

Cardiologia

negli Ospedali



MARZO / APRILE 2019 N° 228

Rivista dell'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri - ANMCO





Carissimi,

il prossimo Congresso ANMCO, il 50°, come già annunciato, si svolgerà nella sede del Palacongressi di Rimini **dal 16 al 18 maggio 2019**.

Nella scia del successo delle passate edizioni con una partecipazione sempre più numerosa, il Consiglio Direttivo ANMCO si sta impegnando alacremente per proporre un programma scientifico di assoluto rilievo che coniughi, con armonico equilibrio, esperienza e aggiornamento, a conferma del primario ruolo che da sempre la Cardiologia e dunque ANMCO, quale preminente Società Scientifica, svolge a beneficio della classe medica, in particolare cardiologica, con costante attenzione alla crescita scientifico-culturale, in un contesto sociale e sanitario in rapida e continua evoluzione.

Il motivo informatore del Congresso sarà, dal punto di vista scientifico, la **Cardiologia di Precisione** che rappresenta la naturale evoluzione della tendenza sempre più spiccata alla personalizzazione delle cure. Da un punto di vista associativo, il 50° Congresso sarà una manifestazione in linea con l'orgoglio della nostra tradizione nel solco della continuità e dello sviluppo.

Nella sua complessità scientifico-organizzativa, il Congresso ANMCO verrà caratterizzato da tanti eventi nell'evento: Simposi Congiunti con le maggiori Società Scientifiche internazionali, con Istituzioni Nazionali e Regionali, Letture Magistrali svolte dai più celebri nomi della Cardiologia mondiale e tanti altri ancora.

Verrà inoltre riproposto il partecipatissimo Campionato di Refertazione ECG, l'assegnazione dei Premi di Ricerca del Premio Maseri-Florio e Mario Chiatto e delle 2 Borse di Studio intitolate a Vincenzo Masini.

Sono certo che orgogliosi delle nostre tradizioni e consapevoli della nostra forza associativa riusciremo a produrre un prestigiosissimo evento, di richiamo per l'intera classe medica, nazionale e internazionale, che consentirà le più ampie opportunità di visibilità e di azioni promozionali.

Vi aspettiamo numerosissimi a Rimini al **50° Congresso Nazionale di Cardiologia ANMCO!**

Domenico Gabrielli
Presidente ANMCO





In copertina
fotografia di Manlio Cipriani,
Venezia 2019

N. 228 marzo/aprile 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 Mirannalti
Fiesole

EDITORIALE

Editoriale

p. 3

di *Manlio Cipriani*



DAL PRESIDENTE

50° Congresso ANMCO.

p. 4

Un grande futuro alle spalle.

di *Domenico Gabrielli a nome del Consiglio
Direttivo ANMCO*

DALLA ITALIAN FEDERATION OF CARDIOLOGY



L'Italian Federation of
Cardiology 2019, ovvero una
federazione ANMCO-SIC rinnovata
che si concentra sulle sfide
internazionali

p. 9

di *Stefano Urbinati*

DAL CENTRO STUDI

Il punto sugli Studi Clinici
del Centro Studi ANMCO

p. 20

DALLE AREE

AREA RADIOIMAGING

Continuità e nuove sfide

p. 24

di *Antonella Moreo, Marco Campana,
Antonello D'Andrea, Alessia Gimelli,
Donato Mele, Massimiliano Rizzo,
Giovanna Di Giannuario, Georgette
Khoury*

AREA GIOVANI



I Giovani ANMCO oltre confine:
un successo dopo l'altro

di *Filippo Zilio, Stefania Angela Di Fusco
e Fabiana Lucà*

Il cuore dei Giovani:
questo sconosciuto

di *Stefania Angela Di Fusco, Marco
Flori, Nadia Ingianni, Marco Malvezzi
Caracciolo D'Aquino, Luigi Pollarolo,
Filippo Zilio*

AREA MALATTIE DEL CIRCOLO POLMONARE

Area Malattie del Circolo

p. 32

Polmonare... appassionatamente
curiosi!

di *Leonardo Misuraca, Elisabetta De
Tommasi, Andrea Garascia, Egidio
Imbalzano, Claudio Picariello, Marco
Vatrano*

AREA MANAGEMENT & QUALITA'

Area Management & Qualità:

p. 34

al centro di una rivoluzione culturale
di *Laura Lalla Piccioni e Fabiana Lucà
a nome del Comitato di Coordinamento
dell'Area*

AREA NURSING

Il ruolo dei processi cognitivi p. 36
nella genesi dell'errore umano
di *Laura Abbruzzese, Giulia Martinelli
e Giovanni Falsini in collaborazione
con Donatella Radini, Rossella Gilardi,
Stanislao Accardo, Michela Barisone,
Maria Cristina Pirazzini, Ilaria
Cantarella, Gabriella Ricci, Tullio
Usmiani, Doriana Frongillo*

**AREA PREVENZIONE
CARDIOVASCOLARE E AREA
CARDIOCHIRURGIA**

La WEB Survey "Percorsi e p. 41
interventi di cardiologia riabilitativa
e prevenzione secondaria dopo
intervento cardiocirurgico"
di *Maurizio Giuseppe Abrignani,
Leonardo Patanè, Marco Di Eusanio,
Daniele Grosseto, a nome dei Comitati di
Coordinamento 2017 - 2018 delle Aree
ANMCO Prevenzione Cardiovascolare e
CardioChirurgia*

AREA SCOMPENSO CARDIACO

Programma dell'Area p. 51
Scompenso Cardiaco per il biennio
2019 - 2020
di *Massimo Iacoviello, Marco Marini,
Manuela Benvenuto, Leonarda Cassaniti,
Mauro Gori, Annamaria Municinò,
Enrico Ammirati, Alessandro Navazio,
Renata De Maria*

DALLE TASK FORCE

TASK FORCE CARDIONEUROLOGIA

Cardioneurologia: p. 54
dalle basi culturali alla pratica clinica
di *Stefano Strano*

DALLE REGIONI

CALABRIA

L'oro verde della Calabria: p. 59
il bergamotto
di *Roberto Ceravolo, Rossella Costantino,
Fabiana Lucà, Annita Bava, Mario
Chiatto*

SICILIA

ANMCO Sicilia "in cammino": p. 63
idee ed attività dalla regione
di *Giovanna Geraci a nome del Consiglio
Direttivo Regionale ANMCO Sicilia*

**OSSERVATORIO DI DIRITTO
SANITARIO**

Responsabilità medica p. 66
e danno alla sfera sessuale
di *Mario Chiatto e Maria Giovanna
Murrone*

**LETTO... E COMMENTATO.
ECHI DALLA LETTERATURA
INTERNAZIONALE**

Elisir di eterna giovinezza: p. 68
Rivaroxaban 2.5 mg. Commento al
COMPASS.
di *Leonardo Misuraca*

**STORIA E CURIOSITÀ DELLA
CARDIOLOGIA**

Gli echi secenteschi della p. 70
scoperta della circolazione del
sangue: la fortuna di William Harvey
di *Andrea Vesprini e Fabiola Zurlini*



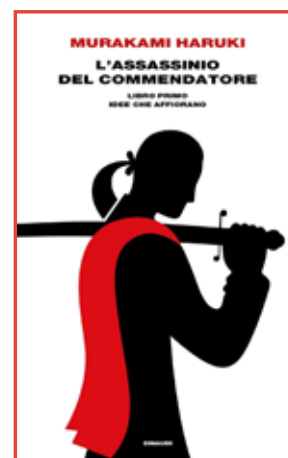
UNO SGUARDO SUL MONDO

Sguardi da oriente p. 73
di *Gianfranco Misuraca*



LETTI PER VOI

Murakami e il potere evocativo p. 77
dell'arte
di *Beatrice Balduzzo*



IN MEMORIA DI...

In Memoria di Carlo Buonanno p. 79
di *Maurizio Anselmi*

In Memoria di Sabino Scardi p. 80
di *Franco Humar, Maurizio Fiscaro,
Carmine Mazzone, Andrea Di Lenarda*



Editoriale

Carissimi Lettori, in questo numero primaverile mi permetto, con qualche imbarazzo, di propormi fotografo della prima di copertina, ridando colore al giornale. Un tuffo nel rosso, colore “cardiologico” per antonomasia, simbolico ed energetico. E’ infatti un numero pieno di energie positive. Il Presidente ci introduce al 50° Congresso ANMCO raccontandoci le novità di questa importante edizione e la sua vastità scientifica ed organizzativa; imperdibile appuntamento, peccato mortale non esserci. Ai cinquantesimi bisogna assolutamente andare, il prossimo passa tra 50 anni! Aria nuova ed internazionale in casa IFC, Stefano Urbinati in qualità di nuovo Presidente muove i primi passi con passione ed entusiasmo. Auguri e sostegno a tutto campo è il nostro primo contributo a cui seguiranno iniziative anche editoriali. Tante energie si sentono scaturire dagli articoli ricchi di proposte delle Aree appena rinnovate e dalle Task Force. Interessante contributo dalla Regione Calabria sul bergamotto, energetico e ipolipemizzante! Gianfranco Misuraca ci racconta l’altro Francesco Fattiroli; il fotografo. Immagini suggestive di volti colti in piena spontaneità che si distaccano e non ricordano minimamente quelle noiose immagini di volti omologati a cui i social media ci hanno abituato,



Da sinistra: Mario Chiato, Direttore Responsabile di “Cardiologia negli Ospedali”, Manlio Cipriani, Editor di “Cardiologia negli Ospedali” e Massimo Imazio, Co - Editor di “Cardiologia negli Ospedali”.

rincorrendo la cattiva abitudine di farsi ritrarre per come si deve essere non per quello che si è. Henri Cartier-Bresson diceva: <<La fotografia è una forma di intelligenza>>. L’altro Misuraca approfondisce scientificamente l’uso del Rivaroxoban + Aspirina, rileggendo con noi lo Studio COMPASS cercandone aspetti di buona pratica clinica molto interessanti. Andrea Vesprini con Fabiola Zurlini nella Rubrica Storia e Curiosità della Cardiologia ci riportano al 1600 dove ci raccontano la storia di un

collega di nome William Harvey che rischiò di essere accusato di eresia per le sue scoperte; oggi fare il cardiologo e pubblicare una novità è sicuramente meno rischioso. Murakami Haruki, scrittore giapponese contemporaneo, è il protagonista di Letti per voi con due romanzi in successione che ci portano in “*mondi sconosciuti e lontani, inesistenti, ma fortemente connessi con il centro della coscienza*”. Buona lettura e ci vediamo al 50° Congresso ANMCO. ♥



50 Congresso ANMCO, Rimini 16-18 maggio 2019 Un grande futuro alle spalle

Nella scia del successo delle passate edizioni con una partecipazione sempre più numerosa, il Consiglio Direttivo ANMCO si è impegnato alacremente per proporre un programma scientifico di assoluto rilievo che coniughi, con armonico equilibrio, esperienza e aggiornamento, a conferma del primario ruolo che da sempre la Cardiologia e dunque ANMCO, quale Società Scientifica di rilievo primario, svolge a beneficio della classe medica, in particolare cardiologica, con costante attenzione alla crescita scientifico-culturale, nell'ambito di un contesto sociale e sanitario in rapida e continua evoluzione, il risultato che speriamo essere di vaglia è dovuto all'infessato lavoro delle nostre splendide "signore ANMCO", ognuna per la parte di propria competenza, e alla segreteria organizzativa Adria Congrex, che ci sta magnificamente supportando ormai da tempo. Il motivo informatore del Congresso è la **Cardiologia di Precisione** che rappresenta la naturale evoluzione

della tendenza sempre più spiccata alla personalizzazione delle cure. Il Consiglio Direttivo ANMCO e io che lo rappresento crediamo che il 50° sarà un Congresso ricordato ancora una volta per l'alto livello scientifico, per le ulteriori innovazioni introdotte nel programma onde mantenere il nostro Congresso sempre al passo

con i tempi, e, non da ultimo, per lo spirito associativo che lo permeerà, facendoci sentire tutti componenti di una grande famiglia, ognuno parte di un unico, meraviglioso, progetto che riesce a contemperare competenza, passione, dedizione, spirito di sacrificio, rispetto e amicizia, cioè i valori che da sempre caratterizzano ANMCO, quest'anno



50 CONGRESSO NAZIONALE ANMCO
LETTURE MAGISTRALI

HEART FAILURE TODAY AND TOMORROW: THE EUROPEAN PERSPECTIVE
John Cleland, M.D.
Professor of Cardiology
Imperial College
London



HEART FAILURE TODAY AND TOMORROW: THE AMERICAN PERSPECTIVE
JoAn Lindenfeld, MD, FACC, FAHA, FHFA
Professor of Medicine and the Director of Heart Failure and Heart Transplantation Section at Vanderbilt Heart and Vascular Institute.
Nashville, TN - USA



KNOWLEDGE GAPS IN ATRIAL FIBRILLATION
Barbara Casadei
MD, DPhil, FRCP, FMedSci, FESC
ESC President
Professor of Cardiovascular Medicine
University of Oxford - UK



50° Congresso Nazionale
Associazione Nazionale
Medici Cardiologi Ospedalieri

particolarmente impreziositi dalle attività di beneficenza previste che ci sembrano di assoluto rilievo. Nel corso del Congresso si svolgeranno Sessioni congiunte con ESC, ACC e AHA; le letture che si terranno prima della cerimonia inaugurale saranno tenute dal Prof. Cleland e dalla Prof.ssa Lindenfeld, sarà presente la Prof. Barbara Casadei italiana e Presidente ESC, che porterà il saluto della nostra società madre e che chiuderà il Congresso con una prestigiosa lettura conclusiva (e sarà la prima volta), seguita dagli Highlights del programma scientifico di questi 3 giorni. Le sessioni scientifiche saranno più di 200, relative a 13 grandi gruppi di argomenti (ad esempio: scompenso cardiaco, elettrofisiologia, cardiopatia ischemica etc) sviluppate in 23 tipologie di sessioni; si effettueranno nei tre giorni 7 luncheon panel di particolare interesse culturale e sono previste numerose letture da parte di ospiti di prestigio. Abbiamo inoltre inserito, fra gli altri, un percorso per medici di medicina generale e uno nursing, oltre ai corsi di clinical competence nursing per un totale di 14 ore (14 crediti formativi ECM). Fra le novità di quest'anno si annoverano sicuramente le Vi.P. imaging Session: La Vi.P Imaging costituirà un momento di condivisione di esperienze nel campo dell'Imaging con particolare attenzione alla integrazione delle diverse modalità e delle sue

implicazioni nella corretta gestione clinica e trattamento delle patologie cardiovascolari. Verranno discussi casi clinici dove l'integrazione delle diverse metodiche di imaging risulterà indispensabile nell'iter diagnostico di diversi scenari clinici. I diversi esami strumentali saranno disponibili su workstation multimodali e i partecipanti saranno chiamati ad interagire con i docenti e coinvolti in modo interattivo nella lettura e interpretazione degli esami. Sono stati accettati circa 400 abstract per comunicazioni/poster, a testimonianza della vivacità culturale e scientifica della Cardiologia Italiana e nello specifico Ospedaliera. Gli atti del congresso tornano ad essere pubblicati sul Giornale Italiano di Cardiologia

e, novità che impreziosisce la ricorrenza del cinquantenario congressuale, sullo European Heart Journal. Gli e-poster saranno particolarmente seguiti quest'anno, prevediamo infatti di premiare i migliori 10 con una pergamena consegnata durante la cerimonia conclusiva e di tenere attivo per 6 mesi un forum sul sito web ad hoc. Si è posta attenzione al coinvolgimento dei giovani, sia prevedendo un elevato numero di loro nella Faculty sia offrendo la iscrizione al congresso gratuitamente agli specializzandi in Cardiologia e Cardiocirurgia che vi vogliono partecipare. Verranno riproposti il partecipatissimo Campionato di Refertazione ECG, procederemo

50 CONGRESSO NAZIONALE ANMCO

And the Winners are... **i 10 Migliori e-Poster...**

- **Cerimonia conclusiva consegna della pergamena**
- **per 6 mesi forum attivo sul sito web ANMCO**

50° Congresso Nazionale
Associazione Nazionale
Medici Cardiologi Ospedalieri



alla assegnazione dei Premi di Ricerca del Premio Maseri-Florio e Mario Chiatto e delle 2 Borse di Studio intitolate a Vincenzo Masini, grazie alla sensibilità e alla vicinanza all'ANMCO dei proponenti nonché finanziatori dei premi. Non mancheranno le sessioni sugli Studi Clinici ANMCO e la Jeopardy Game Session in collaborazione con ACC, grazie all'impegno di Michele Gulizia e dei nostri giovani. Quest'anno saremo onorati dalla presenza di Co.Ge.A.P.S. che fornirà un servizio unico ai Soci ANMCO nel corso del Congresso. A questo punto non ci resta che augurare un buon 50° Congresso a tutti e ricordare che vi aspettiamo numerosi durante tutti e tre i giorni, compresa la cerimonia conclusiva (v. diapo), che si svolgerà dopo la lettura finale del congresso da parte della Prof. Casadei e gli Highlights, comunque in tempo utile per consentire un agevole ritorno a casa da parte di tutti i partecipanti. Durante il congresso ci aggiorneremo mediante gli articoli del Congress News Daily, che rimane un importante appuntamento editoriale ormai di tradizione, entrato nelle nostre abitudini grazie al lavoro splendido delle redazioni succedutesi negli anni, sotto la guida degli editor e del direttore della rivista.

Un caro saluto ♥

Domenico Gabrielli a nome del CD ANMCO



Co.Ge.A.P.S.

PRESSO LO STAND DELLA SEGRETERIA ANMCO SARÀ PRESENTE UNA POSTAZIONE DEL Co.Ge.A.P.S. PER TUTTI I SOCI ANMCO

IL SERVIZIO HA LO SCOPO DI FORNIRE:

- Indicazioni relative alla situazione individuale dei crediti formativi ECM acquisiti e/o mancanti;
- Informazioni relative ad altre modalità di reperimento dei crediti formativi ECM (es. per pubblicazioni scientifiche, per autoformazione riservata ai liberi professionisti, ecc.);
- Inserimento esoneri, esenzioni;
- E altro ancora...

50° Congresso Nazionale
Associazione Nazionale
Medici Cardiologi Ospedalieri



CONGRESSO NAZIONALE ANMCO

Cerimonia conclusiva



Sabato 18 Maggio 2019
15.00-15.30
Sala Anfiteatro

50° Congresso Nazionale
Associazione Nazionale
Medici Cardiologi Ospedalieri



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. Scenpense 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

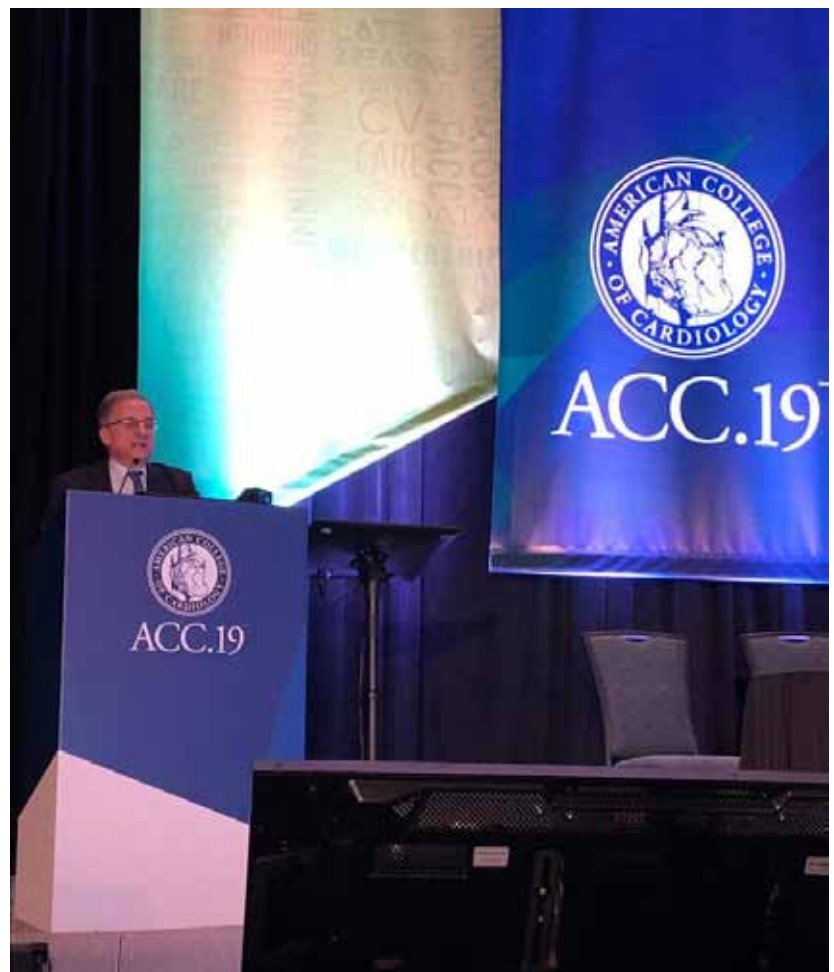
STEFANO URBINATI

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



L'Italian Federation of Cardiology 2019, ovvero una federazione ANMCO-SIC rinnovata che si concentra sulle sfide internazionali

Ogni epoca ha le sue sfide. La Cardiologia italiana nasce come SIC nel 1935 in un'epoca in cui era considerato pionieristico pensare che una branca come la Cardiologia potesse separarsi dalla Medicina Interna, mentre nel 1963 viene fondata l'ANMCO, espressione dell'importanza e dell'autonomia assunta dalla Cardiologia ospedaliera con lo sviluppo delle UTIC, che proprio in quegli anni muovevano i primi passi. Attorno alle UTIC si è sviluppata la rete cardiologica per l'infarto miocardico e la ricerca cardiovascolare che ha portato l'Italia alla ribalta internazionale nel 1986 con la pubblicazione del GISSI. Ma, contemporaneamente, negli anni '90, abbiamo vissuto la fase delle super-specializzazioni e la nascita delle società di settore, che, se da un lato sono importanti per lo sviluppo e l'implementazione delle competenze, dall'altra hanno portato ad una frammentazione della Cardiologia. Per contrastare



