti, quali ictus ischemico ed emorragico, eventi embolici sistemici (SEE), eventi tromboembolici venosi (VTE), sanguinamenti maggiori (in base ai criteri ISTH), mortalità per tutte le cause, mortalità cardiovascolare (CV), in rapporto alla presenza o meno di una terapia anticoagulante.

Un registro prospettico osservazionale che raccolga informazioni, in un contesto di reale pratica clinica, sul profilo clinico dei pazienti con FA e cancro e sull'uso di farmaci anticoagulanti, potrebbe migliorare le nostre conoscenze sulla gestione di questa popolazione ad alto rischio. Lo studio ha l'ambizione di raccogliere informazioni in circa 1.500 pazienti,

da arruolare nell'arco di 24 mesi: ciascun paziente verrà rivalutato a 1 anno dall'inclusione nel registro per raccogliere i dati relativi alla terapia farmacologica e all'outcome clinico. Hanno aderito a BLITZ AF Cancer 86 centri distribuiti sul territorio nazionale. Parteciperanno inoltre altri Paesi europei (Belgio, Germania, Irlanda, Portogallo, Spagna, Olanda, Turchia) con 3-20 Centri ciascuno. Le pratiche regolatorie con i Comitati Etici italiani sono state avviate nel corso del mese di Febbraio 2019, parallelamente il Centro Studi ANMCO ha avviato la collaborazione con i Centri di Coordinamento degli altri Paesi, che si occuperanno della fase regolatoria dello studio nei loro Paesi ed a seguire dell'attivazione e monitoraggio da remoto dei propri Centri. ♥



Massimo Zecchin

AREA ARITMIE

Chairperson

Massimo Zecchin (Trieste)

Co - Chairperson

Raimondo Calvanese (Napoli)

Comitato di Coordinamento

Stefano Bardari (Pordenone)

Paolo China (Mestre - VE)

Giosuè Mascioli (Bergamo)

Carlo Pignalberi (Roma)

Consulente

Giuseppe Sgarito (Palermo)



Marco Di Eusanio

AREA CARDIOCHIRURGIA

Chairperson

Marco Di Eusanio (Ancona)

Co - Chairperson

Domenico Mangino (Mestre - VE)

Comitato di Coordinamento

Paolo Berretta (Ancona)

Mauro Iafrancesco (Roma)

Michele Murzi (Massa)

Fabrizio Settepani (Milano)

Consulente

Pasquale Fratto (Reggio Calabria)



Antonella Moreo

AREA CARDIOIMAGING

Chairperson

Antonella Maurizia Moreo (Milano)

Co - Chairperson

Marco Campana (Brescia)

Comitato di Coordinamento

Antonello D'Andrea (Nocera Inferiore - SA)

Alessia Gimelli (Pisa)

Donato Mele (Ferrara)

Massimiliano Rizzo (Civitavecchia - RM)

Consulenti

Giovanna Di Giannuario (Rimini)

Georgette Khoury (Terni)



Roberta Rossini

AREA EMERGENZA - URGENZA

Chairperson

Roberta Rossini (Cuneo)

Co - Chairperson

Paolo Trambaiolo (Roma)

Comitato di Coordinamento

Daniela Chiappetta (Cosenza)

Marco Ferlini (Pavia)

Simona Giubilato (Catania)

Carlotta Sorini Dini (Livorno)

Consulente

Nicola Gasparetto (Treviso)

AREA GIOVANI



Stefania Di Fusco

Chairperson

Stefania Angela Di Fusco (Roma)

Co - Chairperson

Filippo Zilio (Trento)

Comitato di Coordinamento

Marco Malvezzi Caracciolo

D'Aquino (Salerno)

Marco Flori (Urbino - PU)

Nadia Ingianni (Marsala - TP)

Luigi Pollarolo (Casale Monferrato - AL)



Marco Vatrano

**AREA MALATTIE DEL CIRCOLO
POLMONARE**

Chairperson

Marco Vatrano (Catanzaro)

Co - Chairperson

Claudio Picariello (Rovigo)

Comitato di Coordinamento

Elisabetta De Tommasi (Bari)

Andrea Garascia (Milano)

Egidio Imbalzano (Messina)

Leonardo Misuraca (Grosseto)

Consulenti

Iolanda Enea (Caserta)

Maria Teresa Manes (Cosenza)



AREA MANAGEMENT & QUALITÀ

Chairperson
 Laura Lalla Piccioni (Teramo)
Co - Chairperson
 Fabiana Lucà (Reggio Calabria)

Laura Piccioni

Comitato di Coordinamento

Alessandra Chinaglia (Torino)
 Damiana Fiscella (Catania)
 Vincenzo Lopriore (Monopoli - BA)
 Vittorio Palmieri (Napoli)
Consulenti
 Alberto Deales (Fano - AN)
 Gilberto Gentili (Senigallia - AN)



**AREA PREVENZIONE
 CARDIOVASCOLARE**

Chairperson
 Daniele Grosseto (Rimini)
Co - Chairperson
 Antonio Francesco Amico
 (Copertino - LE)

Daniele Grosseto

Comitato di Coordinamento

Sara Cocozza (Benevento)
 Michele Gabriele (Mazara del Vallo - TP)
 Nuccia Morici (Milano)
 Andrea Santucci (Perugia)
Consulenti
 Francesco Giallauria (Napoli)
 Iris Parrini (Torino)



AREA NURSING

Chairperson Medico
 Doriana Frongillo (Frascati - RM)
Co - Chairperson Medico
 Tullio Usmiani (Torino)

Doriana Frongillo

Chairperson Infermiera
 Rossella Gilardi (Milano)
Co - Chairperson Infermiera
 Michela Barisone (Savona)



Rossella Gilardi

Comitato di Coordinamento

Stanislao Accardo (Roma)
 Giovanni Falsini (Arezzo)
 Maria Cristina Pirazzini (Bologna)
 Gabriella Ricci (Castellaneta - TA)
Consulenti
 Donatella Radini (Trieste)
 Ilaria Cantarella (Catania)



AREA SCOMPENSO CARDIACO

Chairperson
 Massimo Iacoviello (Bari)
Co - Chairperson
 Marco Marini (Ancona)

Massimo Iacoviello

Comitato di Coordinamento

Manuela Benvenuto (Teramo)
 Leonarda Cassaniti (Augusta - SR)
 Mauro Gori (Bergamo)
 Annamaria Municinò (Sestri Ponente - GE)
Consulenti
 Enrico Ammirati (Milano)
 Alessandro Navazio (Reggio Emilia)
Medical Writer
 Renata De Maria (Milano)



Quando la presenza di “red flag” può orientare verso forme geneticamente determinate di cardiomiopatia associata ad alterazioni neuromuscolari

Aritmie, cardiomiopatie e distrofie muscolari: l'importante è pensarci

In alcune forme di cardiomiopatia dilatativa vi sono delle caratteristiche cliniche, in particolare alterazioni ECG o aritmie, che suggeriscono la presenza di alterazioni di geni codificanti proteine del muscolo scheletrico e cardiaco

Le distrofie muscolari sono un gruppo di patologie ereditarie che colpiscono i muscoli scheletrici e, in maniera variabile, il muscolo cardiaco. Le manifestazioni cardiache sono l'insufficienza cardiaca, le alterazioni della conduzione atrio-ventricolari ed intra-ventricolari, aritmie atriali e ventricolari e la morte improvvisa. Classicamente, le distrofie si dividono in:

- Distrofie muscolari di Duchenne e di Becker.
- Distrofia miotonica tipo 1 e tipo 2.
- Distrofia muscolare di Emery-Dreifuss e disordini associati.
- Distrofie muscolari dei cingoli (Limb-girdle muscular dystrophies).
- Distrofia muscolare facio-scapolo-omerale.

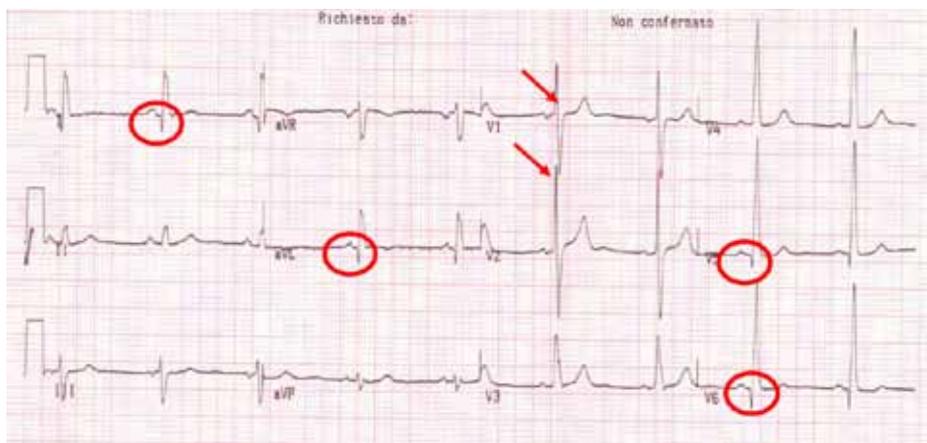
Distrofie muscolari di Duchenne e di Becker

La distrofina è una proteina necessaria all'organizzazione del citoscheletro ed è responsabile dell'aggregazione dei canali ionici e dei recettori per i

neurotrasmettitori. Una sua alterazione o mancanza, legata ad un difetto genetico recessivo legato al cromosoma X e pertanto presente solo nei soggetti di sesso maschile porta ad un difetto al supporto strutturale della membrana, rendendola più suscettibile a rotture durante l'attività contrattile. Nelle forme più gravi (D. di Duchenne) è difficile una sopravvivenza superiore ai 20 anni, mentre in presenza di deficit parziali (D. di Becker) la sopravvivenza è maggiore anche se con importanti disabilità. A livello cardiaco, l'assenza di distrofina determina la distruzione dei miociti con sostituzione fibrosa in particolare della regione infero-posterolaterale del ventricolo sinistro con comparsa di onde q di necrosi nelle derivazioni infero-laterali con onda R elevata in V1-V2. Pur essendo l'anomalia X-linked recessiva, il 10% delle donne portatrici può essere affetta pur in assenza di alterazioni muscolari.

Distrofia miotonica

La distrofia miotonica, in particolare la forma tipo 1 (più frequente) o Steinert Disease (la più comune nell'adulto, con prevalenza di 2-14/100.000 e trasmissione autosomica dominante) è dovuta ad un'amplificazione di una sequenza sul cromosoma 19 che si espande con le suddivisioni peggiorando nelle generazioni successive (fenomeno dell'anticipazione). A livello cardiaco è associata a degenerazione, fibrosi, ed infiltrazione adiposa preferenziale a livello del sistema di conduzione, con rara progressione in cardiomiopatia dilatativa ma frequente presenza di anomalie ECG (nel 65% dei pazienti), in particolare blocco atrio-ventricolare (42%) ed intraventricolare circa 20%). Sono frequenti anche le aritmie atriali mentre il rischio di morte improvvisa (<4% a 10 anni dalla diagnosi) è ugualmente distribuito tra aritmie ipocinetiche ed aritmie ventricolari sostenute.



ECG in paziente con cardiomiopatia e deficit del gene della distrofina: presenza di onde Q nelle derivazioni infero-laterali ed elevata onda R in V1-V2 (pseudonecrosi infero-posterolaterale)

Distrofia di Emery Dreifuss

La distrofia di Emery Dreifuss (o omero-peroneale) è lentamente progressiva, con sopravvivenza fino all'età adulta. È caratterizzata dalla presenza di contratture precoci in particolare a livello del gomito e del collo, da ipostenia/ipotrofia omero-peroneale ed alterazioni ECG in assenza di ipertrofia muscolare. La forma tipo 1 è legata ad un gene codificante l'emerina, che lega i filamenti di actina nel citoscheletro con la lamina nucleare e/o la cromatina. È associata a sostituzione fibroadiposa di atri e fibrosi del nodo atrioventricolare e pertanto le alterazioni cardiache sono prevalentemente legate a bradiaritmie ed aritmie atriali (in particolare fibrillazione atriale). In assenza di impianto di pacemaker il rischio di morte improvvisa può non essere trascurabile. La forma tipo 2, autosomica dominante, è associata a mutazione del gene della lamina A/C, proteina di membrana nucleare la cui alterazione risulta nella sostituzione fibrotica del

muscolo cardiaco e del tessuto di conduzione con anomalie nella generazione e conduzione degli impulsi. Deficit della lamina possono essere presenti in forme familiari di cardiomiopatia dilatativa, in particolare in presenza di difetti della conduzione intraventricolare precoci (spesso precedenti le alterazioni della funzione contrattile), aritmie sopraventricolari. Pur essendo spesso assente una chiara forma di distrofia, una qualche forma di interessamento muscolare o comunque elevati valori di CPK sono spesso presenti e devono essere pertanto attentamente ricercati e valutati. Nei pazienti con diagnosi di cardiomiopatia dilatativa in cui sia stata dimostrata la presenza di un deficit della lamina la prognosi è particolarmente infausta, con un rischio di morte improvvisa particolarmente elevato tanto da suggerire l'impianto di defibrillatore impiantabile a scopo profilattico nei pazienti con disfunzione ventricolare, non necessariamente severa, aritmie

ventricolari non sostenute, specie se maschi e comunque nei pazienti con indicazioni a stimolazione permanente.

Distrofia dei cingoli

La distrofia muscolare dei cingoli comprende un gruppo eterogeneo di distrofie caratterizzate da debolezza prossimale dei cingoli pelvici e spalle. Nella distrofia dei Cingoli di Tipo 1B il coinvolgimento cardiaco può presentare caratteristiche simili a quello dalla distrofia di Emery-Dreifuss con elevato rischio di morte improvvisa, anche nelle fasi precoci della patologia.

Distrofia muscolare facio-scapolo-omerale

È la terza forma di distrofia più comune dopo Duchenne e le Distrofia Miotonica ed è caratterizzata da debolezza muscolare lentamente progressiva. Tuttavia, il coinvolgimento cardiaco è piuttosto raro e non vi è necessità di monitoraggio cardiaco.

Conclusioni

Alterazioni ECG, difetti di conduzione ed aritmie, specie in presenza di familiarità per cardiomiopatia o morte improvvisa, possono essere un segnale precoce di forme geneticamente determinate di cardiomiopatia, talora associate ad interessamento del muscolo scheletrico. La caratterizzazione genetica, in alcuni casi, può migliorare la stratificazione prognostica, in particolare legata al rischio aritmico, e la scelta del trattamento più appropriato, per esempio l'impianto di ICD anche al di fuori delle comuni indicazioni. ♥

DI ANTONELLA MAURIZIA MOREO, MARCO CAMPANA, ANTONELLO D'ANDREA, ALESSIA GIMELLI,
DONATO MELE, MASSIMILIANO RIZZO, GIOVANNA DI GIANNUARIO, GEORGETTE KHOURY

Importanza dello screening cardiovascolare e del multi-modality imaging nel cuore d'atleta: dalla diagnosi differenziale alla stratificazione del rischio

Irecenti episodi di cronaca relativi alla morte prematura di giovani atleti professionisti apparentemente sani e ben controllati, con il relativo enorme impatto mediatico, impongono una riflessione sull'importanza delle raccomandazioni presenti in letteratura sull'eleggibilità allo sport e sulle più aggiornate metodiche di screening dell'atleta, in particolar modo nel campo cardiovascolare. L'Italia è uno dei pochi paesi al mondo in cui la visita medica preventiva d'idoneità agonistica è obbligatoria per legge. Tale legislazione impone a chiunque pratichi un'attività sportiva denominata "agonistica" dalle Federazioni Sportive Nazionali

di sottoporsi con periodicità annuale o biennale (a seconda dello sport) ad una visita d'idoneità effettuata da un medico specialista. Tale visita, oltre che avere una valenza medico legale, sollevando le Società sportive da questa responsabilità, è finalizzata alla tutela della salute dell'atleta e in particolar modo alla prevenzione primaria della morte cardiaca improvvisa (MCI), definita come "improvviso ed inatteso decesso ad etiologia cardiaca entro un'ora dall'insorgenza dei sintomi"⁽¹⁾. Esistono notevoli differenze nello screening cardiovascolare per lo sport agonistico tra Italia e USA. L'idoneità sportiva agonistica negli USA viene rilasciata da un

medico, non obbligatoriamente medico sportivo né cardiologo, ed è basata su una raccolta anamnestica familiare e personale, seguita dall'esame obiettivo, ha un valore biennale e solo in casi selezionati l'atleta viene invitato ad eseguire esami strumentali approfonditi. L'utilizzo dell'ECG, che in Italia viene eseguito obbligatoriamente a completamento delle indagini predette, non è consigliato negli USA a causa della bassa specificità nei giovani atleti e degli elevati costi. In Italia, il conseguimento dell'idoneità sportiva agonistica, basato sulla valutazione anamnestico-clinico-strumentale del Cardiologo e del Medico dello Sport, ha

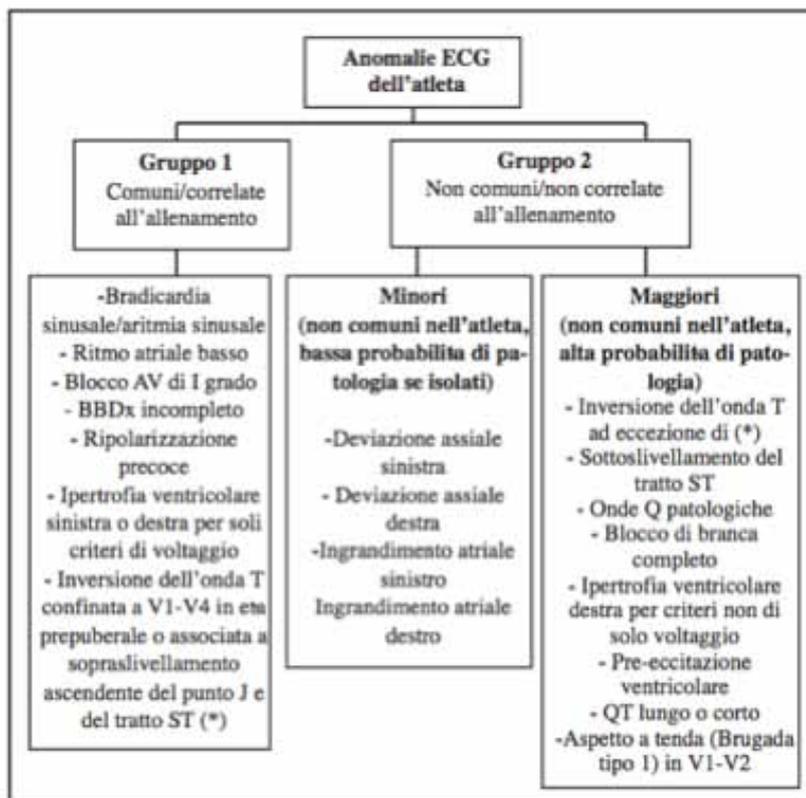


Figura 1 - Anomalie ECG maggiori e minori nello screening cardiovascolare dell'atleta, in accordo con l'attuale legislazione ed i protocolli COCIS 2017⁽⁴⁾

permesso di identificare substrati cardiovascolari potenzialmente letali dimostrando l'assoluta efficacia della Elettrocardiografia nell'identificazione delle principali cause di MCI (in particolar modo per cardiomiopatie o canalopatie⁽²⁾). Nell'algoritmo diagnostico italiano un approfondimento con test diagnostici di secondo e terzo livello si rende sempre necessario negli atleti che mostrino sintomi o esame obiettivo sospetti e/o alterazioni ECG maggiori, al fine di confermare (o escludere) una sottostante malattia cardiovascolare (Figura 1). L'ecocardiogramma rappresenta tuttora una metodica insostituibile

nella valutazione degli adattamenti cardiovascolari all'esercizio fisico e nella diagnosi differenziale. Una delle problematiche maggiormente dibattute sul cuore d'atleta è la necessità di un'adeguata diagnosi differenziale con forme patologiche di ipertrofia ventricolare sinistra come la cardiomiopatia ipertrofica. Esiste, infatti, una "zona grigia" di sovrapposizione tra l'ipertrofia fisiologica e quella patologica, in cui è essenziale riportare il grado e l'adeguatezza degli adattamenti cardiocircolatori di un soggetto praticante una determinata attività sportiva alle caratteristiche biomeccaniche della stessa. Con l'ecocardiogramma

è stato possibile, in particolare, evidenziare i valori "limite" nello sviluppo di ipertrofia ventricolare. Per quanto riguarda i diametri endocavitari, è stato evidenziato come il 55% degli atleti presentano un diametro telediastolico < 54 mm, ma che circa il 15% degli atleti di endurance ad alto impegno cardiovascolare aerobico mostrano un diametro telediastolico > 60 mm, in presenza di normali indici diastolici e di funzione sistolica. Allo stesso modo, il massimo spessore del setto interventricolare basale è per lo più < 13 mm, e solo nel 3% degli atleti caucasici può essere compreso tra 13 e 15 mm, mentre valori maggiori sono

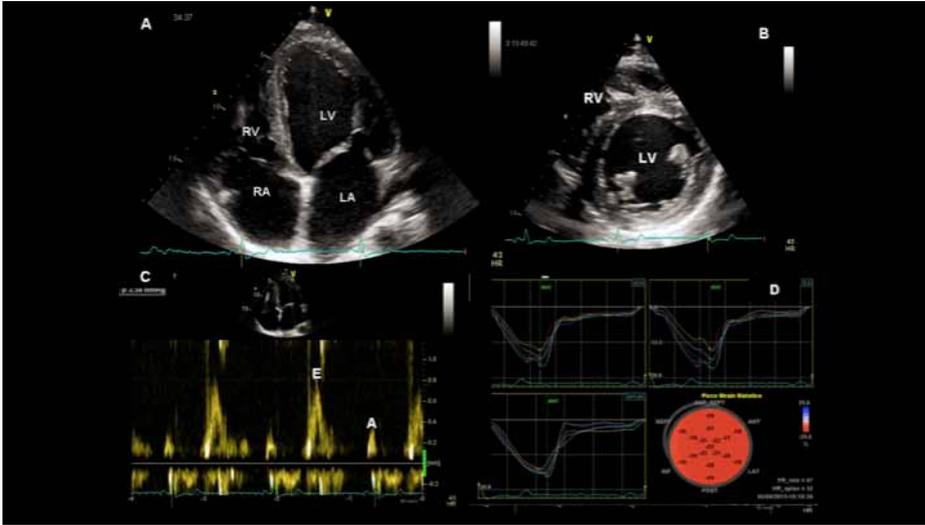


Figura 2 - Importanza dell'ecocardiogramma nello studio del cuore d'atleta, con studio della morfologia in bidimensionale (A-B), della funzione diastolica con il Doppler transmitralico (C) e della deformazione regionale con strain bidimensionale (D)

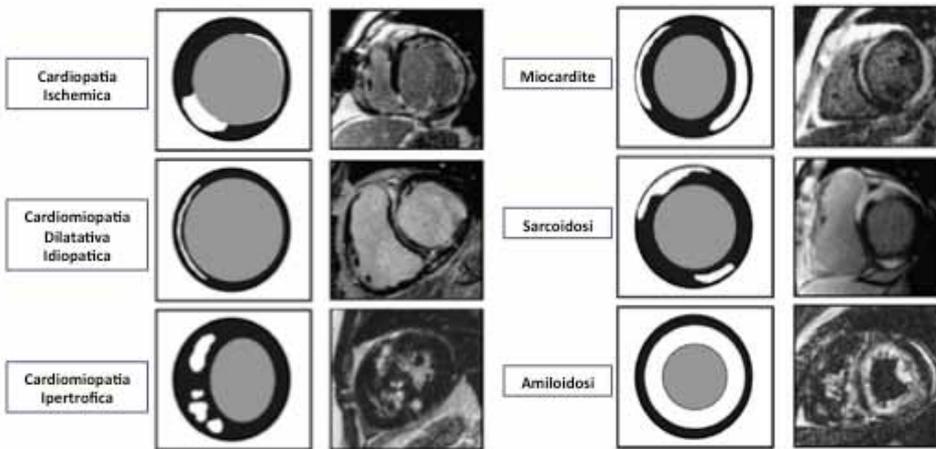


Figura 3 - Diversi pattern di distribuzione della fibrosi miocardica evidenziati dal late enhancement (LGE) del gadolinio in diversi contesti clinici. Tipicamente il cuore d'atleta non presenta una scar significativa del miocardio

descritti per gli atleti afro-caraibici. Inoltre, l'ecocardiogramma è un esame cardine della stratificazione del rischio di ogni paziente con cardiopatia accertata che voglia comunque praticare attività sportiva, anche agonistica. I dati attualmente disponibili in letteratura suggeriscono inoltre l'utilità potenziale delle nuove tecnologie ecocardiografiche nello studio della funzione miocardica regionale e globale dell'ipertrofia fisiologica e patologica, anche se per ora rimangono appannaggio di operatori esperti e dedicati (Figura 2). Un approccio diagnostico con imaging di terzo livello nella valutazione delle

camere cardiache sinistre e destre dell'atleta si ottiene con l'utilizzo della risonanza magnetica. Le immagini sono acquisite in tutti i piani tomografici senza limitazioni derivanti dall'habitus del soggetto, definiscono con un alto grado di dettaglio la morfologia, le dimensioni e la funzione, e permettono la caratterizzazione del tessuto miocardico, identificando la presenza di fibrosi mediante l'utilizzo di Gadolinio nelle sequenze di "late enhancement" (LGE). Il pattern di distribuzione del LGE permette la discriminazione di un miocardio ischemico da uno non ischemico con importanti

implicazioni terapeutiche. Nella necrosi post-infarto ad esempio, il LGE avrà una distribuzione subendocardica o transmurale, nell'amiloidosi la distribuzione è subendocardica ad anello. Un enhancement a chiazze (patchy) è invece tipico della cardiomiopatia ipertrofica, mentre nelle miocarditi è epicardico o intramurale (Figura 3). L'utilizzo della TC coronarica andrebbe infine limitato ai soli atleti sintomatici in cui si sospetti un'anomalia di origine o decorso delle coronarie. Il tema della diagnosi differenziale tra IVS fisiologica e patologica nello sportivo è un tema particolarmente sentito e studiato attualmente



in Italia. E' opportuno in tal senso ricordare che esiste una classificazione cardiologica delle discipline sportive e dei protocolli di idoneità recentemente revisionati dalla Società Italiana di Cardiologia dello Sport (protocolli C.O.C.I.S. 2017), con uno schema semplificato che suddivide gli sport in 5 classi sulla base degli adattamenti cardiaci di volume e massa cardiaca⁽⁴⁾. Un recente documento di consenso della società europea di cardiologia ha infine ulteriormente sottolineato le potenzialità dell'Imaging in cardiologia dello sport, sottolineando però come debba essere sempre "integrato" con la storia clinica, l'esame obiettivo, il tipo e l'intensità degli allenamenti, i sintomi, l'ECG o l'eventuale indagine durante sforzo fisico⁽⁵⁾. Lo screening cardiovascolare dell'atleta agonista prevede una interazione tra medico dello sport e cardiologo esperto nelle cardiopatie dell'atleta per gestire caso per caso le risorse dell'imaging con un saggio equilibrio tra competenza culturale ed appropriatezza prescrittiva. ♥

Bibliografia

1. Ministero della sanità. Norme per La Tutela Sanitaria Delle Attività Sportive Agonistiche. Vol 63.; 1982:1715-1719.
2. Domenico Corrado, Antonio Pelliccia, Hans Halvor Bjørnstad, Luc Vanhees, Alessandro Biffi, Mats Borjesson, Nicole Panhuyzen-Goedkoop Asterios Deligiannis, Erik Solberg, Dorian Dugmore, Klaus P. Mellwig, Deodato Assanelli, Pietro Delise, Frank van-Buuren, Aris Anastasakis, Hein Heidbuchel, Ellen Hoffmann, Robert Fagard, Silvia G. Priori, Cristina Basso, Eloisa Arbustini, Carina Blomstrom-Lundqvist, William J. McKenna, and Gaetano Thiene. Cardiovascular pre-participation screening of young competitive athletes for prevention of sudden death: proposal for a common European protocol Consensus Statement of the Study Group of Sport Cardiology of the Working Group of Cardiac Rehabilitation and Exercise Physiology and the Working Group of Myocardial and Pericardial Diseases of the European Society of Cardiology. *European Heart Journal* (2005) 26, 516-524
3. Galderisi M, Cardim N, D'Andrea A, Bruder O, Cosyns B, Davin L, Donal E, Edvardsen T, Freitas A, Habib G, Kitsiou A, Plein S, Petersen SE, Popescu BA, Schroeder S, Burgstahler C, Lancellotti P. The multi-modality cardiac imaging approach to the Athlete's heart: an expert consensus of the European Association of Cardiovascular Imaging. *Eur Heart J Cardiovasc Imaging*. 2015 Apr;16(4):353
4. Biffi A1, Delise P, Zeppilli P, Giada F, Pelliccia A, Penco M, Casasco M, Colonna P, D'Andrea A, D'Andrea L, Gazale G, Inama G, Spataro A,

- Villella A, Marino P, Pirelli S, Romano V, Cristiano A, Bettini R, Thiene G, Furlanello F, Corrado D; Italian Society of Sports Cardiology and Italian Sports Medicine Federation. Italian cardiological guidelines for sports eligibility in athletes with heart disease: *J Cardiovasc Med (Hagerstown)*. 2013 Jul;14(7):477-99.
5. Pelliccia A1, Caselli S1, Sharma S2, Basso C3, Bax JJ4, Corrado D3, D'Andrea A5, D'Ascenzi F6, Di Paolo FM1, Edvardsen T7, Gati S8, Galderisi M9, Heidbuchel H10, Nchimi A11, Nieman K12, Papadakis M2, Pisciocchio C1, Schmied C13, Popescu BA14, Habib G15, Grobbee D16, Lancellotti P17; Internal reviewers for EAPC and EACVI. European Association of Preventive Cardiology (EAPC) and European Association of Cardiovascular Imaging (EACVI) joint position statement: recommendations for the indication and interpretation of cardiovascular imaging in the evaluation of the athlete's heart. *Eur Heart J*. 2018 Jun 1;39(21):1949-1969.