Il Dott. Stefano Urbinati all'ACC Congress 2019



questo rischio nel 1998 SIC e ANMCO risposero con la costituzione della Federazione Italiana di Cardiologia, nata con l'ambizione di dare una voce unica alla Cardiologia italiana, sia nei confronti delle istituzioni nazionali che di quelle internazionali, con un organo ufficiale rappresentato dall'“Italian Heart Journal”, in lingua inglese, corredato da un supplemento in lingua italiana, che nel 2006 ha lasciato il posto al “Journal of Cardiovascular Medicine”, in lingua inglese, che ha guadagnato rapidamente un buon impact factor a testimonianza della dimensione internazionale della Federazione e al “Giornale Italiano di Cardiologia”, che riportava in vita una testata identitaria per la Cardiologia italiana. Per un breve periodo, all'inizio degli anni duemila, la Cardiologia italiana ha cullato veramente il sogno dell'unità ipotizzando che la Federazione potesse essere considerata la casa comune, non solo di ANMCO e SIC, ma anche delle società di settore. Ma l'esperimento purtroppo è naufragato nel giro di pochi anni per un'infinità di ragioni, rendendo più vulnerabile la Cardiologia italiana di fronte all'avanzata della rimodulazione ospedaliera per intensità di cura, alla contrazione dei posti nelle scuole di specializzazione e alla riduzione del numero dei Cardiologi che sta mettendo in crisi il buon funzionamento delle reti cardiologiche che non si possono reggere solo sulle Cardiologie maggiori. Una serie di incomprensioni, ed



Uno scatto del primo Consiglio Direttivo IFC del 21 febbraio 2019

uno stallo su alcune questioni chiave, che ha portato nel 2018 ANMCO e SIC a mettere in discussione la loro integrazione rifondando l'Italian Federation of Cardiology, l'IFC, ripartendo dalla sua rappresentatività a livello internazionale. Ringrazio ancora il Presidente ANMCO Domenico Gabrielli di avermi designato cosicché, nel mese di gennaio, ho avuto l'onore di essere eletto Presidente di un direttivo che si avvale del Presidente Designato SIC

Pasquale Perrone Filardi come vicepresidente, del Presidente SIC Ciro Indolfi, del Presidente ANMCO Domenico Gabrielli, del Presidente Designato ANMCO Furio Colivicchi e di Gianfranco Sinagra. Nono presidente dopo Mario Mariani (1998-2000), Luigi Tavazzi (2001-2003), Attilio Maseri (2004-2006), Giuseppe Di Pasquale (2007-2009), Francesco Romeo (2010-2012), Leonardo Bolognese (2012-2015) e Francesco Fedele (2016-2018), professionisti che, citati uno

dopo l'altro, rappresentano come l'integrazione tra la Cardiologia ospedaliera e universitaria sia possibile e necessaria. L'IFC, cioè SIC e ANMCO, ripartono da una collaborazione sul piano internazionale. Qualcuno può pensare che sia una *diminutio*, rispetto ai poteri attribuiti all'IFC dallo statuto precedente, ma forse non è così. Abituato a considerare le occasioni per quello che sono, penso, dopo i primi mesi di vita, che l'IFC "formato internazionale" sia una grande opportunità. Sollevata dalla necessità di dovere affrontare le questioni più spinose che ancora dividono a livello nazionale, la nuova IFC rappresenta l'occasione unica di presentarsi unita, e non solo formalmente, davanti al contesto internazionale. Messe da parte le divergenze, i tempi sono maturi per costruire un rapporto sistematico e fattivo con le maggiori società internazionali, a partire dall'ESC, obiettivo forse meno valorizzato negli anni scorsi, in cui la Federazione era più concentrata sulle sfide, interne ed esterne alla Cardiologia, sul piano nazionale. In Italia la Cardiologia è di ottimo livello, la nostra formazione è eccellente, i Cardiologi italiani pubblicano molto, sono sempre tra i più prolifici di abstract e comunicazioni nei congressi internazionali e sono spesso coinvolti in board, commissioni e registri, ma nella maggior parte dei casi questo avviene per meriti personali, senza che esista un "sistema" capace di valorizzare nel loro insieme le nostre eccellenze, le nostre ricerche, le nostre reti, il nostro modello formativo. L'IFC

deve fare proprio questo. Mettere "a sistema" l'esistente e creare i presupposti, a livello internazionale, perché la Cardiologia italiana possa essere più ascoltata, i giovani possano avere più opportunità di crescita e le esperienze più innovative possano avere una maggiore visibilità e costituire un riferimento non solo per i colleghi e gli amministratori a livello nazionale, ma anche a livello europeo. Nei rapporti sviluppati in questi mesi, durante lo Spring Summit di Sophia Antipolis, nelle corrispondenze con i responsabili di Associations e Working Group dell'ESC o negli incontri avuti con i maggiori responsabili di ACC e AHA, l'atmosfera che circonda l'IFC è positiva, all'estero le principali società auspicano di poter avere come interlocutore una Cardiologia italiana unita e ci sono tanti Cardiologi, oltre quelli già coinvolti, che potrebbero dare un contributo maggiore a livello internazionale se avessero dietro il supporto della cardiologia italiana nel suo insieme. L'impegno di tutto il Direttivo IFC e mio personale è grande. La proposta, rivolta a tutti gli associati, è quella di sfruttare questo momento favorevole in cui la Cardiologia italiana è unita e gli organismi internazionali auspicano un nostro maggiore coinvolgimento, per promuovere e sviluppare progetti di ricerca, registri, analisi, commissioni e network interessanti a riformularli in maniera da favorire un confronto ed una integrazione a livello internazionale. La scommessa è già cominciata. ♥



GOLD CARE Survey (Gestione Ottimale secondo Linee guida del paziente Diabetico con malattia CARDIOVASCOLARE)

Premessa

L'iperglicemia, l'insulinoreistenza e l'iperinsulinemia, principali alterazioni del diabete, contribuiscono allo sviluppo delle patologie aterosclerotiche cardiovascolari (ASCVD) in particolare alla cardiomiopatia ischemica, all'ipertensione arteriosa o alla cardiopatia ipertensiva e alla cardiopatia diabetica mediante una serie di alterazioni del metabolismo, della funzione e della struttura cellulare oltre che mediante l'attivazione del sistema renina angiotensina aldosterone. Sia la cardiopatia ischemica che quella ipertensiva e diabetica possono poi evolvere verso lo scompenso cardiaco⁽¹⁾.

Il diabete non semplice fattore di rischio ma equivalente di evento coronarico

Dal 1998, quando sul New England Journal of Medicine venivano pubblicati i dati della popolazione di Finnish, il diabete è stato considerato non un

semplice fattore di rischio ma un equivalente coronarico, ovvero il paziente diabetico senza patologia cardiovascolare manifesta è stato assimilato ad un paziente non diabetico con pregresso infarto miocardico. Questi dati sono stati recentemente rivisti per cui solo i pazienti con diabete da oltre 10 anni o con diabete severo, con danno d'organo o con severo scompenso metabolico, presentano un rischio che si avvicina a quello dei pazienti non diabetici che hanno già avuto eventi cardiovascolari⁽²⁻⁴⁾. Questa stretta associazione tra diabete e ASCVD spiega perché circa 2/3 delle morti nei pazienti diabetici siano dovute a cause cardiovascolari, in particolare nelle donne⁽⁵⁻⁶⁾. Inoltre ASCVD del paziente diabetico si presenta generalmente con un quadro più severo: calcium score più elevato a livello coronarico, maggior numero di coronarie coinvolte, maggior numero di segmenti malati, maggior percentuale di placche ostruttive⁽⁷⁻⁹⁾; nel momento

in cui si verifica un evento, questo è gravato da un maggior numero di complicanze: più vasta area infartuale, maggior percentuale di trombosi di stent, maggior numero di sanguinamenti⁽¹⁰⁻¹²⁾ e più elevata mortalità a breve e a lungo termine⁽¹³⁻¹⁴⁾.

Screening della coronaropatia e trattamento dei fattori di rischio concomitanti

Per prevenire ASCVD nel paziente diabetico è quindi molto importante effettuare sia lo screening della coronaropatia, ed il calcium score ha dimostrato di essere una delle metodiche più accurate⁽¹⁵⁾, sia il trattamento dei concomitanti fattori di rischio con particolare attenzione al raggiungimento dei target indicati dalle più recenti linee guida, considerando che proprio i pazienti diabetici avranno maggior beneficio dall'utilizzo di approcci terapeutici più aggressivi⁽¹⁶⁻¹⁹⁾. Quando purtroppo l'evento si verifica ed il paziente si ricovera per sindrome coronarica acuta (SCA) è

fondamentale:

- determinare la presenza di diabete o pre-diabete poiché 7 su 10 pazienti presentano disglucemia, il 38% diabete conclamato ed il 41% pre-diabete ⁽²⁰⁾;
- saper gestire la terapia antidiabetica attraverso una adeguata terapia insulinica (con insulina rapida e/o basale), mantenendo i valori della glicemia tra i 140 ed i 180 mg/dl anche monitorando più volte al giorno la glicemia (consigliato monitoraggio a 7 punti ovvero prima dei pasti, post prandiale e serale);
- gestire il paziente in post-dimissione indirizzandolo al diabetologo per la definizione di un piano terapeutico che possa anche contemplare farmaci come gli agonisti del recettore del GLP-1 (GLP-1RA) e/o gli inibitori del co-trasportatore sodio-glucosio di tipo-2 (SGLT-2) che, non solo hanno dimostrato una notevole sicurezza cardiovascolare, ma sono capaci di ridurre gli eventi cardiovascolari maggiori.

Benefici cardiovascolari dei nuovi farmaci antidiabetici

In particolare, tra i GLP-1RA, Liraglutide, nello studio LEADER, ha dimostrato di ridurre significativamente del 13% l'endpoint composito primario (morte per cause CV, infarto miocardico non fatale ed ictus non fatale), del 22% il rischio di morte CV e del 15% la mortalità per tutte le cause. Nello studio SUSTAIN 6, semaglutide, un nuovo analogo settimanale del GLP-1, ha mostrato una riduzione significativa del rischio del 26% per quanto

riguarda l'endpoint composito primario di morte per cause cardiovascolari, infarto miocardico non fatale o ictus non fatale. La riduzione del rischio è stata dovuta prevalentemente a una diminuzione del tasso di ictus non fatale (39%) e a una diminuzione di infarto miocardico non fatale (26%). Tra gli SGLT-2i, Empagliflozin, nello studio EMPA-REG OUTCOMES, ha ridotto il rischio di ospedalizzazioni per scompenso cardiaco del 35% e Canagliflozin, nel CANVAS, ha ridotto l'endpoint composito primario del 14%, nessuno dei singoli componenti ha tuttavia raggiunto la significatività statistica. Anche il recente studio DECLARE-TIMI 58 con Dapagliflozin ha dimostrato la capacità di un SGLT-2i di ridurre le ospedalizzazioni per scompenso cardiaco. Alla luce di questi dati, le linee guida dell'ACC (2019 ACC/AHA Guideline on the Primary Prevention of Cardiovascular Disease), recentemente pubblicate, raccomandano in pazienti con diabete tipo 2 e rischio di ASCVD il trattamento con GLP-1RA o SGLT-2i, come intervento di seconda linea, dopo le modifiche dello stile di vita e in aggiunta a metformina, per migliorare il controllo glicemico e ridurre il rischio di malattia cardiovascolare. ⁽²¹⁻²⁴⁾ I GLP-1RA hanno dimostrato di migliorare la funzione endoteliale, aumentare la produzione di nitrossido (NO), ridurre l'area infartuale, aumentare la funzione sistolica nel miocardio infartuato e migliorare il preconditionamento ischemico e l'uptake di glucosio da parte del miocardio ⁽²⁵⁾. I GLP-

1RA, inoltre, hanno dimostrato di ridurre significativamente il peso corporeo, l'obesità viscerale, la pressione sistolica, lo stress ossidativo e sembrano produrre notevoli effetti nefroprotettivi come dimostrato nei trial di outcome cardiovascolare LEADER e SUSTAIN 6. I potenziali meccanismi che invece spiegano gli effetti degli SGLT-2i si possono dividere in metabolici, con riduzione del peso corporeo e dello stress ossidativo e di protezione cardiorenale, con riduzione della pressione arteriosa, aumento della diuresi e natriuresi⁽²⁶⁾. È interessante notare come la riduzione degli eventi legati allo scompenso cardiaco è stata, in proporzione, maggiore nei soggetti con insufficienza renale più severa, nei quali si è anche manifestata una minore riduzione della progressione del danno renale.

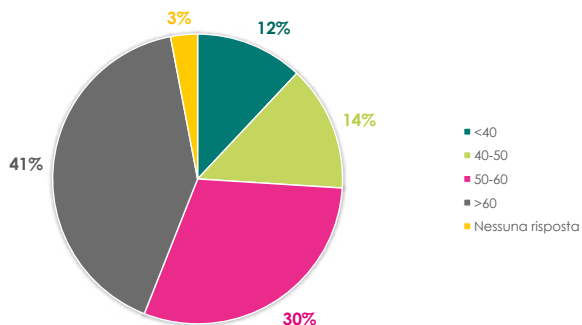
Perché la Survey GOLD CARE

Il CD ANMCO ha promosso tra i propri iscritti la Survey (GOLD CARE) con lo scopo di valutare:

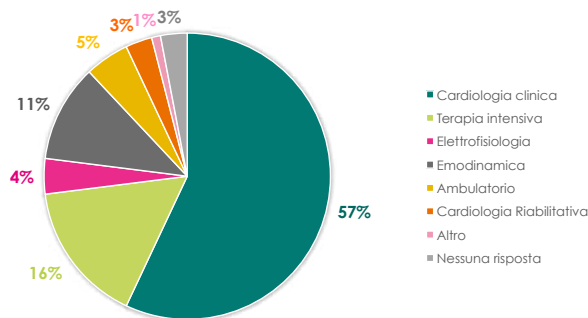
- La sensibilità dei cardiologi verso l'ASCVD indotta dal diabete;
- Le modalità di screening e di stratificazione del rischio per ASCVD nel paziente diabetico;
- La gestione della terapia antidiabetica nel paziente acuto;
- La gestione della terapia antidiabetica in post dimissione e la conoscenza delle più recenti linee guida;
- La percezione dell'entità dei benefici cardiovascolari apportati dai nuovi farmaci antidiabetici;
- La percezione dell'utilità dell'interazione tra diabetologo e cardiologo.



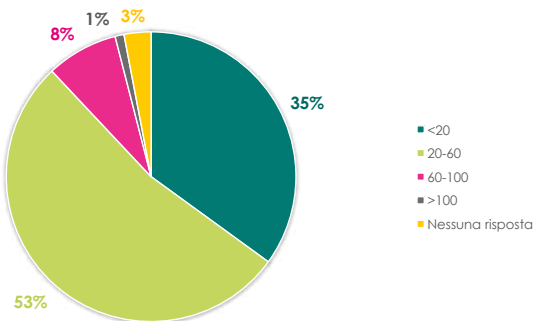
1. Quale è la tua fascia di età anagrafica?



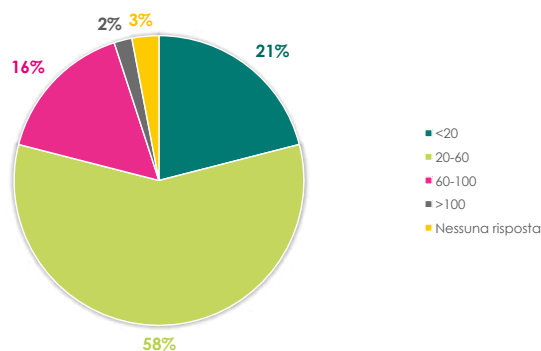
2. Quale è la tua prevalente area di interesse?



3. Qual è all'incirca il numero di pazienti acuti con diabete mellito che gestisci ogni mese?



4. Qual è il numero di pazienti cronici con diabete mellito che gestisci ogni mese?



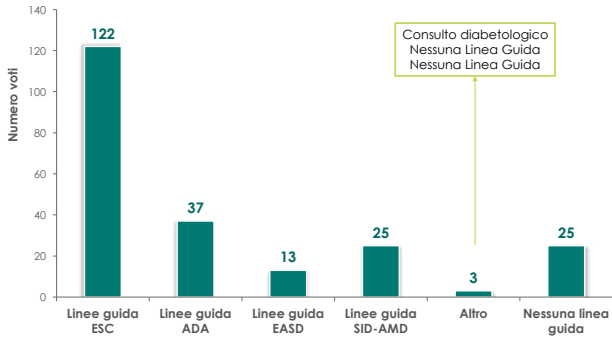
I risultati della Survey

- Prevalenza di partecipazione alla survey da parte di medici ultrasessantenni. Il risultato rispecchia verosimilmente l'interesse di colleghi con maggiore esperienza clinica. (Figura 1)
- Ampia prevalenza di colleghi che si occupano di cardiologia clinica o terapia intensiva. (Figura 2)
- Il numero dei pazienti diabetici acuti seguiti in media ogni mese è tra 20 e 60 per il 53% dei partecipanti alla survey, dato che rispecchia i valori della letteratura. (Figura 3)
- Molto alta (58%) la prevalenza di colleghi che rispondono di vedere

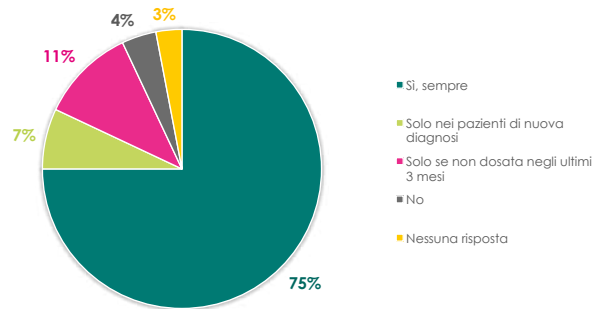
- 20-60 pazienti o addirittura più di 60 pazienti cronici diabetici (16%). (Figura 4)
- La maggior parte dei colleghi segue linee guida europee ed in misura minore quelle italiane o statunitensi. (Figura 5)
- La quasi totalità dei partecipanti misura l'emoglobina glicata (HbA1c) durante un ricovero o considera il valore degli ultimi 3 mesi. (Figura 6)
- In acuto viene utilizzata pressoché esclusivamente insulina s.c. o ev. (Figura 7)
- Nell'80% dei casi la terapia antidiabetica è concordata col diabetologo (nel 40% dei casi con un protocollo, nel 40% concordata

- di volta in volta). (Figura 8)
- La gestione in dimissione è variabile. In una metà dei casi è possibile il contatto ed invio al diabetologo di riferimento. In oltre il 40% dei casi il paziente è affidato al proprio MMG o ad un diabetologo di fiducia. Solo in un quinto dei casi vi è una sistematica collaborazione con il diabetologo, supportata da un PDTA condiviso. (Figura 9)
- In un terzo dei casi non viene stratificato il rischio cardiovascolare dei diabetici. In una metà dei casi viene usata la carta Italiana del Progetto Cuore. (Figura 10)
- Il 67% dei cardiologi ritiene opportuno uno stretto controllo

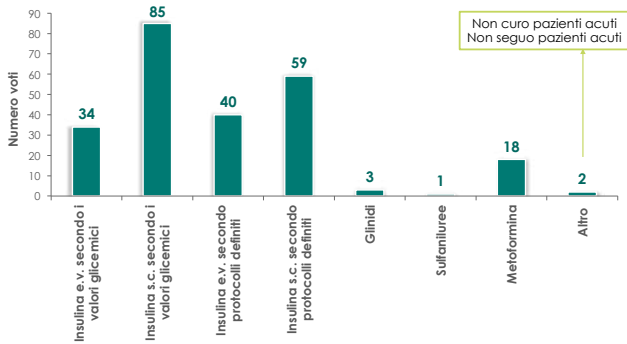
5. Quali linee guida consulti abitualmente per la gestione del paziente diabetico? (risposte multiple)



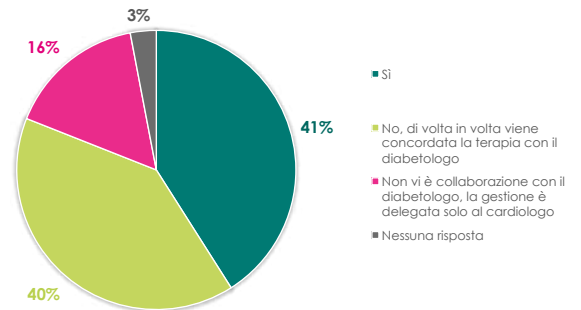
6. Nel paziente con diabete mellito ospedalizzato per evento acuto esegui il dosaggio della glicata?



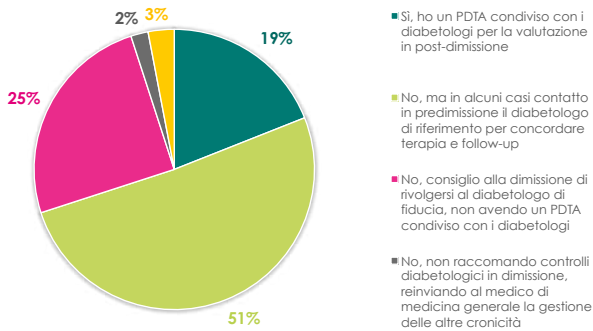
7. Nel paziente con diabete mellito ospedalizzato per evento acuto utilizzi abitualmente per il controllo della glicemia (risposte multiple)



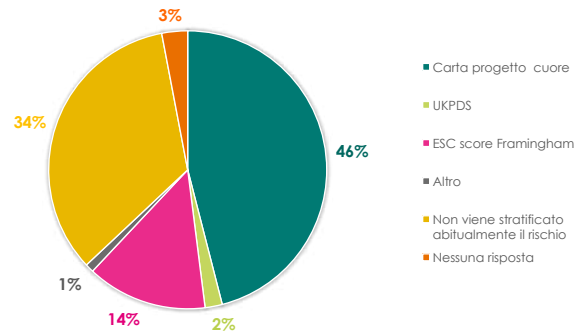
8. Nel paziente con diabete mellito ospedalizzato per evento acuto hai un protocollo di gestione della glicemia concordato col diabetologo?



9. Alla dimissione del paziente diabetico dopo un evento acuto programmi un controllo diabetologico post-dimissione per eventuale adeguamento della terapia anti-diabetica:



10. Nella tua realtà nel paziente ambulatoriale con diabete mellito come viene stratificato il rischio cardiovascolare:





glicemico indipendentemente dalle condizioni cliniche, il 28% lo adatta alla situazione clinica, l'8% pensa che non vi sia chiarezza in merito. (Figura 11)

- I cardiologi dichiarano di avere massima familiarità con la terapia insulinica e con i farmaci tradizionali, molto meno con le nuove classi di antidiabetici. (Figura 12)

- È al contrario molto chiaro il beneficio cardiovascolare che può derivare dalle nuove classi di farmaci. In parte viene ritenuta utile l'insulina contrariamente ai dati della letteratura. (Figura 13)

- La maggior parte ritiene che vi sia un differente profilo di sicurezza cardiovascolare tra i vari farmaci delle due classi GLP-1RA e SGLT-2i. (Figura 14)

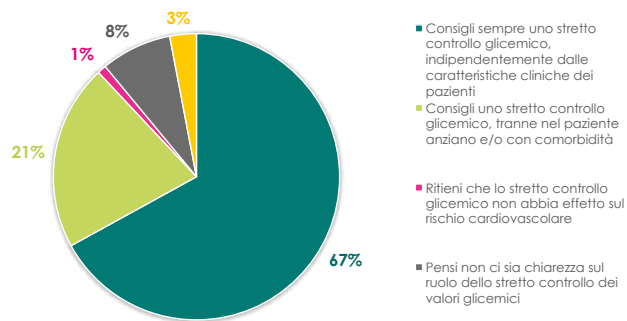
- È variabile la percezione di quale debba essere l'entità della riduzione del rischio cardiovascolare indotta da queste classi di farmaci per essere considerata significativa, ma la maggior parte richiede una riduzione di almeno il 10-15%. (Figura 15)

- Il 73% ritiene rilevante la collaborazione più stretta col diabetologo ed il 17% che possa invece prescrivere autonomamente. Solo una minima percentuale non risponde, non ha idea o delegherebbe al diabetologo l'intera gestione. (Figura 16)

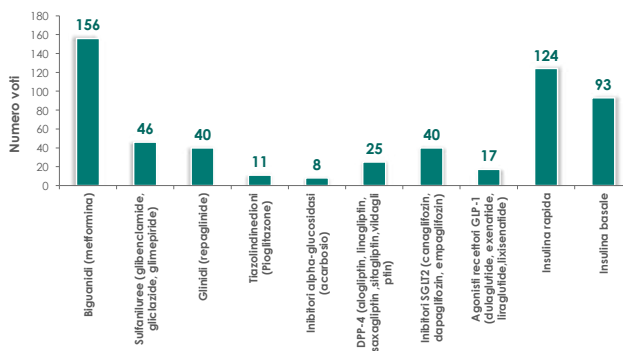
- Il 94% ritiene ci sia un gap formativo tra i cardiologi per le terapie antidiabetiche. (Figura 17)

- Pressoché tutte le strategie comunicative appaiono opportune. (Figura 18)

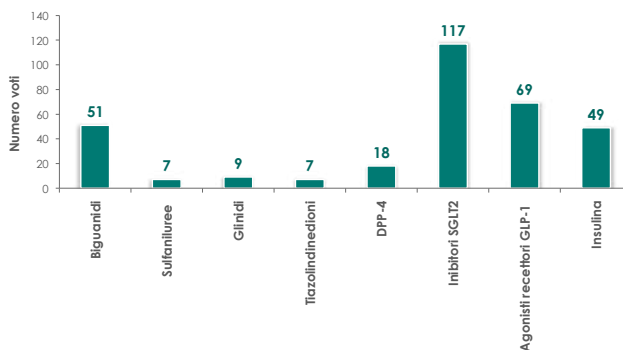
11. Nella gestione del paziente ambulatoriale con diabete mellito:



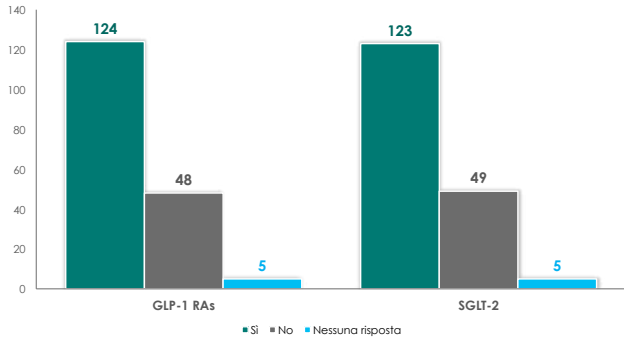
12. Con quali di queste classi farmacologiche hai maggiore familiarità nel trattamento del diabete (risposte multiple)



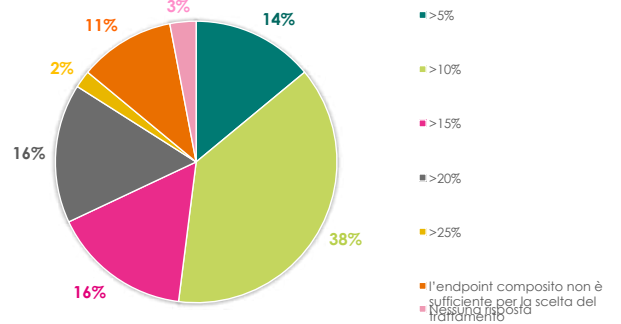
13. In base alle evidenze scientifiche, quali di queste classi farmacologiche ritieni capaci di ridurre gli eventi cardiovascolari nei pazienti diabetici (risposte multiple)



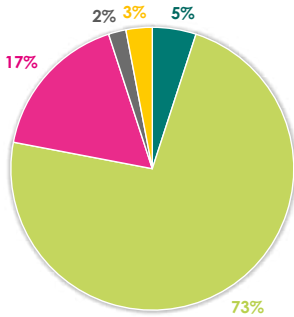
14. Tra i farmaci appartenenti alle seguenti classi ritieni esserci un differente profilo di sicurezza cardiovascolare? (risposte multiple)



15. Dato un endpoint primario composto (mortalità cardiovascolare, infarto non fatale e ictus non fatale), a partire da quale valore di riduzione del rischio CV ritieni ci sia un beneficio clinico significativo?

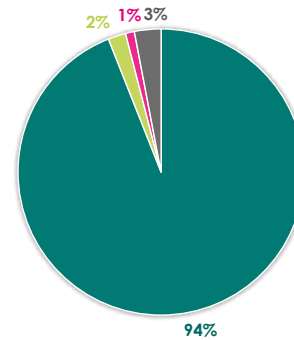


16. Ritieni che un cardiologo:



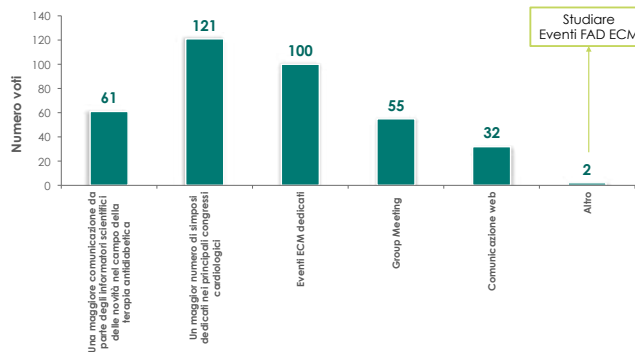
- Debba completamente delegare al diabetologo la gestione della terapia antidiabetica
- Debba collaborare con il diabetologo per individuare la terapia più appropriata per ridurre il rischio di eventi cardiovascolari
- Debba poter prescrivere autonomamente le classi di antidiabetici capaci di ridurre il rischio cardiovascolare
- Non ho una chiara idea in proposito

17. Ritieni che vi sia un gap formativo tra i cardiologi per la terapia antidiabetica?



- Sì
- No
- Non so
- Nessuna risposta

18. Per approfondire le novità nel trattamento del paziente diabetico possa essere utile per i cardiologi (risposte multiple)





Conclusioni

La sensibilità dei cardiologi verso ASCVD indotta dal diabete è elevata. La survey mostra infatti che molti cardiologi effettuano uno screening ed un monitoraggio adeguato dei pazienti diabetici durante un ricovero e la maggior parte ne stratifica il rischio CV. Il cardiologo appare abbastanza autonomo nella gestione del paziente diabetico con SCA durante la fase acuta, mentre preferisce, nella maggior parte dei casi, interagire con il diabetologo per la gestione del paziente diabetico in post-dimissione. Non è ancora ottimale il livello di conoscenza e consapevolezza delle potenzialità dei nuovi farmaci antidiabetici sul sistema CV. Sono auspicabili iniziative per promuovere una maggior e più approfondita conoscenza delle nuove classi di antidiabetici innovativi. ♥

Bibliografia

1. Low Wang CC, Hess CN, Hiatt WR, Goldfine AB. Clinical Update: Cardiovascular Disease in Diabetes Mellitus: Atherosclerotic Cardiovascular Disease and Heart Failure in Type 2 Diabetes Mellitus - Mechanisms, Management, and Clinical Considerations. *Circulation*. 2016 Jun 14;133(24):2459-502.
2. Haffner SM, Lehto S, Rönnemaa T, Pyörälä K, Laakso M. Mortality from coronary heart disease in subjects with type 2 diabetes and in nondiabetic subjects with and without prior myocardial infarction. *N Engl J Med*. 1998 Jul 23;339(4):229-34.
3. Rana JS, Liu JY, Moffet HH, Jaffe M, Karter AJ. Diabetes and Prior Coronary

Heart Disease are Not Necessarily Risk Equivalent for Future Coronary Heart Disease Events. *J Gen Intern Med*. 2016 Apr;31(4):387-93.

4. Bell DS. Heart failure: the frequent, forgotten, and often fatal complication of diabetes. *Diabetes Care*. 2003 Aug;26(8):2433-41.
5. Rao Kondapally Seshasai S, Kaptoge S, Thompson A, Di Angelantonio E, Gao P, Sarwar N, Whincup PH, Mukamal KJ, Gillum RF, Holme I, Njølstad I, Fletcher A, Nilsson P, Lewington S, Collins R, Gudnason V, Thompson SG, Sattar N, Selvin E, Hu FB, Danesh J; Emerging Risk Factors Collaboration. Diabetes mellitus, fasting glucose, and risk of cause-specific death. *N Engl J Med*. 2011 Mar 3;364(9):829-841.
6. Wong ND. Epidemiological studies of CHD and the evolution of preventive cardiology. *Nat Rev Cardiol*. 2014 May;11(5):276-89.
7. Wiviott SD, Raz I, Bonaca MP, Mosenzon O, Kato ET, Cahn A, Silverman MG, Zelniker TA, Kuder JF, Murphy SA, Bhatt DL, Leiter LA, McGuire DK, Wilding JPH, Ruff CT, Gause-Nilsson IAM, Fredriksson M, Johansson PA, Langkilde AM, Sabatine MS; DECLARE-TIMI 58 Investigators. Dapagliflozin and Cardiovascular Outcomes in Type 2 Diabetes. *N Engl J Med*. 2019 Jan 24;380(4):347-357.
8. Mondesir FL, Brown TM, Muntner P, Durant RW, Carson AP, Safford MM, Levitan EB. Diabetes, diabetes severity, and coronary heart disease risk equivalence: REasons for Geographic and Racial Differences in Stroke (REGARDS). *Am Heart J*. 2016 Nov;181:43-51.
9. Norhammar A, Malmberg K, Diderholm E, Lagerqvist B, Lindahl B, Rydén L, Wallentin L. Diabetes mellitus: the major risk factor in unstable coronary artery disease even after consideration of the extent of coronary artery disease and benefits of revascularization. *J Am Coll Cardiol*. 2004 Feb 18;43(4):585-91.
10. Maffei E, Seitun S, Nieman K, Martini C, Guaricci AI, Tedeschi C, Weustink AC, Mollet NR, Berti E, Grilli R, Messalli G, Cademartiri F. Assessment of coronary artery disease and calcified

coronary plaque burden by computed tomography in patients with and without diabetes mellitus. *Eur Radiol*. 2011 May;21(5):944-53.

11. Edsfeldt A, Gonçalves I, Grufman H, Nitulescu M, Dunér P, Bengtsson E, Mollet IG, Persson A, Nilsson M, Orholm Melander M, Melander O, Björkbacka H, Nilsson J. Impaired fibrous repair: a possible contributor to atherosclerotic plaque vulnerability in patients with type II diabetes. *Arterioscler Thromb Vasc Biol*. 2014 Sep;34(9):2143-50.
12. Ferreira JL, Angiolillo DJ. Diabetes and antiplatelet therapy in acute coronary syndrome. *Circulation*. 2011 Feb 22;123(7):798-813.
13. De Luca G, Dirksen MT, Spaulding C, Kelbæk H, Schaliq M, Thuesen L, van der Hoeven B, Vink MA, Kaiser C, Musto C, Chechi T, Spaziani G, Diaz de la Llera LS, Pasceri V, Di Lorenzo E, Violini R, Suryapranata H, Stone GW; DESERT cooperation. Impact of diabetes on long-term outcome after primary angioplasty: insights from the DESERT cooperation. *Diabetes Care*. 2013 Apr;36(4):1020-5.
14. Radke PW, Schunkert H. Diabetics with acute coronary syndrome: advances, challenges, and uncertainties. *Eur Heart J*. 2010 Dec;31(24):2971-3.
15. Silverman MG, Blaha MJ, Budoff MJ, Rivera JJ, Raggi P, Shaw LJ, Berman D, Callister T, Rumberger JA, Rana JS, Blumenthal RS, Nasir K. Potential Implications of Coronary Artery Calcium Testing for Guiding Aspirin Use Among Asymptomatic Individuals With Diabetes. *Diabetes Care* 2012 Mar; 35(3): 624-626. 2017
16. Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, Casey DE Jr, Collins KJ, Dennison Himmelfarb C, DePalma SM, Gidding S, Jamerson KA, Jones DW, MacLaughlin EJ, Muntner P, Ovbigele B, Smith SC Jr, Spencer CC, Stafford RS, Taler SJ, Thomas RJ, Williams KA Sr, Williamson JD, Wright JT Jr. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*. 2018

- Oct 23;138(17):e484-e594.
17. Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti Rosei E, Azizi M, Burnier M, Clement DL, Coca A, de Simone G, Dominiczak A, Kahan T, Mahfoud F, Redon J, Ruilope L, Zanchetti A, Kerins M, Kjeldsen SE, Kreutz R, Laurent S, Lip GYH, McManus R, Narkiewicz K, Ruschitzka F, Schmieder RE, Shlyakhto E, Tsioufis C, Aboyans V, Desormais I; Authors/Task Force Members. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology and the European Society of Hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology and the European Society of Hypertension. *J Hypertens*. 2018 Oct;36(10):1953-2041. d
18. Grundy SM, Stone NJ, Bailey AL, Beam C, Birtcher KK, Blumenthal RS, Braun LT, de Ferranti S, Faiella-Tommasino J, Forman DE, Goldberg R, Heidenreich PA, Hlatky MA, Jones DW, Lloyd-Jones D, Lopez-Pajares N, Ndumele CE, Orringer CE, Peralta CA, Saseen JJ, Smith SC Jr, Sperling L, Virani SS, Yeboah J. 2018 AHA/ACC/AACVPR/AAPA/ABC/ACPM/ADA/AGS/APhA/ASPC/NLA/PCNA Guideline on the Management of Blood Cholesterol. *Circulation*. 2018 Nov 10;CIR00000000000000625.
19. Catapano AL, Graham I, De Backer G, Wiklund O, Chapman MJ, Drexel H, Hoes AW, Jennings CS, Landmesser U, Pedersen TR, Reiner Ž, Riccardi G, Taskinen MR, Tokgozoglu L, Verschuren WMM, Vlachopoulos C, Wood DA, Zamorano JL, Cooney MT; ESC Scientific Document Group. 2016 ESC/EAS Guidelines for the Management of Dyslipidaemias. *Eur Heart J*. 2016 Oct 14;37(39):2999-3058.
20. Arnold SV, Lipska KJ, Li Y, McGuire DK, Goyal A, Spertus JA, Kosiborod M. Prevalence of glucose abnormalities among patients presenting with an acute myocardial infarction. *Am Heart J*. 2014 Oct;168(4):466-470.e1.
21. Marso SP, Daniels GH, Brown-Frandsen K, Kristensen P, Mann JF, Nauck MA, Nissen SE, Pocock S, Poulter NR, Ravn LS, Steinberg WM, Stockner M, Zinman B, Bergenstal RM, Buse JB; LEADER Steering Committee; LEADER Trial Investigators. Liraglutide and Cardiovascular Outcomes in Type 2 Diabetes. *N Engl J Med*. 2016 Jul 28;375(4):311-22.
22. Marso SP, Bain SC, Consoli A, Eliaschewitz FG, Jódar E, Leiter LA, Lingvay I, Rosenstock J, Seufert J, Warren ML, Woo V, Hansen O, Holst AG, Pettersson J, Vilsbøll T; SUSTAIN-6 Investigators. Semaglutide and Cardiovascular Outcomes in Patients with Type 2 Diabetes. *N Engl J Med*. 2016 Nov 10;375(19):1834-1844.
23. Zinman B, Wanner C, Lachin JM, Fitchett D, Bluhmki E, Hantel S, Mattheus M, Devins T, Johansen OE, Woerle HJ, Broedl UC, Inzucchi SE; EMPA-REG OUTCOME Investigators. Empagliflozin, Cardiovascular Outcomes, and Mortality in Type 2 Diabetes. *N Engl J Med*. 2015 Nov 26;373(22):2117-28.
24. Neal B, Perkovic V, Mahaffey KW, de Zeeuw D, Fulcher G, Erondou N, Shaw W, Law G, Desai M, Matthews DR; CANVAS Program Collaborative Group. Canagliflozin and Cardiovascular and Renal Events in Type 2 Diabetes. *N Engl J Med*. 2017 Aug 17;377(7):644-657
25. Arnett DK, Blumenthal RS, Albert MA, Buroker AB, Goldberger ZD, Hahn EJ, Himmelfarb CD, Khera A, Lloyd-Jones D, McEvoy JW, Michos ED, Miedema MD, Muñoz D, Smith SC Jr, Virani SS, Williams KA Sr, Yeboah J, Ziaeian B. 2019 ACC/AHA Guideline on the Primary Prevention of Cardiovascular Disease. *Circulation*. 2019 Mar 17;CIR00000000000000678.
26. Grieve DJ, Cassidy RS, Green BD. Emerging cardiovascular actions of the incretin hormone glucagon-like peptide-1: potential therapeutic benefits beyond glycaemic control? *Br J Pharmacol*. 2009 Aug;157(8):1340-51.
27. Pham D, Albuquerque Rocha N, McGuire DK, Neeland IJ. Impact of empagliflozin in patients with diabetes and heart failure. *Trends Cardiovasc Med*. 2017 Feb;27(2):144-151



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)	493 (21.641)	24 mesi	In corso (solo sottoprogetto)	
COPE (osservazionale)	191	5.000	1.856	30 giorni	In corso	
MATADOR-PCI (osservazionale)	80	500	288	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

ISCHEMIA Trial

Lo studio ISCHEMIA, promosso dal National Heart Lung and Blood Institute (NHLBI), coordinato a livello internazionale dal Cardiovascular Clinical Research Center New York University School of Medicine, dal Centro Studi ANMCO della Fondazione per il Tuo cuore per Italia e Svizzera, è uno studio multicentrico che ha come obiettivo primario quello di valutare se, in pazienti con cardiopatia ischemica cronica ed evidenza di ischemia di grado almeno moderato, una strategia invasiva (INV), in aggiunta alla terapia medica, sia in grado di ridurre l'incidenza dell'end point composito di morte cardiovascolare, infarto miocardico, ospedalizzazione per angina instabile, ospedalizzazione per scompenso, arresto cardiaco rianimato, in confronto ad una strategia conservativa (CON) caratterizzata dalla sola terapia medica. I pazienti sono stati arruolati sulla base dei risultati di un test di imaging o di una prova da sforzo e randomizzati con un rapporto di 1:1 a strategia INV o CON dopo l'esecuzione di una TC coronarica (allo scopo di escludere una malattia del tronco comune e di confermare una coronaropatia ostruttiva) e prima della

coronarografia. Il disegno dello studio prevedeva l'arruolamento di 8000 pazienti da circa 500 centri in tutto il mondo; nel corso dello studio tramite emendamento al protocollo è stato ridotto il campione a 5000 pazienti. La fase di arruolamento si è conclusa il 31/12/2017: sono stati randomizzati, **5.179** pazienti, di cui **139** in Italia da parte di 13 centri e **7** in Svizzera da parte di un centro. Il 30 giugno 2019 si concluderanno le visite di fine studio per tutti i pazienti ad oggi in follow-up. Seguirà una fase di Long Term Follow up che prevede contatti telefonici semestrali per una durata di altri 5 anni.

ISCHEMIA-CKD Ancillary Trial

Il sottostudio CKD è stato disegnato in parallelo con il trial principale con il quale condivide anche l'obiettivo primario. Il sottostudio prevedeva l'arruolamento di circa 1000 pazienti con insufficienza renale cronica avanzata (con filtrato glomerulare stimato [eGFR] < 30 ml/min o in dialisi), con ischemia miocardica da moderata a severa e con tutti gli altri criteri di inclusione ed esclusione richiesti dall'ISCHEMIA Trial. Nell'ISCHEMIA-CKD sono stati randomizzati 777 pazienti a livello internazionale, di cui **62** pazienti da 5 centri italiani.