L'ANMCO per i Giovani... I Giovani per l'ANMCO

Il futuro si costruisce nel presente ma ha le sue fondamenta nel passato

A quattro anni dai primi passi dell'Area Giovani possiamo senz'ombra di dubbio affermare che la sfida di una Area dedicata alla nuova generazione di Cardiologi sta dando risultati più che lusinghieri.

Un biennio ricco di idee e progetti

L'ultimo biennio, guidato con determinazione ed inesauribile energia dalla Dott.ssa Fabiana Lucà, Chairperson Area Giovani 2017 - 2018, è stato particolarmente ricco di idee e progetti vincenti. Ciascun componente del Comitato di Coordinamento dell'Area ha dato il suo contributo prezioso alla realizzazione delle innumerevoli attività di cui si è occupata l'Area Giovani in prima linea. È, quindi, doveroso esprimere la sentita gratitudine nei confronti di quanti con impegno e dedizione hanno fin qui collaborato. Poiché il futuro si costruisce nel presente ma ha le sue fondamenta nel passato, prima ancora di guardare avanti e pianificare nuove attività vogliamo ripercorrere brevemente quanto fatto finora. L'Area Giovani, nata nel 2015 grazie alla volontà del Dott. Michele Gulizia allora Presidente ANMCO, ha fatto grandi passi avanti espandendo progressivamente i campi di



Alcuni componenti del Comitato di Coordinamento dell'Area Giovani 2017-2018: Dott.ssa Fabiana Lucà, Chairperson, Dott.ssa Annamaria Iorio, Dott.ssa Stefania Angela Di Fusco, Co-Chairperson, Dott. Andrea Madeo

attività. Con la rubrica Job Opportunities, pubblicata sul Sito WEB dell'ANMCO alla pagina www.anmco.it/pages/servizi-e-aggiornamento/bacheca/concorsi, abbiamo fornito un aggiornamento periodico dei concorsi per Dirigenti Medici di Cardiologia pubblicati sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana. Dall'Area Giovani è stata promossa ed incentivata la raccolta di Casi Clinici intriganti pubblicati online con il nome del collega curatore del caso. La rubrica, dedicata a casi clinici arricchiti sempre da un'iconografia suggestiva, finora

nota come Insoliti Sospetti è stata recentemente ribattezzata "Outplay... Clinical Case". L'Area ha inoltre ideato e promosso una Survey sulla Sindrome Coronarica Acuta nei pazienti under 45 nelle UTIC italiane, ed ha curato in collaborazione con la Task Force di Cardioncologia un'altra survey su incidenza e complicanze dei tumori nei giovani. Non appena elaborati i risultati delle survey, gli stessi saranno resi noti anche attraverso le pagine della rivista "Cardiologia negli Ospedali". Non è, poi, mancato l'interesse per le attività scientifico-editoriali. Una collaborazione affiatata ed uno strenuo impegno hanno consentito la realizzazione di paper su tematiche di grande attualità. Ricordiamo, tra l'altro, due lavori sulla gestione dei sanguinamenti maggiori pubblicati a nome di tutti i componenti del Comitato di Coordinamento sulla rivista International Journal of Cardiology. È evidente che quanto sinora riportato è solo una sintesi, e quindi inevitabilmente incompleta, dell'intensa attività ideativa, scientifica e organizzativa realizzata dall'Area nel corso del biennio ora conclusosi.



Foto ricordo al termine di una presentazione per la diffusione delle attività dell'Area Giovani

Prospettive per il prossimo biennio

A questo punto con vero piacere presentiamo i componenti del Comitato di Coordinamento dell'Area Giovani appena insediatosi al fianco della Dott.ssa Stefania Di Fusco, Chairperson, e del Dott. Filippo Zilio, Co - Chairperson: Dott. Marco Flori, Dott.ssa Nadia Ingianni, Dott. Marco Malvezzi e il Dott. Luigi Pollarolo. Innumerevoli sono le proposte per le attività del biennio 2019 - 2020. L'obiettivo principale resta il coinvolgimento dei giovani Cardiologi. L'Area vuole essere il prezioso anello di congiungimento tra i giovani professionisti e la società scientifica, nell'ottica di rendere i giovani sempre più partecipi alle attività dell'ANMCO. L'Area Giovani si propone, tra l'altro, di diffondere le opportunità di crescita culturale, scientifica e professionale. È, quindi, lieta di informare dell'invito recentemente rivolto dal Presidente ANMCO Dott. Domenico Gabrielli ai Direttori delle Scuole di Specializzazione con l'obiettivo di coinvolgere anche i giovani specializzandi

all'evento formativo ed associativo più rilevante dell'anno, cioè il Congresso Nazionale. Un invito con il quale si informa della disponibilità per i Cardiologi "di domani" di iscrizioni gratuite al Congresso ANMCO che si terrà al Palacongressi di Rimini dal 16 al 18 maggio. Quanti riusciranno a non perdere questa straordinaria occasione troveranno a Rimini non solo numerosi eventi scientifici ma anche avvincenti competizioni culturali. Tra queste segnaliamo la Jeopardy Game Session, dedicata proprio ai più giovani che gareggeranno per far parte della squadra italiana della Great Jeopardy al Congresso dell'American College of Cardiology. Tramite news mail informeremo i giovani iscritti all'Area di tutte le opportunità che si affacciano anche in campo internazionale. Ricordiamo che negli ultimi anni sono stati offerti ai giovani Soci regolarmente iscritti all'ANMCO ed all'Area Giovani diversi grant per l'iscrizione al Congresso della Società Europea di Cardiologia (ESC). In effetti, tra gli obiettivi della nostra Area

vi è anche quello di accrescere i contatti e favorire la collaborazione con la Young Community dell'ESC. Con tale spirito anche quest'anno il Chairperson dell'Area Giovani parteciperà insieme ai leader degli Young Group delle Società Cardiologiche di tutta Europa all'ESC Spring Summit. Si tratta un'occasione importante per condividere potenziali idee da proporre, poi, all'interno della nostra società scientifica. Nell'ambito della diffusione delle iniziative che l'ANMCO offre ai giovani professionisti, con grande piacere è stato accolto l'invito del Presidente Regionale ANMCO Campania, Dott. Cesare Baldi, a far conoscere a livello territoriale le tante iniziative finora messe in campo dall'Area Giovani e le numerose opportunità di crescita e partecipazione che l'ANMCO offre in maniera mirata ai giovani Soci. Certi che il lavoro dell'Area Giovani continuerà ad aggregare, informare e valorizzare la nuova classe di Cardiologi, invitiamo i tanti giovani colleghi che hanno voglia di collaborare ad unirsi a noi! ♥



Jeopardy Game Session: la storia di un sogno!

Ogni storia ha un suo inizio ed è questo il caso anche del Jeopardy Game dell'American College of Cardiology - ACC, la competizione oramai famosa in tutto il mondo che mette a confronto team rivali formati da giovani Cardiologi under 35 provenienti dalle migliori Cardiologie dei Chapter della stessa ACC. Approdata in Italia nel 2016 grazie alla lungimirante iniziativa del Dott. Michele Massimo Gulizia, nella sua posizione di Governatore dell'Italy Chapter dell'American College of Cardiology, ha debuttato al Congresso Nazionale ANMCO a Rimini nel 2017, ricevendo un consenso e un successo tale da diventare, a grande richiesta, un'immane appuntamento fisso nel corso del Congresso Nazionale della nostra Associazione. L'ultima gara in ordine di tempo svoltasi in Italia è quella che ha avuto luogo il 15 dicembre 2018 a Roma durante il Congresso Nazionale della Società Italiana di Cardiologia. Con la moderazione del Dottor Michele Gulizia e della Dott.ssa Fabiana Lucà, Chairperson dell'Area Giovani ANMCO 2017-2018, e con la straordinaria partecipazione del Presidente dell'ACC Dottor Michael Valentine, anche questa edizione è stata intensamente partecipata e combattuta dai giovani Cardiologi italiani. L'obiettivo che ciascuna competizione si è posto è stato di selezionare Cardiologi under 35



Michele Massimo Gulizia, MD, FESC, FACC, Governor American College of Cardiology, Italy Chapter, Presidente Fondazione per il Tuo cuore, C. Michael Valentine, MD, FACC, Presidente American College of Cardiology, Fabiana Lucà, MD, PhD, FESC, Co-Chairperson Area Management & Qualità ANMCO.

per partecipare alla gara finale che si svolge ogni anno durante il congresso dell'American College of Cardiology negli USA e che vede sfidarsi giovani provenienti da ogni parte del globo. Questa adrenalinica gara senza confini, che appassiona i Cardiologi di tutto mondo, riprende il format del "Jeopardy!" il gioco televisivo famoso negli USA, il nostro "Rischiattutto" italiano, ma con competenza cardiologica. Lo show americano, debuttato sulla rete NBC nel lontano 1964, ha una storia oramai decennale. Proprio come il Super Quizzone d'oltre Oceano, nella Jeopardy Game Session la corretta e tempestiva risposta ad ogni singola domanda può fare la differenza sulla vittoria finale, poiché millesimi di secondi

possono cambiare il risultato. La Jeopardy stimolando una costruttiva rivalità tra i partecipanti si presenta come una competizione al cardiopalmo, basata su prontezza di riflessi e velocità di pensiero ed è occasione per dimostrare le proprie finissime conoscenze nei molteplici ambiti della Cardiologia, spaziando dalle cardiopatie congenite all'elettrofisiologia alla farmacologia ed all'emodinamica. I brillanti vincitori delle edizioni ANMCO della Jeopardy Game Session sono stati Raffaele Abete, Dario Pellegrini e Domenico Sirico nel 2017 e Raffaele Abete, Dario Pellegrini e Filippo Zilio nel 2018. Tutti gli under 34 che prenderanno parte al Congresso ANMCO 2019 sono invitati a partecipare alla nuova edizione del super quizzone con l'auspicio di vincere e di essere selezionati per entrare a far parte della squadra che rappresenterà l'Italia all'ACC 2020. Come un vero e proprio Talent Show, uno degli scopi principali è infatti portare alla ribalta le più brillanti menti dei giovani Cardiologi italiani dando loro l'opportunità di essere conosciuti ed apprezzati in tutto il panorama cardiologico italiano, in linea con la politica a favore dei giovani da sempre sostenuta e portata avanti da ANMCO a partire dalla presidenza Gulizia e perpetrata ancor oggi dall'attuale Presidente Gabrielli. Buona fortuna a tutti! ♥



IL D.M. 70.2015 A che punto siamo?

<<Il futuro è molto aperto, e dipende da noi, da noi tutti.

Dipende da ciò che voi e io e molti altri uomini fanno e faranno, oggi, domani e dopodomani.

E quello che noi facciamo e faremo dipende a sua volta dal nostro pensiero e dai nostri desideri, dalle nostre speranze e dai nostri timori.

Dipende da come vediamo il mondo e da come valutiamo le possibilità del futuro che sono aperte>>.

(Karl Popper)

Nell'autunno del 2018 l'ANMCO ha promosso una indagine sullo stato di attuazione del Decreto 2 aprile 2015, n. 70. Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera. (GU n. 127 del 4 - 6 - 2015). La modalità di realizzazione della indagine si è basata sulla somministrazione ai Presidenti Regionali e/o a qualche componente del Direttivo Nazionale ANMCO di un questionario riportato nelle Figure 1 e 2. Come è noto il D.M. 2 aprile 2015, n. 70 ridefinisce la rete ospedaliera sulla base di uno standard di 3,7 p.l. per mille abitanti di cui il 3 p.l. per mille abitanti per gli acuti e lo 0,7 p.l. per mille abitanti per riabilitazione e lungodegenza, con conseguente riduzione dell'offerta ospedaliera dai 1.393 istituti di ricovero censiti nel 2015 a 777, con disattivazione di 616 presidi

ospedalieri. Gli Ospedali vengono classificati in Ospedali sede di DEA di II livello, Ospedali sede di DEA di I livello e Ospedali di base sede di P.S. sulla base di ben definiti bacini di utenza in rapporto alla densità della popolazione; a parte vengono considerati gli Ospedali per zona disagiata e gli Ospedali di comunità. Si introduce il concetto di bacino di utenza per specialità e per volumi di attività (Figura 3). L'area cardiovascolare è pesantemente penalizzata: le Cardiologie passano dalle 823 del 2015 a 242, le UTIC da 402 a 242, le emodinamiche da 249 a 143, con conseguente cancellazione della riabilitazione e del dipartimento cardiovascolare e semplificazione dei sistemi delle reti in Cardiologia (Figura 4). In riferimento allo stato di attuazione del D.M. 70/2015 tutte le Regioni hanno adottato provvedimenti di recepimento delle prescrizioni del decreto. In particolare il 40 % delle Regioni ha previsto una



ANMCO

ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDIOLOGI OSPEDALIERI

Via La Marmorata, 36 - 50121 Firenze
www.anmco.it - e mail segreteria@anmco.it
 Tel. 055 51011 - Fax 055 5101350

AI PRESIDENTI REGIONALI ANMCO

Il 4 giugno 2015 veniva pubblicato il DECRETO 2 aprile 2015, n. 70. Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera (GU n. 127 del 4-6-2015)

Ti preghiamo di rispondere a due brevi quesiti sullo stato di applicazione nella tua regione del decreto

La tua regione (specificare regione) ha adottato un provvedimento di razionalizzazione della rete ospedaliera:

- NO
 SI

Se SI il provvedimento prevede:

- Una riduzione del numero delle S.C. di Cardiologia
 Un aumento del numero delle S.C. di Cardiologia
 Una invarianza del numero delle S.C. di Cardiologia
- Una riduzione del numero delle UTIC
 Un aumento del numero delle UTIC
 Una invarianza del numero delle UTIC
- Una riduzione del numero delle Emodinamiche
 Un aumento del numero delle Emodinamiche
 Una invarianza del numero delle Emodinamiche
- Una riduzione del numero delle Cardiochirurgie
 Un aumento del numero delle Cardiochirurgie
 Una invarianza del numero delle Cardiochirurgie
- Una riduzione del numero delle Cardiologie Riabilitative
 Un aumento del numero delle Cardiologie Riabilitative
 Una invarianza del numero delle Cardiologie Riabilitative
- Una riduzione del numero dei Dipartimenti Cardiovascolari
 Un aumento del numero dei Dipartimenti Cardiovascolari
 Una invarianza del numero dei Dipartimenti Cardiovascolari
- La implementazione della Rete Integrata di Assistenza Cardiologica per la Urgenza-Emergenza
 La implementazione della Rete Integrata di Assistenza Cardiologica per l'IMA
 La implementazione della Rete Integrata di Assistenza Cardiologica per lo Scopenso Cardiaco
 La implementazione della Rete Integrata di Assistenza Cardiologica per la Elettrostimolazione e le emergenze aritmiche
 La implementazione della Rete Integrata di Assistenza Cardiologica per la Riabilitazione CV
 La implementazione della Rete Integrata di Assistenza Cardiologica per la Nuova Cronicità



A distanza di tre anni nella Tua Regione si è realizzata:

- Una riduzione del numero delle S.C. di Cardiologia
- Un aumento del numero delle S.C. di Cardiologia
- Una invarianza del numero delle S.C. di Cardiologia

- Una riduzione del numero delle UTIC
- Un aumento del numero delle UTIC
- Una invarianza del numero delle UTIC

- Una riduzione del numero delle Emodinamiche
- Un aumento del numero delle Emodinamiche
- Una invarianza del numero delle Emodinamiche

- Una riduzione del numero delle Cardiochirurgie
- Un aumento del numero delle Cardiochirurgie
- Una invarianza del numero delle Cardiochirurgie

- Una riduzione del numero delle Cardiologie Riabilitative
- Un aumento del numero delle Cardiologie Riabilitative
- Una invarianza del numero delle Cardiologie Riabilitative

- Una riduzione del numero delle Cardiologie Riabilitative
- Un aumento del numero delle Cardiologie Riabilitative
- Una invarianza del numero delle Cardiologie Riabilitative

- Una riduzione del numero dei Dipartimenti Cardiovascolari
- Un aumento del numero dei Dipartimenti Cardiovascolari
- Una invarianza del numero dei Dipartimenti Cardiovascolari

La implementazione della Rete Integrata di Assistenza Cardiologica per la Urgenza-Emergenza

- con copertura del 100 % del territorio
- con copertura del 75% del territorio
- con copertura del 50% del territorio
- con copertura del 25 % del territorio
- con nessuna copertura del territorio

La implementazione della Rete Integrata di Assistenza Cardiologica per l'IMA

- con copertura del 100 % del territorio
- con copertura del 75% del territorio
- con copertura del 50% del territorio
- con copertura del 25 % del territorio
- con nessuna copertura del territorio

La implementazione della Rete Integrata di Assistenza Cardiologica per lo Scoppio Cardiaco

- con copertura del 100 % del territorio
- con copertura del 75% del territorio
- con copertura del 50% del territorio
- con copertura del 25 % del territorio
- con nessuna copertura del territorio

La implementazione della Rete Integrata di Assistenza Cardiologica per la Elettrostimolazione e le emergenza aritmiche

- con copertura del 100 % del territorio
- con copertura del 75% del territorio
- con copertura del 50% del territorio
- con copertura del 25 % del territorio
- con nessuna copertura del territorio

La implementazione della Rete Integrata di Assistenza Cardiologica per la Riabilitazione Cardiovascolare

- con copertura del 100 % del territorio
- con copertura del 75% del territorio
- con copertura del 50% del territorio
- con copertura del 25 % del territorio
- con nessuna copertura del territorio

La implementazione della Rete Integrata di Assistenza Cardiologica per la Nuova Cronicità

- con copertura del 100 % del territorio
- con copertura del 75% del territorio
- con copertura del 50% del territorio
- con copertura del 25 % del territorio
- con nessuna copertura del territorio

Figura 2

riduzione delle Cardiologie ed il 45 % ha previsto una riduzione delle UTIC; ad ottobre 2018 il 30 % delle Regioni ha realizzato una riduzione delle Cardiologie e delle UTIC, con diverse sfumature territoriali (Figura 5). Lo stesso discorso vale sostanzialmente per le Emodinamiche e il Dipartimento Cardiovascolare (Figura 5 e 6). Per la Riabilitazione C.V., nonostante il D.M. ne prevedesse la cancellazione, la maggioranza delle Regioni ha optato per il mantenimento dello status quo (Figura 6). In controtendenza la Cardiocirurgia, nonostante il 10 % delle Regioni ne avessero previsto una riduzione, ad ottobre 2018 il 5% delle Regioni ha realizzato un aumento delle Cardiocirurgie (Figura 6). Particolarmente delicata è la situazione delle reti cardiologiche: al momento risultano implementate le reti per la emergenza-urgenza e per l'infarto mentre rimangono al palo le Reti per lo Scopenso Cardiaco, per la Riabilitazione C.V., per le Emergenze Aritmiche e la Elettrostimolazione nonché la rete per la Nuova Cronicità C.V. Rimangono sostanzialmente sospesi una serie di provvedimenti previsti dal DM 70 relativi a:

- Impatto dei Volumi e degli Esiti sulla organizzazione.
- Elaborazione ed implementazione delle LL GG per i Ricoveri.
- Implementazione del Governo Clinico.
- Definizione delle Dotazioni

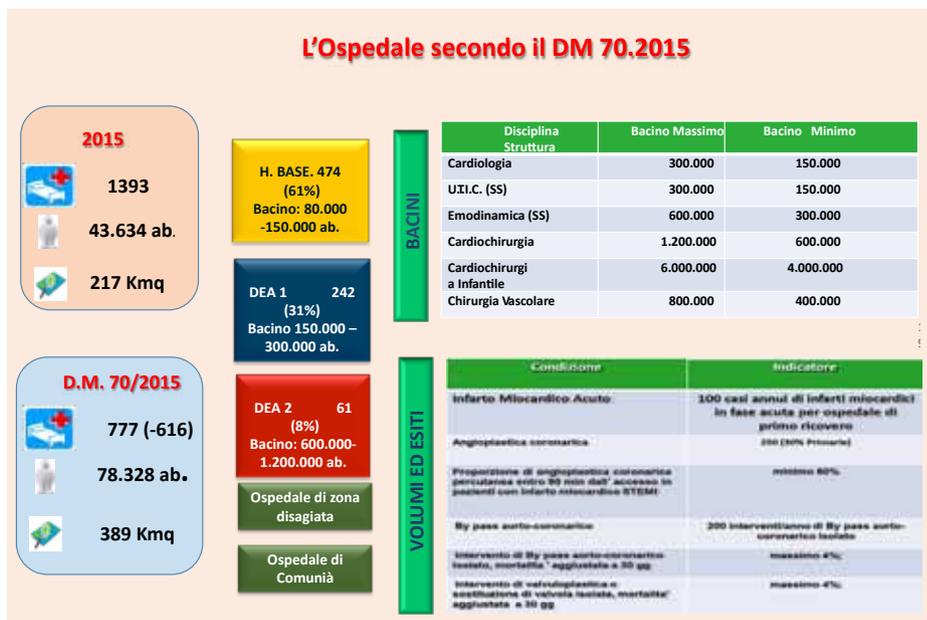


Figura 3

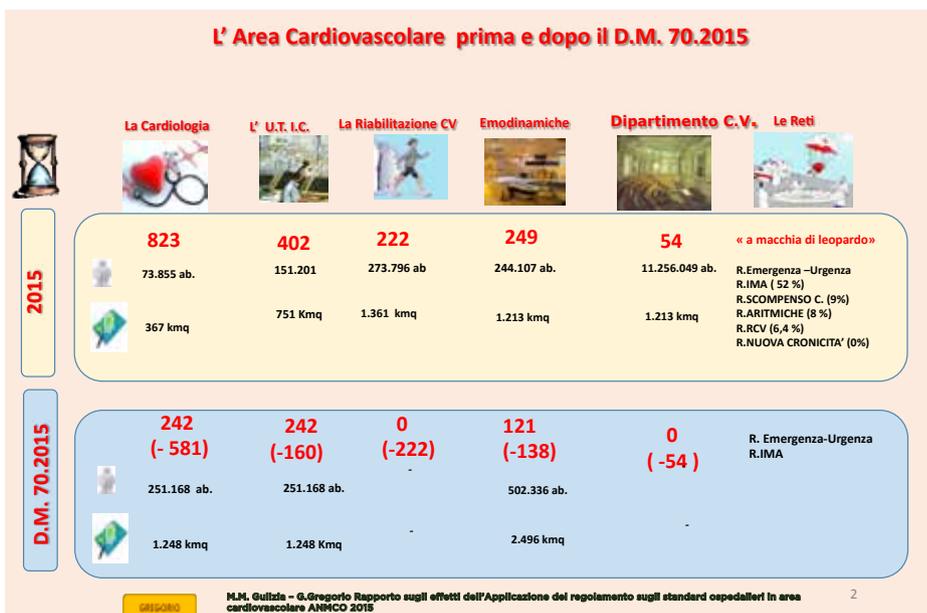


Figura 4



organiche.

- Definizione delle Dotazioni tecnologiche.

- Definizione degli Standard di Sicurezza.

- Definizione dei Requisiti Strutturali.

In conclusione:

- Il processo di riduzione delle Strutture di Cardiologia ed UTIC è già in atto ed interessa il 30% delle Regioni, (più al Centro, rispetto a Sud e Nord), quello delle Emodinamiche interessa il 10% delle Regioni, (tutte al centro).

- Per la Riabilitazione C.V. interessa il 5% delle Regioni, che nella maggioranza dei casi confermano la status quo.

- In controtendenza la Cardiochirurgia per la quale si registra un aumento nel 5% delle Regioni.

- Per il Dipartimento CV si registra una riduzione nel 15 % delle Regioni (più al Centro rispetto a Nord e Sud).

- La Rete per la Emergenza-Urgenza è stata implementata nel 100 % delle Regioni, con una copertura territoriale del 100% del territorio nell'80 % delle Regioni.

- La Rete per l'IMA è stata implementata nel 100 % delle Regioni. Con una copertura territoriale del 100% del territorio nell'80 % delle Regioni. Le altre Reti sono al palo. ♥

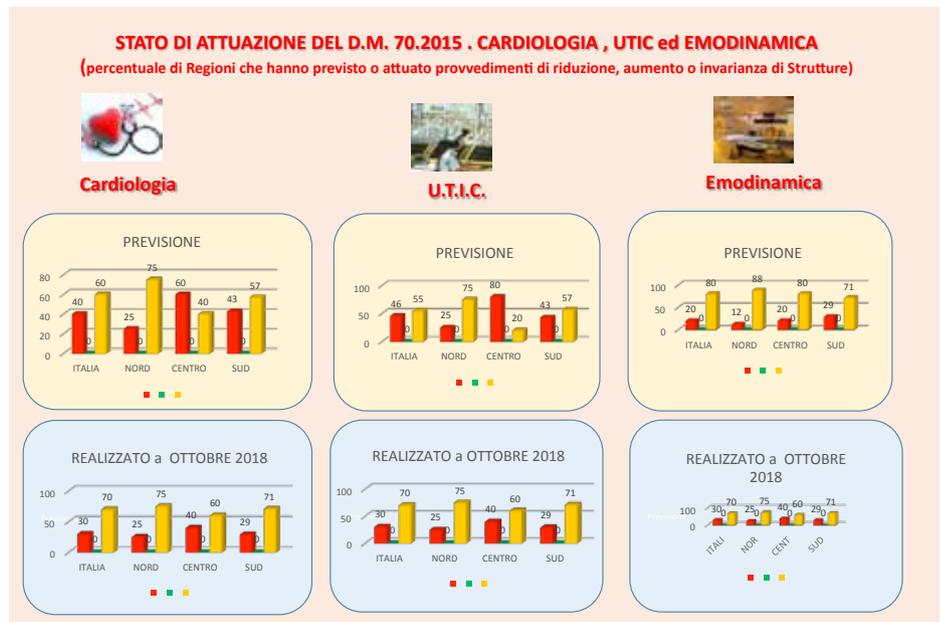


Figura 5

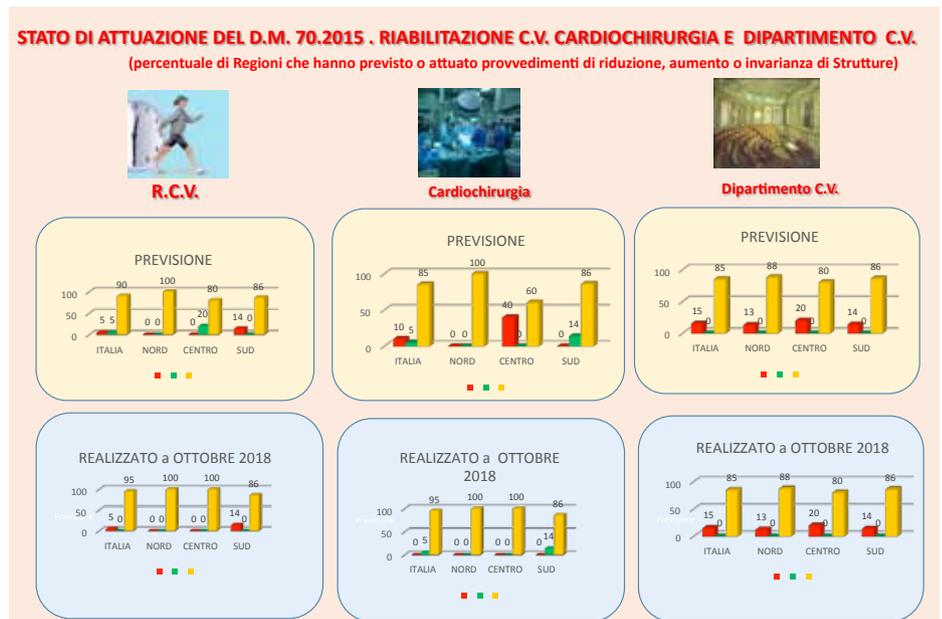


Figura 6



REFERENTI TASK FORCE

CARDIOGERIATRIA

**GIUSEPPE ZUCCALÀ**

Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli - Roma

www.anmco.it/pages/entra-in-anmco/aree-anmco/task-force-cardiogeriatra

CARDIOLOGIA DI GENERE

**DANIELA PAVAN**Ospedale di S. Vito al Tagliamento San Vito al Tagliamento
Pordenonewww.anmco.it/pages/entra-in-anmco/aree-anmco/task-force-cardiologia-di-genero

CARDIOLOGIA PEDIATRICA

**MARIA GIOVANNA RUSSO**

AORN Ospedale dei Colli - PO Vincenzo Monaldi - Napoli

www.anmco.it/pages/entra-in-anmco/aree-anmco/task-force-cardiologia-pediatria

CARDIOMETABOLICA

**EDOARDO GRONDA**

IRCCS Policlinico Multimedica - Sesto San Giovanni (MI)

www.anmco.it/pages/entra-in-anmco/aree-anmco/task-force-cardiometabolica

CARDIONCOLOGIA

**IRMA BISCEGLIA**

Ospedale San Camillo - Roma

www.anmco.it/pages/entra-in-anmco/aree-anmco/task-force-cardioncologia

CARDIONEUROLOGIA

**STEFANO STRANO**

Policlinico Umberto I - Roma

www.anmco.it/pages/entra-in-anmco/aree-anmco/task-force-cardioneurologiaRESPONSABILITÀ
PROFESSIONALE E
SICUREZZA DELLE CURE**GIOVANNI GREGORIO**

Ospedale San Luca - Vallo della Lucania (SA)

www.anmco.it/pages/entra-in-anmco/aree-anmco/task-force-responsabilita-professionale



La “transizione” dall’Ospedale Pediatrico verso l’Ospedale dell’adulto non significa solo il trasferimento dei pazienti, ma è un percorso complesso che deve essere adeguatamente strutturato

Cardiopatie Congenite: quando i bambini diventano adulti

In assenza di un percorso di “transizione” strutturato molti pazienti sono persi al follow-up, con potenziali gravi conseguenze sulla prognosi a distanza

Grazie ai progressi della Cardiologia Interventistica e della Cardiocirurgia Pediatrica, la prognosi dei bambini nati con Cardiopatia Congenita (CC) è drasticamente cambiata, e la maggioranza sopravvive fino all’età adulta; la popolazione adulta con CC (GUCH, secondo l’acronimo inglese coniato da Jane Somerville: Grown-Up Congenital Heart) è in continua crescita numerica, con un incremento del 5% annuo. La popolazione GUCH ha una prevalenza

nel mondo occidentale del 5:1000 ed accanto al numero aumenta anche l’età media dei pazienti nonché la percentuale di portatori di CC complesse, spesso sottoposti a uno o più interventi e/o procedure interventistiche ⁽²⁾. All’aumentata sopravvivenza si associa nella maggioranza dei casi un miglioramento della qualità di vita, che rende oggi la condizione del bambino e del giovane adulto con CC molto diversa da quella descritta nella famosa poesia-canzone di Fabrizio De André.