Ciao Ischemia ISCHEMIA (Changes in Ischemia and Angina over One year among ISCHEMIA trial screen failures with no obstructive coronary artery disease on CT angiography). Il sottostudio CIAO Ischemia prevedeva l'inclusione di 300 partecipanti, già esaminati per il trial principale mediante ecostress o risonanza magnetica cardiaca. I pazienti sono stati selezionati valutando gli screen failures per patologia coronarica non ostruttiva alla TC coronarica del trial principale e sono stati sottoposti ad una prima valutazione dei sintomi. Successivamente ad un anno di distanza i pazienti hanno eseguito un test provocativo di imaging. Sono stati arruolati 212 pazienti a livello internazionale, l'Italia non ha partecipato al sottoprogetto. La descrizione della popolazione basale è stata pubblicata: Hocman JS et al. Baseline Characteristics and Risk Profiles of Participants in the ISCHEMIA Randomized Clinical Trial. JAMA Cardiol. 2019 Feb 27. doi: 10.1001/jamacardio.2019.0014. [Epub ahead of print]. I risultati saranno presentati alla fine del 2019 (American Heart Association) o all'inizio del 2020 (American College of Cardiology). ♥



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)



Stefania Di Fusco

AREA GIOVANI

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)

Consulenti

Annamaria Iorio (Bergamo)

Giuseppe Galati (Milano)



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 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 PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE

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

Daniele Grosseto

Comitato di Coordinamento

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



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)



Area Cardiolmaging: continuità e nuove sfide

È con grande piacere ed entusiasmo che insieme a Marco Campana, Co-Chairperson, e alla nuova squadra che compone il Comitato di Coordinamento prendiamo il testimone che ci passa Paolo Pino, Chairperson dell'Area CardioImaging nel precedente biennio. Abbiamo chiesto a Paolo Pino di raccogliere nella tabella che vi proponiamo in queste pagine le tante iniziative portate avanti durante il suo mandato e a lui va il nostro sentito ringraziamento per il lavoro fatto. Ed è dal lavoro fatto che parte il nostro mandato con obiettivi che saranno in continuità con il lavoro del precedente Comitato di Coordinamento portando a termine i progetti iniziati ma anche proponendo nuovi progetti. Non mi dilungo nella descrizione di quanto fatto che è ben dettagliato nella tabella, ma tra le attività che ha ideato e realizzato Paolo Pino vorrei ricordare le tanto apprezzate VIP Session che porteremo avanti con la sua collaborazione anche quest'anno in occasione del

Congresso Nazionale con qualche interessante novità. Infatti accanto alla ben collaudate VIP Clinical Session, quest'anno abbiamo pensato di proporre una novità che vede come protagonista l'imaging multimodale. La VIP Imaging Session costituirà un momento di condivisione di esperienze nel campo dell'imaging discutendo casi clinici in cui l'integrazione delle diverse metodiche risulterà indispensabile per il corretto inquadramento diagnostico indispensabile per la corretta gestione clinica e la scelta del trattamento in diversi scenari clinici. La nuova squadra dell'Area CardioImaging si compone di colleghi di grande e riconosciuta esperienza nell'ambito dell'Imaging a cui si affiancano colleghi più "giovani" che nel biennio precedente hanno collaborato con l'Area mostrando competenza, grande entusiasmo e passione. Nel Comitato di Coordinamento abbiamo Antonello D'Andrea, Alessia Gimelli, Donato Mele e Massimiliano Rizzo a cui si aggiungono come consulenti

Giovanna Di Giannuario (Writer e Comunicazione per il web) e Georgette Khoury (Writer Pocket book e Casi clinici interattivi). Tra le priorità dell'Area vi è la centralità del paziente e la necessità di garantirgli la migliore cura. Infatti l'imaging cardiovascolare non invasivo ha un ruolo fondamentale non solo per l'inquadramento diagnostico, ma anche per la stratificazione prognostica, per l'indicazione ad ulteriori indagini invasive e la valutazione della risposta ai trattamenti. Inoltre, in questi ultimi anni l'imaging ha assunto un ruolo essenziale per la pianificazione e il monitoraggio delle procedure interventistiche in Cardiologia e Cardiochirurgia. Lo sviluppo tecnologico ci mette a disposizione strumenti di diagnostica non invasiva sempre più sofisticati, ciascuno dei quali con caratteristiche e vantaggi propri, che ci consentono di migliorare la nostra accuratezza diagnostica e prognostica. Allo stesso tempo diventa prioritaria la ricerca di un utilizzo sempre più appropriato di queste tecnologie. Occorre

ATTIVITÀ AREA CARDIOIMAGING BIENNIO 2017-2018

Chairperson: Paolo G. Pino

Co-Chairperson: Antonella Moreo

Comitato di Coordinamento:

Erika Bertella, Marco Campana, Benedetta De Chiara, Vincenzo Guido

ATTIVITÀ EDITORIALE

- Imaging multimodale nella valutazione della cardiomiopatia ipertrofica tra genetica e clinica
- Multimodality imaging nelle masse

ARTICOLI SU “CARDIOLOGIA NEGLI OSPEDALI”

- Presentati e pubblicati 4 articoli

ATTIVITÀ DI RICERCA

- Survey sull'utilizzo dell'Imaging nella Fibrillazione Atriale

COLLABORAZIONI CON ALTRE AREE

Area Giovani

- Ecocardiografia 3D mitrale
- Ecocardiografia Tridimensionale
- Non Compattazione

Area CardioChirurgia

- Repair Valvola Aortica
- Trombosi Protesi

Area Prevenzione Cardiovascolare

- Survey Vascolare
- Rassegna patologie dell'anziano

DOCUMENTO DI CONSENSO SU “APPROPRIATEZZA DELLA MULTIMODALITY IMAGING NELLA PATOLOGIA CARDIOVASCOLARE”

COLLABORAZIONI CON ALTRE SOCIETÀ SCIENTIFICHE

- Joint Session EACVI EURO-IMAGING dicembre 2018

Tabella 1



passare da una prima fase di semplice “multi-imaging”, in cui le nuove metodiche si confrontano e “competono” tra di loro, ad un più corretto e impegnativo “imaging integrato”, in cui è sempre più forte la necessità di migliorare l’appropriato utilizzo del cardio-imaging nei diversi percorsi diagnostico-terapeutici. Tutto ciò senza perdere di vista il rapporto costo/efficacia, con un approccio che non può prescindere da una sinergia tra clinici e specialisti delle varie modalità. Occorre limitare il più possibile la raccolta di informazioni ridondanti, che concorrono solo a un incremento dei costi senza dare reali vantaggi nella gestione clinica del paziente, operando una scelta gerarchica delle informazioni utili per modificare in senso positivo l’outcome del paziente. Tuttavia anche se è a tutti chiara l’importanza nella pratica clinica dell’integrazione delle differenti modalità di imaging per garantire la migliore cura del nostro paziente, chi si occupa di imaging tocca con mano quotidianamente quanto questo sia difficile e complesso. Per cercare di favorire questo processo l’European Association of Cardiovascular Imaging (EACVI) ha istituito una Task Force on Multimodality Imaging con lo scopo di identificare un consenso per lo sviluppo, la promozione e l’implementazione del multimodality imaging nella

pratica clinica. Il documento prodotto da questa Task Force (*Multimodality imaging in cardiology: a statement on behalf of the Task Force on Multimodality Imaging of the European Association of Cardiovascular Imaging*. Fox K, Achenbach S, Bax J et Al. Eur Heart J 2018) e pubblicato recentemente offre importanti spunti partendo dal presupposto che per arrivare all’applicazione clinica di un vero approccio di imaging integrato non si può prescindere da una adeguata formazione e dall’implementazione di nuovi modelli organizzativi. Seguendo quanto tracciato da questa Task Force promuoveremo l’identificazione di un percorso formativo che si adatti alla realtà della Cardiologia Italiana, per arrivare ad avere un approccio integrato all’imaging cardiovascolare di tipo clinico e non strettamente “tecnico”. Si tratta di una sfida ambiziosa, che cercheremo di portare avanti consapevoli delle difficoltà ma contando sulle competenze e sulla collaborazione delle altre Aree e Task Force della nostra Società, e sulla partecipazione degli Iscritti all’Area a cui chiediamo sin da ora di collaborare attivamente anche con idee e proposte. Un’ultima considerazione su un aspetto che vede sempre più in difficoltà i nostri Laboratori di Ecocardiografia, dato il crescente numero di richieste di esami. Sicuramente una maggiore attenzione all’appropriatezza

delle richieste è necessaria e può avere un effetto positivo sul contenimento del numero delle richieste, ma non vi è dubbio che l’importante contenuto diagnostico e prognostico dell’esame ecocardiografico lo renda un esame di prima “linea” insostituibile in molti scenari clinici. Basti pensare al crescente utilizzo per il monitoraggio degli effetti cardiotossici delle terapie oncologiche e per l’assistenza alle procedure di emodinamica strutturale e di cardiocirurgia. A questo si aggiunge il miglioramento della tecnologia con un innalzamento degli standard qualitativi e la necessità di valutazioni multiparametriche che richiedono ovviamente tempistiche adeguate per l’esecuzione dell’esame. Tutto questo comporta un necessario ripensamento dei modelli organizzativi dei Laboratori di Ecocardiografia e l’implementazione di nuove figure professionali seguendo il modello anglosassone e adattandolo alla nostra realtà. E anche questa sarà una sfida che cercheremo di portare avanti coinvolgendo anche l’Area Nursing. Oltre a questi aspetti, su cui ci proponiamo di lavorare, aspettiamo le vostre proposte e i vostri suggerimenti, sicuri di poter contare sul vostro aiuto, sulla vostra collaborazione e sulla vostra competenza per costruire insieme l’Area CardioImaging che vorremo nel biennio 2019-2020. ♥



I Giovani ANMCO oltre confine: un successo dopo l'altro

L'ANMCO continua a puntare sui Giovani Cardiologi

La primavera è un periodo particolarmente fertile per le relazioni internazionali ed anche quest'anno l'Area Giovani ANMCO ha avuto una grande opportunità di riconoscimento a livello internazionale con la partecipazione del Chairperson dell'Area allo Spring Summit della ESC in rappresentanza dei giovani Cardiologi ANMCO. È stata un'importante occasione di confronto con colleghi di tutta Europa e di incontro con la rappresentanza Young di altre Società Scientifiche nazionali di tutta Europa. Al di là di questo evento, per tutti i giovani Soci ANMCO le occasioni per distinguersi in contesti internazionali sono sempre più numerose. Dopo lo straordinario successo dell'*ESC First Virtual Competition* tenutasi a Monaco nel 2018 e vinta dalla squadra ANMCO, sostenuta e guidata dall'Area Giovani, i giovani

Cardiologi ANMCO conquistano di nuovo la scena aggiudicandosi il secondo posto nella competizione mondiale, la *Jeopardy Game Session*, tra giovani Cardiologi nel corso del Congresso dell'American College of Cardiology, svoltosi dal 16 al 18 marzo a New Orleans. La *finale della Jeopardy*, oramai

“Le selezioni per la Jeopardy dell'ACC 2020, che si terrà a Chicago, si avvicinano: giovani colleghi, vi aspettiamo tutti al Congresso ANMCO a Rimini, dal 16 al 18 maggio!”

appuntamento fisso nel corso dell'ACC, è una competizione tra squadre di Cardiologi under 35 di tutto il mondo. La formula è quella

di un rischiatutto con domande di diverso valore che spaziano tra tutti gli ambiti della Cardiologia; la squadra più veloce nel prenotarsi guadagna il diritto alla risposta, da formulare entro 15 secondi, e quando il bip della prenotazione precede la fine della lettura della domanda, dare la risposta corretta è una vera scommessa! L'atmosfera è coinvolgente e adrenalinica, rendendo impossibile non mettersi alla prova anche per chi resta tra il pubblico, provando a rispondere alle domande. La squadra italiana era composta da due giovani specialisti (Filippo Zilio e Giuseppe Ciliberti, che lavorano rispettivamente a Trento e ad Ancona, già “campioni europei” alla Virtual Case Competition nel corso del Congresso ESC 2018 a Monaco) e due specializzandi (Marco Gagliardi e Roberto Verardi, quest'ultimo nel ruolo di “riserva”, entrambi della Scuola di Specializzazione di Torino),



selezionati attraverso le Jeopardy Game Sessions disputate in occasione dei Congressi ANMCO e SIC del 2018, rispettivamente a Rimini in giugno e a Roma in dicembre. Le selezioni italiane sono state organizzate dal Governor dell'Italian Chapter dell'American College of Cardiology, il Dott. Michele Massimo Gulizia, fondatore dell'Area Giovani dell'ANMCO, che ha fatto la scelta del Team che ha gareggiato, supportandolo fino alla gara a New Orleans. Preparazione, determinazione e capacità di mettersi in gioco hanno portato i 4 giovani Cardiologi a salire sul podio, con il tricolore all'occhiello, orgogliosi di combattere a suon di pulsante nella grande finale del quiz. Le differenze nei processi di formazione tra il sistema deduttivo italiano e il sistema statunitense, in voga anche in molti altri paesi del mondo e sempre più sistema di verifica privilegiato per concorsi, certificazioni e selezioni sia a livello nazionale che internazionale, è apparsa subito evidente: difficile schivare i tranelli delle domande nella frenesia dei quiz, ed essere i più rapidi a rispondere. Ciononostante, l'Italia è riuscita, indovinando l'ultima e decisiva domanda, a conquistare il secondo posto alle spalle di Singapore che ha confermato il titolo già conquistato l'anno scorso a Orlando. *“Rappresentare l'Italia all'American College of Cardiology è una grande responsabilità ed un grande onore; essere riusciti ad arrivare secondi è stato entusiasmante, e speriamo che il nostro risultato possa essere la base per arrivare a vincere alla prossima*



Figura 1 - Dott.ssa Stefania Angela Di Fusco, Chairperson Area Giovani ANMCO, con il Dott. Mirmaksudov, Young Leader della Società di Cardiologia dell'Uzbekistan all'ESC Spring Summit (6 - 7 marzo 2019)

occasione” è stato il commento “a caldo” di Giuseppe Ciliberti, subito dopo la premiazione; grande la soddisfazione anche per Filippo Zilio, che anche nel ruolo di Co-Chairperson dell'Area Giovani valorizza l'importanza di stimolare sempre più giovani Cardiologi italiani a partecipare alle selezioni, per innalzarne ulteriormente il livello, ma anche come preparazione alle sfide sempre nuove che si presentano durante la carriera formativa e professionale. “Le selezioni per la Jeopardy dell'ACC

2020, che si terrà a Chicago, si avvicinano: giovani colleghi, vi aspettiamo tutti al Congresso ANMCO a Rimini, dal 16 al 18 maggio!” è l'invito di tutta l'Area Giovani in collaborazione con il Chapter italiano dell'ACC. ♥



Figura 2 - Uno scatto durante la competizione. Da sinistra a destra: Dott. Filippo Zilio, Co-Chairperson dell'Area Giovani, Dott. Giuseppe Ciliberti, Cardiologo Socio ANMCO, Dott. Marco Gagliardi, specializzando in Cardiologia.



Figura 3 - Squadra che ha conquistato il titolo di vice-Campioni del Mondo alla Great Jeopardy dell'ACC. Da sinistra a destra: Dott. Filippo Zilio, Co-Chairperson dell'Area Giovani, Dott. Roberto Verardi, specializzando in Cardiologia, Dott. Michele Massimo Gulizia, Governor dell'Italian Chapter dell'ACC, Dott. Marco Gagliardi, specializzando in Cardiologia, Dott. Giuseppe Ciliberti, Cardiologo Socio ANMCO.



Il cuore dei Giovani: questo sconosciuto

Uno sguardo sulla salute cardiovascolare degli adolescenti
troppo spesso trascurata

L'Area Giovani particolarmente sensibile alle tematiche che ruotano “intorno al cuore dei più giovani” fa una panoramica sulle evidenze attualmente disponibili relativamente alla salute cardiovascolare degli adolescenti. L'adolescenza (dal latino “adolescere” = “crescere”) è quel periodo della vita che segue l'infanzia e precede l'età adulta ed in accordo con la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità va dai 10 ai 19 anni. Si tratta di un periodo dell'età evolutiva caratterizzato da profondi cambiamenti di tipo somatico, ma è anche un periodo cruciale per lo sviluppo psicosociale e l'acquisizione di corretti stili di vita. Nella pratica clinica la salute cardiovascolare degli adolescenti è spesso trascurata, ed anche dal punto di vista della letteratura scientifica l'attenzione è prevalentemente volta alle problematiche cardiovascolari dell'età adulta, eppure stili di vita sbagliati causano fin dall'adolescenza danni a livello cardiovascolare¹ e sono associati

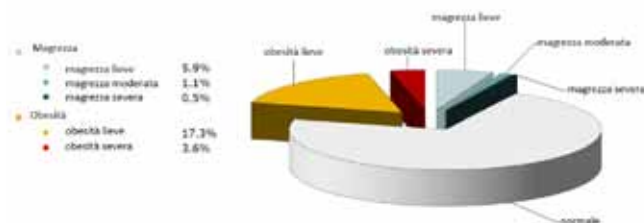
ad un aumentato rischio di futuri eventi avversi. La maggior parte dei dati attualmente disponibili sugli adolescenti sono derivati da ampi studi condotti su popolazioni di giovani atleti e per lo più mirati ad identificare condizioni predisponenti alla morte cardiaca improvvisa. Ad esempio sono state stabilite raccomandazioni internazionali per l'interpretazione dell'ECG negli atleti ma non vi

“Non sempre possiamo costruire il futuro della nostra giovinezza, ma possiamo costruire la nostra giovinezza per il futuro”

Franklin Delano Roosevelt

è ancora un generale consenso sulle caratteristiche ECG grafiche degli adolescenti. In effetti, con l'aumentare dell'età vi sono modifiche progressive delle caratteristiche ECG (riduzione della

frequenza cardiaca e della durata dell'intervallo QT corretto per la frequenza, QTc) e, se è ben stabilito che negli adulti il QTc è più lungo nelle donne che negli uomini, è solo a partire dai 14 anni di età che si inizia ad osservare un QTc più lungo nel sesso femminile². Relativamente agli stili di vita, un recente studio che ha arruolato oltre 24.000 studenti delle scuole superiori di Roma, condotto dal Prof. Massimo Santini, Presidente dell'Associazione Il Cuore di Roma - Onlus, nell'ambito della campagna “Cuore Sano”, ha riportato una prevalenza dell'abitudine tabagica pari al 10,6%², tasso simile a quello osservato in studi condotti negli Stati Uniti d'America dove, tra l'altro, i dati disponibili dimostrano un trend in aumento. Questo dato ha un peso non trascurabile considerando che negli adolescenti fumatori un recente studio ha dimostrato un aumento della rigidità delle arterie¹ che è un indice di danno vascolare e predice il rischio di futuri eventi cardiovascolari. Inoltre, tra gli adolescenti con l'aumentare dell'età della popolazione si osserva



un progressivo aumento della percentuale dei soggetti che non praticano attività fisica regolare², anche questo dato sconcertante è in linea con i report statunitensi. Altro dato particolarmente preoccupante è il tasso di obesità che è intorno al 20% (Figura 1)². La rilevanza di questo dato è legata all'evidenza che l'obesità in età adolescenziale è un fattore di rischio per coronaropatia in età adulta ed è associata ad un'aumentata mortalità cardiovascolare. Negli adolescenti, valori di pressione arteriosa elevata per l'età sono riportati con una prevalenza che è pari al 3,14% per lo stadio I di ipertensione, allo 0,45% per lo stadio II di ipertensione, e all'11,7% per l'ipertensione sistolica isolata². I dati relativi ai valori pressori negli adolescenti, raccolti dallo studio condotto dal Prof. Santini et al.², sono di particolare interesse poiché per la prima volta riportano i valori corretti per età, sesso ed altezza in un'ampia popolazione di adolescenti europei. In effetti, come sottolineato nelle ultime Linee Guida europee sull'ipertensione negli adolescenti³, finora i valori

di riferimento per questa fascia d'età sono stati desunti dai dati raccolti in popolazioni statunitensi non essendo disponibili valori della popolazione degli adolescenti europei che includessero in maniera sistematica età, sesso e altezza. Poiché ad oggi anche i dati relativi agli stili di vita, fattori di rischio e caratteristiche ECG dei giovani di età compresa tra 18 e 30 anni sono scarsi, il Presidente della Fondazione per il Tuo cuore, Dott. Michele Gulizia, ha avviato un nuovo filone di ricerca 2019 nell'ambito del Progetto Nazionale di Prevenzione Cardiovascolare «Banca del Cuore»: lo screening dei Millennials, coinvolgendo particolarmente l'Area Giovani dell'ANMCO. Globalmente le evidenze finora disponibili mostrano come i fattori di rischio cardiovascolare sono presenti in una quota non trascurabile di giovani e, in considerazione delle implicazioni che queste condizioni hanno sulla salute futura in termini di morbilità e mortalità, rappresentano un vero e proprio problema di salute pubblica. In effetti se è ben noto, ad esempio,

che l'adolescenza rappresenta il periodo più vulnerabile per acquisire l'abitudine tabagica e che le conseguenze si ripercuotono per tutta la vita, è proprio in questa fascia d'età che negli ultimi anni è stata osservata una tendenza all'aumento della percentuale di fumatori. Lo sviluppo di strategie volte a promuovere stili di vita sani nei giovani è quindi un obiettivo di sanità pubblica prioritario che può avere effetti benefici sia nel breve che nel lungo termine e sia sulla qualità di vita del singolo individuo che sulla salute della comunità, con un impatto favorevole anche sui costi della sanità pubblica. La salute cardiovascolare dei più giovani è uno dei tanti argomenti cui l'Area Giovani volge l'attenzione nell'ambito del ricco programma di attività che si propone di realizzare con l'apertura a collaborazioni con altre Aree e Task Force e con il supporto del Consiglio Direttivo.

Bibliografia

1) Charakida M, Georgiopoulos G, Dangardt F, Chiesa ST, Hughes AD, Rapala A, Davey Smith G, Lawlor D, Finer N, Deanfield JE. Early vascular damage from smoking and alcohol in teenage years: the ALSPAC study. *Eur Heart J.* 2019 Jan 21;40(4):345-353. doi: 10.1093/eurheartj/ehy524.
 2) Santini M, Di Fusco SA, Colivicchi F, Gargaro A. Electrocardiographic characteristics, anthropometric features, and cardiovascular risk factors in a large cohort of adolescents. *Europace.* 2018 Nov 1;20(11):1833-1840. doi: 10.1093/eurpace/euy073.
 3) Lurbe E, Agabiti-Rosei E, Cruickshank JK, Dominiczak A, Erdine S, Hirth A, Invitti C, Litwin M, Mancia G, Pall D, Rascher W, Redon J, Schaefer F, Seeman T, Sinha M, Stabouli S, Webb NJ, Wühl E, Zanchetti A. 2016 European Society of Hypertension guidelines for the management of high blood pressure in children and adolescents. *J Hypertens* 2016;34: 1887-920. doi: 10.1097/HJH.0000000000001039.



Area Malattie del Circolo Polmonare... appassionatamente curiosi!

L'Area Malattie del Circolo Polmonare ha l'obiettivo di diffondere gli strumenti per poter effettuare una stratificazione diagnostica, prognostica e terapeutica iniziale nel paziente affetto da malattia vascolare polmonare

È fuor di dubbio che le malattie del circolo polmonare (ipertensione arteriosa soprattutto) rappresentino, per una grossa frazione della comunità cardiologica, autori compresi, un settore ostico e poco conosciuto. Le armi sono spesso deposte in partenza, si demanda con rassegnazione al centro specializzato. In troppi abbiamo asserito con superficialità: "Mah... proviamo a dargli un calcio antagonista, vediamo che succede...". Può capitare, però, che una mattina come altre, durante le visite nel tuo ambulatorio, incontri quel paziente che ti chiede ancora aiuto, dopo che lo ha chiesto a tanti altri prima di te. In quel momento incominci a

riflettere sulla persona che hai di fronte... un paziente difficile da gestire... e ci ripensi tutto il giorno chiedendoti cosa potresti fare di più. Rientrato a casa, incominci a leggere articoli scientifici, vedere stralci di interviste a colleghi più esperti e si apre un mondo... una sfida appassionante! Albert Einstein diceva: "non ho particolari talenti, sono solo appassionatamente curioso". Da quando ciascuno di noi ha intrapreso questa strada, interessandosi di malattie del circolo polmonare, due concetti sono diventati lampanti: 1) è vero che l'argomento richiede competenze, cultura clinica e strumenti di cui solo pochi centri ultra-specialistici dispongono; 2) la prima stratificazione diagnostica, prognostica e terapeutica,

Una prima stratificazione diagnostica, prognostica e terapeutica, iniziale ma non per questo meno importante, può essere fatta anche in centri non dedicati

iniziale ma non per questo meno importante, può e deve essere fatta anche in centri non dedicati. Bastano interesse e idee chiare su pochi punti fondamentali. Tutti i Cardiologi hanno l'obbligo di sospettare ed effettuare un primo inquadramento del paziente con sospetta ipertensione polmonare. L'Area Malattie del Circolo Polmonare si prefigge, in sintesi, esattamente questo obiettivo: instillare la passione per l'argomento e divulgare gli strumenti per poter impostare un percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale al paziente con malattia vascolare polmonare. Anche nel campo dell'embolia polmonare, che è pane quotidiano, le novità sono tante e non possiamo più fermarci all'eparina e alla trombolisi sistemica in casi selezionati. Pensiamo, per esempio, all'utilizzo della trombolisi a dosaggio ridotto sia nel paziente a rischio alto che in quello a rischio intermedio, alla trombectomia polmonare e alla trombolisi locoregionale. Il settore è da esplorare. Su queste idee abbiamo concepito gli obiettivi dell'Area per il biennio appena iniziato e che brevemente riportiamo di seguito. Un progetto estremamente ambizioso e che merita di essere menzionato per primo è il **Master di II livello in Malattie del Circolo Polmonare**. La sua realizzazione sarà estremamente impegnativa, ma per la prima volta l'ANMCO fornirà

un'opportunità di crescita in un contesto clinico poco conosciuto, in cui solo la condivisione di esperienze scientifiche e di casi clinici reali potrà permettere il raggiungimento di uno standard di diagnosi e trattamento ottimale. Secondo obiettivo, non meno difficile da portare a termine, è la pubblicazione sul "Giornale Italiano di Cardiologia" del **Percorso Diagnostico-Terapeutico e Assistenziale (PDTA) sull'embolia polmonare acuta e sull'ipertensione polmonare**, la cui stesura è avvenuta nel precedente biennio. Inoltre, definiremo e pubblicheremo, nella stessa rivista, i criteri di accreditamento necessari per poter offrire un servizio di ambulatorio dedicato alle malattie vascolari polmonari. Non può mancare la ricerca tra le attività dell'Area. Entro l'anno corrente contiamo di iniziare l'arruolamento nel **PETER**, registro italiano sulla trombectomia polmonare, che farà luce sull'impiego della metodica in un setting particolare, quello dell'embolia polmonare acuta a rischio alto ed intermedio - alto. Sicuramente il registro sarà polo di attrazione anche per tanti Cardiologi Interventisti che vogliono confrontarsi con una tecnica ancora tutta da scoprire e definire. Raffinato è il progetto **ANATOMY**, studio pilota volto a testare metodologie diverse dalla statistica convenzionale ("data mining", nello specifico)

nel processo di stratificazione prognostica dell'embolia e ipertensione polmonare. Definire con accuratezza la prognosi, nel caso del paziente affetto da malattia del circolo polmonare, è basilare per impostare la terapia corretta, forse più che in altri campi della Cardiologia. Tra gli altri obiettivi del Cronoprogramma della nostra Area, vogliamo sottolinearne altri due. Il primo è la **campagna di prevenzione del tromboembolismo venoso**, che si terrà in varie piazze italiane il 29 settembre 2019 (in occasione della Giornata Mondiale del Cuore). Nelle varie postazioni sarà somministrato un questionario ai partecipanti, in base all'esito del quale sarà effettuato studio ecografico vascolare. Molte le piazze italiane che stanno aderendo all'iniziativa. Il secondo è quello di definire uno standard della **lettera di dimissione ospedaliera** del paziente affetto da embolia polmonare, in modo da delineare un follow-up il più possibile univoco e quindi favorire la diagnosi di ipertensione cronica tromboembolica. A questo punto, rileggendo rapidamente il pezzo e i 6 grassetto che sintetizzano gli obiettivi dell'Area, ci chiediamo se siamo troppo ambiziosi, se il Cronoprogramma è realizzabile in un biennio... rispondere con certezza è impossibile. L'entusiasmo, però, non ci manca!





Area Management & Qualità: al centro di una rivoluzione culturale

**Il rapporto medico-paziente base di qualsiasi scelta gestionale,
organizzativa e legislativa**

L'attuale concetto della "good practice" che i medici cercano oggi di applicare al meglio nella pratica clinica quotidiana ha radici antiche. Nell'antica Grecia la medicina era considerata infatti una *Tecne* (arte) che trovava un corrispettivo pratico nell'applicazione di concetti teorici. Secondo **Ippocrate** il nobile esercizio della professione da parte dello "iatròs agathòs" (buon medico), doveva basarsi sulla *tecnofilia* (amore per l'ars medica) e sulla *filantropia* ed il rapporto medico-paziente doveva essere improntato su *philia* (amicizia) ed *agàpe* (affetto) nei confronti dell'ammalato. Secondo **Aristotele** il rapporto medico-paziente doveva concretizzarsi nell'ottica di una finalità comune rappresentata dalla preservazione della vita umana attraverso il dialogo e la comprensione delle rispettive esigenze da entrambe le parti. Nei secoli questi concetti si sono

evoluti ma è stato nel '900 che la percezione del medico nella società moderna ed il rapporto medico-paziente hanno subito profonde modifiche, prima tra tutte la perdita della centralità della figura del medico e la sua marginalizzazione nel campo istituzionale e societario. È negli anni '70 infatti che naufraga il modello proposto da **Talcott Parsons** (1902-1979) che proponeva il *sick role* come un rapporto asimmetrico medico-paziente caratterizzato dall'assolutizzazione dell'aspetto fiduciario verso il sanitario ed **Eliot Freidson** (1923-2005) in *Professional dominance. The social structure of medical* enfatizza una dimensione istituzionale e sociale della medicina in cui il concetto di dominanza medica si sgretola ed il rapporto medico-paziente perde la tradizionale connotazione paternalistica per vestirsi di contrasto. **Giulio Maccacaro** (1924-1977), promotore di *Medicina democratica*, denuncia il mancato ascolto da parte del

medico, l'abitudine a fornire risposte preformate e ad esercitare la professione medica secondo un insindacabile potere. **Franco Basaglia** (1924-1980) evidenzia il bisogno sociale che la medicina metta da parte il suo astrattismo teorico rivolto alla perpetuazione del conformismo intellettuale: "Noi facciamo della pratica, prima della pratica e poi della teoria...". A controprova della veridicità della fine della 'dominanza medica' nascono delle iniziative finalizzate a porre l'accento sulla figura del malato come cittadino. Nel momento storico in cui in Italia stava nascendo il Servizio Sanitario Nazionale (23.12.1978), la pratica clinica quotidiana si caratterizzava per il deterioramento del rapporto medico-paziente. **Gigi Ghirotti** (1920-1974) nel *Lungo viaggio nel tunnel della malattia* (1973) descrive la devastazione identitaria perpetuata ai danni del malato nel corso delle cure mediche e della permanenza in ambiente

sanitario. Nello stesso periodo nasce il Tribunale per i diritti del malato, una iniziativa con forte impatto sociale e che implica la conflittualità tra medico e paziente come parte e controparte. **Giancarlo Quaranta** (1937-2015) ne *L'uomo negato* (1978) denuncia la spersonalizzazione del malato secondo l'errata giustificazione che «*importante è guarire, tutto il resto non conta...*». Oggi il Cardiologo si muove nell'ambito di una autentica rivoluzione culturale identificata da una spropositata moltiplicazione legislativa, dall'incontrollata nascita di intoppi burocratici e dai tentativi di aggirarli, dall'instaurarsi di una managerializzazione aziendale

a livello scientifico, tecnologico ed burocratico e per districarsi in questo panorama altamente complesso necessita non solo di un continuo aggiornamento che gli consenta di gestire al meglio i percorsi assistenziali ma anche di conoscenze normative e legislative atte a fronteggiare i numerosi ostacoli quotidiani legati alla responsabilità professionale, nonché di capacità di programmazione necessarie al confronto. L'Area Management & Qualità ANMCO nasce con la finalità di supportare il Cardiologo nel fronteggiare i continui mutamenti organizzativi per garantire una sempre maggiore efficienza ed un approccio

consentire una migliore adattabilità della comunità cardiologica alle asperità del terreno organizzativo e gestionale. Il cronoprogramma finalizzato alla gestione delle nostre risorse societarie è incentrato su iniziative sia tecniche che scientifiche fruibili per i soci e finalizzate a rendere sempre "more comfortable" la quotidiana pratica clinica cardiologica. L'Area ha concluso il biennio 2017-2018 con lo sviluppo di due importanti progetti: la "Survey sulla consapevolezza della Legge sulla responsabilità professionale tra i Soci ANMCO" e "L'indagine sullo stato di attuazione a livello regionale del Decreto Ministeriale

«Il fatto che tra i medici e i pazienti divampi uno scontro senza precedenti non ha nulla a che fare con i vizi e le virtù private. I medici non sono né 'brutali', né 'avidì', così come i pazienti non sono né 'stupidi', né 'isterici'. Le origini del conflitto sono da ricercare piuttosto nelle ben più profonde forze storiche di cui sono inconsapevoli gli uni e gli altri».

Edward Shorter - Bedside manners. The troubled history of doctors and patients (1985)

spesso poco sensibile ai reali bisogni della patologia clinica, dalla perdita di centralità della figura del medico ed il tutto collegato anche ad un mancato ricambio generazionale che ha comportato il progressivo invecchiamento della classe medica dirigente. Il Cardiologo inoltre risulta spesso sovrachiato dai profondi mutamenti intervenuti

strutturale volto al miglioramento degli obiettivi funzionali secondo il modello definito "sistema integrato" dei centri cardiologici italiani. La Cardiologia, oggi articolata in molteplici subspecialità, rappresenta un modello di complessità assistenziale del paziente. La nostra Area vuole essere uno strumento tale da

2.4.2015, n.70" inerente gli standard relativi all'assistenza ospedaliera. I risultati dei progetti sono stati pubblicati su "Cardiologia negli Ospedali". Il biennio 2019-2020 inizia all'insegna di nuovi obiettivi mantenendo però una continuità con l'importante tematica della responsabilità professionale. ♥



Laura Abbruzzese *, Giulia Martinelli °, Giovanni Falsini in collaborazione con Donatella Radini, Rossella Gilardi, Stanislao Accardo, Michela Barisone, Maria Cristina Pirazzini, Ilaria Cantarella, Gabriella Ricci, Tullio Usmani, Doriana Frongillo

* Centro Ricerche Clinica di Riabilitazione Toscana (Arezzo)

° Università di Bologna, Campus di Cesena

“La conoscenza e l’errore hanno le stesse origini mentali, solo il successo può distinguere l’uno dall’altro” (E. Mach, 1905)

Il ruolo dei processi cognitivi nella genesi dell’errore umano

Migliorare la sicurezza delle cure attraverso la comprensione dei processi cognitivi sottostanti la genesi dell’errore

La complessità dell’ambiente di lavoro clinico, espressa dalla necessità di gestione accurata delle cure, dei flussi di lavoro, dei compiti, delle interruzioni e del sovraccarico di informazioni, spesso si manifesta nell’errore. La definizione stessa di errori umani come azioni eseguite non secondo le intenzioni dell’attore e che hanno portato ad eventi avversi, evidenzia il ruolo fondamentale dei fattori cognitivi negli errori in medicina^{1,2}. Le azioni umane possono essere definite primariamente attività cognitive

poiché risultato dei processi attraverso i quali gli input sensoriali vengono trasformati, semplificati, elaborati, immagazzinati, recuperati e usati³. Gli errori derivano da una qualche anomalia del processo cognitivo stesso. Da una migliore comprensione dei processi mentali sottostanti non solo la prestazione corretta ma anche quella fallace, possono emergere metodi più efficienti per predire e ridurre la possibilità di errori pericolosi implementando la sicurezza dei pazienti.

I processi cognitivi

La trattazione teorica dei meccanismi implicati nella produzione degli errori si fonda sulla distinzione tra due caratteristiche strutturali dei processi cognitivi umani: l’elaborazione controllata e l’elaborazione automatica. La prima è identificabile con l’elaborazione attenzionale, seriale e cosciente che richiede un alto livello di sforzo cognitivo, molte risorse attentive e tempi di esecuzione relativamente lunghi, la seconda è identificabile nella modalità di controllo

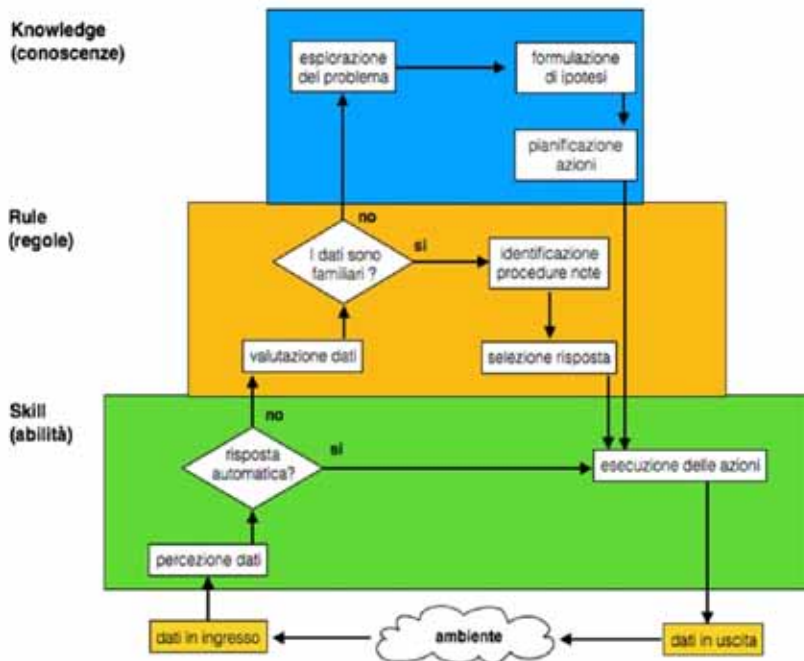


Figura 1 - Modello di Rasmussen della prestazione umana
La larghezza dei rettangoli è proporzionale alla frequenza del ricorso a quel livello (da Bracco, mod.)

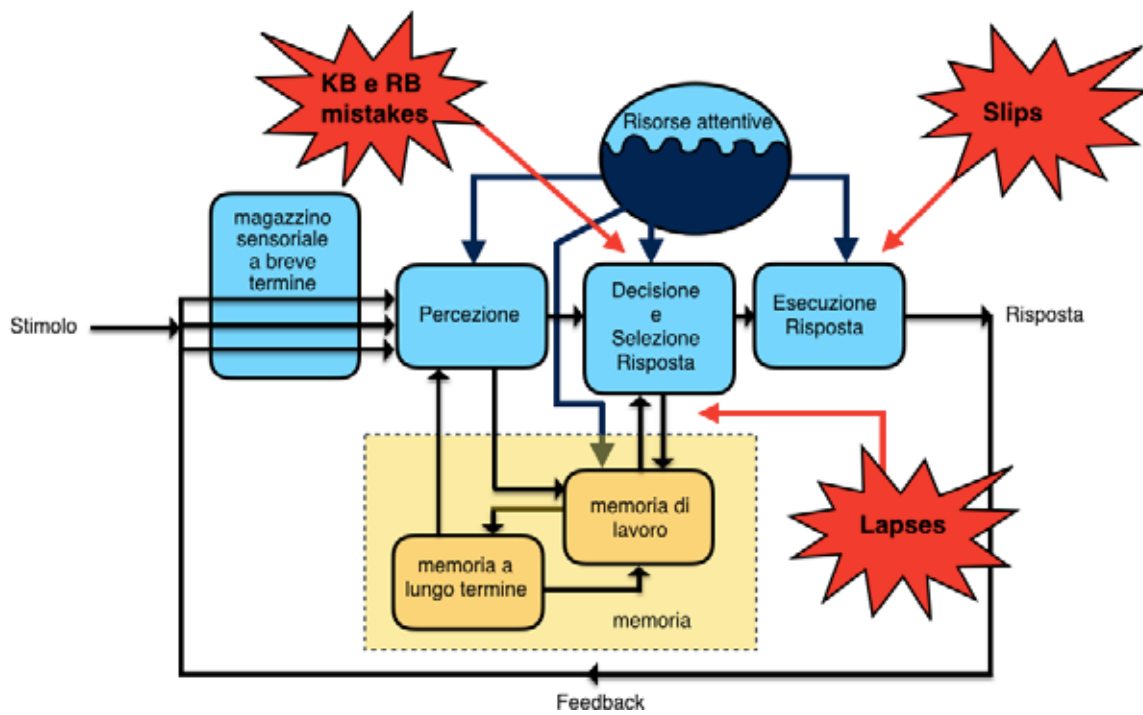


Figura 2 - Processi cognitivi e tipologie di errore

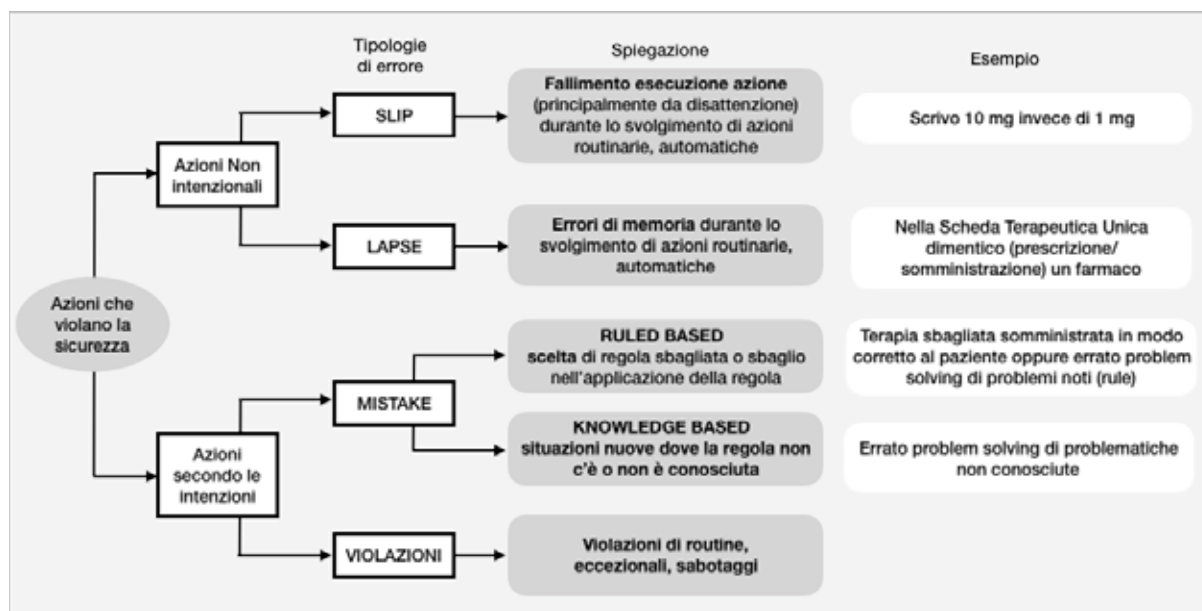


Figura 3 - Classificazione degli errori attivi in medicina

schematica ed automatica che non è sotto il controllo cosciente, richiede uno sforzo cognitivo minimo, poche risorse attentive e risulta più rapida. Questi processi vengono utilizzati in maniera adattiva e funzionale al compito da svolgere e alle risorse attentive richieste. Ciò espone al rischio di errori. Tale eventualità è principalmente imputabile ad un'assenza di controllo attento che avviene in caso di esecuzione frequente di un pattern di azioni con conseguente rischio di slips (sviste) dell'azione in caso di cambiamento di una routine consolidata di azioni o di pensieri.