Un malato di cuore

[...] Da ragazzo spiare i ragazzi giocare al ritmo balordo del tuo cuore malato e ti viene la voglia di uscire e provare che cosa ti manca per correre al prato, e ti tieni la voglia, e rimani a pensare come diavolo fanno a riprendere fiato.

Da uomo avvertire il tempo sprecato a farti narrare la vita dagli occhi e mai poter bere alla coppa d'un fiato ma a piccoli sorsi interrotti. [...]

Fabrizio De André

La maggior parte di questi pazienti non sono tuttavia “guariti” e richiedono controlli medici che devono protrarsi per tutta la vita. Questo pone due ordini di problemi: da un lato la formazione del Cardiologo dell’adulto, che si trova spesso in difficoltà di fronte a complicanze e problematiche tipiche della popolazione GUCH, per lui inconsuete; dall’altro una adeguata preparazione dell’adolescente o giovane adulto con CC e della famiglia al momento del distacco dall’Ospedale Pediatrico. In assenza di un percorso di transizione adeguato verso le strutture dell’adulto circa la metà degli adolescenti risultano “persi al follow-up”: questi pazienti sono più esposti ad un deterioramento emodinamico e a complicanze cardiovascolari che possono richiedere un intervento cardiocirurgico in urgenza ⁽³⁾. Le conseguenze negative sulla prognosi dell’abbandono del follow-up sono particolarmente evidenti nei pazienti con CC più complesse, come ad esempio i pazienti nati con cuore univentricolare e corretti con circolazione di Fontan. Anche se le CC, per la loro numerosità e per l’eterogeneità dei quadri, rappresentano la popolazione cardiologica pediatrica principale per la quale prevedere la transizione verso l’Ospedale dell’adulto, lo stesso processo dovrebbe essere considerato anche per altri sottogruppi,

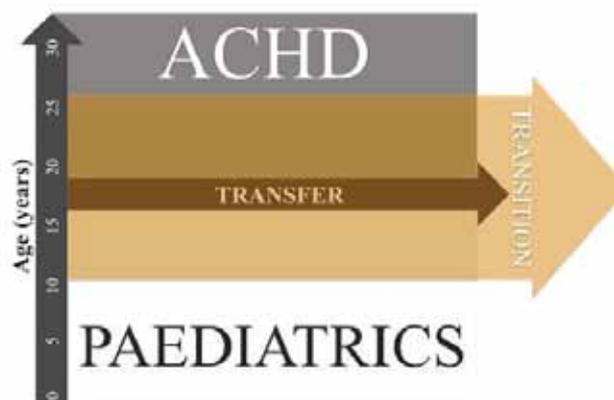


Figura 1

ad esempio per gli adolescenti portatori di Cardiomiopatia. La transizione non è un semplice trasferimento (“Transfer”, Figura 1). In realtà il trasferimento rappresenta un aspetto facoltativo (anche se generalmente prima o poi inevitabile) del processo di transizione (“Transition”, Figura 1), che deve essere previsto anche per i pazienti più giovani che continuano ad essere seguiti presso gli ambulatori di Cardiologia Pediatrica, come avviene spesso in Italia in assenza di strutture GUCH dedicate. Secondo le Linee Guida AHA/ACC ⁽⁴⁾ il processo di transizione inizia già a partire dai 12 anni, quando il Cardiologo pediatrico dovrebbe cominciare ad affrontare direttamente con l’adolescente temi come il corretto stile di vita (non fumare, evitare l’uso di droghe, praticare un’attività fisica regolare adeguata alla propria condizione),

l’aderenza alle indicazioni mediche ecc. Si passa quindi progressivamente da un’assistenza “family centered”, tipica della Cardiologia Pediatrica ad un rapporto diretto con il giovane paziente, che deve comprendere gradualmente le caratteristiche della propria cardiopatia, e le eventuali limitazioni che essa comporta. Tuttavia non è sempre facile stabilire qual è il cut off di età dopo il quale si debba trasferire il paziente presso una struttura non più pediatrica. La transizione viene intesa proprio come un processo di accompagnamento degli adolescenti che varia da paziente a paziente a seconda della personalità di quest’ultimo, ma anche del contesto familiare e culturale nel quale egli/ella vive. Anche se sono riportate in letteratura raccomandazioni su come realizzare la “transition”, esistono nella pratica modelli



diversi, che sono legati alle diverse realtà, alle politiche sanitarie e, non ultime, alle risorse economiche disponibili. Deve essere comunque previsto un sistema di monitoraggio che misuri l'efficacia del processo. L'informazione dei giovani pazienti circa la propria cardiopatia è un elemento essenziale del percorso: idealmente gli adolescenti dovrebbero comprendere l'anatomia e la fisiologia del cuore normale, e le caratteristiche del proprio cuore. Questo può aiutare a capire e ad accettare eventuali limitazioni, che possono riguardare per esempio l'attività fisica e sportiva. L'informazione riguarda obbligatoriamente anche aspetti sociali: i problemi relativi alla sessualità, alla contraccezione, ad eventuali rischi connessi ad una futura gravidanza richiedono un counselling esauriente e sincero da parte del medico, anche se ovviamente adeguato all'età della giovane paziente. L'informazione diventa quindi ancora una volta relazione tra medico, infermiere specializzato e paziente e inizialmente famiglia del paziente. Diventa quindi necessario sviluppare percorsi assistenziali multidisciplinari, soprattutto per i pazienti più complessi, come quelli con circolazione di Fontan, o con CC complicate da ipertensione polmonare, ma anche per le cardiopatie semplici che possono a volte essere percepite come molto più invalidanti di quello che sono in realtà. Il successo del processo di transizione dipende

da più fattori: prima di tutto è importante la consapevolezza da parte del paziente della necessità del follow-up presso un centro con esperienza nel trattamento delle CC, ma anche la percezione del rischio di complicanze connesse alla cardiopatia, un'anamnesi positiva per più interventi cardiocirurgici in età pediatrica e la presenza di comorbidità sembrano essere correlati ad una maggiore aderenza ai controlli. Un altro fattore rilevante è costituito dal tipo di organizzazione sanitaria. L'accesso gratuito alle cure, garantito in Italia dal Servizio Sanitario Nazionale, favorisce sicuramente i programmi di follow-up. Tuttavia è evidente, pur in assenza di dati numerici precisi, che anche in Italia molti pazienti portatori di CC complesse non sono seguiti presso Centri esperti, e arrivano ai DEA degli Ospedali Generali per urgenze cardiologiche o extracardiache. Appare quindi necessario investire sulla formazione dei Cardiologi dell'adulto, che dovrebbe partire dal periodo universitario (Facoltà di Medicina e soprattutto Scuola di Specializzazione in Cardiologia) e proseguire successivamente anche nel corso della vita professionale. La stretta collaborazione, che si è rafforzata degli ultimi anni, fra la Società Italiana di Cardiologia Pediatrica (SICP) e ANMCO e che si concretizza in progetti comuni (dal Registro Italiano GUCH a percorsi diagnostico-terapeutici e a simposi congiunti nei Congressi Nazionali delle due

Società) è la dimostrazione di queste nuove esigenze formative e assistenziali. L'idea è quella di fotografare la realtà del nostro territorio per poi trarne spunto per avviare processi di formazione dei Cardiologi, identificare gli Hub ma soprattutto gli Spoke nelle varie regioni italiane e mettere in atto percorsi di transizione con figure multidisciplinari coinvolte nel processo di passaggio dall'età pediatrica all'età adulta.

Bibliografia

- 1) Moons P, Bovijn L, Budts W, Belmans A, Gewillig M. Temporal trends in survival to adulthood among patients born with congenital heart disease from 1970 to 1992 in Belgium. *Circulation*. 2010; 2264-72.
- 2) Van der Linde D, Konigs E, Slager M, Witsenburg M, Helbing W, Takkenberg J, Roos-Hesselink J Birth Prevalence of Congenital Heart Disease Worldwide. *JACC* 58 (21) 2241-2247.
- 3) Wray J, Frigiola A, Bull C et al: Adult Congenital Heart Disease Research N. Loss to specialist follow-up in congenital heart disease; out of sight, out of mind. *Heart* 2013; 99: 485-90.
- 4) Sable C, Foster E, Uzark K et al: Best practices in management transition to adulthood for adolescents with congenital heart disease: the transition process and medical and psychosocial issues: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation* 2011; 123:1454-85.
- 5) Uzark K, Wray J: Young people with congenital heart disease - Transition to adult care. *Progr Pediatr Cardiol* 2018; 48: 68-74.
- 6) Dimopoulos K, Favoccia C, Shaughnessy L, Rafael A-G: The Adolescent and transition to adulthood. *Progr Pediatr Cardiol* 2018, in press.
- 7) Du Plessis K, Culnane E, Peters R, d'Udakem Y: Adolescents and parents perspectives prior to involvement in a Fontan transition program. *Int J Adolesc Med Health* 2017, e-pub ahead of print.



La “bomba demografica ad orologeria” annunciata dal BMJ nel 1997 è esplosa e sta stravolgendo la società e la medicina

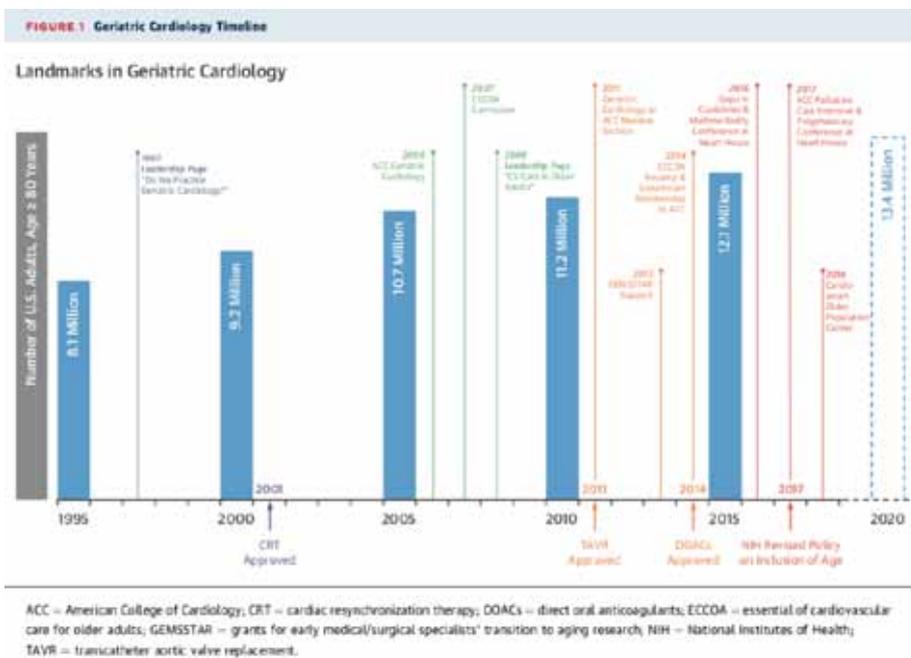
Alleanza Cardiologo/Geriatra: la sola risposta possibile all'invecchiamento della popolazione

Cosa ci fa un geriatra tra i Cardiologi?

Nel 1997 un editoriale del BMJ denunciava la presenza in Europa di una “bomba ad orologeria” demografica, che sarebbe esplosa dopo il 2005 per la crescente irruzione nell’età avanzata della generazione dei “baby boomers”. Tale deflagrazione avrebbe mutato le società e, di conseguenza, le organizzazioni sanitarie; il trend in più rapido incremento era quello dell’Italia. Oggi sappiamo che la transizione verso una società geriatrica continuerà nei prossimi anni e riguarderà soprattutto i grandi anziani: le proiezioni del 2010 delle Nazioni Unite prevedono sino al 2050 un aumento dei soggetti di età 65+ del 188%, degli 85+ del 351% e degli ultracentenari del 1004%. Questa realtà si riflette già nell’aspetto dei reparti di Cardiologia, UTIC e persino di Cardiochirurgia, sempre più simili a reparti di Geriatria. Pochi giorni fa la storica caposala dell’UTIC del Gemelli, ancora tutta pepe (da quanti anni

ci conosciamo? Meglio non fare il conto...) mi ha confidato “Prof, ho dovuto far montare altri due armadi a parete per i farmaci: questi pazienti prendono un sacco di medicine, hanno delle SUT (le nostre schede di terapia, n.d.A.) che sembrano gli elenchi della Telecom”. Già, la politerapia è uno degli argomenti “caldi” della complessità in Geriatria: negli anziani il rischio di reazioni avverse cresce linearmente con il numero di farmaci assunti, e nelle Geriatriche italiane un anziano con scompenso cardiaco, a causa della comorbidità, in media ne assume 11. Non a caso, negli USA la mortalità per reazioni avverse da farmaci negli ultrasessantacinquenni nel periodo 1990-2016 è stata 20 volte superiore a quella dei soggetti più giovani. Nel Policlinico Gemelli, dove lavoro, così come in tutto il mondo, i geriatri stanno entrando nell’organico di vari reparti specialistici (Ortopedia e Traumatologia, Oncologia, Neurologia, Chirurgie oncologiche,

ecc); in effetti, la Geriatria è la specialità della complessità, non solo e non necessariamente degli anziani. Ad esempio, al Day Hospital di Geriatria del Policlinico Gemelli afferiscono ogni anno circa 250 pazienti con sindrome di Down, anche in età giovanile, ma resi fragili dalla presenza di patologie neurologiche, cardiopatie congenite, deficit visivi, ecc. Ma cosa ci fa un geriatra tra i Cardiologi dell’ANMCO? Un recente studio su JAMA ha dimostrato che i Cardiologi sono tra gli specialisti i cui pazienti presentano la maggiore complessità in termini di patologie associate, numero di farmaci assunti, presenza di deficit cognitivo, durata della degenza, mortalità, ecc. Rifacendoci alla realtà italiana, osserviamo che molte scuole di Geriatria sono nate e cresciute in ambito cardiologico, anche intensivistico. Nel 1997 in un editoriale su JACC intitolato “Do We Practice Geriatric Cardiology? Yes and No” l’Editor-in-Chief Parmley osservava che, di fatto, i Cardiologi



si occupavano già di pazienti in gran parte geriatrici, senza peraltro possedere la competenza necessaria per la gestione della loro complessità. Auspicava quindi che la formazione dei Cardiologi includesse un training in Geriatria per formarli nella valutazione multidimensionale, nel coordinamento di gruppi multidisciplinari, nella valutazione e gestione degli aspetti psicosociali, economici e farmacologici, nonché nella prevenzione dei loro pazienti anziani fragili. Nel 2018 un secondo editoriale della stessa rivista intitolato “Geriatric Cardiology - Two decades of progress and strategy for the future” ha fatto il punto dei progressi e degli obiettivi della Cardiologia geriatrica vent’anni dopo l’editoriale lungimirante di Parmley. Nel 2008 la Society of Geriatric Cardiology si è sciolta, divenendo una sezione costitutiva dell’American College of Cardiology; nel documento l’ACC

viene definita la “casa professionale” della Cardiologia geriatrica. A partire da quel momento, è stato sviluppato un programma a tappe successive (Figura 1), incardinato sui due pilastri della formazione e della ricerca, mirato al raggiungimento ed allo sviluppo di quattro obiettivi:

- 1) “Professional home”, finalizzata alla convergenza delle competenze di Cardiologi, Geriatri, Palliativisti e Farmacologi per la formazione di gruppi di lavoro che si occupano di formazione e training, soprattutto dei giovani, nonché di ricerca;
- 2) “Actionable knowledge”, che mira a fornire istruzioni direttamente utilizzabili in ambito clinico, stendendo linee guida comuni e favorendo la formazione curriculare di esperti. Uno solo dei corsi implementati, denominato “ECCOA” (Essentials of Cardiac Care for Older Adults) ha formato e certificato in due tornate circa 1.000 professionisti

con un core curriculum in cura dell’adulto anziano con patologia cardiovascolare;

- 3) “Care delivery”, che si occupa della fornitura di servizi di palliazione e di educazione ai pazienti con patologia cardiovascolare. In quest’ambito l’ACC ha integrato nei propri percorsi assistenziali i principi sviluppati dai geriatri riassunti nelle “4 S” (Medication, Mentation, Mobility, Matters Most);
- 4) “Innovation and organizational sustainability”, che si occupa dello sviluppo della geroscienza per la ricerca in ambito di adattamento allo stress, epigenetica, infiammazione, danno macromolecolare, metabolismo, proteostasi e cellule staminali e rigenerazione. In particolare, sono stati sviluppati dei grant per la formazione di giovani professionisti dell’assistenza all’anziano con patologia cardiovascolare. Questo negli USA. In Italia l’annosa difficoltà nel reperimento dei finanziamenti rende più difficile un percorso che non è comunque evitabile né dilazionabile. Sono certo che l’ANMCO diverrà la casa della Cardiologia geriatrica italiana; e sono certo che tramite la collaborazione all’interno della Task Force di Cardiogeriatrics, cui dedicherò tutte le mie forze, assumerà il ruolo che le compete in ambito di formazione e ricerca delle nuove generazioni di professionisti specializzati nell’assistenza agli anziani complessi con patologia cardiovascolare. ♥



Sindrome Cardiometabolica e Insulino Resistenza, un matrimonio sconveniente per Cuore e Rene

Nel 1998 la World Health Organization (WHO) ha definito con l'appellativo di Sindrome Cardio-Metabolica (SCM) una condizione clinica caratterizzata dai seguenti fattori: iperglicemia, insulino-resistenza, obesità viscerale, ipertensione arteriosa, stato pro-infiammatorio, dislipidemia aterogena, stato pro-trombotico (Tabella I)⁽¹⁾. Con questa definizione la Medicina ufficiale ha sancito che le alterazioni metaboliche costituiscono elementi causali e di aggravamento delle malattie cardiovascolari e ne condizionano l'esito. L'obesità viscerale che in Italia è presente nel 25% della popolazione adulta è il più potente indicatore della SCM. I più recenti dati italiani indicano una prevalenza dell'obesità viscerale nel 24% nei maschi e nel 37% delle femmine adulte, tenendo come valore cut-off di circonferenza addominale rispettivamente 102 e 88 cm⁽²⁾. La SCM è una condizione clinica molto complessa che non solo predispone ad eventi cardiovascolari maggiori, ma che aumenta anche il rischio di gravi, concorrenti patologie neoplastiche⁽³⁾. L'aggravamento della sindrome dipende maggiormente dalla

presenza d'iperglicemia protratta, frequentemente conseguente all'insulino-resistenza (IR). Queste due condizioni costituiscono le cause preminenti della progressione della SMC e delle sue conseguenze cliniche. In particolare l'insulino-resistenza è il "primum movens" dei meccanismi patogenetici che colpiscono il cuore a livello del macro e del micro circolo, non che a livello metabolico cellulare. L'IR è definita come una condizione in cui concentrazioni normali d'insulina producono una risposta biologica inferiore alla norma. Questa definizione comprende i due aspetti dell'IR: la minore sensibilità e la ridotta azione dell'insulina che, nella pratica clinica, sono sempre tra loro associate e concorrono a determinare valori glicemici alterati. È da tenere in considerazione che la rilevanza dell'IR nel quadro clinico del soggetto diabetico è tanto significativa da condizionare la classificazione della malattia in due varianti, una senza significativa IR ed una con significativa IR, quale espressione fisiopatologica dominante che determina la prognosi più sfavorevole. Nei portatori di diabete mellito l'IR si collega ad una probabilità tre

volte più alta di subire l'infarto o l'ictus ed a una probabilità più che doppia di morire per coronaropatia, rispetto a coloro che non hanno il diabete. Ciò è in buona parte ricollegabile all'elevata concentrazione di fibrinopeptide nel sangue e nelle urine quale espressione dell'attivazione della trombina presente in vivo. Inoltre nei diabetici è presente un'aumentata adesività piastrinica che è da mettere in relazione alla glicazione delle proteine di membrana per la loro persistente esposizione a valori glicemici elevati⁽⁴⁾.

L'insulino-resistenza è una conseguenza dell'attivazione simpatica?

Un'elevata attivazione del sistema nervoso simpatico è costantemente presente nei soggetti con IR, tuttavia l'associazione tra insulina e l'attivazione nervosa simpatica è fisiologicamente complessa. L'incremento dell'insulina circolante può causare un aumento regionale dell'attività simpatica, ma la vasocostrizione mediata dal simpatico sulla perfusione del muscolo scheletrico sembrerebbe antagonizzare l'effetto nell'assorbimento del glucosio da parte delle miocellule. Questo dato



farebbe ritenere l'iperinsulinemia come la conseguenza piuttosto che la causa di attivazione simpatica, almeno nei soggetti obesi. Ciò sarebbe coerente con quanto osservato in soggetti sani, in cui l'aumento riflesso dell'attivazione del sistema nervoso simpatico a livello dell'avambraccio, determina una fisiologica risposta locale d'innalzamento della resistenza all'insulina⁽⁵⁾. Peraltro l'insulino-resistenza presente in soggetti non diabetici con scompenso cardiaco acuto farebbe, piuttosto, ritenere che l'aumento dell'attività simpatica e l'insulino-resistenza siano condizioni che s'inducono e si alimentano reciprocamente⁽⁶⁾.

L'insulino-resistenza è una condizione a rischio cardiovascolare anche nei soggetti non diabetici? La presenza di IR, valutata con HOMA index (HOMeostatic Model Assessment index), è stata indagata in diversi studi ed in particolare è stata analizzata in un'ampia coorte di soggetti di mezza età non diabetici. In questo studio l'IR ha dimostrato di essere associata ad un significativo incremento dell'incidenza d'infarto del miocardio e della mortalità cardiovascolare. Questo rischio non si è modificato dopo aggiustamento dell'analisi per confondenti quali il fumo, la bassa attività fisica e gli altri fattori inclusi nella definizione della SCM⁽⁷⁾.

L'insulino-resistenza è una condizione a rischio per l'insorgenza di scompenso cardiaco anche nei soggetti non diabetici?

A questa domanda è stata data una chiara risposta dallo studio

prospettico osservazionale Uppsala Longitudinal Study of Adult Men. In questa ricerca sono stati arruolati tra 1990 e il 1995, 1187 uomini non diabetici, di età >70 anni, senza precedenti di scompenso cardiaco o di malattia valvolare, ed il follow-up è stato continuato sino al dicembre 2002. In questa popolazione è stato misurato l'HOMA index insieme agli altri usuali fattori di rischio per l'insufficienza cardiaca. I risultati dello studio hanno indicato un aumento del 44% del rischio di scompenso cardiaco per l'aumento di una deviazione standard del valore glicemico a due ore dal test di tolleranza al glucosio orale, mentre l'aumento di una deviazione standard del tasso di smaltimento del glucosio (HOMA index) diminuiva il rischio per scompenso del 44%. L'aggiunta della co-variata HOMA index alle altre co-variate del modello statistico, eliminava la significatività di quest'ultime. Lo studio ha dimostrato il valore indipendente dell'IR nel determinare il rischio per l'insorgenza d'insufficienza cardiaca ed ha evidenziato come proprio l'IR potrebbe fungere da mediatore nell'associazione tra obesità e scompenso cardiaco⁽⁸⁾.

Le conseguenze cardiache dell'insulino-resistenza

L'insulino-resistenza si traduce nella minore disponibilità di glucosio nel ciclo metabolico cellulare del muscolo striato. Ciò ha particolare rilevanza nel muscolo cardiaco in quanto il metabolismo degli acidi grassi, del glucosio e, in misura minore, dei lattato e dei corpi chetonici coprono l'intero il fabbisogno energetico del cuore.

La resistenza all'azione dell'insulina comporta la compromissione dell'accesso del glucosio al ciclo cardio-metabolico, proprio quando esso costituirebbe il substrato energetico più appropriato come nel caso di brusco aumento del consumo di ossigeno indotto fisiologicamente dallo stress fisico o per azione patologica dall'ischemia miocardica. La presenza d'insulino-resistenza condiziona nel miocardiocita l'impiego prevalente del metabolismo degli acidi grassi, in alternativa al glucosio, per generare energia contrattile. Il cambiamento del substrato utilizzato induce l'attivazione dei geni embrionali coinvolti nel mantenere il metabolismo cellulare che viene orientato in modo crescente al cambiamento in atto, con il fine di preservare la funzione di pompa del cuore. I geni embrionali, tuttavia, esprimono una funzione metabolicamente incompleta nel fenotipo adulto. Come conseguenza nell'ambiente intracellulare si accumulano i residui incombusti dei glucidi e degli acidi grassi che interferiscono maggiormente con le proprietà della diastole cardiaca. Questa conseguenza spiega la precoce comparsa di disfunzione diastolica nei soggetti diabetici con sindrome metabolica e la prevalenza dell'insufficienza cardiaca a frazione d'eiezione preservata in questa popolazione^(9,10). Nel lungo termine, la variazione metabolica porta all'impiego degli acidi grassi come unico substrato metabolico. Ciò compromette la funzione mitocondriale della cellula miocardica, con conseguente

diminuzione dell'efficienza contrattile e comparsa di deficit sistolico nel cuore. Di seguito l'evoluzione dell'insufficienza cardiaca a bassa frazione d'eiezione diviene più rapida e meno sensibile alle cure come dimostrato dai dati degli studi controllati. La riprogrammazione metabolica dei miocardiociti comporta, inoltre, l'accumulo di specie reattive dell'ossigeno e l'attivazione di enzimi proteolitici, fattori di rapida progressione del danno cellulare che spiegano la maggiore vulnerabilità cardiaca nel soggetto con metabolismo glucidico compromesso e la peggiore prognosi connessa a qualunque condizione cardiaca manifesta: aritmia, ischemia, scompenso ^(9,10). Le conseguenze cardiache dell'IR, evidenziano la stringente necessità di affrontare in modo specifico il nodo cardio-metabolico. Ciò dovrà orientare il Cardiologo ad individuare con tempestività le conseguenze cardiache dell'IR e a stabilire interventi volti a ripristinare l'insulino sensibilità, piuttosto che a superare la resistenza con la somministrazione di dosi più alte d'insulina che già hanno dimostrato di produrre esiti sfavorevoli ⁽¹¹⁾.