Il modello skill-rule-knowledge

Il modello di riferimento che consente di sviluppare il tema riguardante i meccanismi cognitivi coinvolti nella produzione dell'errore è il modello skill-rule-knowledge di Rasmussen^{4,5} (Figura 1). Tale modello propone una classificazione del comportamento in tre tipologie:

1. *Skill-based behaviour* (comportamento basato sulle abilità): comportamento automatico, basato su abilità apprese, che viene attuato in situazioni familiari, di routine.
 2. *Rule-based behaviour* (comportamento basato sulle regole): l'individuo deve riconoscere la situazione ed identificare la giusta norma, precedentemente appresa, da applicare per la soluzione del compito.
 3. *Knowledge-based behaviour* (comportamento basato sulle conoscenze): comportamento finalizzato alla risoluzione di problemi mai affrontati in precedenza, che richiedono un elevato impegno cognitivo per elaborare un nuovo piano di esecuzione.
- I tre tipi di comportamento si differenziano in base al grado di controllo cognitivo richiesto dall'individuo durante l'esecuzione del compito, si acquisiscono in sequenza, attraverso la pratica, e seguono una specifica cronologia. In un primo momento della pratica

professionale (esempio di un neolaureato) sarà indispensabile acquisire le conoscenze necessarie e pianificare strategie idonee alla soluzione di un problema nuovo. Successivamente, una volta appresa la regola di risoluzione di quel problema, questa potrà essere applicata in tutte le situazioni riconosciute come analoghe alla prima, ed infine, attraverso la pratica, quel comportamento verrà automatizzato, finalisticamente con un dispendio di energie minimo. L'errore può nascere ad ogni livello di comportamento:

1. Errori di tipo *skill*. Sono errori che avvengono durante l'esecuzione di un piano corretto. Si distinguono in:
 - Errore *lapse*: errori provocati da un vuoto di memoria, una dimenticanza.
 - Errore *slip*: errori provocati da una disattenzione.
2. Errori di tipo *mistakes*. Sono errori dovuti ad un'azione non appropriata, anche se eseguita

DIMENSIONE	ERRORI SKILL-BASED (basati sulle abilità)	ERRORI RULE-BASED (basati sulle regole)	ERRORI KNOWLEDGE-BASED (basati sulle conoscenze)
TIPO DI ATTIVITÀ	Azioni di routine	Soluzione di problemi (noti)	Soluzione di problemi (non noti)
FUOCO DELLA ATTENZIONE	Su qualcos'altro diverso dal compito che si sta eseguendo	Diretto su questioni connesse al problema	
MODALITÀ DI CONTROLLO	Principalmente per mezzo di processori automatici (schemi mentali, regole immagazzinate)		Processi coscienti, limitati
MODALITÀ DI FALLIMENTO	Fallimenti nell'esecuzione (slips), fallimenti della memoria (lapse)	Fallimenti nella pianificazione o nel problem solving di problemi noti (rule) o ignoti (knowledge)	
PREDICIBILITÀ DEI TIPI D'ERRORE	largamente prevedibili (azioni) (regole)		Variabile
RAPPORTO TRA ERRORI ED OPPORTUNITÀ PER GLI ERRORI	Sebbene in numero assoluto alto, costituiscono una piccola proporzione del numero totale di opportunità di errore		Basso numero assoluto, ma rapporto elevato rispetto alle opportunità
INFLUENZA DEI FATTORI SITUAZIONALI	Minima o moderata; più probabile che ad esercitare l'influenza dominante siano i fattori intrinseci (frequenza d'uso precedente)		Più probabile che siano dominanti i fattori estrinseci
FACILITÀ DI RILEVAZIONE	Rilevazione di solito abbastanza rapida ed efficiente	Difficile, e spesso raggiunta solo tramite un intervento esterno	
RELAZIONE CON IL CAMBIAMENTO	Non vi è accesso alla conoscenza del cambiamento al momento giusto	Non si sa quando e come avverrà il cambiamento previsto	Non si è preparati ai cambiamenti né questi sono previsti
INTERVENTI	mirati sui fattori contribuenti (sistema); sono inefficaci i programmi di riaddestramento	percorsi accurati, uso di protocolli e procedure come supporto al compito	maggiore addestramento, supervisione ed esperienza

Tabella I - Differenze tra tipologie di errori e le modalità di gestione appropriate



in maniera corretta (il piano è sbagliato). Si distinguono in:

- *Mistakes rule-based*. Possono essere causati da:

- › applicazione corretta di una regola non appropriata al contesto,
- › applicazione di una regola sbagliata.

- *Mistakes knowledge-based*.

Sono errori che si verificano quando è necessario elaborare un ragionamento ai fini della risoluzione del problema. Le conoscenze sono scarse o scorrette, o le risorse attentive sono limitate e mantenute per un tempo non sufficiente. In caso di stress o ansia, ad esempio, le risorse attentive verranno dedicate alla gestione dello stato ansioso e delle preoccupazioni, e saranno sottratte alla risoluzione del problema, che avverrà tramite processi più automatici, di tipo skill.

Gli errori di tipo skill precedono la rilevazione del problema e dipendono da malfunzionamenti del controllo cognitivo, che possono verificarsi sia in termini di omissione del controllo necessario, che in termini di un eccesso di controllo (iperattenzione), laddove non è richiesto. Gli errori di tipo mistakes seguono la rilevazione del problema e sono causati da malfunzionamenti nella risoluzione di quest'ultimo (Figura 2). Dati recenti in letteratura hanno mostrato che le cadute dell'attenzione e un diminuito controllo cognitivo costituiscono i due principali pattern neurali

correlati con l'errore⁶. Inoltre, il maggior carico cognitivo e la natura dinamica delle attività lavorative nei setting clinici incrementano il focus attentivo esclusivamente sul compito, riducendo potenzialmente il numero di errori. Tali errori hanno tuttavia una minore probabilità di essere identificati e corretti, richiedendo spesso delle reti di sicurezza ulteriori per prevenire degli outcome negativi per il paziente (un concetto noto con il termine di resilienza). La resilienza può essere raggiunta attraverso meccanismi di massima sicurezza che forniscono la sorveglianza necessaria, prevenendo la propagazione degli errori e l'aggravamento in eventi avversi maggiori⁷. Tutto questo ha delle ricadute pratiche perché solo dalla comprensione del meccanismo che ha prodotto quel determinato errore si possono adottare congrue azioni di controllo e prevenzione (Tabella I). L'Area Nursing attraverso il progetto "Prevenzione degli errori di terapia nella pratica infermieristica in ambito cardiologico" si è posta come obiettivo quello di valutare l'attuale organizzazione nazionale ed identificare con l'analisi della letteratura le strategie più efficaci per ridurre gli errori di somministrazione e migliorare la qualità dell'assistenza ai malati. In questi mesi sono stati costituiti tavoli di lavoro Nord e Centro-Sud d'Italia, con grande entusiasmo infermieri di diverse realtà si sono

confrontati, i dati emersi sono in fase di elaborazione e verranno presentati a EuroHeartCare che si svolgerà a Milano dal 2 al 4 maggio 2019 e al Congresso Nazionale di Rimini dal 16 al 18 maggio 2019. Un elemento rilevante è la necessità di introdurre e diffondere la cultura del rischio attraverso la compilazione delle schede di *incident reporting* per poter valutare nella propria unità operativa il tipo di errore che si ripete con più frequenza, valutarne i meccanismi che lo determinano e mettere quindi in atto le strategie di prevenzione più efficaci. ♥

Bibliografia

1. Kohn, L. T., Corrigan, J. M., & Donaldson, M. S. (1999). *The err is human*. Washington, DC: National Academy Press.
2. Reason, J. (1992). *Human error*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
3. Neisser, U. (1967). *Cognitive psychology*. New York: Appleton-Century-Crofts.
4. Rasmussen, J. and Vicente, K.J. (1989). Coping with human errors through system design: implications for ecological interface design. *Int. J. Man-Machine Studies*, 31: 517-534.
5. Rasmussen, J. (1982). Human errors. A taxonomy for describing human malfunction in industrial installations. *J Occup Accid*, 4: 311-33.
6. Xiao, Y., Wu, J., Tang, W., Sun, C., Ma, F. and Guo, L. (2019) *Cognition Impairment Prior to Errors of Working Memory Based on Event-Related Potential*. *Front. Behav. Neurosci.* 13:13. doi: 10.3389/fnbeh.2019.00013.
7. Patel, V.L., Kannampallil, T.G., Shortliffe, E.H. (2015). Role of cognition in generating and mitigating clinical errors. *BMJ Qual Saf.* doi:10.1136/bmjqs-2014-003482.

DI MAURIZIO GIUSEPPE ABRIGNANI, LEONARDO PATANÈ, MARCO DI EUSANIO, DANIELE GROSSETO,
A NOME DEI COMITATI DI COORDINAMENTO 2017 - 2018 DELLE AREE ANMCO PREVENZIONE
CARDIOVASCOLARE* E CARDIOCHIRURGIA**

*GIOVANNI DE LUCA, MARCO MALVEZZI CARACCIOLLO D'AQUINO, BRUNO PASSARETTI, CARMELO MASSIMILIANO RAO
**ANTONIO MICELI, ANDREA MONTALTO, ANTONINO S. RUBINO, CARLO SAVINI, GIOVANNI TROISE

La Web Survey “Percorsi e interventi di cardiologia riabilitativa e prevenzione secondaria dopo intervento cardiocirurgico”

Si è conclusa l'iniziativa delle Aree ANMCO Prevenzione Cardiovascolare e CardioChirurgia

Negli ultimi anni si è assistito ad un significativo cambiamento nella tipologia della popolazione dei pazienti che vengono sottoposti ad interventi di cardiocirurgia: sono sempre più anziani e spesso con disfunzione ventricolare sinistra o importanti comorbidità, prima giudicati inoperabili. Inoltre, il costante declino della mortalità operatoria ha fatto aumentare la percentuale di pazienti che, pur sopravvivendo, rimangono ad alto rischio di eventi e con bisogni assistenziali particolari. Infine, la ridotta durata della degenza postoperatoria non è sufficiente per gestire adeguatamente il recupero funzionale non solo dei pazienti anziani, ma anche di

quelli più giovani con comorbidità e disabilità preoperatorie. Secondo tutte le Linee Guida, i pazienti sottoposti a bypass aortocoronarico o a riparazione o sostituzione valvolare sono candidati a interventi di Cardiologia riabilitativa, che favorisce la stabilizzazione e l'autonomia funzionale, e nel contempo l'ottimizzazione terapeutica e un programma multidimensionale di prevenzione secondaria. Purtroppo, anche dopo cardiocirurgia, come in altri setting, la Cardiologia riabilitativa sembra ampiamente sottoutilizzata, con notevoli variazioni regionali o locali, e gli approcci relativi alle misure di prevenzione secondaria appaiono subottimali. I Comitati di Coordinamento delle Aree ANMCO

Prevenzione Cardiovascolare e CardioChirurgia 2017 - 2018, pertanto, hanno ideato una web survey, riservata ai Cardiochirurghi e ai Cardiologi che operano presso una cardiocirurgia, che, dopo l'approvazione da parte del Consiglio Direttivo, è stata inserita nel sito ANMCO da giugno a novembre 2018. La web survey, composta da 15 domande a risposta multipla (Tabella 1), si proponeva di ottenere preziose informazioni sui percorsi post-dimissione, sulle strategie terapeutiche antiaggreganti e anticoagulanti e per lo scompenso cardiaco, e sulle modalità di approccio alle modifiche dello stile di vita e ai trattamenti farmacologici di prevenzione secondaria per il



paziente cardioperato. Hanno partecipato alla web survey 24 Unità Operative di Cardiocirurgia (42% al Nord, 21% al Centro, 37% al Sud). Il numero può sembrare basso, ma rappresenta comunque un ottimo campione del mondo cardiocirurgico italiano nel suo complesso. I percorsi organizzativi sono risultati disomogenei. Nel 41% dei casi nell'azienda di riferimento non era presente una struttura degenziale intensiva di Cardiologia riabilitativa, e nel 25% dei casi addirittura nessuna struttura di Cardiologia riabilitativa. Un protocollo condiviso di follow up tra strutture chirurgiche e di Cardiologia riabilitativa era presente solo nel 38% dei casi. Solo il 29% delle strutture invia tutti i pazienti a una Cardiologia riabilitativa degenziale, mentre il 16% vi invia meno di un quarto dei pazienti. Il 29% delle strutture non invia a una Cardiologia riabilitativa degenziale o ambulatoriale tutti i pazienti cardioperati. Le principali caratteristiche che fanno inviare i pazienti a una cardiologia riabilitativa degenziale (per i centri che attuano questa selezione) erano lo scompenso cardiaco e il tipo di intervento. Le informazioni ai pazienti sono fornite nel 4% dei casi mediante opuscoli, nel 13% nella lettera di dimissioni, nel 75% verbalmente e solo nell'8% con incontri programmati. La strategia indicata in modo univoco per migliorare l'aderenza terapeutica è stata quella di inviare il paziente a un follow up in tempi brevi (nell'84% dei casi presso la propria struttura). Per quanto riguarda gli aspetti terapeutici, l'instaurazione

Le domande del questionario

- Nella tua Azienda Sanitaria quali strutture di Cardiologia Riabilitativa sono disponibili?
- Nella tua Azienda Sanitaria esiste un protocollo condiviso di follow up tra strutture Chirurgiche e di Cardiologia Riabilitativa?
- Quale percentuale dei pazienti cardioperati invii a una Cardiologia Riabilitativa degenziale?
- Quale percentuale dei pazienti cardioperati invii a una Cardiologia Riabilitativa ambulatoriale?
- In base a quali caratteristiche invii i tuoi pazienti a una Cardiologia Riabilitativa degenziale?
- Come vengono fornite le informazioni relative a stile di vita, alimentazione, attività fisica al paziente alla dimissione?
- Quali metodologie adottate per migliorare l'aderenza alla terapia dei tuoi pazienti, qualora non vengano avviati a un centro di cardiologia riabilitativa?
- Da che cosa dipende l'instaurazione di una terapia anticoagulante a lungo termine dopo un intervento cardiocirurgico complicato da fibrillazione atriale?
- Come gestite la terapia anticoagulante e antiaritmica nel follow-up di un intervento cardiocirurgico complicato da fibrillazione atriale?
- Come vi comportate con la terapia anticoagulante dopo intervento di protesi biologica?
- Con quale terapia antiaggregante dimettete prevalentemente i pazienti che vengono operati di bypass nel contesto clinico di sindrome coronarica acuta?
- Nei pazienti con disfunzione ventricolare sinistra e pressione arteriosa tendenzialmente bassa:
- Dopo intervento di rivascolarizzazione con CABG in pazienti con persistenza di disfunzione ventricolare sinistra (EF 35 %) dopo un mese dall'intervento come ti comporti prevalentemente nell'ottica dell'impianto di un ICD?
- Nei pazienti che operate di bypass nel contesto di sindrome coronarica acuta qual è il target di colesterolo LDL che vi proponete di ottenere?
- Nei pazienti che operate di bypass nel contesto di sindrome coronarica acuta quale statina somministrate al paziente?

Tabella 1

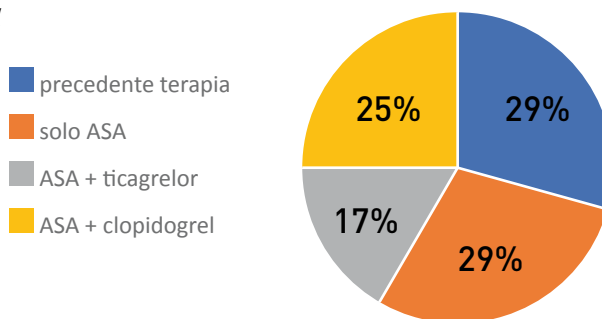


Figura 1 - Terapia antiaggregante prescritta dopo intervento di bypass aortocoronarico nel contesto di una sindrome coronarica acuta

di una terapia anticoagulante a lungo termine dopo un intervento cardiocirurgico complicato da fibrillazione atriale dipendeva dal CHA2DS2VASC solo nel 58% dei casi. Per la gestione della terapia antiaritmica ed anticoagulante dopo intervento complicato da fibrillazione atriale, la metà dei responder si affida a un ECG dinamico sec. Holter eseguito a qualche mese dalla dimissione. Dopo intervento per impianto di protesi biologica, in quasi la metà dei centri viene prescritto un anticoagulante per tre mesi sia per protesi biologica mitralica che aortica, che per plastica mitralica. Nella Figura 1 è mostrata la prescrizione di antiaggreganti nei pazienti operati di bypass nel contesto di una sindrome coronarica acuta. Nei pazienti con disfunzione ventricolare sinistra e pressione arteriosa tendenzialmente bassa la strategia prevalente è quella di iniziare con basse dosi sia di beta-bloccante che di inibitore del sistema renina-angiotensina (Figura 2). Nei pazienti con indicazione a defibrillatore sottoposti a bypass nel 70% dei casi si attende ancora 1-2 mesi per eseguire un ecocardiogramma e nel 20% dei casi di delega la decisione all'aritmologo. In caso di bypass nel contesto di sindrome coronarica acuta il target di colesterolo è indicato correttamente come < 70 mg/dl solo nel 54% dei casi. La statina utilizzata è stata nella maggior parte delle risposte l'atorvastatina (Figura 3). Le web survey, pur con tutte le loro note limitazioni metodologiche e nonostante il loro numero sia

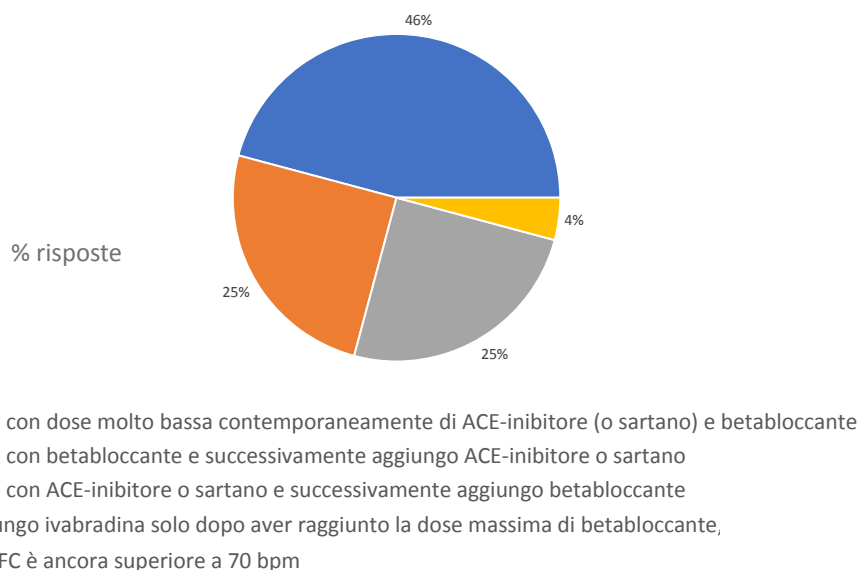


Figura 2 - Strategie terapeutiche nei pazienti con disfunzione ventricolare sinistra e pressione arteriosa tendenzialmente bassa

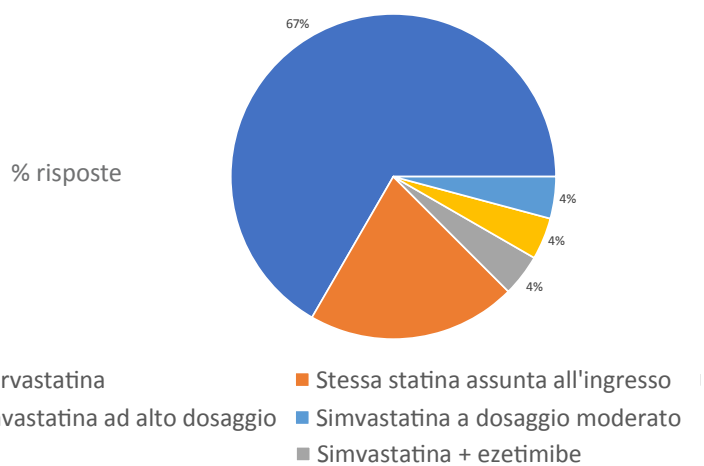


Figura 3 - Terapia ipocolesterolemizzante utilizzata nei pazienti operati di bypass nel contesto di una sindrome coronarica acuta

progressivamente aumentato (e questa inflazione ha provocato verosimilmente una disaffezione tra i nostri soci), rappresentano una opportunità unica come finestra sul real-world cardiologico. Questi risultati dimostrano come siano ancora molto differenti nel nostro paese le modalità di approccio

organizzativo e clinico ai pazienti cardioperati, sottolineando la necessità di omogeneizzare l'offerta strutturale di Cardiologia riabilitativa e di una maggiore formazione sugli interventi di prevenzione secondaria in questo setting di pazienti. ♥



ANMCO

Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri

DOMANDA DI ISCRIZIONE



La Domanda di Iscrizione (scaricabile alla pagina www.anmco.it/pages/entra-in-anmco/chi-siamo/iscriversi-all-anmco del Sito WEB ANMCO) deve essere inviata in originale **insieme al Curriculum Vitae in formato Europeo** al Dipartimento Soci-Regioni ANMCO - Via Alfonso La Marmora, 36 50121 Firenze - e anticipata per fax al numero 055 5101350 o per e-mail all'indirizzo soci@anmco.it. Lo Statuto dell'ANMCO è consultabile alla pagina www.anmco.it/pages/entra-in-anmco/chi-siamo/cos-e-l-anmco del Sito WEB ANMCO e i relativi Regolamenti alla pagina www.anmco.it/pages/entra-in-anmco/chi-siamo/regolamenti-e-procedure.

DATI ANAGRAFICI

Nome Cognome sesso M F

Data di nascita Luogo di nascita

Indirizzo Città Prov. CAP

Cell. Tel./Fax

e-mail

DATI PROFESSIONALI

Ospedale/Reparto

Indirizzo

Città Prov. CAP

Tel./Fax e-mail lavoro:

Specializzato in Cardiologia: Sì No Altre Specializzazioni

Appartenente ad **altra Società Scientifica Cardiologica** Sì No

Se Sì indicare quale

Struttura Ospedaliera Universitaria Distretto Sanitario Privata*
 Altro *indicare se accreditata da SSN SI NO

Tipologia

- Divisione di Cardiologia
- Servizio di Cardiologia autonomo con posti letto
- Servizio di Cardiologia autonomo senza posti letto
- Divisione Medicina
- Ambulatorio
- Divisione di Cardiochirurgia
- Servizio di Cardiologia aggregato con posti letto
- Servizio di Cardiologia aggregato senza posti letto
- CNR
- Altro

Accreditamento (da compilare **se struttura privata**) SI NO

Anno di assunzione nella struttura indicata

Nome del Primario o facente funzione

Nome del Responsabile (per Strutture aggregate)

Ruolo

Cardiologo

Cardiochirurgo

Medico

Specificare da quando viene svolto il ruolo indicato

mese / anno

Qualifica

Direttore di dipartimento

Direttore Generale

Direttore Sanitario

Direttore di struttura complessa

Responsabile di struttura semplice

Dirigente Medico

Ricercatore

Borsista

Specializzando

Ambulatoriale

Libero professionista

Altro

In quiescenza

Non di ruolo

CAMPI DI IMPEGNO PROFESSIONALE Generale (indicarne non più di due)

Aritmologia ed Elettrostimolazione (AES)

Emodinamica e Cardiologia Interventistica (EMC)

Aterosclerosi, Emostasi e Trombosi (AET)

Epidemiologia e Prevenzione (EPR)

Biologia Cellulare del Cuore (BCC)

Farmacologia in Cardiologia (FCA)

Cardiopatie Valvolari (CAV)

Insufficienza Cardiaca (INC)

Cardiochirurgia (CCH)

Informatica (INF)

Cardiologia Clinica (CCL)

Ipertensione arteriosa sistemica (IPR)

Cardiologia Nucleare e Risonanza Magnetica in
Cardiologia (CNR)

Malattie del Miocardio e del Pericardio (MMP)

Cardiologia Pediatrica (CPD)

Sindromi Coronariche Acute (SCA)

Circolazione Polmonare e Funzione ventricolare destra
(CPF)

Terapia Intensiva Cardiologica (TIC)

Ecocardiografia (ECO)

Valutazione Funzionale e Riabilitazione del
cardiopatico (VFR)

SONO INTERESSATO ALLA SEGUENTE AREA

Area Aritmie - AR

Area Emergenza - Urgenza - AEU

Area Management & Qualità - AMQ

Area CardioChirurgia - ACH

Area Giovani - GIO

Area Nursing - ANS

Area Cardiolmaging - ACI

Area Malattie del Circolo Polmonare - MCP

Area Prevenzione Cardiovascolare - AP

Area Scopenso Cardiaco - AS

Ai sensi dell'art. 3 dello Statuto ANMCO dichiaro di non volermi iscrivere alla Fondazione "per il Tuo cuore" Heart Care Foundation ONLUS

Dichiaro di accettare lo Statuto dell'ANMCO come previsto dall'articolo 4

Luogo e data

Firma

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-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., 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: soci@anmco.it

AUTORIZZAZIONE PER L'ADDEBITO IN C/C DELLE DISPOSIZIONI SEPA CORE DIRECT DEBIT (SINGLE EURO PAYMENTS AREA)

[COMPILARE IN STAMPATELLO E SPEDIRE IN ORIGINALE AD ANMCO - UFFICI AMMINISTRATIVI - VIA LA MARMORA, 36 - 50121 FIRENZE]

RIFERIMENTO MANDATO:[da completare successivamente da ANMCO]

Ragione Sociale del Creditore: **ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDIOLOGI OSPEDALIERI (ANMCO)**

Codice Identificativo del Creditore (Creditor Identifier): **IT410030000001301130488**

Sede Legale: **VIA A. LA MARMORA N°36 CAP: 50121 Località: FIRENZE Provincia: FIRENZE Paese: ITALIA**

Nome e Cognome Socio

Indirizzo

Comune Prov. CAP

Telefono Codice Fiscale

Titolare/i del conto corrente

IBAN⁽¹⁾

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Presso la Banca

Codice SWIFT (BIC)

Il sottoscritto autorizza:
- ANMCO a disporre sul conto corrente sopra indicato addebiti in via continuativa della quota associativa annuale ANMCO (normative, procedure ed importi come da Statuto e Regolamento visibili sul sito www.anmco.it);
- la Banca ad eseguire l'addebito secondo le disposizioni impartite dal Creditore.