Una nuova classe di antidiabetici orali sarà l'arma futura per curare lo scompenso cardiaco?

Nell'ottica di conseguire un migliore controllo glicemico, minimizzando gli effetti indesiderati del trattamento, è stato recentemente dato ampio spazio alla ricerca clinica in una innovativa classe di farmaci: gli

inibitori SGLT2. Queste molecole sono in grado di abbassare i livelli di glucosio nel sangue inibendo il riassorbimento del glucosio renale, con effetti indipendenti dall'azione dell'insulina. Gli inibitori SGLT2 presentano anche un'azione natriuretica. Questa potrebbe essere messa in relazione con l'incremento del livello di glucagone che queste molecole sono in grado d'indurre, migliorando la produzione di glucosio endogeno indipendentemente dalla glicemia a digiuno. L'azione degli inibitori SGLT2 sull'IR, già documentata nell'animale, è stata analizzata in un recente studio controllato che ha arruolato 192 soggetti ⁽¹²⁾. In questa ricerca è stato analizzato il rapporto tra l'HOMA2-IR (Modello Computerizzato) e le aree adipose sottocutanee e viscerali misurate con tomografia computerizzata. L'HOMA2-IR è stato ridotto significativamente del 21% (P = 0,0077) nel gruppo trattato con inibitori SGLT2. I dati di questo studio controllato sembrano confermare la possibilità che gli inibitori di SGLT2 riducano la secrezione d'insulina indotta dal glucagone nella cellula beta del pancreas e diminuiscano la resistenza all'insulina, indipendentemente dalla massa grassa viscerale. Questo dato è suffragato dall'evidenza assai robusta generata da una recente, accurata meta-analisi eseguita su 34322 soggetti diabetici di tipo 2, arruolati nei tre maggiori studi controllati condotti con inibitori SGLT2 (empaglifozim, canaglifozim e dapaglifozim) ⁽¹³⁾. La meta analisi ha dimostrato che la

somministrazione di questi farmaci induce una moderata riduzione degli eventi cardiovascolari maggiori da aterosclerosi solo nei pazienti che già presentavano tale patologia, mentre il maggiore beneficio clinico è stato generato dalla marcata riduzione delle ospedalizzazioni per insufficienza cardiaca, indipendentemente dal rischio aterosclerotico o dalla precedente storia di scompenso cardiaco. I risultati della meta-analisi indicano, inoltre, che la riduzione dei ricoveri per insufficienza cardiaca è stata maggiore nei soggetti con valori di funzione renale basale più compromessa, sebbene accompagnata da una minore riduzione della progressione del danno renale.

Come ricollegare il beneficio degli inibitori SGLT2 all'IR presente nel diabete e nell'insufficienza cardiaca?

Probabilmente vi sono due gli aspetti che consentono di mettere in relazione l'IR al diabete ed allo scompenso cardiaco: primo, il danno renale rappresenta il fattore più importante di attivazione del sistema simpatico in generale e, in particolare, nei soggetti con insufficienza cardiaca ⁽¹⁴⁾. Secondo l'IR è un'alterazione metabolica assai precoce nei pazienti con malattia renale cronica tanto da essere già riscontrabile quando il filtrato glomerulare è ancora in range di normalità e diviene una quasi costante nei soggetti con insufficienza renale terminale ⁽¹⁵⁾. Queste osservazioni indicherebbero nel danno renale l'anello di



congiunzione tra scompenso e diabete, complice la combinazione dell'attività simpatica accoppiata all'IR, entrambe potenti attori della disfunzione cardiaca e renale. Per molti aspetti queste nuove conoscenze sono destinate a cambiare il paradigma del trattamento dell'insufficienza cardiaca, spostando l'attenzione dalla visione cardio-centrica della cura, verso quella cardio-nefro-metabolica, più complessa e realistica. In questo modello l'IR potrebbe rappresentare il denominatore comune della condizione clinica che abbina insufficienza cardiaca e renale in un unico quadro fisiopatologico. ♥

Bibliografia

1. Alberti KG, Eckel RH, Grundy SM, et al; for the International Diabetes Federation Task Force on Epidemiology and Prevention, and the National Heart, Lung, and Blood Institute, and the American Heart Association, and the World Heart Federation, and the International Atherosclerosis Society, and the International Association for the Study of Obesity. Harmonizing the metabolic syndrome: a joint interim statement of the International Diabetes Federation Task Force on Epidemiology and Prevention; National Heart, Lung, and Blood Institute; American Heart Association; World Heart Federation; International Atherosclerosis Society; and International Association for the Study of Obesity. *Circulation* 2009;120:1640-45.
2. Giampaoli S, Palmieri L, Dima F, Pilotto L, Vescio MF, Vanuzzo D, a nome del Gruppo di Ricerca dell'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare. Aspetti socio-economici e fattori di rischio cardiovascolare: l'esperienza dell'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare. *Ital Heart J Suppl* 2001; 2: 294-302.
3. Font-Burgada J, Sun B, Karin M. Obesity and Cancer: The Oil that Feeds the Flame. *Cell Metab*. 2016 Jan 12;23(1):48-62. doi: 10.1016/j.cmet.2015.12.015. Review. PMID:26771116.
4. Schneider DJ, Sobel BE: The coagulation and fibrinolytic systems,

Tabella I - Criteri per la diagnosi di sindrome metabolica ⁽¹⁾

- Aumento della circonferenza della vita > 102 cm nell'uomo e > 88 cm nelle donne, quale espressione dell'obesità viscerale
- Concentrazione plasmatica dei trigliceridi ≥150 mg / dL (1.7 mmol / L), o soggetto sottoposto a trattamento farmacologico per trigliceridi elevati
- Concentrazione plasmatica di colesterolo HDL <40 mg / dL (1.0 mmol / L) negli uomini, <50 mg / dL (1.3 mmol / L) nelle donne o soggetti sottoposti a trattamento farmacologico per il colesterolo HDL basso
- Pressione arteriosa sistolica ≥130 mm Hg, diastolica ≥85 mm Hg, o entrambi; o pazienti con una storia d'ipertensione arteriosa sottoposti a trattamento antipertensivo
- La concentrazione di glucosio plasmatico a digiuno ≥100 mg / dL, o il paziente sottoposto a trattamento farmacologico per glicemia elevata

diabetes, and the heart: therapeutic implications for patients with type 2 diabetes. In *Medical Management of Diabetes and Heart Disease*. New York, Marcel Dekker, 2002, p. 105-115.

5. Jamerson KA, Julius S, Gudbrandsson T, Andersson O, Brant DO. Reflex sympathetic activation induces acute insulin resistance in the human forearm. *Hypertension* 1993; 21: 618-23.
6. Schulze PC, Biolo A, Gopal D, Shahzad K, Balog J, Fish M, Siwik D, Colucci WS. Dynamics in Insulin Resistance and Plasma Levels of Adipokines in Patients with Acute Decompensated and Chronic Stable Heart Failure *J Card Fail*. 2011 Dec;17(12):1004-11. doi: 10.1016/j.cardfail.2011.08.010. Epub 2011 Oct 5. PMID: 22123363.
7. Hedblad B, Nilsson P, Engström G, Berglund G, Janzon L. Insulin resistance in non-diabetic subjects is associated with increased incidence of myocardial infarction and death *Diabet Med*. 2002 Jun;19(6):470-5.
8. Ingelsson E, Sundström J, Arnlov J, Zethelius B, Lind L. Insulin resistance and risk of congestive heart failure *JAMA* 2005;294:334-341.
9. Ritterhoff J, Tian R. Metabolism in cardiomyopathy: every substrate matters. *Cardiovasc Res*. 2017 Mar 15;113(4):411-421. doi: 10.1093/cvr/cvx017. Review. PMID:28395011.
10. Taegtmeyer H, McNulty P, Young ME. Adaptation and maladaptation of the heart in diabetes: Part I: general concepts. *Circulation*. 2002 Apr 9;105(14):1727-33. Review.
11. Malmberg K, Rydén L, Wedel H, Birkeland K, Bootsma A, Dickstein K,

- Efendic S, Fisher M, Hamsten A, Herlitz J, Hildebrandt P, MacLeod K, Laakso M, Torp-Pedersen C, Waldenström A; DIGAMI 2 Investigators. Intense metabolic control by means of insulin in patients with diabetes mellitus and acute myocardial infarction (DIGAMI 2): effects on mortality and morbidity. *Eur Heart J*. 2005 Apr;26(7):650-61. Epub 2005 Feb 23.
12. Waseda N, Satoh H, Yoshida C, Ikeda F, Kanazawa A, Watada H. Effects of SGLT2 Inhibitors on Insulin Secretion and Insulin Resistance—Results from a Cross-Sectional Study *Diabetes* 2018 Jul; 67(Supplement 1): https://doi.org/10.2337/db18-1187-P.
13. Zelniker TA, Wiviott SD, Raz I, Im K, Goodrich EL, Bonaca MP, Mosenzon O, Kato ET, Cahn A, Furtado RHM, Bhatt DL, Leiter LA, McGuire DK, Wilding JPH, Sabatine MS. SGLT2 inhibitors for primary and secondary prevention of cardiovascular and renal outcomes in type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis of cardiovascular outcome trials. *Lancet*. 2019 Jan 5;393(10166):31-39. doi: 10.1016/S0140-6736(18)32590-X. Epub 2018 Nov 10. PMID:30424892.
14. Sobotka PA, Krum H, Böhm M, Francis DP, Schlaich MP. The role of renal denervation in the treatment of heart failure *Curr Cardiol Rep* (2012) 14:285-292 DOI 10.1007/s11886-012-0258-x.
15. Spoto B, Pisano A, Zoccali C. Insulin resistance in chronic kidney disease: a systematic review. *Am J Physiol Renal Physiol* 311: F1087-F1108, 2016. First published October 5, 2016; doi:10.1152/ajprenal.00340.2016

INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

D.Lgs. n. 196/2003 come modificato dal D.Lgs. n. 101 del 2018 ("Codice privacy") e Regolamento UE n. 679/2016 ("Regolamento privacy")

L'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri – ANMCO (di seguito, "ANMCO", il "Titolare" o l'"Associazione"), con sede in Firenze, Via La Marmora n. 36, telefono 055-51011, fax 055-5101350 ed email soci@anmco.it, in qualità di Titolare del trattamento, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del Regolamento UE n. 679/2016 (di seguito, il "Regolamento privacy") e successive modificazioni ed integrazioni, raccoglie e successivamente tratta i dati personali¹ dei propri associati (di seguito, l'"Interessato" o l'"Associato").

L'elenco aggiornato dei Responsabili del trattamento, ove designati, può essere fornito su richiesta da parte dell'Interessato. I dati identificativi del Responsabile della Protezione dei Dati (ai sensi dell'art. 37 del Regolamento privacy) sono reperibili sul sito web di ANMCO al seguente link: [Responsabile della Protezione dei Dati](http://www.anmco.it/pages/entra-in-anmco/chi-siamo/contatti) (<http://www.anmco.it/pages/entra-in-anmco/chi-siamo/contatti>)

1. Finalità e modalità del trattamento.

I dati personali dell'Interessato sono trattati nell'ambito dell'attività istituzionale di ANMCO, per il perseguimento delle seguenti finalità:

1. costituzione e successiva gestione del rapporto associativo;
2. adempimenti di carattere fiscale, amministrativo e contabile strettamente connessi al citato rapporto associativo;
3. adempimento di specifici obblighi previsti dalla legge, da un regolamento o dalla normativa comunitaria;
4. invio periodico delle riviste scientifiche e degli altri prodotti editoriali di ANMCO;
5. invio della newsletter dell'Associazione per aggiornare l'Interessato su tutti i progetti, le iniziative, gli eventi promossi dalla medesima in ambito associativo;
6. consentire all'Associato ANMCO di essere iscritto, come da suo diritto, ad ESC (European Society of Cardiology) (di seguito, "ESC");
7. consentire ad ESC l'invio di riviste scientifiche, altri prodotti editoriali ed informazioni inerenti iniziative ed attività ritenute di interesse per l'Associato (anche formative).

Il trattamento dei dati personali avviene, sotto l'autorità del Titolare del trattamento, da parte di soggetti specificamente designati, autorizzati ed istruiti al trattamento ai sensi degli artt. 28 e 29 del Regolamento privacy e dell'art. 2-quadecies del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 come modificato dal D.Lgs. n. 101 del 2018 (di seguito, il "Codice privacy"), mediante strumenti manuali, informatici o telematici, con logiche strettamente correlate alle finalità e comunque in modo da garantire la riservatezza e la sicurezza dei dati personali.

2. Base giuridica del trattamento, natura del conferimento e conseguenze di un eventuale rifiuto, consenso dell'Interessato.

Con riferimento alle finalità di cui al precedente paragrafo 1, punti 1., 2., 3., 4., 5., 6. e 7., il conferimento dei dati personali è obbligatorio e costituisce requisito necessario per la costituzione e la successiva gestione del rapporto associativo; infatti, il mancato conferimento determina l'impossibilità di iscriverlo all'Associazione e coinvolgerlo in ogni iniziativa della vita associativa, nonché di essere iscritto, come da suo diritto, ad ESH; pertanto, la base giuridica del relativo trattamento è la corretta instaurazione e amministrazione del contratto associativo, ai sensi dell'art. 6, comma 1, lett. b) del Regolamento privacy.

3. Soggetti o categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati e ambito di comunicazione.

In relazione alle finalità del trattamento sopra indicate, e nei limiti strettamente pertinenti alle medesime, i dati personali dell'Interessato saranno comunicati in Italia, o comunque all'interno o all'esterno della UE, ai seguenti soggetti, ai fini dell'attuazione del rapporto associativo:

- (i) all'Amministrazione finanziaria e ad altre pubbliche Autorità, ove imposto dalla legge o su loro richiesta;
- (ii) agli istituti di credito per le disposizioni di pagamento afferenti la quota sociale;
- (iii) alle strutture e/o società esterne di cui ANMCO si avvale, preposte allo svolgimento di attività connesse, strumentali o conseguenti alla costituzione e successiva prosecuzione del

rapporto associativo (ad esempio, per la spedizione dei programmi congressuali, per le attività formative, per i progetti scientifici, per l'invio in abbonamento delle riviste scientifiche, ecc.);

(iv) ai consulenti esterni (ad esempio, per la gestione degli adempimenti fiscali), se non designati per iscritto Responsabili del trattamento;

(v) alla società Centro Servizi ANMCO S.r.l. Società Benefit e alla Fondazione "per il Tuo cuore" Onlus, quali soggetti facenti parte del mondo ANMCO;

(vi) per ragioni di rappresentatività comunitaria, ad ESC, in quanto società scientifica cui l'Associato ANMCO ha diritto di essere iscritto.

I soggetti sopra indicati, ai quali i dati personali dell'Interessato saranno o potranno essere comunicati (in quanto non designati per iscritto Responsabili del trattamento), tratteranno i dati personali in qualità di Titolari del trattamento ai sensi del Codice privacy e del Regolamento privacy, in piena autonomia, essendo estranei all'originario trattamento eseguito dall'Associazione.

Un elenco dettagliato e costantemente aggiornato di questi soggetti, con la indicazione della rispettive sedi, è sempre disponibile presso la sede legale di ANMCO.

Qualora i dati dell'Interessato finissero al di fuori della UE, ANMCO si impegna a rispettare tutte le prescrizioni della normativa comunitaria e italiana in materia di trasferimento di dati personali al di fuori del territorio comunitario.

4. Diritti dell'Interessato.

Gli artt. 15 e segg. del Regolamento privacy conferiscono all'Interessato il diritto di ottenere:

- la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile;
- l'indicazione dell'origine dei dati personali, delle finalità e modalità del trattamento, della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici, degli estremi identificativi del titolare;
- l'aggiornamento, rettifica, integrazione, cancellazione, trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge – compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono raccolti o successivamente trattati – l'attestazione che tali operazioni sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si riveli impossibile o comporti un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.

L'Interessato ha inoltre il diritto:

- di opporsi, in tutto o in parte, per motivi legittimi, al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
- di opporsi, in tutto o in parte al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale;
- di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali nei casi previsti dal Regolamento privacy.

Per conoscere l'elenco dettagliato e costantemente aggiornato dei soggetti cui i dati personali dell'Interessato possono essere comunicati e per esercitare i diritti di cui agli artt. 15 e segg. del Regolamento privacy, nelle modalità stabilite dall'art. 12 del Regolamento privacy e nei limiti stabiliti dall'art. 2-undecies del Codice privacy, il medesimo può rivolgersi ai recapiti del Titolare del trattamento sopra indicati.

5. Durata del Trattamento

Fatti salvi gli obblighi di legge, i dati personali dell'Interessato saranno conservati per l'intera durata del rapporto associativo.

¹ Ai sensi dell'art. 4 del Regolamento privacy, per "dato personale" si intende: "qualsiasi informazione riguardante una persona fisica identificata o identificabile («interessato»); si considera identificabile la persona fisica che può essere identificata, direttamente o indirettamente, con particolare riferimento a un identificativo come il nome, un numero di identificazione, dati relativi all'ubicazione, un identificativo online o a uno o più elementi caratteristici della sua identità fisica, fisiologica, genetica, psichica, economica, culturale o sociale".



ANMCO

Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri

Sede Nazionale - Via La Marmora, 36 - 50121 Firenze
Tel. 055 51011 - Fax 055 5101350 - e-mail: aree@anmco.it

AREE ANMCO CHI È INTERESSATO?

Il presente modulo (scaricabile alla pagina www.anmco.it/pages/entra-in-anmco/aree-anmco/cosa-sono-aree-anmco del Sito WEB ANMCO) può essere inviato per posta (Via A. La Marmora, 36 - 50121 Firenze), per fax (**055 5101350**), per e - mail (aree@anmco.it)

DATI ANAGRAFICI

Nome Cognome

Indirizzo

Città Prov. CAP

Cell. Tel. /Fax

e-mail

DATI PROFESSIONALI

Denominazione Ospedale

Denominazione Struttura

Indirizzo

Città Prov. CAP

Cell. Tel./Fax

e-mail

Nome Primario o F.F.

- | | | |
|---|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Socio ANMCO | <input type="checkbox"/> Non Socio | <input type="checkbox"/> Direttore di struttura complessa |
| <input type="checkbox"/> Responsabile di struttura semplice | <input type="checkbox"/> Dirigente | <input type="checkbox"/> Infermiere <input type="checkbox"/> Altro |

SONO INTERESSATO ALLA SEGUENTE AREA

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> AREA ARITMIE - AR | <input type="checkbox"/> AREA EMERGENZA - URGENZA - AEU | <input type="checkbox"/> AREA MANAGEMENT & QUALITÀ - AMQ |
| <input type="checkbox"/> AREA CARDIOCHIRURGIA - ACH | <input type="checkbox"/> AREA GIOVANI - GIO | <input type="checkbox"/> AREA NURSING - ANS |
| <input type="checkbox"/> AREA RADIOIMAGING - ACI | <input type="checkbox"/> AREA MALATTIE DEL CIRCOLO POLMONARE - MCP | <input type="checkbox"/> AREA PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE - AP |
| | | <input type="checkbox"/> AREA SCOMPENSO CARDIACO - AS |

INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
D.Lgs. n. 196/2003 come modificato dal D.Lgs. n. 101 del 2018 ("Codice privacy")
e Regolamento UE n. 679/2016 ("Regolamento privacy")

L'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri – ANMCO (di seguito, "**ANMCO**", il "**Titolare**" o l'"**Associazione**"), con sede in Firenze, Via La Marmora n. 36, telefono 055-51011, fax 055-5101350 ed email aree@anmco.it, in qualità di Titolare del trattamento, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del Regolamento UE n. 679/2016 (di seguito, il "**Regolamento privacy**") e successive modificazioni ed integrazioni, raccoglie e successivamente tratta i dati personali¹ di coloro che intendono manifestare il proprio interesse (di seguito, l'"Interessato") ad una o più Aree ANMCO (di seguito, le "Aree").

1. Finalità e modalità del trattamento.

I dati personali dell'Interessato sono trattati nell'ambito dell'attività istituzionale di ANMCO, per il perseguimento delle seguenti finalità:

1. raccolta e archiviazione delle preferenze in materia di Aree;
2. adempimento di specifici obblighi previsti dalla legge, da un regolamento o dalla normativa comunitaria;
3. invio periodico della documentazione ANMCO su tutti i progetti, le iniziative e gli eventi promossi dalla medesima in relazione alle Aree prescelte.

Il trattamento dei dati personali avviene, sotto l'autorità del Titolare del trattamento, da parte di soggetti specificamente designati, autorizzati ed istruiti al trattamento ai sensi degli artt. 28 e 29 del Regolamento privacy e dell'art. 2-quaterdecies del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 come modificato dal D.Lgs. n. 101 del 2018 (di seguito, il "**Codice privacy**"), mediante strumenti manuali, informatici o telematici, con logiche strettamente correlate alle finalità e comunque in modo da garantire la riservatezza e la sicurezza dei dati personali.

2. Base giuridica del trattamento, natura del conferimento e conseguenze di un eventuale rifiuto, consenso dell'Interessato.

Con riferimento alle finalità di cui al precedente paragrafo 1, punti 1., 2. e 3., il conferimento dei dati personali è obbligatorio e costituisce requisito necessario per ricevere la documentazione richiesta; infatti, il mancato conferimento determina l'impossibilità per l'Interessato di ricevere tutte le informazioni afferenti le Aree prescelte, ai sensi dell'art. 6, comma 1, lett. b) del Regolamento privacy.

3. Soggetti o categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati e ambito di comunicazione.

In relazione alle finalità del trattamento sopra indicate, e nei limiti strettamente pertinenti alle medesime, i dati personali dell'Interessato saranno comunicati in Italia, o comunque all'interno della UE, ai seguenti soggetti, ai fini dell'attuazione del rapporto associativo:

- (i) alle pubbliche Autorità, ove imposto dalla legge o su loro richiesta;
- (ii) alle strutture e/o società esterne di cui ANMCO si avvale, preposte allo svolgimento di attività connesse, strumentali o conseguenti all'assolvimento della richiesta dell'Interessato di ricevere la documentazione afferenti le Aree prescelte (ad esempio, per la spedizione di detto materiale, ecc.);
- (iii) alla società Centro Servizi ANMCO S.r.l. Società Benefit e alla Fondazione "per il Tuo cuore" Onlus, quali soggetti facenti parte del mondo ANMCO.

I soggetti sopra indicati, ai quali i dati personali dell'Interessato saranno o potranno essere comunicati (in quanto non designati per iscritto Responsabili del trattamento), tratteranno i dati personali in qualità di Titolari del trattamento ai sensi del Codice privacy e del Regolamento privacy, in piena autonomia, essendo estranei all'originario trattamento eseguito dall'Associazione.

Un elenco dettagliato e costantemente aggiornato di questi soggetti, con la indicazione della rispettive sedi, è sempre disponibile presso la sede legale di ANMCO.

4. Diritti dell'Interessato.

Gli artt. 15 e segg. del Regolamento privacy conferiscono all'Interessato il diritto di ottenere:

- la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile;
- l'indicazione dell'origine dei dati personali, delle finalità e modalità del trattamento, della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici, degli estremi identificativi del titolare;
- l'aggiornamento, rettifica, integrazione, cancellazione, trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge – compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono raccolti o successivamente trattati – l'attestazione che tali operazioni sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si riveli impossibile o comporti un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.

L'Interessato ha inoltre il diritto:

- di opporsi, in tutto o in parte, per motivi legittimi, al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
- di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali nei casi previsti dal Regolamento privacy.

Per conoscere l'elenco dettagliato e costantemente aggiornato dei soggetti cui i dati personali dell'Interessato possono essere comunicati e per esercitare i diritti di cui agli artt. 15 e segg. del Regolamento privacy, nelle modalità stabilite dall'art. 12 del Regolamento privacy e nei limiti stabiliti dall'art. 2-undecies del Codice privacy, il medesimo può rivolgersi ai recapiti del Titolare del trattamento sopra indicati.

5. Durata del Trattamento

Fatti salvi gli obblighi di legge, i dati personali dell'Interessato saranno conservati per la durata necessaria a soddisfare la sua volontà di manifestare la propria preferenza in materia di Aree. In ogni caso, il trattamento avrà una durata non superiore a 2 anni dalla richiesta di ricevere i citati aggiornamenti, se gli Interessati non ne avranno domandato antecedentemente la cancellazione. Nonostante quanto precede, ANMCO potrà conservare taluni dati personali degli Interessati anche dopo la cessazione del trattamento e ciò esclusivamente per difendere o far valere un proprio diritto ovvero nei casi previsti dalla legge o per effetto dell'ordine di un'autorità giudiziale o amministrativa.

¹ Ai sensi dell'art. 4 del Regolamento privacy, per "**dato personale**" si intende: "qualsiasi informazione riguardante una **persona fisica** identificata o identificabile («**interessato**»); si considera identificabile la persona fisica che può essere identificata, direttamente o indirettamente, con particolare riferimento a un identificativo come il nome, un numero di identificazione, dati relativi all'ubicazione, un identificativo online o a uno o più elementi caratteristici della sua identità fisica, fisiologica, genetica, psichica, economica, culturale o sociale".



La Cardioncologia continua la sua corsa ad ostacoli

«Scegli il lavoro che ami e non lavorerai neppure un giorno in tutta la tua vita»
Confucio

In un'intervista rilasciata di recente, Thomas G. Neilan, direttore del programma di cardioncologia al Boston General Hospital, ha dichiarato: «*Ho avuto conversazioni con cardiologi che hanno dichiarato di non essere sicuri di sapere cosa sia realmente la cardioncologia*». Infatti, nonostante il boom di questa nuova disciplina, manca ancora nella comunità cardiologica la consapevolezza del suo significato ed è compito delle società scientifiche promuoverla ad ogni livello: cardiologi, oncologi, medici di famiglia, infermieri, pazienti, caregivers. Nel 2014, l'American College of Cardiology pubblicava i risultati di una survey condotta su 400 cardiologi: emergeva che solo il 27% dei centri aveva un ambulatorio dedicato di cardio-oncologia, il 12% pianificava di aprire un servizio una cardio-oncologia nell'anno successivo e il 16% degli intervistati faceva affidamento su un unico cardiologo esperto in cardioncologia. Le barriere più spesso riferite erano: la mancanza di linee guida (44%), di finanziamenti (44%), l'interesse limitato e il valore percepito dai cardiologi (38%), infrastrutture limitate (36%) e carenza di



1936. Ondina alle Olimpiadi di Berlino, nella finale degli 80 metri ostacoli che le valse la medaglia d'oro

opportunità di formazione (29%). Il modo più efficace per spiegare oggi la cardioncologia è quello di ritrarla come una specialità che vede cardiologi e oncologi impegnati a garantire il miglior trattamento oncologico possibile ai pazienti ad alto rischio cardiovascolare (RCV) o che sviluppino cardiotossicità in corso di terapia, evitando interruzioni di trattamento, con l'obiettivo di migliorare la sopravvivenza e la qualità della vita. Inoltre, grazie alla diagnosi precoce e all'efficacia delle nuove terapie oncologiche, si osserva un numero crescente di lungo sopravvissuti (attualmente nel mondo sono circa 30 milioni) e proprio questi pazienti sono ad elevato rischio di sviluppare malattie cardiovascolari (MCV).

Tale suscettibilità si è visto essere correlata non solo agli effetti tossici dei trattamenti ma anche a un vero e proprio reclutamento di fattori di rischio (FR) in questa popolazione e più di recente si va facendo strada l'ipotesi che un milieu perturbato condiviso (infiammazione, stress ossidativo) sovrapposto ad una predisposizione genetica possa innescare sia il cancro che lo scompenso cardiaco. Recentemente l'American Heart Association ha pubblicato un documento che ha analizzato la connessione tra MCV e tumore della mammella e fornisce una panoramica completa sulla prevalenza di queste malattie, sui FR condivisi, sugli effetti cardiotossici delle terapie, oltre che rivedere le strategie di prevenzione e trattamento delle MCV nella popolazione con tumore della mammella. Negli anni precedenti erano stati pubblicati un documento di sintesi dalla Società Europea di cardiologia (ESC) e le Linee Guida (LG) della Società Americana di Oncologia Clinica (ASCO) per la prevenzione e il monitoraggio della disfunzione ventricolare sinistra degli adulti sopravvissuti al cancro. Il concetto di cardiotossicità in cardioncologia



è stato focalizzato per decenni sulla visione “minimalista” di disfunzione ventricolare. Negli ultimi anni sono stati approvati dalla Food and Drug Administration centinaia di nuove molecole e la cardioncologia è divenuta più complessa. L’attenzione si è spostata su nuove target therapy, inibitori del proteasoma, immunomodulatori e inibitori del check point immunitario; la cardiotossicità viene quindi intesa in senso più ampio come “tossicità cardiovascolare” che comprende ipertensione arteriosa, ischemia, cardiomiopatie, miocarditi, complicanze aritmiche, QT lungo, trombosi arteriose e venose. Il tutto però in assenza di linee guida sulla gestione delle diverse forme di tossicità e sulle strategie di monitoraggio a breve e lungo termine. Esistono ancora molte lacune nella gestione dei pazienti oncologici che vanno dalla mancanza di uno screening di routine per identificare i FRCV, alla loro integrazione nei piani di trattamento, all’ancora ampio utilizzo della ecocardiografia standard 2D (che ha una bassa sensibilità diagnostica per l’identificazione precoce del danno subclinico) e ancora mancano dati

sul trattamento ottimale dei pazienti con cancro e MCV. Basti pensare che per i pazienti con cancro e sindromi coronariche acute sono stati riportati in passato tassi di mortalità del 74% con un 97% di casi trattati con sola terapia medica e ancora oggi questa popolazione riceve meno procedure, adeguata terapia antiaggregante e statine.

«Se comprendere è impossibile, conoscere è necessario»

P. Levi

La chiave della cardioncologia sta nella collaborazione fra tutte le figure citate in precedenza. Occorre in primo luogo stabilire i necessari requisiti di formazione e potenziare tale formazione. La Web Survey sugli ambulatori di cardioncologia condotta da Iris Parrini è uno strumento prezioso per partire con una indagine conoscitiva sul nostro lavoro ambulatoriale e potrà aiutarci a capire come correlarci al meglio con i colleghi cardiologi, oncologi e gli altri operatori dell’ospedale e del territorio per rendere la cardioncologia una presenza capillare e non di “nicchia accademica”. I risultati aiuteranno tutti a migliorare il lavoro, a realizzare percorsi diagnostici e

terapeutici a misura delle differenti realtà e rendere concreta la collaborazione con la cardiologia del territorio e la medicina di base. Occorrerà inoltre in futuro realizzare una vera “devolution” costruendo delle “gerarchie di rischio” che consentano di gestire pazienti complessi, ad alto rischio, che ricevano terapia nuove o che partecipino a studi clinici in centri ove si realizzano programmi mirati e multidisciplinari mentre i pazienti a basso rischio potranno essere seguiti dagli oncologi in collaborazione con la cardiologia ambulatoriale e la medicina di base. Ringrazio il Presidente e il consiglio Direttivo dell’ANMCO di concedermi l’onore e l’onere di interfacciarmi e confrontarmi a livello nazionale comunicando l’esperienza che vivo da tanti anni nell’ambulatorio di cardioncologia dell’Ospedale S. Camillo di Roma. Ringrazio i miei compagni di lavoro, Luigi Tarantini e Iris Parrini che hanno aperto e battuto la pista. Ora occorre iniziare a correre uniti. **«Allora io potrò vantarmi di non aver corso invano, né invano faticato»** (Fil 2,16) ♥



Cosimo Napoletano

ABRUZZO

Presidente

Cosimo Napoletano - Teramo

Consiglieri

Carlo Alberto Capparuccia - Chieti

Vincenzo Cicchitti - Lanciano (CH)

Massimo Di Marco - Pescara

Daniele Forlani - Pescara

Alberto Lavorgna - Teramo

Maurizio Porfirio - L'aquila

Francesco Santarelli - Teramo

Gianluca Tomassoni - Teramo



Serena Rakar

FRIULI VENEZIA GIULIA

Presidente

Serena Rakar - Trieste

Consiglieri

Maria Grazia Baldin - Palmanova (UD)

Marzia De Biasio - Udine

Gerardina Lardieri - Gorizia

Elvira Loiudice - Pordenone

Cristina Lutman - Udine

Carmine Mazzone - Trieste

Rosa Pecoraro - Pordenone

Alberto Roman Pognuz - Tolmezzo (UD)



Giacinto Calculli

BASILICATA

Presidente

Giacinto Calculli - Matera

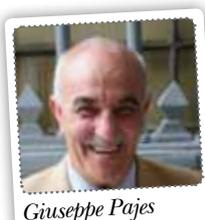
Consiglieri

Maria Antonella Ciccarone - Matera

Salvatore Gubelli - Melfi (PZ)

Pasqualino Innelli - Potenza

Maria Giuseppina Veglia - Matera



Giuseppe Pajes

LAZIO

Presidente

Giuseppe Pajes - Albano Laziale (RM)

Consiglieri

Stefano Aquilani - Roma

Alessandro Danesi - Roma

Silvio Fedele - Roma

Paride Giannantoni - Roma

Fabio Menghini - Roma

Giovanni Pulignano - Roma

Vittoria Rizzello - Roma

Luigi Sommariva - Viterbo



Roberto Ceravolo

CALABRIA

Presidente

Roberto Ceravolo - Lamezia Terme (CZ)

Consiglieri

Caterina Patrizia Ceruso - Reggio Calabria

Cosima Cloro - Cosenza

Nicola Cosentino - Cariati (CS)

Alfredo De Nardo - Vibo Valentia

Eduardo Scotti - Catanzaro

Antonio Sulla - Crotona



Marco Botta

LIGURIA

Presidente

Marco Botta - Savona

Consiglieri

Daniele Bertoli - Sarzana (SP)

Giorgio Caretta - La Spezia

Martino Cheli - Genova

Piero Clavario - Arenzano (GE)

Vered Gil Ad - Genova

Francesco Mainardi - Genova

Katia Paonessa - Pietra Ligure (SV)

Federico Ariel Sanchez - Sanremo (IM)



Cesare Baldi

CAMPANIA

Presidente

Cesare Baldi - Salerno

Consiglieri

Roberta Ancona - Pozzuoli (NA)

Luigi Di Lorenzo - Sessa Aurunca (CE)

Dario Formigli - Benevento

Alfredo Madrid - Napoli

Raffaele Merenda - Napoli

Vittorio Palmieri - Avellino

Fabio Pastore - Eboli (SA)

Pasquale Spadaro - Napoli



Giuseppe Di Tano

LOMBARDIA

Presidente

Giuseppe Di Tano - Cremona

Consiglieri

Roberto Bonatti - San Fermo della

Battaglia (CO)

Benedetta Carla De Chiara - Milano

Oreste Carlo Febo - Rivolta D'Adda (CR)

Luca Angelo Ferri - Lecco

Luigi Fiocca - Bergamo

Attilio Iacovoni - Bergamo

Daniele Nassiacos - Saronno (VA)

Simona Pierini - Cinisello Balsamo (MI)



Gabriele Guardigli

EMILIA ROMAGNA

Presidente

Gabriele Guardigli - Ferrara

Consiglieri

Daniela Aschieri - Castel San Giovanni

(PC)

Samuela Carigi - Rimini

Maria Alberta Cattabiani - Parma

Rossella Ferrara - Imola (BO)

Francesco Manca - Reggio Emilia

Andrea Pozzati - Bazzano (BO)

Giulia Ricci Lucchi - Ravenna

Stefano Tondi - Modena



Luigi Aquilanti

MARCHE

Presidente

Luigi Aquilanti - Ancona
Consiglieri
 Luca Angelini - Ancona
 Umberto Berrettini - Camerino (MC)
 Giovanni Bersigotti - Pesaro
 Alessandro D'Alfonso - Ancona
 Fabio Gemelli - Camerino (MC)
 Christos Katsanos - Macerata
 Stefano Moretti - Ancona
 Josephine Staine - Jesi (AN)



Marina Angela Viccione

MOLISE

Presidente

Marina Angela Viccione - Isernia
Consiglieri
 Fiorella Caranci - Isernia
 Carlo Olivieri - Isernia
 Roberto Petescia - Isernia
 Annalisa Vile - Campobasso



Federico Nardi

PIEMONTE E VALLE D'AOSTA

Presidente

Federico Nardi - Casale Monferrato (AL)
Consiglieri
 Carlo Budano - Torino
 Enrica Conte - Cuneo
 Pierfranco Dellavesa - Borgomanero (NO)
 Barbara Maria Teresa Mabritto - Torino
 Sergio Macciò - Vercelli
 Adriana Ravera - Ivrea (TO)
 Ferdinando Varbella - Rivoli (TO)
 Matteo Vercellino - Alessandria



Massimo Grimaldi

PUGLIA

Presidente

Massimo Grimaldi
 (Acquaviva delle Fonti - BA)
Consiglieri
 Maria Cuonzo - Bari-Carbonara
 Valeria Galetta - Taranto
 Rocco Lagioia - Cassano delle Murge (BA)
 Alessandro Maggi - San Severo (FG)
 Antonia Mannarini - Bari
 Stefania Marazia - Lecce
 Angelo Raffaele Mascolo - Barletta
 Eugenio Vilei - Scorrano (LE)



Marco Corda

SARDEGNA

Presidente

Marco Corda - Cagliari
Consiglieri
 Stefania Corda - Cagliari
 Silvia Denti - Olbia
 Franca Farina - Alghero (SS)
 Franca Maria Liggi - Oristano
 Alessandra Lorenzoni - Carbonia
 Fabio Orrù - San Gavino Monreale (VS)
 Nadia Sanna - Cagliari
 Francesco Uras - Sassari



Giovanna Geraci

SICILIA

Presidente

Giovanna Geraci - Palermo
Consiglieri
 Alessandro Carbonaro - Catania
 Maria Letizia Cavarra - Catania
 Alessandro Di Giorgio - Taormina (ME)
 Salvatore Di Rosa - Agrigento
 Michele Gabriele - Mazara del Vallo (TP)
 Antonietta Ledda - Palermo
 Sebastiano Lumera - Vittoria (RG)
 Gianfranco Muscio - Siracusa

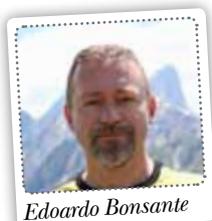


Giancarlo Casolo

TOSCANA

Presidente

Giancarlo Casolo - Lido di Camaiore (LU)
Consiglieri
 Maria Laura Canale - Lido di Camaiore (LU)
 Francesco De Sensi - Grosseto
 Giovanna Giannotti - Pescia (PT)
 Gabriele Grippo - Prato
 Alessandro Iadanza - Siena
 Stefano Lunghetti - Siena
 Luca Segreti - Pisa
 Carlotta Sorini Dini - Livorno



Edoardo Bonsante

TRENTINO ALTO ADIGE

Presidente

Edoardo Bonsante - Bolzano
Consiglieri
 Annalisa Bertoldi - Pergine Valsugana (TN)
 Elisa Morra - Merano (BZ)
 Rupert Paulmichl - Merano (BZ)
 Filippo Zilio - Trento



Gianfranco Alunni

UMBRIA

Presidente

Gianfranco Alunni - Assisi (PG)
Consiglieri
 Emilia Biscottini - Foligno (PG)
 Deborah Cosmi - Gubbio (PG)
 Raffaele De Cristofaro - Orvieto (TR)
 Georgette Khoury - Terni
 Rosanna Lauciello - Assisi (PG)
 Silvia Norgiolini - Città di Castello (PG)



Sakis Themistoclakis

VENETO

Presidente

Sakis Themistoclakis - Mestre (VE)
Consiglieri
 Enrico Bacchiega - Vicenza
 Francesco Bacchion - Monselice (PD)
 Sergio Cozzi - Santorso (VI)
 Alessandra Cristofaletti - Bussolengo (VR)
 Enrico Franceschini Grisolia - Belluno
 Nicola Gasparetto - Treviso
 Claudio Picariello - Rovigo
 Roberto Valle - Chioggia (VE)

Calabria step by step Lamezia Cuore 2018: quando umanità e scienza si fondono

Quando l'umanità e la scienza si fondono realizzando un vibrante binomio, prende vita una realtà permeante e vitale, che si estrinseca in una sala affollata di persone accomunate oltre che dall'interesse culturale anche dal piacere di stare insieme. Ed è stato in questo scenario che si è svolta l'ultima edizione di Lamezia Cuore. Il Convegno è stato reso particolarmente appetitoso sotto il profilo scientifico dalla presenza di importanti nomi della comunità cardiologica nazionale ed internazionale. È stato proprio durante Lamezia Cuore infatti che i Cardiologi calabresi hanno avuto l'onore ed il privilegio di ascoltare in anteprima i risultati preliminari dello studio Blitz HF direttamente dalle parole del Prof. Michele Massimo Gulizia, Presidente della Fondazione per il Tuo cuore e Chairman dello Studio che ha illustrato come, dai primi dati dello studio, che ha coinvolto oltre 100 centri italiani arruolando oltre 7.000 pazienti con scompenso acuto e cronico, si evincano elevati standard di cura dei Centri cardiologici della



Dott. Mario Chiatto, Dott.ssa Fabiana Lucà, Dott. Roberto Ceravolo

Rete ANMCO. Il Convegno ha utilizzato un format estremamente interattivo e dinamico grazie alla novità introdotta dal Dott. Roberto Ceravolo, Presidente Regionale ANMCO Calabria che ha reso elemento cruciale dell'evento il "Torneo dei Casi Clinici" (vincitori Dott.ssa Rossella Costantino, Dott. Angelo Leone e Dott. Carmelo Massimiliano Rao) ed i tre Pali, due dedicati ai medici sui temi

dell'Elettrocardiografia (vincitrice Dott.ssa Caterina Ceruso) e dell'Ecocardiografia (vincitrice Dott.ssa Stefania Renne) ed uno rivolto al personale infermieristico su quesiti ecografici. Formidabile intuizione del Dott. Roberto Ceravolo, è stata, a coronamento del successo del convegno, dare spazio ed accentuare l'essenza umana del Reparto di Cardiologia di Lamezia Terme che dirige e che, sotto la sua guida, ha acquisito enorme slancio in termini di crescita ed innovazioni. Mentre si avvicendavano le sessioni scientifiche, si è creata infatti una spettacolare passerella in cui tutti i precedenti primari del Reparto di Lamezia Terme sono stati invitati a presenziare per essere premiati insieme agli storici personaggi del personale infermieristico avvincendo la platea che è stata letteralmente catturata dalla voglia di conoscere risvolti finanche privati e personali di questa realtà lavorativa che si è appalesata pregnante di umanità oltre che di competenza professionale. Le sessioni cardiologiche si sono rivelate appassionanti ed animate da discussioni incandescenti



Dott. Roberto Ceravolo



Dott.ssa Monica Carletti, Dott. Carmine Riccio, Dott. Roberto Ceravolo, Dott.ssa Fabiana Lucà, Dott.ssa Giovanna Geraci, Dott. C. Massimiliano Rao, Dott.ssa Caterina Ceruso



Il Dott. Roberto Ceravolo e il Dott. Michele Massimo Gulizia

trattando le principali novità in termini di Cardiologia clinica ed interventistica. La fibrillazione atriale è stata sviscerata da specialisti del settore che hanno illustrato le novità principali in tema di terapia ablativa, in particolare dal Professor Sandro Gelsomino, calabrese di nascita, ordinario di Cardiocirurgia all'Università di Maastricht, che ha illustrato per la prima volta i risultati di importanti ricerche sull'approccio ibrido della fibrillazione atriale, mentre i Dottori Giuseppe Ciconte e Massimo Grimaldi si sono occupati del trattamento transcateretere a radiofrequenza e crioablativo. Un'interessantissima sessione sui NAO ha visto la partecipazione di esperti quali i Dottori Federico Nardi, Carmine Riccio e Giovanna Geraci, e l'approfondimento di



Palio dei Casi Clinici: Dott. Antonio Butera, Dott. Angelo Leone (Cosenza), Dott.ssa Rossella Costantino (Reggio Calabria), Dott. C. Massimiliano Rao (Reggio Calabria), Dott. Salvatore Pirelli, Dott. Roberto Ceravolo



Personale della Cardiologia di Lamezia Terme, foto di gruppo

tematiche di nicchia quali l'utilizzo dei NAO nel paziente neoplastico (Dott.ssa Maria Laura Canale) e nella Stroke Unit (Dott.ssa Monica Carletti). In una visione cardiologica a 360 gradi anche la Cardiologia pediatrica ha trovato il suo spazio in un'interessantissima trattazione tenuta dalla Professoressa Maria Giovanna Russo, attuale responsabile della Task Force Cardiologia Pediatrica ANMCO. L'update del trattamento delle dislipidemia dopo Sindrome coronarica acuta è stato il tema della lettura magistrale trattata dal Dott. Furio Colivicchi. Un altro sassolino gettato ad irrobustire le fondamenta di un'ANMCO Calabria in continua crescita, teatro di fermento culturale e politico, in cui noi instancabili formiche guerriere, combattiamo, silenziosamente, ogni giorno, la nostra battaglia. ♥



DI VITTORIO PALMIERI, PIETRO IODICE, ANTONIO PALERMO, LUIGI DI LORENZO, VINCENZO DE ROSA, MICHELE TARI, PAOLO CALABRÒ, MARINO SCHERILLO, GIOVANNI GREGORIO, BERNARDO TUCCILLO, CESARE BALDI

Prevenzione e sorveglianza attiva nello scompenso cardiaco: ANMCO Campania per una sinergia sistemica Ospedale-Territorio

Lo Scompenso Cardiaco (SC) rappresenta una delle patologie con fabbisogno assistenziale di maggiore rilevanza clinico-epidemiologica, socio-sanitaria ed economica nel mondo occidentale, a causa della tendenza all'aumento della prevalenza dei casi e della loro complessità¹⁻⁴. Pertanto, pone con crescente forza la necessità di una organizzazione delle cure secondo criteri di sostenibilità³⁻⁵. Una organizzazione assistenziale sostenibile richiede la definizione di obiettivi clinici ed organizzativi appropriati ed impattanti su prognosi e qualità della vita, misurabili e raggiungibili, con una spesa per la collettività valutata per indicatori di efficacia, efficienza, durata e qualità della vita. In generale, i modelli di gestione integrata in rete dello SC, con approccio multi-disciplinare e multiprofessionale, hanno garantito benefici in termini

di mortalità, ospedalizzazioni, durata delle degenze^{1,6-10}. Tuttavia, la realizzazione delle reti per la gestione integrata dello SC rimane insufficiente in Italia¹¹, e si registra una contrazione dell'offerta assistenziale delle Cardiologie ospedaliere come certificato nei censimenti ANMCO (Figura 1)⁵. Senza una adeguata rete assistenziale, i Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali e Riabilitativi (PDTAR) restano inattuabili. Ad oggi, la Campania non ha un documento d'indirizzo per la creazione della rete regionale per la gestione integrata dello SC, né un PDTAR regionale specifico. Inoltre, in Campania si registra una drastica riduzione del numero di ambulatori specialistici per lo SC (Figura 1)⁵ a fronte della mancata riduzione dei tassi di ospedalizzazione¹¹, riospedalizzazioni e mortalità nel breve termine (Programma

Nazionale Esiti del Ministero della Salute) nello SC. Pertanto, il gruppo di lavoro SC di ANMCO Campania, con impostazione inter-societaria, multidisciplinare e multiprofessionale, ha sviluppato negli anni (2010 - 2015) indagini conoscitive in ambito cardiologico, internistico, e della medicina di famiglia, a supporto dello sviluppo di una proposta condivisa di linea guida regionale per la gestione integrata dello SC. A valle dell'elaborazione della proposta clinico-organizzativa di costituzione delle reti per lo SC, è stato sviluppato uno studio pilota denominato "Prevenzione e Sorveglianza Attiva nello Scompenso Cardiaco" ispirato alla proposta di costituzione della rete regionale SC, per sperimentare un sistema di governo clinico tra Ospedale e Territorio nell'ambito dell'insufficienza cardiaca e delle sue manifestazioni cliniche.

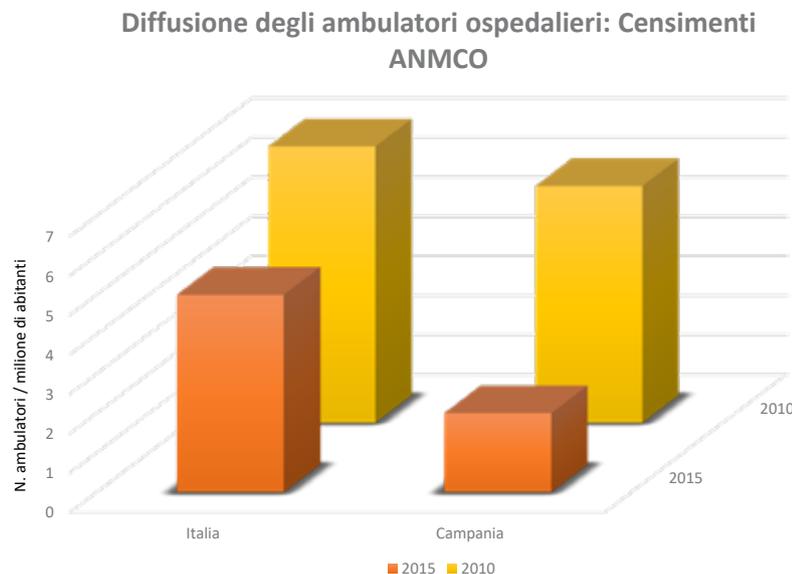


Figura 1

Sviluppo di una linea guida regionale per la gestione integrata dello scompenso cardiaco: il metodo “ANMCO Campania” nella fase “conoscitiva” dei fabbisogni organizzativi e culturali

Indagine conoscitiva su fabbisogni organizzativi e culturali della medicina generale in ambito SC

Entro un campione random su base regionale di medici di medicina generale (MMG, indagine del 2013, età media dei colleghi 57 anni), il 56% riteneva che l’appropriatezza organizzativa e prescrittiva e la *compliance* terapeutica fossero gli elementi cardine di una gestione territoriale efficace ed efficiente nello SC per prolungare la stabilità della patologia e ridurre le ospedalizzazioni. Mentre i MMG facevano rilevare che in ambito di Azienda Sanitaria Locale (ASL) non

risultavano attivi servizi specialistici per lo SC, facevano anche rilevare che alla loro attenzione arrivavano dimissioni ospedaliere con dettagliata epicrisi, indicazione delle comorbidità ed un piano di follow-up come suggerito dal documento ANMCO¹² solo nel 5% dei casi. Emblematicamente, di fronte ad una instabilizzazione dello SC, il 74% dei MMG riteneva più sicuro riferire il paziente al Pronto Soccorso (PS) a prescindere, lamentando scarsità di alternative. Il 77% dei MMG riteneva che una unità SC territoriale avrebbe potuto ridurre il ricorso al PS. Il 79% dei MMG riteneva l’assistenza domiciliare programmata/integrata utile o indispensabile per la gestione domiciliare dei casi post-ricovero, avanzati, o terminali per ridurre il ricorso ai servizi ospedalieri.

Relazione Ospedale-Territorio: indagine CAMPANIA SCOMPENSO (CA.SCO.) a cura di ANMCO-Campania

In una finestra temporale di 3 mesi (nel 2012), 327 pazienti (74 ± 12 anni, 52% donne) con diagnosi di SC sono stati reclutati da 95 MMG aderenti allo studio CA.SCO.; il 52% di tali pazienti aveva una storia di 2 o più ricoveri pregressi per SC. Dal database dei MMG, entro tali pazienti prevaleva l’etiologia ipertensiva (31%) indipendentemente dal numero di ricoveri pregressi, ma nel 29% dei casi l’etiologia dello SC non risultava nota ai MMG. La fibrillazione atriale risultava tra le comorbidità più frequenti (38%), ed alla visita indice, solo il 52% dei pazienti utilizzava beta-bloccante, mentre il 72% utilizzava diuretici, l’80% ace-inibitori o sartani, il 16% anti-aldosteronici, il 22% digitale. A 30 giorni dalla visita indice, la frequenza di decessi per

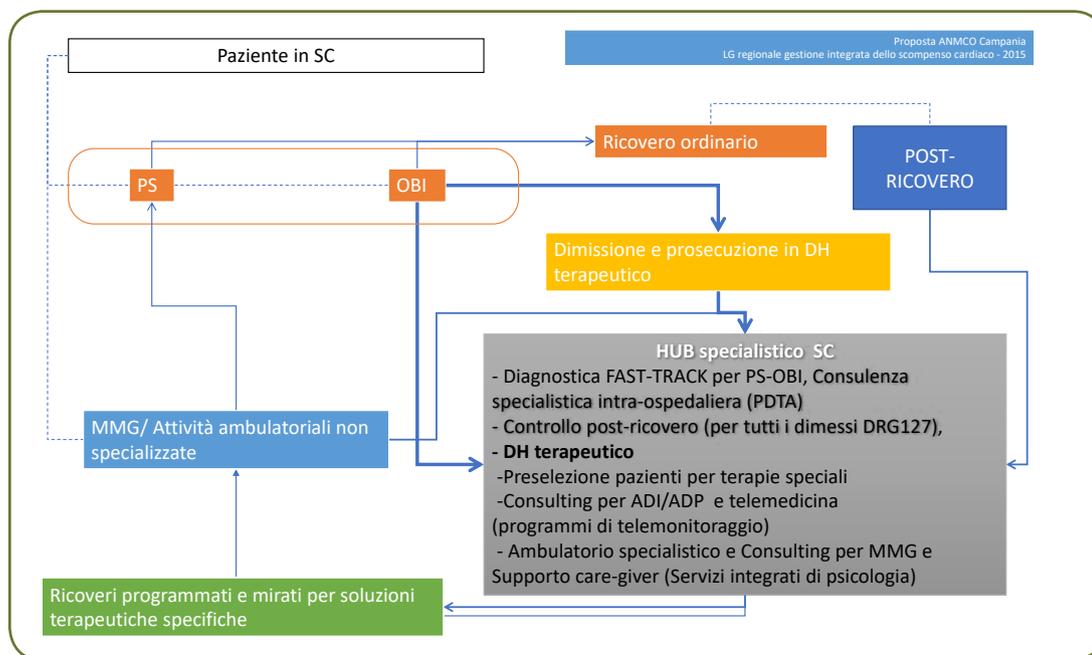


Figura 2

tutte le cause risultò pari al 6%. La frequenza di ospedalizzazione per tutte le cause risultò rispettivamente pari al 15% e 32% entro ad 1 e 6 mesi dalla visita indice, paragonabili a mortalità e frequenza di ri-ospedalizzazione entro 30 giorni da una dimissione ospedaliera per SC in Campania secondo i dati Programma Nazionale Esiti del Ministero della Salute. Nel periodo di osservazione dello studio CA.SCO, solo il 15% dei MMG aveva chiesto una visita specifica per SC presso un ambulatorio istituzionalizzato di riferimento organizzato su base provinciale, nel rispetto della priorità clinica indicati (U/B/D/P), mostrando una tendenza all'approccio reattivo più che proattivo nella gestione dello SC.

Epidemiologia dello SC e setting organizzativi delle Cardiologie ospedaliere campane ad opera di ANMCO Campania

Mediante un questionario inviato ai Direttori di strutture complesse di Cardiologia della Campania (anno 2010), si è potuto appurare che meno della metà delle Cardiologie regionali dichiarava di avere un ambulatorio specialistico per lo SC (41%), essenzialmente dedicato al follow-up post-dimissione di propri pazienti storici ed al controllo dei cronici, che per altro risultava prenotabile attraverso il sistema del Centro Unico di Prenotazione (CUP) locale/aziendale solo nel 27% dei casi. Solo il 12% delle strutture cardiologiche rispondenti al questionario dichiarava di avere percorsi diagnostico-terapeutici specifici per lo SC condivisi all'interno della struttura sanitaria. La disponibilità di un

day-hospital (DH) cardiologico era diffusa (88%) ma che era raramente orientato allo SC in senso terapeutico quale alternativa al ricovero in PS o ordinario. Tale trend è risultato in peggioramento in una indagine conoscitiva successiva del 2016.