Il sottoscritto ha facoltà di richiedere alla Banca il rimborso di quanto addebitato, secondo quanto previsto nel suddetto contratto; eventuali richieste di rimborso devono essere presentate entro e non oltre 8 settimane a decorrere dalla data di addebito in conto. Le parti hanno la facoltà di recedere in ogni momento dal presente accordo inviando comunicazione scritta alla rispettiva controparte. Il sottoscrittore dichiara di aver trattenuto copia della presente autorizzazione, che viene inoltrata ad ANMCO in originale.

Luogo e data Firma del sottoscrittore

⁽¹⁾Verificare con la propria Banca la correttezza del codice IBAN.

N.B. Per il primo anno il pagamento della quota associativa avverrà entro due mesi dalla data di ricevimento; per gli anni successivi l'addebito sarà effettuato entro il mese di febbraio, salvo eventuali modifiche deliberate dall'Assemblea.

Per avere ulteriori informazioni sulle modalità di pagamento è possibile contattare il Dipartimento Soci-Regioni ANMCO via email all'indirizzo soci@anmco.it o via telefonica allo 055 5101203.



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 CARDIOIMAGING - 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".



FELLOW ANMCO 2019

Roberta	Ancona	Ospedale Santa Maria delle Grazie	U.O. Cardiologia - UTIC	Pozzuoli	NA
Enrico	Baldi	Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo	Cardiologia	Pavia	PV
Giovanni	Barbati	Ospedale Civile San Bortolo	U.O.C. Cardiologia	Vicenza	VI
Giuseppe	Caramanno	Ospedale San Giovanni di Dio	U.O. Cardiologia - UTIC	Agrigento	AG
Gaetano	Citarelli	Ospedale San Paolo	Cardiologia - UTIC	Bari	BA
Stefano	Cornara	Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo	Cardiologia	Pavia	PV
Benedetta Carla	De Chiara	ASST Ospedale Metropolitano Niguarda	Cardiologia 4 - Diagnost. e Riabilitativa	Milano	MI
Luisa	De Gennaro	Ospedale San Paolo	Cardiologia - UTIC	Bari	BA
Marco	Flori	Presidio Ospedaliero Unico Av 1	U.O.C. Cardiologia	Urbino	PU
Andrea	Garascia	ASST Ospedale Metropolitano Niguarda	Cardiologia 2 - Insuff. Card. e Trapianto	Milano	MI
Francesco	Giallauria	A.O.U. Federico II	U.O.C. Medicina Interna ad Indirizzo Metabolico e Riabilitativo	Napoli	NA
Bruno	Golia	Clinica Mediterranea	U.O. di Cardiologia	Napoli	NA
Gabriele	Guardigli	Arcispedale Sant'Anna	U.O. Cardiologia - UTIC	Ferrara	FE
Marco	Loffi	Ospedale di Cremona	U.O. di Cardiologia	Cremona	CR
Giuseppe	Mascia	Casa di Salute Montevergine	Cardiologia	Mercogliano	AV
Francesco	Massari	Ospedale della Murgia - Fabio Perinei	S.C. Cardiologia - UTIC	Altamura	BA
Mauro	Mennuni	Ospedale L. Parodi Delfino	U.O. Complessa di Cardiologia - UTIC	Colleferro	RM
Francesco	Monitillo	Ospedale Policlinico	S.S.D. Cardiologia d'Urgenza	Bari	BA
Rodolfo	Pino	Ospedale Civico	U.O. Cardiologia	Partinico	PA
Pietro	Scicchitano	Ospedale della Murgia - Fabio Perinei	S.C. Cardiologia - UTIC	Altamura	BA
Alberto	Somaschini	Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo	Cardiologia	Pavia	PV
Filippo	Zilio	Ospedale Santa Chiara	Divisione di Cardiologia	Trento	TN

DI MASSIMO IACOVIELLO, MARCO MARINI, MANUELA BENVENUTO, LEONARDA CASSANITI, MAURO GORI,
ANNAMARIA MUNICINÒ, ENRICO AMMIRATI, ALESSANDRO NAVAZIO, RENATA DE MARIA

Un presente con le radici solide del passato

Il biennio dell'Area Scompenso Cardiaco

Scompenso cardiaco avanzato, ricerca e formazione

L'Area Scompenso Cardiaco ha radici profonde e solide e proseguire nel solco tracciato dagli scorsi bienni è il viatico migliore perché il lavoro dell'Area continui a dare i suoi frutti. Anche in questo biennio, l'attività sarà caratterizzata da una tematica prevalente, ma non saranno trascurati altri importanti aspetti come la ricerca scientifica, la attività formativa e divulgativa e la collaborazione con le altre Aree.

Lo scompenso cardiaco avanzato

Nel corso degli ultimi anni, la riflessione scientifica dell'Area Scompenso Cardiaco ha riguardato delle tematiche prevalenti, la rete degli ambulatori dedicati allo scompenso cardiaco ed i percorsi nel dipartimento d'emergenza dello scompenso cardiaco acuto. In entrambi i casi, il grande lavoro svolto ha portato alla stesura di importanti documenti di consenso intersocietari. In questo biennio abbiamo deciso di approfondire

gli aspetti clinici e gestionali dello scompenso cardiaco avanzato, ovvero di quella fase della storia naturale dello scompenso in cui le principali armi terapeutiche a nostra disposizione non riescono più ad essere efficaci nel garantire una adeguata stabilità al paziente. È una fase con un elevatissimo impatto socio-economico, i cui problemi sono molteplici e complessi. Basti pensare alla organizzazione dei percorsi per la terapia sostitutiva cardiaca o alla palliazione ed al trattamento di fine vita. Questa complessità non può che richiedere una riflessione attenta, basata sulle evidenze, provenienti dalla letteratura scientifica, che porti ad individuare i percorsi diagnostico-terapeutici più adeguati per questo gruppo di pazienti. Una riflessione che non può non considerare anche l'attuale organizzazione delle cure sul nostro territorio nazionale che appare disomogenea, con grandi differenze tra le diverse realtà regionali. La

collaborazione con altre Aree come quella di CardioChirurgia, quella Emergenza-Urgenza e l'Area Nursing, darà, infine, ulteriore supporto e qualità al nostro lavoro.

La ricerca scientifica ed i cluster network

Già nello scorso biennio abbiamo tentato di promuovere una ricerca scientifica spontanea sottomettendo e vedendo approvati dal Comitato Scientifico protocolli di ricerca sulle miocarditi, le cardiomiopatie e lo scompenso nei pazienti con stroke. Pensiamo che l'Area debba continuare, in questo biennio, a tentare di catalizzare la attività di ricerca nel campo dello scompenso cardiaco, portando avanti i protocolli già approvati e facendosi promotrice di nuovi progetti di ricerca, che vedano la aggregazione dei centri con comuni campi di ricerca. Una attività di promozione della ricerca che non può, tuttavia, non accompagnarsi anche alla individuazione di fondi, come quelli di bandi di finanziamento pubblici



Convention 2019

CONVENTION DELLE UNITÀ SCOMPENSO CARDIACO 2019: IL LUNGO VIAGGIO DEL PAZIENTE CON SCOMPENSO CARDIACO ACUTO

I SESSIONE

- Lo scompenso acuto di domicilio del paziente: diagnosi e trattamento precoce
- Carico del paziente in PU/DIA: il segnale diagnostico e la definizione di severità clinica
- La terapia farmacologica e non farmacologica in emergenza/urgenza
- I percorsi intra-ospedalieri e la dimissione del paziente critico dal PU/DIA

II SESSIONE

- Il paziente non critico: stratificazione del rischio, fattori precipitanti, il peso della comodità
- I percorsi intra-ospedalieri del paziente non critico, quando e dove ricoverare, il ruolo dell'OB
- La dimissione dal PU/DIA, l'importanza della rete di cura del malato con scompenso cardiaco
- Le esperienze regionali della rete scompenso cardiaco in Italia: a che punto siamo



e privati, che possano dare il necessario sostegno economico allo svolgimento dei progetti.

La attività formativa

Le iniziative che l'Area porterà avanti nell'ambito dell'attività formativa saranno principalmente orientate alla elaborazione di FAD, dedicate ad argomenti monotematici di particolare attualità nel campo dello scompenso cardiaco. Siamo convinti che i corsi FAD siano una modalità formativa facilmente fruibile ed utile per un efficace aggiornamento e che i primi argomenti individuati (scompenso cardiaco con funzione sistolica preservata ed aspetti pratici nella gestione dei dispositivi impiantabili di assistenza ventricolare sinistra) possano riscuotere interesse. In questo stesso ambito collaboreremo con l'Area Nursing per perfezionare un percorso formativo di clinical competence per lo scompenso cardiaco rivolto agli infermieri. Non si può parlare di gestione

dello scompenso cardiaco senza parlare di gestione multidisciplinare e senza considerare l'enorme contributo, in ogni programma di intervento dedicato allo scompenso cardiaco, fornito dal personale infermieristico. Vi è la forte esigenza di assicurare un percorso formativo quanto più possibile completo ed aggiornato, che consenta al personale infermieristico di acquisire quelle competenze che rappresentano le basi indispensabili per una attiva e qualificata collaborazione.

Attività divulgativa

I dati della letteratura e la percezione di chi si occupa di scompenso cardiaco è che il rischio legato a questa diagnosi sia pochissimo percepito dalla opinione pubblica, così come dai pazienti e dai loro familiari. Mentre la diagnosi di una neoplasia maligna colpisce profondamente l'immaginario collettivo, quella di scompenso cardiaco sembra spesso avere scarsissimo impatto.

Le conseguenze di questa errata percezione sono particolarmente gravi sia sul piano assistenziale che su quello delle politiche sanitarie. Riguardo queste ultime, basti pensare alla scarsità di iniziative regionali volte ad attuare le indicazioni del Piano Sanitario delle Cronicità per la ottimizzazione della gestione dello scompenso cardiaco. In questo contesto l'Area Scompenso Cardiaco supporterà le campagne educazionali istituzionali (come quelle promosse dalla Heart Failure Association) volte ad aumentare la consapevolezza generale sulla rilevanza dello scompenso cardiaco e sulla importanza di una adeguata organizzazione delle cure dedicate ai pazienti che ne sono affetti.

Il coinvolgimento degli iscritti all'Area

Il nostro augurio è che il prossimo biennio rispecchi interessi comuni a tutti gli iscritti all'Area Scompenso Cardiaco. Non mancheranno delle iniziative mirate a coinvolgere gli iscritti per riceverne osservazioni, suggerimenti e proposte. Il primo momento di confronto non potrà che essere la Convention degli Ambulatori scompenso che si terrà in occasione del 50° Congresso Nazionale ANMCO. Invitiamo gli iscritti all'Area a partecipare numerosi per far sì che sia un primo momento in cui raccogliere sollecitazioni utili alla prosecuzione del lavoro del Comitato di Coordinamento dell'Area. Camminare insieme è la migliore garanzia perché questo biennio sia quanto più possibile condiviso e proficuo. ♥



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**Università della Campania "Luigi Vanvitelli", Ospedale Monaldi
Napoliwww.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



Il modello cooperativo tra strutture specialistiche cardiologiche e neurologiche facilita l'implementazione dei percorsi per le sindromi neurovascolari

Cardioneurologia: dalle basi culturali alla pratica clinica

Un solido background per i nuovi obiettivi della Task Force Cardioneurologia ANMCO

Negli ultimi anni c'è stato un rinnovato interesse nello studio dei meccanismi di interazione tra cuore e cervello con l'obiettivo di migliorare la gestione dei disturbi del ritmo cardiaco ad alto impatto, prima fra tutte la fibrillazione atriale. Il settore di ricerca è in forte sviluppo per i recenti avanzamenti scientifici e tecnologici nel campo della cura dell'Ictus ischemico che, sul piano assistenziale, si traducono nel consolidamento del ruolo del neurologo neurovascolare ed alla diffusione capillare delle Unità di Trattamento Neurovascolare (UTN - Stroke Unit) nelle strutture sanitarie italiane. Parallelamente, nell'ottica di una gestione della patologia che muove dal principio della centralità della persona malata, si è andata affermando l'esigenza di coinvolgere il Cardiologo nella cura dei pazienti con malattia

neurologica. La convergenza di Cardiologi e neurologi sugli stessi interessi scientifici e clinico-pratici, è alla base dello sviluppo della Cardioneurologia. La Cardioneurologia è un settore multidisciplinare che studia le interazioni Cuore-Cervello in diverse condizioni cliniche che riguardano le malattie del cuore che producono danni cerebrali, come avviene nell'Ictus Cerebrale, o viceversa le malattie del cervello che producono danni cardiaci e/o vascolari o disfunzioni del sistema neurovegetativo che regola le variabili cardiovascolari, come nelle sindromi neurocardiogeniche o nella Malattia di Parkinson con disautonomia. Pertanto, la Cardioneurologia copre un ampio spettro di malattie includendo i complessi problemi etiopatogenetici e di diagnostica differenziale nei pazienti con Epilessia e disturbi del ritmo cardiaco, con Sincope

di origine indeterminata e con Apnea del sonno. In epoca recente è emersa la necessità di pianificare una cooperazione più strutturata, tra unità cardiologiche e unità neurologiche, al fine di adottare un approccio standardizzato nell'ambito della consulenza cardiologica al paziente con stroke; un'interazione più focalizzata tra neurologi e cardiologi nella cura dell'Ictus ha generato la prospettiva di istituire reti specificamente dedicate alla ricerca spontanea al fine di indagare "from bench to bedside" i complessi collegamenti patofisiologici delle sindromi neurovascolari. Nel 2013, sull'idea dello studio ongoing SAFFO (Detection of Silent Atrial Fibrillation aFter ischemic StrOke guided by implantable loop recorder. Multicentre italian trial based on stroke unit network with paired cardio-arrhythmology units: Italian Neurocardiology



ANMCO
ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDIOLOGI OSPEDALIERI
 Via La Marmora, 36 – 50121 Firenze
 http://www.anmco.it e-mail: segreteria@anmco.it
 Tel. +39 055 51011 - Fax +39 055 5101350

TASK FORCE
CARDIONEUROLOGIA
 Referente : Stefano Strano
 (SAPIENZA Università di Roma – A.O.U Policlinico Umberto I)

Promuovere la formazione di gruppi di collaborazione specialistica in ambito neurologico/neurovascolare e cardiologico per:

- 1) una **crecita culturale basata sul confronto sui temi controversi della cardioneurologia con l'obiettivo di ampliare l'orizzonte delle rispettive discipline di appartenenza;**
- 2) la **realizzazione di studi clinici/epidemiologici multicentrici nazionali;**
- 3) la **realizzazione di progetti di formazione in ambito locale e per macro-aree e di condivisione di nuovi percorsi clinici pratici di diagnosi e cura da implementare e trasferire al Servizio Sanitario Nazionale.**



Studio Osservazionale per la valutazione comParaTiva di efficacia della chiusura endovascolare del fOrame ovale pervio vs il trattamento medico, in pazienti con stroke criptogenetico

Gruppo di lavoro	Struttura	Regione
Personale	Ospedale Maria Vittoria via Cibrario 76 Torino - TO	Piemonte
Modello di adozione	Ospedale S. Giovanni Bosco Piazza Costabile del S. Spirito Torino - TO	Piemonte
Strutture partecipanti	Ospedale S. Gerardo via Salaria 853 Roma - RM	Lazio
Comitati	Ospedale S. Gerardo via Salaria 853 Roma - RM	Lazio
Referenti Studio	Ospedale S. Gerardo via Salaria 853 Roma - RM	Lazio
Area clinica	Ospedale S. Gerardo via Salaria 853 Roma - RM	Lazio
Accesso	Ospedale S. Gerardo via Salaria 853 Roma - RM	Lazio
Pagina Internet	Ospedale S. Gerardo via Salaria 853 Roma - RM	Lazio
OPTION	Ospedale S. Gerardo via Salaria 853 Roma - RM	Lazio
Outcomes Research	Ospedale S. Gerardo via Salaria 853 Roma - RM	Lazio

CENTRI OPTION ATTIVI E APERTI
36 centri su 12 regioni








Unit Network), fu promossa sul territorio nazionale la formazione spontanea di gruppi di collaborazione specialistica in ambito neurovascolare e cardioaritmologico nelle strutture sanitarie che sono sede di Unità di Trattamento Neurovascolare (Stroke Unit) abilitate alla cura reperfusiva dell'ictus cerebrale.

Questa iniziativa avviò la nascita de "La Rete delle Neurocardiologie" (RNC). Tuttavia, nonostante l'interesse prevalente sulle strategie per la prevenzione dell'Ictus cardioembolico nella Fibrillazione Atriale (FA) con anticoagulanti diretti, insieme alla diffusione delle tecniche diagnostiche per il rilevamento di FA, l'interesse

generale sulle connessioni neurologiche e vascolari esistenti tra cuore e cervello non si è più limitato alla possibile relazione causale tra FA ed Ictus, sottolineando la necessità di una collaborazione multidisciplinare finalizzata alla ricerca e alla condivisione di percorsi clinici nell'ampio spettro di malattie di pertinenza cardioneurologica. La rete grazie ad una collaborazione inter-societaria, tra l'Italian Stroke Organization (ISO), l'Associazione Italiana di Aritmologia e Cardiostimolazione (AIAC) e con la Società Italiana di Cardiologia Interventistica (GISE), è oggi una realtà consolidata con un totale di 81 centri registrati su 14 regioni. Ridurre i casi di recidiva di ictus non dipende soltanto dall'organizzazione dell'assistenza ma, soprattutto, dall'avanzamento delle conoscenze scientifiche. È il valore più importante del modello cooperativo tra strutture specialistiche cardiologiche e neurologiche che la Task Force Cardioneurologia ANMCO vorrebbe adottare come strategia di lavoro per il raggiungimento dell'obiettivo di ricerca del prossimo biennio: portare a compimento lo studio OPTION (Studio Osservazionale per la valutazione comParaTiva di efficacia della chiusura endovascolare del fOrame ovale pervio vs il trattamento medico, in pazienti con stroke criptogenetico). Lo studio OPTION è quanto mai attuale a fronte dei recenti trial positivi sulla chiusura del Forame Ovale Pervio (PFO) ed il documento



europeo di posizione sulla gestione di tali pazienti pubblicato su Eurointervention. È infatti il primo studio nazionale osservazionale di coorte prospettico multicentrico che valuterà gli outcome a medio e lungo termine nei pazienti con Ictus Criptogenetico (CS) e PFO in rapporto alle strategie di trattamento ed ai comportamenti medici abitualmente adottati nelle diverse strutture. Si tratta dunque di uno studio del “mondo reale” che non interferirà con i processi decisionali locali. L’idea dello studio nacque in ANMCO in collaborazione con l’Istituto Superiore di Sanità e l’ISO. L’altra importante caratteristica è quella di essere anche il primo studio italiano sul PFO che recluterà i pazienti a partire dalle Unità di Trattamento Neurovascolare, dopo valutazione collegiale cardio-neurologica del tipo di trattamento sulla base del quadro clinico e neuroradiologico. Lo studio oggi può contare su 36 centri partecipanti ed aperti e

prevede di arruolare complessivi 996 pazienti nelle due braccia di trattamento. I risultati di “mondo reale” dello studio OPTION avranno un notevole impatto pratico per la possibilità di individuare categorie di pazienti con CS e PFO che beneficiano della chiusura e di ottenere dati sulla sicurezza del trattamento endovascolare in rapporto ai device o sistemi utilizzati. La Task Force Cardioneurologia, condividendo l’esperienza ed il modello di cooperazione realizzato dalla RNC, vuole valorizzare il ruolo dei Cardiologi ANMCO nei 36 centri OPTION. Il confronto e la collaborazione tra Cardiologo e Neurologo dell’UTN nell’ambito della consulenza cardiologica e della diagnostica per immagini, sarà determinante per il compimento degli studi di outcome e la realizzazione di eventi formativi in ambito locale per facilitare la costruzione di percorsi clinici condivisi. ♥



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 Viele - 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)