Lo sviluppo della proposta ANCMO di rete per la gestione integrata dello SC: pianificazione di obiettivi

Sulla scorta dei dati delle indagini conoscitive sviluppate, su invito di ANMCO Campania, i Presidenti degli Ordini dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri provinciali hanno creato dei tavoli tecnici multidisciplinari ed interaziendali per sviluppare una proposta di rete per la gestione integrata dello SC tra ospedali e territorio, per migliorare gli esiti e ridurre il ricorso alle ospedalizzazioni prevenibili e non

Obiettivi di fondo fissati dai tavoli tecnici multi-disciplinari costituiti presso gli Ordini dei Medici-Chirurghi e Odontoiatri campani per la costituzione delle reti scopenso regionale

- Linguaggio e percorsi assistenziali comuni e coordinati tra i «nodi» della rete (le unità scopenso, territoriale o ospedaliero distinto per competenze) per una gestione unitaria e progressiva clinico-diagnostica e terapeutica nello scopenso cardiaco;
- Definizione della rete di servizi e modalità relazionali tra in «nodi», “setting” organizzativi ed obiettivi assistenziali standard e condivisi;
- Impostazione multidisciplinare e multiprofessionale della gestione del paziente secondo una logica funzionale e per intensità e complessità delle cure necessarie, rapportate allo standard delle linee guida;
- Definizione di un sistema centralizzato di conoscenza del funzionamento della Rete e del suo impatto assistenziale, nonché di educazione continua, di verifica degli obiettivi e di riprogrammazione della Rete stessa.

Figura 3

necessarie (Figura 2). Gli obiettivi focalizzati dai tavoli tecnici (Figura 3), declinati ed articolati in una proposta strutturata, sono risultati straordinariamente in linea con le raccomandazioni organizzative generali di ANMCO^{4,5}. È stato così possibile consegnare alla Presidenza della commissione regionale Sanità una proposta collegiale di costituzione per legge regionale della rete per lo SC, al fine di rendere attuativo il costruendo PDTAR regionale (2015).

Dalla proposta alla sperimentazione: studio pilota “Prevenzione e Sorveglianza Attiva nello Scopenso Cardiaco-PRE.S.A.SCO”

Coerentemente con quanto sopra, ANMCO Campania ha concorso a sviluppare un progetto pilota con l’Ordine dei Medici-Chirurghi ed degli Odontoiatri e la Cardiologia

dell’Azienda Ospedaliera di riferimento di Caserta, nonché con i servizi cardiologici dei presidi ospedalieri e territoriali dell’ASL di Caserta, e con cooperative di MMG, per rendere operativa una iniziale rete per lo SC su base provinciale in grado di articolare un PDTA specifico su un bacino di utenza potenziale di un milione di cittadini. I cardini del progetto (Figura 4) hanno rappresentato la traduzione in obiettivi pratici dei principi generali della proposta di costituzione della rete regionale (Figura 3). Nello sviluppo del progetto esecutivo PRE.S.A.SCO., una scelta chiave è stata quella di affidare al Sistema Informativo Sanitario Regionale (SANIARP) il ruolo di veicolo informatico per realizzare una bozza di fascicolo sanitario elettronico individuale, a partire dalla scheda di dimissione ospedaliera come

da raccomandazione ANMCO¹², fino al sistema di gestione delle prenotazioni ambulatoriali dedicate e la pianificazione dei piani assistenziali individuali sulla scorta di esperienze consolidate¹³, nonché per certificare gli esiti nella sotto-popolazione selezionata. La presa d’atto degli obiettivi della rete (Figura 4) ha determinato immediatamente nel gruppo di lavoro interaziendale un risultato chiaro: la constatazione di un fabbisogno organizzativo delle Cardiologie e dei servizi specialistici delle ASL da opporre al trend riassunto in Figura 1, per realizzare la rete e gli obiettivi preposti. La monitorizzazione degli indicatori di risultato dirà nel 2020 se l’organizzazione ha colmato nel bacino di utenza il gap tra i dati attuali ed risultati attesi. ♥



Obiettivi progetto pilota «Prevenzione e Sorveglianza Attiva nello Scenario Cardiaco-PRE.S.A.SCO.»:

- ridurre la progressione tra gli stadi dell'insufficienza cardiaca (in particolare da B->C->D);
- Incrementare quote di pazienti: a) indirizzati a visite cardiologiche urgenti o DH terapeutico anziché in PS; b) dimessi direttamente da PS-OBI ed indirizzati ad ambulatori specializzati;
- promuovere modalità lavoro multi-disciplinare e multi-professionale valorizzando ruolo dell'infermiere *case-manager* per gestire piani assistenziali individuali, ed alimentare il fascicolo sanitario elettronico individuale;
- migliorare il trasferimento di informazioni sanitarie dall'ospedale al territorio e viceversa: dimissioni standardizzate in linea con le raccomandazioni ANMCO e fascicolo sanitario individuale;
- accompagnare il paziente in post-dimissione con un programma di follow-up a carico della cardiologia ospedaliera nei 30 giorni dalla dimissione;
- incrementare la quota di soggetti indirizzati a riabilitazione cardiovascolare; individuare la quota di soggetti che necessitano di cure domiciliari o palliative, al fine di strutturare percorsi ad hoc.
- promuovere l'autogestione consapevole del paziente al fine di incrementare l'aderenza alle prescrizioni relative alla prevenzione ed alla terapia, e ridurre instabilizzazioni.

Figura 4

Bibliografia

1. Jhund PS, MacIntyre K, Simpson CR, Lewsey JD, Stewart S, Redpath A, Chalmers JW, Capewell S, McMurray JJ. Long-term trends in first hospitalization for heart failure and subsequent survival between 1986 and 2003: a population study of 5.1 million people. *Circulation* 2009;119:515-523.
2. Avery CL, Loehr LR, Baggett C, Chang PP, Kucharska-Newton AM, Matsushita K, Rosamond WD, Heiss G. The population burden of heart failure attributable to modifiable risk factors: the ARIC (Atherosclerosis Risk in Communities) study. *J Am Coll Cardiol* 2012;60:1640-1646.
3. Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, Bueno H, Cleland JG, Coats AJ, Falk V, Gonzalez-Juanatey JR, Harjola VP, Jankowska EA, Jessup M, Linde C, Nihoyannopoulos P, Parissis JT, Pieske B, Riley JP, Rosano GM, Ruilope LM, Ruschitzka F, Rutten FH, van der MP. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *Eur Heart J* 2016;18:891-975.
4. Consensus Conference. Il percorso assistenziale del paziente con scompenso cardiaco. *G Ital Cardiol (Rome)* 2006;7:387-432.
5. Aspromonte N, Gulizia MM, Di Lenarda A, Mortara A, Battistoni I, De Maria R, Gabriele M, Iacoviello M, Navazio A, Pini D, Di Tano G, Marini M, Ricci RP, Alunni G, Radini D, Metra M, Romeo F. ANMCO/SIC Consensus document: The heart failure network: organization of outpatient care. *G Ital Cardiol (Rome)* 2016;17:570-593.
6. Laribi S, Aouba A, Nikolaou M, Lassus J, Cohen-Solal A, Plaisance P, Pavillon G, Jois P, Fonarow GC, Jouglé E, Mebazaa A. Trends in death attributed to heart failure over the past two decades in Europe. *Eur J Heart Fail* 2012;14:234-239.
7. Teixeira A, Parenica J, Park JJ, Ishihara S, AlHabib KF, Laribi S, Maggioni A, Miro O, Sato N, Kajimoto K, Cohen-Solal A, Fairman E, Lassus J, Mueller C, Peacock WF, Januzzi JL, Jr, Choi DJ, Plaisance P, Spinar J, Mebazaa A, Gayat E. Clinical presentation and outcome by age categories in acute heart failure: results from an international observational cohort. *Eur J Heart Fail* 2015;17:1114-1123.
8. Hawkins NM, Jhund PS, Simpson CR, Petrie MC, Macdonald MR, Dunn FG, MacIntyre K, McMurray JJ. Primary care burden and treatment of patients with heart failure and chronic obstructive pulmonary disease in Scotland. *Eur J Heart Fail* 2010;12:17-24.
9. Maggioni AP, Dahlstrom U, Filippatos G, Chioncel O, Crespo LM, Drozd J, Fruhwald F, Gullestad L, Logeart D, Fabbri G, Urso R, Metra M, Parissis J, Persson H, Ponikowski P, Rauchhaus M, Voors AA, Nielsen OW, Zannad F, Tavazzi L. EURObservational Research Programme: regional differences and 1-year follow-up results of the Heart Failure Pilot Survey (ESC-HF Pilot). *Eur J Heart Fail* 2013;15:808-817.
10. Zsilinszka R, Mentz RJ, DeVore AD, Eapen ZJ, Pang PS, Hernandez AF. Acute Heart Failure: Alternatives to Hospitalization. *JACC Heart Fail* 2017;5:329-336.
11. Scardovi AB, De Maria R, De Feo S, Petrucci MA, Camerini A, Cipriani M, Di Tano G, Feola M, Iacovoni A, Pulignano G, Russo G, Misuraca G. The Italian Network for Heart Failure five years after the publication of the Italian "Consensus conference on the management of heart failure". *Monaldi Arch Chest Dis* 2012;78:40-48.
12. Mennuni M, Gulizia MM, Alunni G, Amico AF, Bovenzi FM, Caporale R, Colivicchi F, Di Lenarda A, Di Tano G, Egman S, Fattiroli F, Gabrielli D, Geraci G, Gregorio G, Mureddu GF, Nardi F, Radini D, Riccio C, Rigo F, Sicuro M, Urbinati S, Zuin G. [ANMCO Position paper: Hospital discharge planning]. *G Ital Cardiol (Rome)* 2016;17:657-686.
13. Iacoviello M, Pede S, Aspromonte N, Bux F, Panunzio M, Donadeo V, De Castro A, Antoncicchi E, D'Amato N, Squicciarro E, Silvestri B, Malerba L, De Gennaro L, Modugno G, Serafini E, Curci B, Grande D, Colivicchi F, De Luca G, Ignone G, D'Agostino C, Caldarella P. The APULIA HF multicenter study: efficacy of a management protocol shared between hospital and territorial health services for acute decompensated heart failure patients. *G Ital Cardiol (Rome)* 2017;18:150-158.

DI MARCO BOTTA, DANIELE BERTOLI, GIORGIO CARETTA, PIERO CLAVARIO, MARTINO CHELI, VERED GIL AD, FRANCESCO MAINARDI, KATIA PAONESSA, FEDERICO SANCHEZ, NICOLETTA PINGELLI

Update Liguria: prosegue il lavoro di squadra

ANMCO Liguria: le iniziative del Consiglio Direttivo Regionale 2018-2020

TEAM: "Toghether Everyone Achieves More"

Dopo il proficuo biennio trascorso con la Presidenza della Dott.ssa Annamaria Municinò, il rinnovamento del Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Liguria prosegue il suo corso ed il vivace gruppo formatosi ha accolto due nuove giovani Colleghe, Vered Gil Ad (Rapallo) e Katia Paonessa (Pietra Ligure) elette nel Direttivo in sostituzione di Annamaria Municinò (Genova, Sestri P.) e Marco Piccininno (Genova, Galliera) che hanno terminato il loro mandato. Dopo 2 anni come Consigliere è stato eletto Presidente Regionale per il biennio 2018-2020 Marco Botta della S.C. Cardiologia di Savona e proseguono il loro secondo mandato come Consiglieri: Daniele Bertoli (Sarzana), Giorgio Caretta (La Spezia), Martino Cheli (Genova, I. Gaslini), Piero Clavario (Arenzano), Francesco Mainardi (Genova, Villa Scassi) e Federico Sanchez (Sanremo). Novità anche





1° Incontro Update Cardio-Imaging – Genova, 8 Novembre 2018. Al Podio: Antonella Moreo



*1° Incontro Update Cardio-Imaging - Genova, 8 Novembre 2018
Da sinistra: Giorgio Caretta, Vered Gil Ad e Katia Paonessa*

per il Referente Regionale dell'Area Nursing con l'ingresso di Nicoletta Pingelli (Sanremo) a proseguire il proficuo lavoro iniziato da Tiziana Zappulla (Arenzano) nel precedente biennio. Stimolati dal buon lavoro svolto e dai positivi riscontri ottenuti, la filosofia resta quella del **TEAM** (Together Everyone Achieves More), nello spirito di proseguire l'impegno di un gruppo dinamico in cui sono equi-rappresentate diverse realtà del territorio regionale, diverse competenze e campi di interesse specifico, con l'obiettivo primario di sviluppare un sempre più ampio confronto tra le varie Strutture, tra i vari settori



Congresso Regionale ANMCO Liguria e CardioNursing – Genova, 23-24 Marzo 2018

Da sinistra: Marco Botta, Martino Cheli, Marco Piccininno, Federico Sanchez, Piero Clavario, Giorgio Caretta, Francesco Mainardi, Andrea Di Lenarda, Annamaria Municinò, Daniele Bertoli, Donatella Radini, Stefano Domenicucci

specifici della Cardiologia, con un forte orientamento al dialogo con le altre Società Scientifiche cardiologiche e con le Istituzioni oltre ad una specifica attenzione al coinvolgimento attivo dei Cardiologi più giovani.

Update Cardio-Imaging

Il primo progetto, partito lo scorso 8 novembre, elaborato in collaborazione con l'Area CardioImaging e l'Area Giovani ANMCO, prevede un ciclo di 6 incontri monotematici dedicati al Cardio-Imaging con momenti a Focus su singola patologia cardiologica. Obiettivo del percorso: condividere le corrette indicazioni, i metodi e l'appropriatezza di

impiego dei vari esami strumentali utilizzati in ambito cardiologico. Ogni Workshop, di facile fruibilità, perché concentrato in un pomeriggio, prevede un focus sulle più recenti linee guida per la patologia cardiologica in questione e sessioni dedicate alle specifiche tecniche sulle singole metodiche di Imaging a disposizione, oltre al confronto su indicazioni di impiego per definire la diagnosi, orientare la terapia e seguire il follow-up. Ogni pomeriggio di lavoro si articola in 4 brevi sessioni: Multimodality Imaging, Update Linee Guida, Forum Casi Clinici e Workshop finale interattivo con discussione ed interpretazione

di Imaging selezionato. Il primo Incontro si è svolto con grande successo e partecipazione a Genova sull'argomento dell'Endocardite Infettiva: sono intervenuti oltre 50 Medici (tra Cardiologi e anche Colleghi di Specialità affini) con una forte presenza di giovani. Presenti nella Faculty Antonella Moreo dell'Ospedale Niguarda-Milano e attuale Chairperson dell'Area CardioImaging ANMCO oltre a tutto il Consiglio Direttivo Regionale, a Cardiologi provenienti dalle varie realtà ospedaliere regionali e Specializzandi della Scuola di Specializzazione in Cardiologia dell'Università di Genova. Il calendario dei prossimi



UPDATE CARDIO-IMAGING

SAVE THE DATE

Together
Everyone
Achieves
More
CCR ANMCO Liguria 2018-2020

Ciclo Incontri 2018/2019

8 Novembre 2018 FOCUS ENDOCARDITI
28 Febbraio 2019 FOCUS PERICARDITI
30 Maggio 2019 FOCUS PROTESI VALVOLARI

Con il Patrocinio di



Sezione Regionale Liguria

Ciclo Incontri 2019/2020

Novembre 2019 FOCUS MIocardITI - INSUFFICIENZA CARDIACA ACUTA
Febbraio 2020 FOCUS AURICOLA-DIA-FOP
Maggio 2020 FOCUS EMBOLIA POLMONARE



Comitato Scientifico: Vered Gil Ad, Katia Paonessa, Giorgio Caretta, Daniele Bertoli, Martino Chelli, Piero Clavario, Francesco Mainardi, Federico Sanchez, Marco Botta.
In collaborazione con Area Cardio-Imaging e Area Giovani ANMCO Nazionale: Paolo Pino, Antonella Moreo, Fabiana Luca'.

Orario: 14.30/19.00

Segreteria Organizzativa
 EtaGamma srl
 Via XX Settembre, 26/79 - 16121 Genova
 tel 010 8370728 Fax 010 8455755
 segreteria@etagammasrl.it - www.etagammasrl.it

incontri prevede per il 28 febbraio il Focus sulle Patologie del Pericardio che si svolgerà a Ponente nel Savonese, e vedrà la partecipazione nella Faculty di Massimo Imazio, dell'A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino, di Paolo Pino del San Camillo di Roma, del Presidente Regionale ANMCO Piemonte-Valle d'Aosta Federico Nardi e di Fabiana Lucà del P.O. Ospedali Riuniti di Reggio Calabria, oltre ai membri del Consiglio Direttivo Regionale e ad altri Colleghi liguri. Seguiranno il 30 maggio 2019 il terzo incontro a Levante nel Tigullio con Focus su Protesi Valvolari, in novembre 2019 il Focus su Miocarditi ed Insufficienza Cardiaca Acuta, in febbraio 2020 il Focus su Auricola, DIA e FOP e infine in maggio 2020 l'ultimo incontro con Focus su Embolia Polmonare.

CARDIOLIGURIA 2019

Con la Mission condivisa di favorire il confronto culturale ed organizzativo in termini di rete tra tutti i Cardiologi liguri nasce l'obiettivo di maggior apertura alle relazioni con le altre Società Scientifiche cardiologiche rappresentate in una regione comunque piccola come la nostra. Le competenze super-specialistiche e le tecnologie utilizzate in ambito diagnostico-terapeutico, insieme alle novità farmacologiche consentono oggi di inquadrare e trattare pazienti sempre più complessi, in modo efficace e con rilevante impatto su prognosi e qualità della vita. Alla luce di tutto questo diventa sempre più necessario per ogni Cardiologo mantenere una mentalità aperta alla cultura clinica, condividere e conoscere percorsi e modalità per poter valutare e seguire al meglio il

paziente con patologia cardiologica ed offrirgli un adeguato e nello stesso tempo sostenibile programma di cura e follow-up. Da qui l'idea di proporre all'interno della regione un Meeting congiunto delle Società Cardiologiche, offrendo un'occasione per fare il punto sugli aspetti più controversi della pratica clinica quotidiana ed avviare un più ampio confronto su protocolli, "best-practice" e standard di cura delle varie realtà ospedaliere e territoriali regionali. L'evento, contenendo topics di interesse anche multidisciplinare, coinvolge anche Specialisti di discipline affini alla Cardiologia e vuole coinvolgere sempre più i giovani Cardiologi e gli specializzandi che si affacciano all'esperienza lavorativa nella realtà sanitaria ligure. In modalità integrata e parallela la proposta si estende agli Infermieri con l'associato Cardionursing, anche qui nell'ottica di un update culturale e di confronto sul lavoro in Team medico-infermieristico all'interno delle varie realtà locali. Il programma congressuale si articolerà in diverse sessioni: si alternano discussioni interattive su Scenari Clinici e Relazioni con focus su linee guida, sui principali argomenti discussi in letteratura riguardo alla diagnosi, alla terapia, al follow-up ed al management organizzativo delle patologie trattate. L'evento si svolgerà il 22-23 marzo 2019 al Porto Antico di Genova e coinvolgerà direttamente le Sezioni Regionali di ANMCO, SIC, AIAC e GICR-IAPCR ed indirettamente, ma con attiva partecipazione nella Faculty del Congresso, anche le Sezioni

Regionali di GISE ed ARCA. Parallelamente a queste due corpose iniziative bollono in pentola per i prossimi due anni altri progetti in parte nuovi ed in parte in continuità con il programma del Consiglio Direttivo precedente:

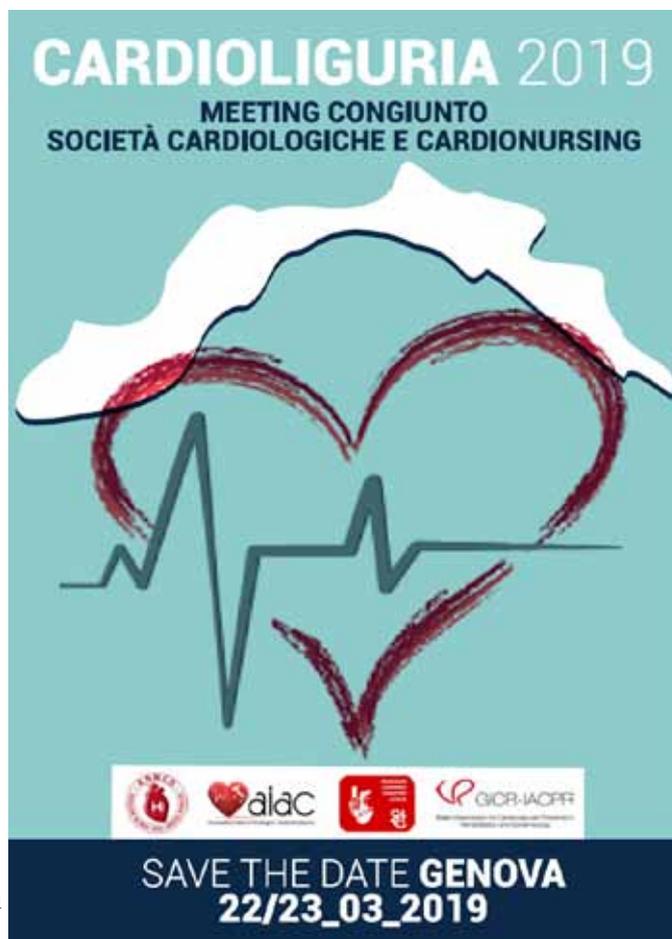
- Progetto formativo in collaborazione con i Medici di Medicina Generale (SIMG), gestito insieme alle Sezioni Regionali Liguri di GISE ed ARCA, per la Gestione integrata Ospedale-Territorio del paziente ad alto rischio cardio-vascolare nelle fasi di primo inquadramento diagnostico e di follow-up dopo evento acuto.

- Sviluppo dati su Censimento UTIC in Liguria effettuato nel 2018.

- Attività Cardio-Oncologica (implementazione programmi con le Strutture di Oncologia di riferimento).

- Protocolli per Gestione GUCH in collaborazione con l'Ospedale Gaslini e con il Dott. Stefano Domenicucci.

- Attività di Formazione Medici, Infermieri ed Operatori del Soccorso in relazione ai Programmi Regionali di integrazione Ospedale-Territorio ed Ospedale-Ospedale per la gestione del paziente con Scopenso Cardiaco Cronico e per la gestione del paziente con Scopenso Cardiaco avanzato candidabile a impianto di L-VAD (quest'ultimo aspetto in relazione ai Programmi già avviati presso la Cardiologia e la Cardiochirurgia del Policlinico San Martino di Genova).



- Attività di Prevenzione Cardiovascolare con iniziative allocate sul territorio (con particolare attenzione alle Scuole), in sinergia con le indicazioni di ANMCO e Fondazione per il Tuo cuore (già nel 2018 si è svolta a Genova con grande successo l'iniziativa del Truck Tour e Banca del Cuore con il passaggio e la sosta del Jumbo-Truck della Fondazione che ha visto attivamente coinvolti oltre al Consiglio Direttivo Regionale e al nostro Consigliere Nazionale Stefano Domenicucci altri numerosi Cardiologi ed Infermieri liguri).

- Attività di Formazione dedicata per

Infermieri, in particolare sulla gestione di accessi vascolari in terapia intensiva cardiologica con utilizzo di metodiche ultrasonografiche.

- Proposta di Registro Prospettico Regionale "Gestione Terapia Antitrombotica nel complesso setting clinico in cui sono associate Fibrillazione Atriale e Sindrome Coronarica Acuta con Angioplastica Coronarica".

Insomma, nonostante le difficoltà a tutti comuni correlate al sovraccarico di lavoro quotidiano dei Medici Ospedalieri e Territoriali che spesso ostacolano la partecipazione attiva ad iniziative extra-lavorative, la nostra Associazione in Liguria sta vivendo da qualche anno un buon periodo di fermento,

entusiasmo e crescita con il coinvolgimento di nuovi Cardiologi e soprattutto con evidente rinnovato interesse al confronto multidisciplinare e ad una maggior sinergia tra colleghi con più esperienza e colleghi più giovani. E solo un buon lavoro di squadra su strategie condivise ci ha portato a tutto questo.

<<Ritrovarsi insieme è un inizio, restare insieme è un progresso, ma riuscire a lavorare insieme è sempre un successo...>>

Un caro saluto a Tutti dal Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Liguria! ♥



Effetto del contropulsatore aortico sulla mortalità a lungo termine nel paziente con infarto complicato da shock cardiogeno

Contropulsatore aortico, retrocessione in serie C: follow-up a 6 anni dello SHOCK-II

Follow-up a 6 anni del trial randomizzato SHOCK-II

8 giugno 1997, giorno triste per i cosentini: retrocessione del Cosenza Calcio in serie C e abbandono del mitico Gigi Marulla (autore del gol del vantaggio all'89', seguito da pareggio beffa al 90')... Ricordi vividi di liceale rossoblù. Quando mi sono imbattuto nel follow-up a 6 anni del trial SHOCK II, recentemente apparso su *Circulation* (<https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.118.038201>) ho avuto la sensazione che l'entità della retrocessione delle indicazioni al contropulsatore (IABP, Intra Aortic Balloon Pump) nell'IMA complicato da shock fosse paragonabile a quella del Cosenza Calcio nel '97. Classe III: non utile/dannoso il suo impiego routinario (ESC Guidelines on Myocardial Revascularization, 2018). SHOCK II è un trial rigoroso: 600 pazienti con IMA e shock randomizzati 1:1 a IABP vs no IABP. Nel gruppo di controllo il crossover a impianto di IABP era consentito solo in caso di sviluppo

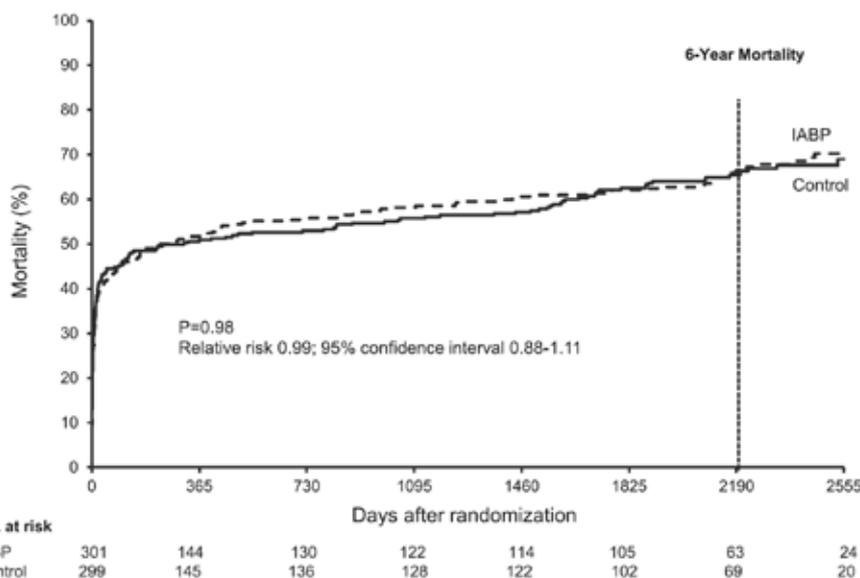


Figura 1 - Follow-up a 6 anni: mortalità sovrapponibile tra il gruppo IABP e il gruppo di controllo

di complicanze meccaniche. Il follow-up a 6 anni ricalca i risultati a 1 anno del trial iniziale: nessuna differenza significativa riguardo a mortalità per tutte le cause, re-infarto, nuova rivascolarizzazione, reospedalizzazione per cause cardiache, impianto di defibrillatore. Il contropulsatore,

in sintesi, non è un predittore di sopravvivenza a lungo termine. La sua popolarità, durata 50 anni, si è basata sull'assunto fisiopatologico dell'aumento della perfusione coronarica e della riduzione del postcarico ventricolare sinistro, con miglioramento della gittata cardiaca. Tutto vero. Ma tra

fisiopatologia e clinica c'è un abisso. Il Cardiologo di guardia e l'Emodinamista sanno bene che il paziente che entra in sala con infarto esteso, tardivo, ipoperfuso, in acidosi, cute marezzata e fredda, coronaropatia multivasale, età avanzata, oliguria e, ciliegina sulla torta, blocco di branca sinistra, molto probabilmente non sopravviverà ai primi 30 giorni dall'evento acuto. Entrambi sanno bene che il contropulsatore magari consentirà a quel paziente di sopravvivere qualche giorno in più, ma la sua prognosi resta infausta. D'altra parte, l'infarto complicato da shock nel soggetto giovane, senza particolari comorbidità, a presentazione precoce e con malattia monovasale, ha una sopravvivenza paragonabile a quella dell'IMA normoteso se l'angioplastica primaria viene eseguita precocemente, gli indici di riperfusione sono buoni e la terapia farmacologica è appropriata: il contropulsatore aggiunge poco a questo paziente, se non un aumentato rischio di complicanze vascolari. Sono convinto che i dati scaturiti dallo SHOCK II, confermati a sei anni, riflettono la realtà clinica. L'IABP conserva appieno il suo ruolo nell'IMA con complicanze meccaniche (rottura di setto interventricolare e insufficienza mitralica acuta massiva), situazioni in cui la riduzione del postcarico è cruciale per mantenere una gittata cardiaca sufficiente in attesa di correzione chirurgica. Ora, appurato che l'utilizzo routinario dell'IABP ha effetto nullo, quali sono i risvolti dello SHOCK II nel



Figura 2 - Gigi Marulla, storico calciatore del Cosenza calcio recentemente stroncato da un infarto

trattamento dell'IMA in shock in centri senza cardiocirurgia e senza dispositivi di assistenza al circolo (Impella, ECMO?)? Permettetemi di condividere con voi il mio comportamento: 1) non uso mai routinariamente il contropulsatore, in accordo con i dati del trial appena commentato e con le linee guida; 2) lo impianto

sempre in caso di complicanze meccaniche, e quasi sempre dopo lo coronarografia o l'angioplastica: ripristinare il flusso nel territorio ischemico nel più breve tempo possibile lo considero prioritario, e l'impianto successivo alla procedura evita la necessità di un secondo accesso vascolare; 3) inserisco l'IABP sempre in caso di occlusione della circonflexa con ischemia acuta del papillare, senza rottura, ed edema polmonare acuto; 4) non nascondo di applicare, qualche volta, la strategia del "tentare il tutto per tutto", anche se in partenza so che il paziente non ha chance e l'IABP non migliorerà la prognosi: si tratta di pura speranza irrazionale. La retrocessione del contropulsatore è, a mio giudizio, fondata su basi scientifiche solide e sembra irreversibile. Per fortuna, per il Cosenza Calcio non è andata così... ♥



Figura 3 - Contropulsatore aortico



Il genio harveyano nell'applicazione del metodo scientifico per la scoperta della circolazione del sangue

Nel cuore della medicina: William Harvey, Padova e il "De Motu Cordis"

La storiografia del "De Motu Cordis"

La scoperta della circolazione del sangue: tra metafisica aristotelica e nuova scienza galileiana

La scoperta della circolazione del sangue illustrata da William Harvey nell'*Exercitatio Anatomica De Motu Cordis et sanguinis in animalibus*, pubblicata per la prima volta a Francoforte nel 1628, con la sua portata rivoluzionaria divise le opinioni degli studiosi del tempo. Non mancarono da subito difensori e detrattori della teoria harveyana che diedero vita da subito ad un ampio ed acceso dibattito. Si tratta, come è noto, di processi insiti nel progresso stesso della scienza. La teoria harveyana come abbiamo già avuto modo di illustrare in precedenza, si collocava pienamente nel contesto della tradizione filosofica aristotelica padovana: il cuore è il fondamento della vita, il "Sole



Figura 1 - W. Harvey (Folkestone, Kent, 1 aprile 1578 - Londra 3 giugno 1657), Ritratto inc.

Provenienza: archivio privato Studio Firmano

del Microcosmo" da cui proviene ogni energia. L'influsso della metafisica aristotelica, lo schema del paradigma del moto circolare come moto perfetto, utilizzabile anche per l'interpretazione dei fenomeni anatomici e fisiologici,

consolidava perfettamente l'analogia tra micro e macrocosmo, con chiari echi della filosofia della natura cinquecentesca. Come ogni grande scoperta, anche quella della circolazione del sangue, esprime in sintesi il contesto scientifico e culturale in cui viene operata: il Seicento è il secolo dei contrasti, del movimento e delle torsioni che producono luci ed ombre nell'arte barocca, delle profonde contraddizioni in cui si assiste, anche in medicina al persistere delle vecchie teorie di impronta galenica ed all'imporsi delle nuove. La scoperta della circolazione del sangue era anche il risultato della misurazione quantitativa introdotta dal metodo scientifico galileiano. L'interrogativo principale su cui si appunta l'attenzione di Harvey nei suoi esperimenti sul corpo animale è proprio determinato da indagini quantitative: se, come evidenzia nel capitolo IX del *De Motu Cordis*,



Figura 2 - G. Fabrizi D'Acquapendente (Acquapendente, 20 maggio 1537 - Padova, 21 maggio 1619), Ritratto inc. Provenienza: archivio privato Studio Firmano

la quantità complessiva di sangue spinta dal cuore nell'aorta nel lasso di tempo di mezzora, supera di gran lunga la quantità totale del sangue che si trova nell'organismo, ne consegue che deve trattarsi dello stesso sangue che, periodicamente, ritorna attraverso un moto circolare al cuore. La genialità della scoperta è dettata proprio dall'applicazione del metodo scientifico: non sono tanto gli esperimenti operati dal

medico inglese a fare la grandezza della scoperta, ma la capacità di osservazione e di rielaborazione dei dati acquisiti attraverso propri ed altrui esperimenti e di vagliare gli stessi alla luce dell'ipotesi scientifica. La nota immagine del braccio con il laccio del *De Motu Cordis* è ben poca cosa sul piano fisico dell'esperimento rispetto alla grandezza teorica della dimostrazione dell'ipotesi della circolazione del sangue. Questa stessa immagine probabilmente è mutuata da Harvey stesso dall'opera di Girolamo Fabrizi D'Acquapendente, *De venarum ostiolis*, stampato a Padova nel 1603. Allievo e successore di Gabriele Falloppio, Fabrizi aveva insegnato dapprima chirurgia e poi anatomia a Padova dal 1565 e fu maestro anche di Harvey: questi durante le lezioni ebbe probabilmente occasione di vedere le celebri *Tabulae Anatomicae* – oggi conservate alla Biblioteca Nazionale Marciana di Venezia – e di apprendere direttamente dal maestro della scoperta delle valvole venose. La pratica del salasso che nel Seicento era ancora un cardine

della terapeutica basata sulla teoria umorale, offriva ripetutamente l'occasione di osservare le vene inturgidite del braccio ed anche le valvole. Tuttavia Fabrizi che aveva scoperto le valvole venose nelle sue dettagliate osservazioni anatomiche, non era stato in grado di elaborare un'ipotesi scientifica in grado di dimostrarne la vera funzione. Tanto era perfetta l'osservazione anatomica delle valvole venose di Fabrizi - aveva osservato come queste si disponevano in maniera opposta l'una all'altra sullo stesso corso venoso al pari dei nodi di un ramo - quanto era del tutto lacunosa la capacità teorica di formulare un'ipotesi funzionale coerente alla loro morfologia ed in grado di validarne la scientificità. In ciò risiede tutto il genio harveyano: la capacità di rielaborare acutamente ed attentamente ogni dato acquisito dalle scoperte precedenti e di ricondurre tutto ad un'unità teorica sotto un'ipotesi scientifica. Tuttavia questa essenziale novità di metodo non fu da subito compresa in tutta la sua portata rivoluzionaria. Molti sminuirono la genialità della scoperta: proprio per la sua rielaborazione di dati tratti da esperimenti precedenti, Harvey fu visto più come un assemblatore nella sua opera di scoperte altrui di cui fu un continuatore. Affermazione derivata dalla più completa incapacità di comprendere che la portata rivoluzionaria era proprio nel metodo di analisi e rielaborazione teorica del dato, alla luce di una logica scientifica sperimentale e quantitativa.

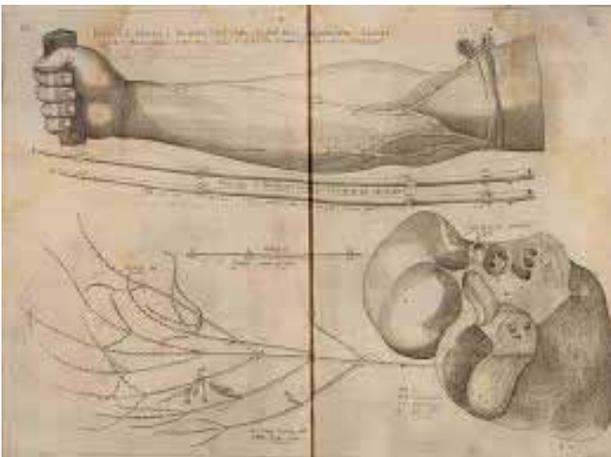


Figura 3 - Girolamo Fabrizi D'Acquapendente, *De venarum ostiolis*, Padova, 1603. *Explanatio Tabulae Secundae.* L'immagine illustra la struttura delle vene e delle loro valvole nel braccio umano, in evidenza dopo il laccio Provenienza: archivio privato Studio Firmano

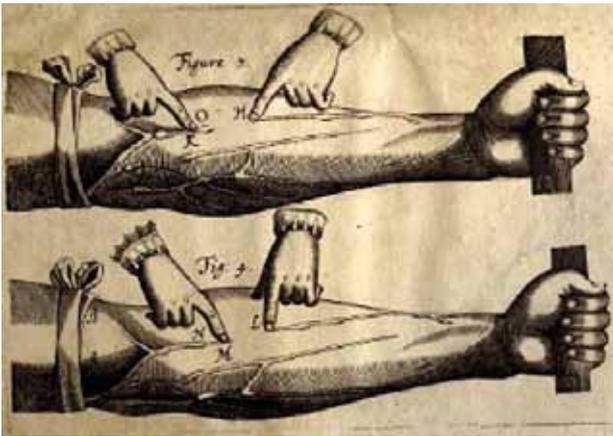


Figura 4
W. Harvey, Esercitazione Anatomica sul
Movimento del Cuore e del Sangue negli
Animali, Francoforte, 1628
Harvey descrive il passaggio del sangue dal
sistema arterioso a quello venoso
Provenienza: archivio privato Studio Firmano

La storiografia moderna su William Harvey e la sua scoperta

Tuttavia non deve sorprenderci se questa idea ha improntato fino alla prima metà del Novecento una parte della storiografia medica italiana su Harvey. Forse più per semplice campanilismo – questo ci piace pensare – che per vera critica storiografica le scoperte del medico inglese furono sminuite a vantaggio di medici italiani come Andrea Cesalpino (Arezzo, 1525 - Roma, 1603). Questi nell'opera *Quaestionum peripateticarum libri quinque* (1571 e 1593) e nei *Quaestionum medicarum libri duo* (1593) aveva descritto il piccolo circolo, negando la funzione emopoietica del fegato, sostenuta da Galeno, attribuendo invece tale funzione al cuore. Nel contesto degli studi della seconda metà del

Novecento, illustri storici della medicina dell'ateneo padovano come Loris Premuda (Montona, 1917 - Padova, 2012) e più recentemente Giuseppe Ongaro con Maurizio Rippa Bonati si sono cimentati in una traduzione italiana del *De Motu Cordis* ed in una analisi accurata e scientificamente oggettiva della fortuna dell'opera e della scoperta della circolazione del sangue, restituendo al genio inglese, nella storiografia medica italiana, il posto che la storia della medicina moderna, e più in generale la scienza stessa moderna non può non tributargli. Parafrasando la perfezione del moto circolare harveyano: da Padova, da sempre al Cuore della scienza medica e della sua storia, la scoperta ha preso le mosse ed a Padova è inevitabilmente tornata per essere riletta in tutta la sua grandezza.

Bibliografia Essenziale

- G. Bilancioni, Una controversia aperta: Cesalpino o Harvey?, «Arch. Fisiol.», X (1912), IV, p. 12
P. Capparoni, La storia della scoperta della circolazione del sangue, «Conferenze Cliniche e di scienze mediche», 1932, p. 219
G. Harvey, De Motu Cordis, introduzione e versione con testo a fronte a cura di L. Premuda, Milano "Il Giardino di Esculapio", 1957
G. Harvey, Esercitazione Anatomica sul Movimento del Cuore e del Sangue negli Animali, Francoforte, 1628, Introduzione, traduzione italiana e note di G. Ongaro, Milano, Mediamed, 2003 ("Rara Medica")
G. Ongaro, M. Rippa-Bonati, G. Thiene (a cura di) Harvey e Padova, Padova, 21-22 novembre 2002, Atti del Convegno celebrativo di William Harvey nel Quarto Centenario della laurea, 1602-2002, Padova, Università degli Studi di Padova, 2006
L. Premuda, A trecento anni dalla morte di William Harvey: l'ambiente, l'uomo, il filosofo, lo scienziato, «Il Giardino di Esculapio», XXVI (1957), 1, pp. 37-54
C. Singer, The discovery of the circulation of the blood, London, Bell, 1922



La relazione medico - paziente

Considerazioni di Pedagogia della Salute

L' ampliarsi dell'attenzione educativa e formativa nei confronti dei settori disciplinari della medicina e delle professioni sanitarie, nei confronti dell'umanizzazione del lavoro di cura e della qualità della stessa relazione, si accompagna alla crescente rappresentazione della pedagogia come scienza della salute. L'ormai nota, e per molti versi anche messa in questione, definizione elaborata dall'OMS nel 1948, infatti, ha segnato il passaggio dal concetto di salute come semplice assenza di malattia a un costrutto più complesso e multifattoriale che vede la salute come il perseguimento, da parte del soggetto, di uno stato di benessere bio-psico-sociale. È, dunque, solo all'interno del paradigma della complessità che la ricchezza dell'idea di salute ha modo di esprimersi evidenziando una pluralità di nessi e snodi concettuali e operativi all'interno dei quali l'attenzione educativa svolge un ruolo cruciale. In tal senso, la promozione della salute viene intesa come formazione ad un pensiero critico orientato al potenziamento delle risorse personali in vista del miglioramento delle singolari condizioni di vita e di sviluppo e, così, come imprescindibile

condizione per garantire il diritto alla libertà dell'uomo. Principio, quest'ultimo che trova accoglimento all'interno di una pedagogia orientata alla sua (tras) formazione in vista di orizzonti inattuati di autorealizzazione in permanente divenire. Ciò comporta che la stessa relazione di cura che si instaura tra il medico e il paziente venga a configurarsi sempre di più come una relazione d'aiuto all'interno della quale confluiscono tutte le sfere che descrivono l'orizzonte di senso e significato della vita del singolo individuo e che risultano determinanti per la definizione di strategie utili per cogliere l'obiettivo della salute nei contesti che abbiamo richiamato. La relazione medico-paziente intesa come relazione di aiuto, quindi, coniugandosi con le istanze dell'attenzione, della comprensione, dell'osservazione, dell'ascolto, dell'empatia nella prospettiva del cambiamento e della riprogettazione esistenziale, può divenire strumento atto a favorire il miglioramento del percorso di cura solo nel momento in cui il soggetto stesso percepisce la propria responsabilità nei confronti di un personale progetto di vita che va oltre il proprio stato attuale di corpo malato. A tal proposito,

Ezekiel e Linda Emanuel hanno identificato, già da tempo, diversi modelli di relazione medico-paziente, individuando forme di relazione di tipo:

- Paternalistico, in cui il processo decisionale e di valutazione è affidato alla figura del medico, inducendo il soggetto ad acconsentire agli interventi che egli intende intraprendere. Il medico, dunque, è qui depositario di un sapere considerato certo e su cui ricadono la totalità delle responsabilità del decorso della cura. Si tratta di un modello eterodiretto dove manca pressoché totalmente una intenzionalità formativo-trasformativa del soggetto in cura, del quale si trascurano i vissuti personali e le risorse soggettive utili per la promozione della salute.
- Informativo, nella quale il medico condivide informazioni e valutazioni con il paziente lasciandolo libero di scegliere i percorsi di cura da intraprendere. Il medico, dunque, in questa relazione, è inteso come detentore di un sapere "neutro", si offre dunque al paziente a cui, soltanto, spetta decidere sulla base di credenze, opinioni, valutazioni personali la cui influenza è limitata solo dai confini oggettivi della praticabilità



dell'intervento medico. Manca, allora, un contatto formativo, non vi è dialogo critico e riflessivo ma, per lo più, trasmissione unidirezionale di informazioni tendenzialmente "oggettive".

- Interpretativo, in cui opinioni e credenze implicite del paziente vengono recuperate, esplicitate e messe a confronto con le possibilità della pratica medica, generando un progetto di cura condiviso. In tal senso, il rapporto che si viene ad instaurare tra medico e paziente si configura come una relazione di aiuto e di collaborazione per cogliere l'obiettivo di esplicitare e armonizzare l'implicito, già sempre presente, delle opinioni e dei valori che orientano la personale predisposizione alla scelta.

Oltre ai compiti canonici della professionalità medica, dunque, ad essa si richiede di saper promuovere nel malato, attraverso il confronto dialogico, specifiche abilità di autoriflessione e riflessione sul portato culturale delle proprie esperienze e delle credenze maturate nel corso della vita. In tal senso il modello è di incontro soggetto-oggetto (uomo-sapere) ma con la predominanza dell'elemento soggettivo, intendendo con ciò che, pur essendo mediati e dialettizzati i vincoli del sapere medico con

quelli della cultura del soggetto in cura, la possibilità di intraprendere un cammino di cura riposa, fondamentalmente, sulla possibilità di decostruire e ricostruire, nella relazione medico-paziente, le credenze di cui è depositario ciascun uomo e ciascuna donna in stato di malattia.

- Deliberativo, in cui confronto e dialogo rivestono un ruolo centrale non tanto, come nel caso precedente, per far emergere gli impliciti del soggetto in cura bensì per costruire, insieme ad esso, nuovi "quadri" interpretativi del malessere e della malattia. Il sapere medico è, dunque, un punto di riferimento, un assunto argomentativo con e intorno al quale costruire, attraverso una elaborazione congiunta medico-soggetto in cura, opinioni, valori e orientamenti che siano in grado di rispondere alle esigenze sia oggettive del sapere, sia soggettive del paziente. Questo tipo di relazione, dunque, rappresenta un modello di responsabilità condivisa nel percorso di cura in cui il medico svolge il ruolo di promotore di abilità costruttive e interpretative nel soggetto in cura. Alla luce di quanto brevemente detto, appare evidente come una relazione di cura pedagogicamente orientata privilegi gli ultimi

due modelli rispetto ai primi per l'importanza e la centralità riconosciute all'istanza dialogica tra i soggetti coinvolti nel percorso di comune costruzione di possibilità esistenziali – strategia capace di attivare e promuovere nel soggetto malato competenze di autonomia e responsabilità nella partecipazione attiva alla costruzione del proprio percorso di benessere – senza che ciò significhi aderire in maniera radicale e dogmatica a nessuno dei due modelli, e recuperando da tutte e quattro le tipizzazioni istanze e caratteri che risultano comunque essenziali per una opportuna relazione di cura trasformativa. Va da sé che la creatività nella costruzione del benessere come bene comune che investe i soggetti della relazione, i contesti istituzionali (comprensivi degli spazi e dei tempi) e le pratiche sociali e culturali costituisce una rete di rimandi e di possibili connessioni che fanno riferimento a un approccio di natura ecosistemica. Ove ciascuna storia di cura e di guarigione è in interrelazione con strategie e scelte tecnico-valoriali legate ai mondi di significati custoditi nelle progettualità di storie di vita da tutelare e sostenere. ♥



Federico Fellini

Seconda parte

Il “realismo fantastico” di un Regista geniale, nei ricordi di uno spettatore amante del Cinema



Federico Fellini

Dalla realizzazione di un'opera complessa, come “La Dolce Vita”, dalle polemiche, a tratti feroci, che seguirono, Fellini esce stremato. Entra in analisi e il dr. Bernhard gli fa comprendere, seguendo Jung, che l'inconscio può racchiudere un ricco immaginario poetico. Con Jung trova un punto d'incontro tra scienza e magia, tra razionalità e fantasia. È preda di dubbi, di incertezze, mentre si accinge ad una

nuova avventura creativa. Ennio Flaiano, co-sceneggiatore, propone un titolo aderente alla atmosfera e al tema che sta per trattare “la bella confusione”. F. sceglie invece “8 e ½”. Una formula magica? Un dato soltanto numerico. Riteneva di avere realizzato sino a quel momento 7 film e 1/2. Il successivo sarà “8 e ½”. Inizia con un sogno. Guido Anselmi (Marcello Mastroianni), regista cinematografico, ospite di una

stazione termale, sogna di trovarsi intrappolato in un ingorgo stradale. Si erge sul tetto della vettura librandosi poi in aria come un aquilone. Al risveglio uno dei medici curanti gli chiede se sta preparando ancora un film senza speranza. In verità Guido non progredisce nel suo lavoro, in una fase di crisi creativa che si intreccia con una crisi umana, esistenziale. “8 e ½” è la storia di un film che non riesce a realizzare, vissuta tra la



Marcello Mastroianni nel ruolo di Guido in 8 e 1/2



Il girotondo conclusivo in 8 e 1/2

realtà, il ricordo, l'immaginazione. Attorno a Guido i personaggi della sua vita e del suo lavoro. Le donne anzitutto. L'amante Carla (Sandra Milo), che lo raggiunge alle Terme, una "paciona", dalle grandi forme e dalla testa piccolina, la classica, comoda, amante che non procura fastidi. La moglie, Luisa, (Anouk Aimée), elegante, affascinante, in permanente contrasto, non gli perdona i tradimenti e le menzogne. Sempre sul punto di dividersi, ma con uguale costanza, cercarsi quando si trovano lontani. E poi la donna ideale e

irraggiungibile, la bellezza, la purezza e la dolcezza personificate, la ragazza delle Terme (Claudia Cardinale). Nei ricordi, la Saraghina, la prima, traumatica visione del sesso nella vita del protagonista. Una prostituta gigantesca, una femminilità animalesca, la donna proibita di un adolescente italiano (certo di quei tempi!), "bloccato e impedito da preti, chiesa, famiglia, con il risultato di una educazione fallimentare" (confessioni dello stesso A.). La donna è proibita? Per contrasto si apprezza e desidera una

donnina, con enorme seno, enorme sedere, enorme tutto. Guido riunisce tutte le sue donne in un immaginario "harem domestico", ove le rivalità si conciliano e ci si comprende con idilliaco affiatamento. E poi ancora, e soprattutto, compaiono i personaggi del suo lavoro. Il produttore che non si rassegna, giustamente, alla stasi, alla sterilità dell'Autore di un film che non si realizza. Il critico saccente e logorroico, Daumier, ricco solo di citazioni letterarie fuori tema, che Guido, nella immaginazione, fa impiccare. La magia e la sacralità. Un telepata riesce a rievocargli una frase che lo riporta, nei ricordi, all'infanzia, le stesse tre parole pronunciate da una bambina coetanea, Asa Nisi MAsa, iniziali di ANIMA. La Felicità. Nella conversazione richiesta ad un Cardinale, anch'egli ospite delle Terme, Guido confessa "io non sono felice". E il Cardinale crudamente: "perché essere felice? Il suo compito non è questo; chi ha detto che si viene al mondo per essere felici?". In concreto, il Produttore deve giungere ad una conclusione. Convoca una conferenza stampa per illustrare il film che sta per nascere, che dovrebbe nascere. C'è il rinfresco. Guido si nasconde sotto il tavolo; vorrebbe uccidersi? Sembra tutto finito, concluso rovinosamente. Ma ecco comparire Maurice, il telepata, davanti alla impalcatura dell'astronave costruita per il film progettato. Dice che tutto è pronto. Guido-Federico rivede il suo passato, i familiari, le donne, gli amici, i collaboratori. Tutto si muove. Ha analizzato la sua vita. Ha



Marcello Mastroianni in 8 e 1/2

conosciuto la verità. “È diventato amico di se stesso”. Mano nella mano con la moglie Luisa partecipa ad un grandioso girotondo immaginario con i personaggi della vita e della fantasia. Si è liberato, ritorna l’amore per la vita, riprende il suo cammino con la marcia del circo. Il film si farà. Anzi in quel momento è felicemente concluso. Il Cinema nel Cinema, il film nel film. Dalla confusione è nato un film costruito. Anche la vicenda di “8 e 1/2”, come “La Dolce Vita”, è priva di un tradizionale filo conduttore, condotta in frammenti che esprimono meravigliosamente il gioco tra il reale e l’immaginario. Christian Metz la definisce “una meditazione potentemente creativa sulla impotenza del creare”. Gianfranco Angelucci giudica “8 e 1/2” “capolavoro che ha cambiato la sostanza della settima arte”. Ancora un Premio Oscar nel 1964 per il Migliore film straniero. I ricordi mi riportano a Giulietta, a completare il “ciclo” su Giulietta. Erano trascorsi quasi dieci anni dall’ultimo film con Giulietta Masina. Con

“Giulietta degli spiriti”, ha affermato il Regista “volevo fare un film con Giulietta e su Giulietta” usando “l’occhio destro per la realtà e l’occhio sinistro per la fantasia”. Il primo vero film a colori di F., nel quale si cimenta la maestria del grande direttore della fotografia Gianni Di Venanzo. Giulietta per superare una vita infelice, ricorre al mondo dei ricordi, alla magia, ai sogni. I fenomeni onirici in contrasto con la vita reale, ma sempre più coinvolgenti e importanti per abbattere la mediocrità del quotidiano. Rievoca la sua educazione, dura, inflessibile, la bellissima e repressiva madre, le sorelle a lei estranee, il nonno libertino, l’abbandono del marito. Una autoanalisi. Ricorre alla magia, alla psichiatria, supera le tentazioni, i fantasmi che la tormentano. Sembra vincere alla fine. Vestita di bianco va incontro al vento che viene dal mare. Pur confessando la difficoltà dell’uomo di parlare della donna, Fellini dichiara che “ambizione del film è restituire alla donna una sua indipendenza vera,

una sua indiscutibile e inalienabile dignità. L’uomo libero non può fare a meno di una donna libera”. Giulietta degli spiriti non ha ricevuto ampi consensi dalla critica di quel tempo. In “Ginger e Fred” Amelia (Giulietta Masina) e Pippo (Marcello Mastroianni), due ballerini di tip tap di un tempo lontano, noti come Ginger e Fred per l’imitazione di Ginger Rogers e Fred Astaire, si ritrovano dopo trenta anni a Roma, per partecipare ad uno spettacolo televisivo. Rievocano malinconicamente il loro tempo perduto che non può conciliarsi con un mediocre presente. Tra i due partner forse una simpatia, una tenerezza, un amore nascosto, che non si è rivelato allora, né ora si svilupperà. Il Megaspettacolo dal titolo “Ed ecco a voi” è guidato da un conduttore volgare dietro le quinte, sorridente e suadente davanti alle telecamere. Presenta una umanità strana, fuori dal comune, mostruosa, che fa spettacolo: un fabbricante di mutandine commestibili, uno spretato con la



"Amarcord": il Rex



La Gradisca (Magali Noel) in "Amarcord"

fidanzata e, tra i tanti altri, una casalinga traumatizzata per un mese di astinenza televisiva. Una satira amara dei programmi televisivi, del loro contenuto, della continua interruzione con grotteschi spot pubblicitari, che imbarbariscono l'informazione e la cultura, distruggono il vero Cinema. F. tornerà su questo tema nella scena finale di "Intervista". Il Regista (proprio lui Federico Fellini) è intervistato, negli Studi di via Tuscolana, dalla troupe di una TV

giapponese sul set di un film che sta per realizzare (Amerika da Kafka?). Una riflessione sul Cinema, sul lavoro del regista, sulle tecniche di produzione e realizzazione. Un riesame della sua opera complessiva. Alla fine mentre i membri della troupe si riparano sotto i tendoni, compare un gruppo di indiani che attaccano il fortino del Cinema, armati di lance, che sono antenne televisive: il Cinema che muore nella guerra con la TV. Federico non è mai tornato volentieri a

Rimini "per non incontrare fantasmi già archiviati, sistemati. Rimini, una dimensione della memoria, una memoria inventata, su cui ho speculato tanto". Chiacchierando un giorno con Renzo Renzi viene l'idea di trattare del suo paese in un film. Tutto il vero e il fantastico sulla adolescenza, gli amici, il fascismo, visti nella realtà e nella fantasia. "Bisognava sistemarli definitivamente in un quadro per annullare completamente tutti i fantasmi di quell'epoca". L'idea si realizza con Tonino Guerra, poeta e sceneggiatore illustre, romagnolo di Santarcangelo. Nasce "Amarcord" (il romagnolo di "Io mi ricordo"). Tanti quadretti impareggiabili visti con gli occhi di Titta, un'adolescente. La famiglia. La mamma, il papà antifascista, che subirà una punizione "politica" con una abbondante purga all'olio di ricino; lo zio Patata, lo zio matto, che arrampicatosi su un albero urla a perdifiato "voglio una donnaaaaa"; il nonnetto che palpa il sedere delle domestiche e che ha paura della nebbia come della morte ("se la morte è così non è un bel lavoro"). L'ambiente di una cittadina di provincia degli anni '30. L'avvocato saccente che declama la storia e le glorie del luogo, interrotto volgarmente da un ignoto "spernacchiatore", Biscein venditore di lupini e di grosse panzane; e soprattutto Lei, la donna bella, formosa e desiderata, la Ninola detta "Gradisca" (Magali Noel). La scuola con alcuni bizzarri insegnanti. Il fascismo. Una descrizione a tratti amara, a volte drammatica, in altri ironica, ma



Ivo (Roberto Benigni) cerca le voci dei passi in "La voce della Luna"

anche nostalgica, del suo Paese durante il fascismo. Un anno intero di vita da una primavera all'altra. La pioggia delle "manine" portate dal vento che annunciano la primavera, la "fogarazza" il falò dell'inverno, il cinema Fulgor, la piazza, i riti collettivi, il passaggio del grande transatlantico il Rex, il Grand Hotel, l'autunno, il nevone, per concludere con il banchetto nuziale della Gradisca che sposa un carabiniere. Uno straordinario ricordo personale e della provincia italiana di quegli anni, trasfigurato dalla fantasia. Tutto è ricostruito nello studio cinematografico. Persino il Rex. Persino il mare. Ancora un Oscar per Fellini. Ispirandosi a "Il Poema dei lunatici" di Ermanno Cavazzoni, F. realizza "La voce della luna", e affida a due matti, Ivo e Gonnella (Benigni e Villaggio) il suo testamento spirituale. Ivo "Leopocchio", (un misto tra il cantore della Luna, Giacomo Leopardi, e Pinocchio) rincorre le "voci" che vengono dai

pozzi e si domanda dove vanno a finire. Le voci che ha sentito da bambino nella stanza vuota accanto alla sua. La Luna si specchia nei pozzi e ripete i sussurri che provengono da misteriose profondità marine. Ivo si pone altre domande. Dove fanno a finire le faville del camino? Qual è il destino della musica quando smette di suonare? Nel paese i fratelli Micheluzzi vogliono catturare la Luna perché non influenzi più gli uomini. Un altro spara alla Luna. Ivo è ammaliato dalla Luna piena e si innamora di Aldina, fanciulla dal volto lunare. Dinanzi alla superficialità, alla materialità, alla volgarità del mondo contemporaneo, che ci viene dall'uso sconsiderato e incalzante dei media, solo i bambini e i matti possono capire il valore dei sentimenti, della poesia. "Una fiaba contro il rumore di fondo". "Se tutti facessimo un po' di silenzio, qualcosa potremmo capire" sono le ultime parole di Ivo. I film di Fellini

vivono anche di Musica e di Luce. Merito di eccezionali collaboratori, il musicista, il direttore della fotografia, lo scenografo, gli elettricisti. Ma è il Regista che indirizza, guida, sceglie, perché il tutto si coordini e si concili, forma e contenuto, per il senso conclusivo dell'opera, la sua Opera. Per la Musica, nel ricordo, ci risuonano, in particolare, i motivi creati da Nino Rota (che ha collaborato con F. in diciassette film) unendoli alla narrazione e integrandola. Ci richiamano, insieme alle immagini, "La dolce vita", "Amarcord" con l'adattamento delle melodie popolari degli anni '20, le melodie sentimentali di "La Strada", le fanfare da circo di "I Clowns" e "8 e 1/2". La Musica di Rota è un tutt'uno con l'indimenticabile girotondo finale di "8 e 1/2", che ha portato spesso agli applausi gli spettatori in un ambiente, come la sala cinematografica, dove l'applauso non è usuale. Raffinate esecuzioni musicali sono proseguite con Nicola



Piovani per “Ginger e Fred”, “Intervista”, “La voce della luna”. La Luce. Gianfranco Angelucci ha rivisto tutti i film di Fellini, prima che le pellicole fossero inviate alla retrospettiva organizzata dal Moma a New York, per accertarsi che le luci delle ristampe fossero fedeli all’originale. Riferisce che F. passava ore intere, intere giornate, sul set per bilanciare le lampade in modi diversi, ottenere un effetto particolare, sino a raggiungere il risultato sperato. “Ciò che si vive sulla pellicola vive per la luce”. “Nei suoi film l’impressione di luce -e di colore- è la prima cosa che si ricorda: possiede la stessa sostanza della musica, un sentimento di malinconica, dolce allegria: le immagini agiscono in trasparenza, lasciano intravedere la rivelazione e il sogno. Lo stile è talmente inconfondibile che chiunque è in grado di riconoscerne la mano, anche da pochi fotogrammi”. “Il film si scrive con la luce, lo stile si esprime con la luce”. Le meravigliose luci dei film di Fellini si perdono completamente nelle riproduzioni televisive. Una personale rivisitazione del Cinema di Fellini. Una gran parte della sua Opera, forse la più significativa, ma non tutta. Guidato dai miei ricordi,

che coincidono probabilmente con le mie preferenze. Federico Fellini ha esordito con il realismo. Ha collaborato in “Roma città aperta” e “Paisà” con Roberto Rossellini, la più alta espressione del neorealismo italiano. Dal puro realismo al realismo fantastico. Ha scritto Italo Calvino: “l’esterno e l’interno in Fellini si unificano. La sua autobiografia, la sua autoanalisi immessa nel mondo contemporaneo”. “L’unico vero realista è il visionario, la mia adesione alle cose è sempre soggettiva, emozionale”. Ha impiegato la fantasia ma non si è distaccato dalla realtà, ornandola di sogni, immaginazioni, magie, che trovano nel Cinema la loro rappresentazione ideale. Ha celebrato la poesia dell’ “apparentemente inutile” (come le faville del camino, o la musica che si spegne in “La voce della Luna”). Ha descritto la vanità, il degrado, l’aridità, la superficialità, il malessere, di un certo mondo contemporaneo, ma ha sempre concluso con un inno alla vita. Una festa come il girotondo finale di “8 e ½”. Il Cinema di Federico Fellini è una grande, toccante, indimenticabile Festa. ♥

Bibliografia

G.F. Angelucci, Segreti e Bugie di Federico Fellini, Pellegrini Ed. 2013
F. Borin, Federico Fellini, Gremese Ed. 1999
C.G. Fava, A. Viganò, I Film di Federico Fellini, Gremese Ed. IV ed 1995
F. Fellini, Fare un film, Einaudi Ed. 2015
T. Kezich, Federico Fellini: il libro del Film, Rizzoli Ed. 2009
A. Quintana, Federico Fellini, “Cahiers du Cinema” Ed. italiana, 2011
M. Verdone, Federico Fellini, Il Castoro Cinema Ed. Il Castoro, 1994
D. Zanelli, Nel mondo di Federico, Il Resto del Carlino, Poligr. Edit. Bologna, 2011



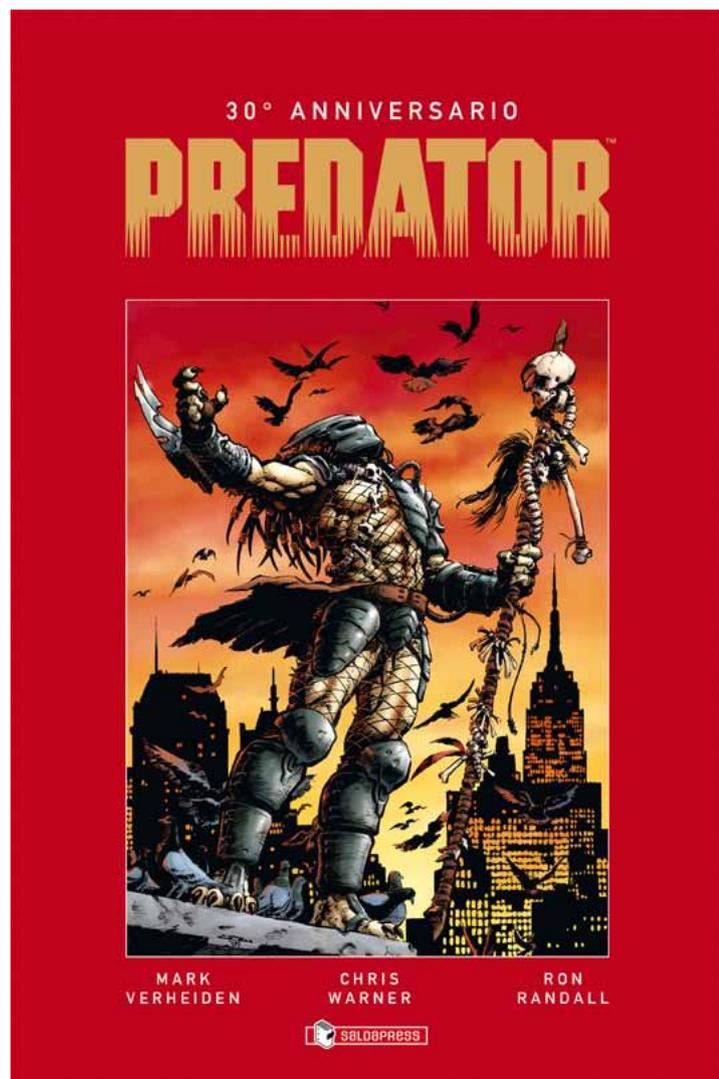
Predator: quando cinematografia e fumetto si incontrano

Un cacciatore alieno metafora dello scontro quotidiano con l'istinto primordiale dell'uomo

Bigfoot e i suoi amici è un film del 1987, una simpatica commedia brillante, destinata alle famiglie, che l'anno dopo vinse l'Oscar per il miglior trucco. Terminator, è il capolavoro fantascientifico di James Cameron, uscito nelle sale nel 1984, con protagonista un Arnold Schwarzenegger che

Predator è una pellicola frutto di tanti eventi, casi di serendipity, legata a doppio filo al mondo del fumetto

si scrollava di dosso il ruolo di muscolosa star di B-Movie, per entrare nell'olimpio dei grandi attori. Jean-Claude Van Damme è stato, per diverse generazioni, il guro della arte marziali, dopo il maestro Miyagi di Karate Kid. La sua faccia arrabbiata, tesa all'inverosimile quando assestava





La prima versione dell'alieno Predator era poco convincente, addirittura buffa. Venne chiamato a realizzarne una seconda versione Stan Winston, che aveva già ideato il cyborg di Terminator



i colpi, è un classico per milioni di appassionati dei così detti film di arti marziali. Cosa unisce queste tre leggende dell'immaginario collettivo, con una quarta icona del mondo del cinema e, senza timore di smentita, del fumetto? Come sono collegati Bigfoot, Terminator e Jean-Claude Van Damme con Predator? Partiamo dall'inizio, e cioè da Jim e John Thomas, sceneggiatori americani e creatori della razza aliena Yautja, detta anche Predator, protagonista di diversi film, tra cui alcuni nei quali dividono la scena con i terrificanti Alien, altre creature dell'immaginario cinematografico e fumettistico. Gli Yautja sono rappresentati come una specie umanoide intenta nel cacciare altre forme di vita, ostili e dotata di una tecnologia avanzata, che include il mimetismo attivo, le armi da fuoco energetiche e la tecnologia spaziale. Il sito WatchMojo.com li pone al terzo posto nella lista dei dieci alieni cinematografici più spaventosi e fra le dieci razze aliene meglio riuscite, mentre la comunità scientifica ha nominato il ragno oonopide Predatoroonops yautja in onore della specie. Ma veniamo ai collegamenti: il Predator cinematografico doveva essere interpretato proprio da





Jean-Claude Van Damme, il quale però, dopo aver scoperto che per tutta la durata del film il proprio volto sarebbe rimasto sempre

a realizzarne una seconda versione Stan Winston, che aveva già ideato il cyborg di Terminator, e che negli anni successivi creò gioielli

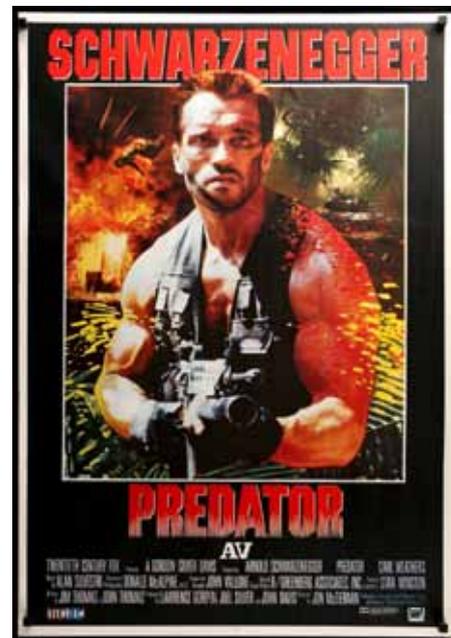
le bozze dell'alieno al regista, che gli suggerì di aggiungere delle mascelle sporgenti, idea che fu effettivamente messa in

La svolta arrivò quando, durante un volo in compagnia di James Cameron, il genio degli effetti speciali mostrò le bozze dell'alieno al regista, che gli suggerì di aggiungere delle mascelle sporgenti, idea che fu effettivamente messa in atto

mascherato, ha rinunciato. Al suo posto è stato scelto Kevin Peter Hall, l'uomo dentro il costume del già citato Big foot. E Terminator? Il collegamento più semplice sarebbe quello che passa per Arnold Schwarzenegger, attore in entrambi i film, ma in realtà i fili che legano le due pellicole sono più di uno. La prima versione dell'alieno Predator era poco convincente, addirittura buffa. Venne chiamato

come gli effetti speciali di Aliens – Scontro finale, che gli valsero anche l'Oscar, e il Pinguino del Batman di Tim Burton, senza citare Galaxy Quest, Jurassic Park, Congo, Avatar, Iron Man, Big Fish e compagnia bella. Tuttavia neppure la versione di Winston era del tutto convincente. La svolta arrivò quando, durante un volo in compagnia di James Cameron, il genio degli effetti speciali mostrò

atto. Così nacque uno degli alieni cinematografici più celebri di ogni tempo, che in queste settimane tornerà nelle sale con la pellicola The Predator, quarto film della serie che vedrà alla regia Shane Black. Non tutti sanno, però, che uno dei tasselli fondamentali dell'universo narrativo di Predator è rappresentato dai fumetti targati Dark Horse. Grandi storie che la casa editrice italiana SaldaPress



ha pubblicato in una splendida edizione intitolata Predator 30° anniversario, uno splendido cartonato di oltre trecento pagine che raccoglie tre storie di culto scritte da Mark Verheiden. Un volume imperdibile che celebra il trentennale di un leggendario universo narrativo. Le storie contenute nel volume hanno un'importanza fondamentale per il personaggio, infatti prima che Predator 2 venisse messo in cantiere, Verheiden e il disegnatore Chris Warner realizzarono il seguito a fumetti del primo film: uno straordinario successo, intitolato Giungla di cemento, dal quale il sequel trasse grande ispirazione. Stavolta gli yautja, gli alieni cacciatori di trofei, si spostano dalla giungla del Sud America a quella di cemento di New York, dove affrontano un maggiore della polizia disposto a tutto: è il

fratello del soldato Dutch Schaeffer, personaggio protagonista del film di McTiernan, interpretato da Arnold Schwarzenegger. Si scatena una guerriglia urbana senza respiro, piena di azione, colpi di scena, violenza e un'immane dose di ironia: gli ingredienti che hanno reso Predator una leggenda. Oltre alla prima storia, ambientata nel 1987, il volume ne contiene altre due, disegnate da Ron Randall e ambientate rispettivamente nel 1990 in Siberia e nel 1996 di nuovo in Sud America. S'intitolano Guerra Fredda e Fiume Oscuro e hanno di nuovo come protagonista il fratello di Dutch Schaeffer. Il lussuoso volume raccoglie dunque la trilogia di culto che ha fondato tutto l'universo narrativo a fumetti di Predator. Un universo fumettistico che per troppo tempo è stato lontano dalle librerie ma

che saldaPress porterà in Italia nei prossimi mesi, a partire da questo volume e da due uscite molto speciali imminenti: Predator - Life and Death e il primo numero del mensile Predator, che raccoglierà storie recenti dell'universo narrativo di Predator prodotte da Dark Horse. Fumetto e cinema sono due linguaggi a cui piace contaminarsi. I risultati, come nel caso di questo volume, sono spesso spettacolari. ♥



Come in ogni sua opera A. Yehoshua intreccia con maestria i problemi personali e i problemi della collettività donandoci un romanzo delicato e pieno di ironia

Un tunnel per abbattere i muri

Il coinvolgimento del protagonista nel progetto di costruzione di un tunnel nel deserto del Negev trascina il lettore nel cuore del conflitto israelo-palestinese e nella dimensione politica del romanzo

L'ultimo intenso romanzo di Abraham Yehoshua, edito da Einaudi, ambientato per lo più nel deserto del Negev, racconta la storia di Zvi Luria, un ingegnere settantenne in pensione, a cui viene diagnosticato un principio di demenza senile. Zvi, che ha iniziato il processo di perdita di memoria dimenticando i nomi delle persone, ha il valido appoggio di tutti i familiari e, in particolare, della moglie Dina, un'importante pediatra che lo aiuta e lo stimola a rimanere attivo in questo momento difficile, durante il quale l'insorgere della malattia mette tutti sottosopra. Sarà proprio nella relazione di coppia che Zvi troverà una delle ragioni e la forza per rallentare il proprio declino. Durante l'incontro con il neurologo, Zvi chiede come si possa combattere una malattia di questo tipo e coglie tra le parole del medico la toccante suggestione che sarà la sua anima a dover combattere contro il decadimento del suo cervello. In che modo ciò potrà avvenire? Il medico gli



consiglia di far sì che la passione per ciò che gli piace, a tutti i livelli, rimanga sempre viva e gli consiglia di usarla come strumento per rendere più fluida la propria identità; in questo momento, infatti, la razionalità non può che innalzare muri e barriere, ostacoli

che non lo aiuterebbero nella situazione che sta attraversando. Dina, per rallentare il processo in atto e tenere impegnato il marito, lo convince ad aiutare il giovane ingegnere Maimoni, che ha preso il suo posto ai lavori pubblici. Il giovane, con il quale Zvi instaura da subito un rapporto paterno, si sta occupando del progetto di un tunnel nel deserto, argomento che trascina mano a mano il lettore nel cuore del conflitto israelo-palestinese e nella dimensione politica del romanzo. I due ingegneri si trovano di fronte ad una questione importante che rappresenta il pivot intorno a cui ruota tutto il libro, sia da un punto di vista concreto, sia figurato: spianare la collina oppure scavare un tunnel? Zvi pensa che la collina non si possa spianare perché vi ha trovato alloggio una famiglia di rifugiati palestinesi la cui vita verrebbe sconvolta da un'opera edile alla quale si possono trovare soluzioni alternative, salvaguardando i rapporti e la



sopravvivenza di queste persone. Il tema pubblico -o sociale- e l'esperienza dell'identità del singolo individuo, in questo caso Zvi e la malattia che lo colpisce, si intersecano e acquisiscono un respiro più ampio all'interno della narrazione assumendo un valore simbolico collettivo, in relazione alla questione israelo-palestinese; l'esperienza metaforica dell'individuo che, iniziando a perdere poco a poco la memoria, è stimolato ad avere una mente più fluida e con meno pregiudizi, rimanda all'idea che anche una società con un po' meno preconcetti e barriere identitarie potrebbe avviare il dialogo tra persone di popoli diversi e ridurre le distanze. In ogni sua opera Yehoshua intreccia problemi personali e questioni che appartengono alla collettività, proprio perché ogni individuo non è distinto dal suo contesto, ma fa parte di una società, di un certo ambiente e di una atmosfera politica nella

quale è profondamente immerso. All'interno di questo scenario, assume importanza simbolica il luogo dell'ospedale, che viene visto come un contesto unico in cui israeliani e palestinesi sono specialmente in grado di costruire un rapporto di intimità; negli ospedali infatti ci sono medici palestinesi che curano pazienti israeliani e viceversa. La cura di una malattia permette di creare un rapporto che trascende, in nome dell'umanità, qualsiasi tipo di credo. Nel caso di Zvi, la perdita della memoria e la demenza che tutto confonde fanno da esempio e assumono un connotato positivo proprio perché emerge l'idea che nella malattia si ponga al centro la relazione, la solidarietà e l'empatia, tutti elementi che vanno oltre la rivendicazione dell'identità del singolo. Zvi ha una mente fluttuante, mobile e mutevole che riesce a confrontarsi anche con l'identità dei palestinesi perché capisce che l'unica via d'uscita è la mescolanza con il

nostro vicino; pur nell'affievolirsi della memoria, Zvi porta avanti il suo progetto ingegneristico con la determinazione e la volontà di trovare una sua strada, dando spazio ad un futuro diverso svincolato da fantasmi del passato. L'auspicio più grande sarebbe quello di costruire dei tunnel, invece che distruggere e snaturare i luoghi spianandoli; fuor di metafora, i tunnel sono il simbolo di ciò che mette in collegamento, in comunicazione, sono un mezzo per risolvere un problema, per connettere senza distruggere. Quest'ultima opera dell'autore israeliano è un libro pieno di speranza e di ottimismo, nel quale la malattia e la perdita di memoria sono trattati con molta delicatezza e con pacata ironia. I dialoghi sono la scelta narrativa preponderante nel testo e scandiscono un racconto dallo stile erratico che sembra simboleggiare l'andirivieni della mente. ♥

Ricordo del Prof. Fulvio Camerini: rivoluzione, innovazione e rispetto della persona

Fulvio Camerini nasce a Trieste nel 1925, si laurea in Medicina e Chirurgia a Padova nel 1949, si specializza in Malattie dell'Apparato Respiratorio, Apparato Digerente, Sangue e Ricambio, Cardiologia e Radiologia. Il percorso formativo post-laurea in varie aree della Medicina Interna, si rifletterà profondamente sul suo approccio "vasto" ed umanamente rispettoso. Il rigore metodologico, la sensibilità alla revisione critica, deriveranno invece dalla formazione anglosassone. Nel 1952, vince una borsa di studio dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, grazie alla quale frequenta il National Heart Hospital e l'Hammersmith Hospital di Londra. Nel 1959 è al Karolinska Hospital di Stoccolma e nel 1965 all'Università di Uppsala per perfezionarsi nella tecnica del cateterismo cardiaco. La Cardiologia all'epoca non aveva ancora dignità di disciplina autonoma. Con questo bagaglio nel 1964 fonda e dirige il servizio di Fisiopatologia Cardiovascolare dell'Ospedale Maggiore di Trieste. Dal 1971 al 1996 ha diretto con indiscussa leadership ed autorevolezza la Divisione di Cardiologia degli Ospedali Riuniti di Trieste. L'attività didattica nell'ambito del Corso



di Fisiopatologia Cardiovascolare presso l'Università di Trieste ebbe inizio nel 1967 e proseguì ininterrottamente fino al 1996, caratterizzandosi per uno stile privo di dogmatismi ed un approccio di apertura e dialogo con gli studenti, in linea con una moderna didattica interattiva. Grande studioso, credeva fortemente alla professionalizzazione e ruolo degli infermieri alla cui Scuola insegnò dal 1968. La sua attività scientifica ha spaziato in vari campi della Medicina Interna e della Cardiologia sia sotto il profilo clinico che organizzativo-gestionale. Pionieristici gli studi sulla riabilitazione nel post-infarto,

la trombolisi endocoronarica, l'insufficienza aortica, l'ipertensione arteriosa polmonare primitiva e secondaria. Dalla seconda metà degli anni '80, i campi di preminente interesse divennero lo scompenso cardiaco e le cardiomiopatie. Il primo lavoro in questo ambito era stato pubblicato nel 1959. Dal 1978 venne istituito con una serie di giovani e motivati collaboratori, il Registro sulle Cardiomiopatie che è parte di un network internazionale che ad oggi raccoglie oltre 2.000 pazienti con follow-up mediano superiore a 10 anni e decine di migliaia di dati che hanno consentito di descrivere e delineare l'evoluzione di queste malattie. Insieme ad Arturo Falaschi alla fine degli anni '80, maturò l'intuizione di estendere la ricerca genetica e molecolare al campo delle malattie cardiovascolari. Tali attività ebbero grande sviluppo negli anni successivi con Luisa Mestroni dell'Università di Denver in Colorado e Mauro Giacca Direttore ICGEB. Questo stile di lavoro collaborativo ha posto le basi per future, solide, ricerche internazionali in particolare nel campo della genetica delle cardiomiopatie, medicina personalizzata e rigenerativa. Importante è stato l'impegno



*Foto di gruppo
del Dipartimento
Cardioracovascular
dell'Azienda Sanitaria
Universitaria Integrata di
Trieste*

in ANMCO e presso la Società Europea di Cardiologia. Ha creduto fortemente nell'unitarietà della Cardiologia e in organizzazioni cardiologiche fortemente integrate, con regia clinica solida, attente ai percorsi di continuità assistenziale. La sua vita, che pure aveva spazi per la cultura umanistica, il raccoglimento spirituale, la montagna, si è caratterizzata per un forte impegno civile con attenzione ai deboli. Insieme al Pediatra Franco Panizon, agli inizi della guerra nella ex Jugoslavia promosse con un gruppo di operatori sanitari l'iniziativa "Medicina per la Pace", che ebbe il compito di supportare ed assistere i profughi dei campi vicini al confine con Trieste. Il suo stile di vita, osservato dai collaboratori, divenne fondamentale nel delineare chiaramente la mission solidale dell'istituzione cardiologica e nel plasmare uno stile di comportamento ed una professionalità improntati a competenza, solidarietà, ascolto, incontro e capacità di guardare al malato e non solo alla malattia. Fu promotore della Società Alpe Adria di Cardiologia che, fuori

da schieramenti ed appartenenze e prima della caduta dei muri, riuniva professionisti e scienziati di paesi dell'Est Europa, Austria, Stati Federati dell'ex Jugoslavia. Eletto Senatore della Repubblica nel 1996 e nominato membro della Commissione Igiene e Sanità, si occupò di formazione ed aggiornamento continuo degli operatori sanitari, aziendalizzazione, rapporti ospedale-università, riforma della professione infermieristica, tutela sanitaria per le attività sportive, cure palliative. Memorabile il suo intervento in Senato a difesa della medicina basata sulle prove di efficacia in epoca di "metodo Di Bella". La sua passione per il continuo apprendimento e la riflessione critica sulla vita e sulla scienza sono state presenti fino agli ultimi giorni di vita. "Never stop learning", esortava e ripeteva spesso. È stato molto amato, evocato e rispettato nella città dove è nato e che ha molto amato. Sempre coerente con i valori di cultura, merito, onestà ed equità. Ha completato e pubblicato alcune riflessioni sull'economia in medicina ed è in pubblicazione in questi giorni su European Journal

of Internal Medicine una riflessione sull'appropriatezza. Attento e rispettoso delle istanze dei giovani ha educato i suoi collaboratori al costante trasferimento di conoscenze e valorizzazione del merito. Il Prof. Camerini, in una città di frontiera inclusiva, con storia imperiale ma anche di sofferenza, con spirito di sacrificio e rigore, ha fondato una struttura cardiologica complessa, moderna ed integrata, ha saputo educare i collaboratori medici ed infermieri al lavoro in team centrato sul malato e al trasferimento di conoscenze ed ha esercitato la professione di medico e ricercatore, coniugando ad altissimo livello cultura, intelligenza, leadership organizzativa, rispetto umano per il malato e capacità di promuovere la ricerca e l'approfondimento critico, come stato naturale della mente. Mancherà ai suoi familiari, ai collaboratori, a tutti i cardiologi italiani e soprattutto ai pazienti, ma gli resisterà la memoria di fatti e realizzazioni formidabili e l'esempio di una vita dedicata con autorevolezza ed onestà allo studio, lavoro, famiglia ed impegno civile.



METTI IL CUORE IN CASSAFORTE!



**ENTRA A FAR PARTE DELLA RETE
DELLE CARDIOLOGIE DEL PROGETTO
DI PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE
"BANCA DEL CUORE"!**

SCOPRI I VANTAGGI DI PARTECIPARE
la tua **Cardiologia** entrerà a far parte del network unico al mondo che permette il rilascio gratuito della **BancomHeart** al tuo paziente, contribuendo a far crescere il database degli oltre 40.000 cittadini già sottoposti a screening cardiovascolare.

Contribuirai alla divulgazione della cultura della Prevenzione Cardiovascolare e sarai annoverato tra i ricercatori nelle più rilevanti pubblicazioni scientifiche di questo database unico nel suo genere.

PROTEGGI IL TUO CUORE

**"Partecipa al programma nazionale
di prevenzione cardiovascolare
BANCA DEL CUORE!"**

Chiamaci, Ti aspettiamo! ☎ **055 5101367**

TUTTI I DETTAGLI DELL'INIZIATIVA SU www.periltuocuore.it



Per visionare o scaricare il tuo elettrocardiogramma e i tuoi dati clinici attiva la card **BANCOMHEART** inserendo il PIN, il tuo codice fiscale e la password segreta nel form di registrazione online. www.bancadelcuore.it

PIN N. 1234567890

CODICE FISCALE

PASSWORD

BANCA DEL CUORE

L'Istituto Superiore di Sanità, l'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri e la Fondazione per il Tuo cuore collaborano per la prevenzione delle malattie cardiovascolari.

La BANCA DEL CUORE è un Progetto di Prevenzione Cardiovascolare per la popolazione italiana promosso dalla Fondazione per il Tuo cuore - HCF Onlus.



L'Istituto Superiore di Sanità, l'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri e la Fondazione per il Tuo cuore collaborano per la prevenzione delle malattie cardiovascolari.

La **BANCA DEL CUORE** è un Progetto di Prevenzione Cardiovascolare per la popolazione italiana promosso dalla Fondazione per il Tuo cuore - HCF Onlus.

**BANCA
DEL
CUORE**