L'oro verde della Calabria: il Bergamotto

L'olio essenziale di bergamotto
nella prevenzione delle malattie cardiovascolari

Della Calabria tutti conoscono i borghi caratteristici, le coste rocciose alternate a litorali sabbiosi, il mare, l'intensità dei colori, i sapori forti dei prodotti alimentari da cui deriva una cucina tipica e, non di meno, i famosi Bronzi di Riace. Non tutti sanno tuttavia che uno dei più bei regali di questa terra è un frutto dalle innumerevoli proprietà: il bergamotto. Coltivato quasi esclusivamente nella provincia di Reggio Calabria, lungo la fascia costiera compresa tra Villa San Giovanni e Siderno, è un agrume dalla buccia di colore giallo-verdastro e dalla forma simile alla pera bergamotta, da cui deriva, molto probabilmente, il nome (dalla parola turca "Begarmundi", che significa "pero del signore"). Relativamente alle origini del bergamotto (*Citrus Bergamia*) i pareri sono discordanti: alcuni studiosi reputano che sia



Roberto Ceravolo, MD, Presidente Regione Calabria ANMCO, Fabiana Lucà, MD, PhD, FESC, Co-Chairperson Area Management & Qualità ANMCO, Rossella Costantino, MD, GOM Reggio Calabria, Annita Bava, MD, GOM Calabria, Mario Chiatto, MD, Direttore responsabile di Cardiologia negli Ospedali

stato importato dalla Cina, dalla Grecia o dalla Spagna, mentre invece sostengono che per le caratteristiche e la natura della pianta, la provenienza sia autoctona derivando forse dal limone o

dall'arancio amaro. Il bergamotto divenne famoso per le proprietà aromatizzanti e purificanti della sua essenza intorno al 1700, quando un siciliano, Procopio de' Coltelli, estrasse dalla buccia di questo

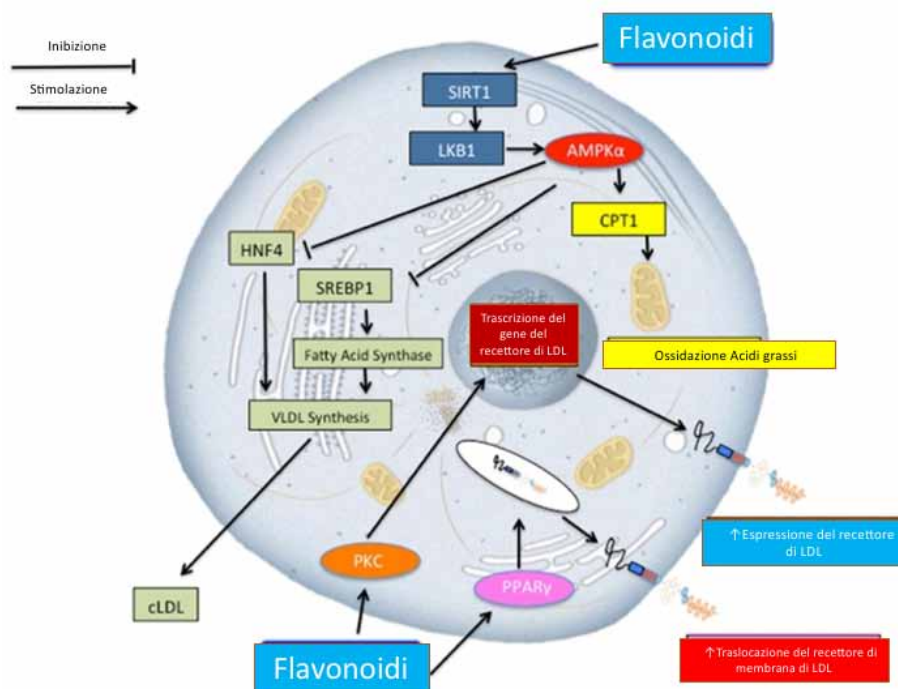


Figura 1 - Rappresentazione del potenziale Effetto Ipolipemizzante del Bergamotto

frutto un olio essenziale, che nominò “acqua di bergamotto” e lo introdusse alla corte di Luigi XIV di Francia, divenendo indispensabile per regnanti e nobili di tutta Europa; successivamente un altro italiano, Gian Paolo Feminis, in Germania, creò e brevettò nel 1704 “l’acqua admirabilis”, la prima acqua di toilette destinata a diventare in seguito la celebre “Acqua di Colonia” in ricordo della città dove era stata prodotta. Da quel momento, e ancora oggi, l’aromatica essenza del bergamotto è l’ingrediente più prezioso e ricercato nella composizione dei profumi più prestigiosi¹. Recentemente, si discute sempre di più dell’olio essenziale del bergamotto, non solo nel campo della cosmesi ma in ambito scientifico per la scoperta delle sue proprietà in campo medico e farmaceutico. Negli ultimi decenni, infatti, la letteratura scientifica ha evidenziato le proprietà

antinfiammatorie, antibatteriche, antineoplastiche ed analgesiche dell’estratto di bergamotto e il suo potenziale terapeutico nelle patologie del sistema nervoso, nel metabolismo osseo e nella prevenzione delle malattie cardiovascolari. Tale capacità è da ricercare nella composizione biochimica intrinseca del *Citrus Bergamia*. Il succo contiene una elevata quantità di vitamine C, B1 e B2 e l’albero è ricco di vitamina A ed E, ma ciò che rende peculiare il bergamotto rispetto agli altri agrumi è rappresentato dall’elevato contenuto di flavonoidi e glicosidi flavonoidi (neohesperidina, neoesperidina, naringina, rutina, neodesmina, roifolina e poncirina).² I flavonoidi sono composti polifenolici, che agiscono su specifici siti enzimatici modulando (inibendo o stimolando) la loro attività metabolica, determinando come effetto finale un’azione

antiossidante e antinfiammatoria. Uno studio ha dimostrato che l’estratto di bergamotto è capace di inibire l’espressione genica e la secrezione di citochine proinfiammatorie (es IL-6, IL-1 β , TNF- α), mediante un meccanismo inibitorio dell’attivazione di NF- κ B. In un altro studio in vitro, gli autori hanno valutato l’attività antiossidante ed antinfiammatoria dei flavonoidi, estratti dal bergamotto, sulle cellule endoteliali umane esposte a stress ossidativo indotto da TNF- α , dimostrando che tali molecole riducono lo stress ossidativo, incrementano la sopravvivenza cellulare ed esercitano un effetto vasoprotettivo⁴.

Ruolo dell’estratto di bergamotto nella prevenzione delle malattie cardiovascolari

Grazie all’effetto ipolipemizzante ed ipoglicemizzante, il bergamotto esercita un ruolo positivo nella

a livello cardiovascolare. In letteratura, numerosi sono gli studi che dimostrano in generale la capacità cardioprotettiva dei flavonoidi⁵; la naringina (presente anche nel pompelmo) ad esempio ha un effetto anti-aterogeno dimostrato su modelli animali^{6,7}, mentre neoeriocitrina e rutina hanno la capacità di inibire l'ossidazione delle LDL⁸. Nella frazione polifenolica del bergamotto, oltre a queste biomolecole presenti in elevata concentrazione, sono contenute brutieridina e melitidina in grado di inibire la HMG-CoA reduttasi⁹, agendo con un meccanismo simile a quello statinico (Figura 1). Il preciso meccanismo d'azione biochimico è ancora oggetto di studio, ma si pensa che i bioflavonoidi agiscano a vari livelli del metabolismo lipidico^{10,11}:

- a) come inibitori dell'HMG-CoA reduttasi;
- b) stimolando la trascrizione genica del recettore per LDL, attraverso la via della proteinkinasi C;
- c) inibendo la sintesi di acidi grassi e di VLDL;
- d) attivando l'AMP-chinasi (AMPK), che ha un ruolo chiave nel metabolismo del glucosio e degli acidi grassi¹².

Studi sperimentali hanno constatato una riduzione dei livelli di colesterolo, dei trigliceridi e delle LDL, un incremento delle HDL e una riduzione della glicemia. Toth et al.¹¹ hanno dimostrato che l'assunzione per 6 mesi di una singola dose di estratto di

bergamotto (150 mg di flavonoidi, with 16% neoeriocitrina, 47% neoesperidina e 37% naringina) in pazienti con ipercolesterolemia, determina una riduzione del colesterolo totale, LDL e aumento delle HDL con una riduzione dello spessore medio-intimale carotideo, confermando anche l'effetto vasoprotettivo. In un altro un trial clinico, Mollace et al.¹⁰ hanno sperimentato, sia su modello animale che in pazienti affetti da dislipidemia associata o no ad iperglicemia, gli effetti della frazione polifenolica del bergamotto (BPF). La dose è stata somministrata oralmente (500 o 1.000 mg/die) per 30 giorni. I risultati confermavano l'azione ipolipemizzante, la riduzione dei livelli di glicemia e inoltre un aumento dose-dipendente da 500 mg a 1.000 mg per le sole HDL. I polifenoli somministrati insieme alle statine, inoltre, potenziano la risposta ipolipidemicica e vasoprotettiva nei pazienti dislipidemicici, come dimostrato da un recente studio¹³. Gli autori, infatti, hanno evidenziato un importante effetto sinergico tra statine ed estratto di bergamotto, dimostrando che i pazienti del gruppo rosuvastatina e BPF, rispetto al gruppo di controllo, avevano una riduzione statisticamente significativa di colesterolo totale, LDL-C, del rapporto LDL-C/HDL-C e del mevalonato urinario, oltre che un maggiore effetto

vasoprotettivo dovuto alle proprietà antiossidanti dei polifenoli. Recentemente, questo stesso gruppo di lavoro, ha utilizzato una nuova formulazione della frazione polifenolica del bergamotto, dimostrando ancora una volta il suo effetto ipocolesterolizzante ed ipoglicemizzante, sottolineando questo nuovo approccio terapeutico ai disordini cardiometabolici. Per confermare le future potenzialità di questo estratto, interessante è uno studio pilota nella sindrome metabolica indotta da antipsicotici di seconda generazione (SGA) in soggetti schizofrenici¹⁵. A tutti i pazienti, suddivisi in due gruppi (trattamento e non), è stato somministrato un integratore contenente BPF (1.000 mg) per un periodo di 60 giorni. In entrambi i gruppi si è evidenziata una riduzione significativa dell'indice di massa corporea; il colesterolo totale e LDL, invece, erano diminuiti esclusivamente nel gruppo di controllo. Questi dati, secondo gli Autori, suggeriscono che i BPF a dosaggi alti possono rappresentare un possibile trattamento per contrastare l'aumento di peso indotto dagli SGA. L'estratto di bergamotto potrebbe proporsi, pertanto, come un approccio terapeutico alternativo o supportivo del trattamento ipolipemizzante. In conclusione, il bergamotto, l'oro verde della Calabria, per i suoi effetti benefici rappresenta un valido alleato per la salute. ♥



Bibliografia

- 1) Consorzio di tutela del bergamotto di Reggio Calabria.
- 2) Nogata Y, Sakamoto K, Shiratsuchi H, Ishii T, Yano M, Ohta H. Flavonoid composition of fruit tissues of citrus species. *Biosci Biotechnol Biochem*. 2006;70(1):178-92.
- 3) Risitano R, Currò M, Cirmi S, Ferlazzo N, Campiglia P, Caccamo D, Ientile R, Navarra M. Flavonoid fraction of Bergamot juice reduces LPS-induced inflammatory response through SIRT1-mediated NF- κ B inhibition in THP-1 monocytes. *PLoS One*. 2014;9(9):e107431.
- 4) Trombetta D, Cimino F, Cristani M, Mandalari G, Saija A, Ginestra G, Speciale A, Chirafisi J, Bisignano G, Waldron K, Narbad A, Faulds CB. In vitro protective effects of two extracts from bergamot peels on human endothelial cells exposed to tumor necrosis factor- α (TNF- α). *J Agric Food Chem*. 2010 ;58(14):8430-6.
- 5) Benavente-Garcia O, Castillo J. Update on uses and properties of citrus flavonoids: new findings in anticancer, cardiovascular, and anti-inflammatory activity. *J Agric Food Chem*. 2008; 56(15):6185-205.
- 6) Choe SC, Kim HS, Jeong TS, Bok SH, Park YB. Naringin has an antiatherogenic effect with the inhibition of intercellular adhesion molecule-1 in hypercholesterolemic rabbits. *J Cardiovasc Pharmacol* 2001;38:947-55.
- 7) Jeong YJ, Choi YJ, Choi JS, Kwon HM, Kang SW, Bae JY, Lee SS, Kang JS, Han SJ, Kang YH. Attenuation of monocyte adhesion and oxidised LDL uptake in luteolin-treated human endothelial cells exposed to oxidised LDL. *Br J Nutr*. 2007;97(3):447-57.
- 8) Yu J, Wang L, Walzem RL, Miller EG, Pike LM, Patil BS. Antioxidant activity of citrus limonoids, flavonoids, and coumarins. *J Agric Food Chem* 2005;53:2009-14.
- 9) Di Donna LI, De Luca G, Mazzotti F, Napoli A, Salerno R, Taverna D, Sindona G. Statin-like principles of bergamot fruit (*Citrus bergamia*): isolation of 3-hydroxymethylglutaryl flavonoid glycosides. *J Nat Prod* 2009;72:1352-4.
- 10) Mollace V, Sacco I, Janda E, Malara C, Ventrice D, Colica C, Visalli V, Muscoli S, Ragusa S, Muscoli C, Rotiroti D, Romeo F. Hypolipemic and hypoglycaemic activity of bergamot polyphenols: from animal models to human studies. *Fitoterapia*. 2011;82(3):309-16.
- 11) Toth PP, Patti AM, Nikolic D, Giglio RV, Castellino G, Biancucci T, Geraci F, David S, Montalto G, Rizvi A, Rizzo M. Bergamot Reduces Plasma Lipids, Atherogenic Small Dense LDL, and Subclinical Atherosclerosis in Subjects with Moderate Hypercholesterolemia: A 6 Months Prospective Study. *Front Pharmacol*. 2016;6:299.
- 12) Janda E, Lascala A, Martino C, Ragusa S, Nucera S, Walker R, Gratteri S, Mollace V. Molecular mechanisms of lipid- and glucose-lowering activities of bergamot flavonoids. *Pharma Nutrition* Vol. 4, Supplement, October 2016.
- 13) Gliozzi MI, Walker R, Muscoli S, Vitale C, Gratteri S, Carresi C, Musolino V, Russo V, Janda E, Ragusa S, Aloe A, Palma E, Muscoli C, Romeo F, Mollace V. Bergamot polyphenolic fraction enhances rosuvastatin-induced effect on LDL-cholesterol, LOX-1 expression and protein kinase B phosphorylation in patients with hyperlipidemia. *Int J Cardiol*. 2013;170(2):140-5.
- 14) Mollace V, Scicchitano M., Paone S, Casale F, Calandruccio C, Gliozzi M, Musolino V, Carresi C, Maiuolo J, Nucera S, Riva A, Allegrini P, Ronchi M., Petrangolini G, Bombardelli E. Hypoglycemic and Hypolipemic Effects of a New Lecithin Formulation of Bergamot Polyphenolic Fraction: A Double Blind, Randomized, Placebo- Controlled Study. *Endocr Metab Immune Disord Drug Targets*. 2019;19(2):136-143.
- 15) Bruno, A., Pandolfo, G., Crucitti, M., Maisano, A., Zoccali, R. A., & Muscatello, M. R. A. Metabolic outcomes of bergamot polyphenolic fraction administration in patients treated with second-generation antipsychotics: A pilot study. *J Nutr Biochem*. 2017;40:32-35.



Spazio a giovani, primi Stati Generali Sicilia

ANMCO Sicilia “in cammino”: idee ed attività dalla regione

Tante iniziative formative “a domicilio” dei Soci, tanta voglia di incontrarsi e rinnovarci

Fin da inizio mandato ci siamo impegnati nella preparazione del programma del biennio e dei primi progetti da realizzare, con attività di vario tipo: formative, “istituzionali” societarie, editoriali/web, educazionali (Fondazione per il Tuo cuore), di collaborazione con le istituzioni regionali (Assessorato della Salute e con altri specialisti

Fibrillazione Atriale; un centinaio di persone coinvolte in una due-giorni palermitana di confronto, condivisione e “battaglia sul campo”. Sette diverse squadre a confronto in piccoli tavoli di lavoro su casi clinici complessi: il caso, preparato da due giovani talenti è stato poi discusso per gruppi con il supporto di un tutor e di un

battaglia che ha portato ad un bilancio finale molto positivo! Sempre per le attività formative: sta per partire (da maggio in poi) una serie di eventi mirati a venire incontro alle esigenze di tutti i Soci e a valorizzare le professionalità “in loco”: ANMCO “in viaggio”, un format unico ripetuto in una catena di piccoli eventi in diverse sedi,

Una serie di eventi mirati a venire incontro alle esigenze di tutti i Soci e a valorizzare le professionalità “in loco”: ANMCO “in viaggio”, un format unico ripetuto in una catena di piccoli eventi in diverse sedi, con faculty locali

e figure mediche (MMG), e non mediche (infermieri). Partiamo con ciò che abbiamo già realizzato: un incontro dedicato ai giovani Cardiologi siciliani, tema-cardine la

moderatore “senior”. La animata discussione dei tavoli è stata poi riportata in sala plenaria: l’audience ha partecipato con vivacità, nonché votato il caso migliore... una bella

nelle alette dei nostri ospedali, con faculty locali, in modo da favorire la partecipazione dei colleghi di zona, evitando lunghi spostamenti sempre più difficili visti gli organici sempre



più “asciutti”! Promossa all’interno degli eventi anche la partecipazione dei MMG di zona. I primi due temi sono DAPT (progetto POSSIBLE) e DOAC (i molti volti della anticoagulazione), ma altro è già in cantiere per la seconda metà dell’anno. Altra iniziativa già definita: Cuore e Diabete, due giornate nate dalla collaborazione fra ANMCO e SIMDO Sicilia. L’idea è che noi Cardiologi possiamo familiarizzare con le nuove classi di farmaci antidiabetici dimostratisi efficaci, oltre che nel controllo della glicemia, nella riduzione di outcome cardiovascolari. Nel format ampio spazio alla discussione in tavole rotonde, preziosa occasione di confronto multispecialistico (diabetologi, nefrologi, internisti), altro tema-obiettivo del nostro mandato. Per il capitolo Rapporti con le Istituzioni Regionali, è in corso la partecipazione al tavolo di lavoro su “Appropriatezza del percorso di follow-up post-

SCA”: preziosa la presenza di ANMCO nel gruppo di lavoro, che procede celermente con l’intento di differenziare il follow-up a seconda del profilo di rischio dei pazienti dimessi, sì da ottimizzare l’assistenza post-acuta ai nostri pazienti. Sulla scia del dialogo con le Istituzioni, preziosa occasione



è stata la presenza della Dott.ssa Maria Letizia Di Liberti (Dirigente Generale Dipartimento per le Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico dell’Assessorato della Salute) al nostro evento istituzionale societario, Stati Generali ANMCO Sicilia; è stata la prima edizione, svoltasi all’interno dell’incontro Regionale (Palermo, 10/11 gennaio). La prima giornata di lavori scientifici, su Cardiopatia Ischemica Cronica, ha messo a fuoco la condotta ottimale per migliorare qualità di vita ed outcome ai pazienti ischemici. Durante la seconda giornata, gli Stati Generali, il dibattito si è concentrato su problemi di tipo organizzativo, a partenza dai dati dell’ultimo censimento disponibile (quello del 2015, presentatoci dal Prof. Michele Gulizia), arricchiti dalla diretta esperienza dei presenti, testimoni del drammatico momento di impoverimento degli organici che stiamo vivendo. I responsabili di

**Stati Generali ANMCO
Sicilia una preziosa
occasione di confronto che
riteniamo debba ripetersi
periodicamente perché
faccia da linea guida per
l'attività della nostra
comunità cardiologica**



U.O. cardiologiche presenti hanno dato il loro prezioso contributo e la presenza della Dott.ssa Di Liberti ha arricchito la discussione di spunti intrisi di fiducia in un 2019 propositivo, che segni finalmente un cambio di passo nella riorganizzazione della nostra rete di assistenza ai cardiopatici. Rete che vede in alcuni campi buoni risultati già ottenuti (le rete-IMA), ma necessita di progetti concreti per sistematizzare la gestione di molti altri settori della vasta patologia cardiovascolare: aritmie, riabilitazione, cronicità come lo scompenso cardiaco (gestione integrata ospedale-territorio poco efficiente), patologie “cenerentola” (arteriopatie periferiche, PFO, chiusura auricolare, ipertensione

polmonare). Altri temi caldi degli Stati Generali: la formazione dei nostri Cardiologi, l'importanza della lettera di dimissione e la possibilità di gestire ambulatori ospedalieri “dedicati” per patologia almeno nelle fasi iniziali post-dimissione per pazienti con profilo di rischio più elevato, come strumento di continuità assistenziale. È stata insomma una preziosa occasione di confronto che riteniamo debba ripetersi periodicamente perché faccia da linea guida per l'attività della nostra comunità cardiologica. Già diverse attività portate in porto dunque, ed altre in avanzato stato di strutturazione, che ci vedranno impegnati in iniziative con gli infermieri e con i “laici” (collaborazione con Fondazione

per il Tuo cuore, Truck Tour Banca del cuore, iniziative per la scuola). Ovviamente fra i “lavori in corso” quelli per il prossimo Congresso Regionale: ci ritroveremo nella bella cornice di Comiso (ospite la Cardiologia di Vittoria), nelle date del 10-12 ottobre, con una formula congressuale rinnovata ed agile con tanto spazio ai giovani, al dibattito e al nostro lavoro di ogni giorno (casi clinici, tavole rotonde, abstract, poster e molto altro). Infine, per essere vicini ai Soci, una newsletter periodica che informi di ciò che c'è in cantiere, e una ristrutturazione della pagina regionale sul sito web ANMCO, semplificata e ricca di informazioni utili e di facile utilizzo. Per ora dalla Sicilia è tutto, ma torneremo presto! ♥



Responsabilità medica e danno alla sfera sessuale

Nelle nostre conversazioni abbiamo più volte affrontato il tema della responsabilità medica e delle tipologie di danno delle quali il professionista può essere chiamato a rispondere nel caso di condotta negligente, imprudente o imperita. Tra questi, una particolare voce di danno è rappresentato senz'altro dalla lesione della capacità sessuale, anche definito come danno sessuale.

In che cosa consiste tale tipo di danno?

Con espressione ampia, il danno alla sfera sessuale, ovvero il pregiudizio alla sessualità di una persona, consiste nell'incapacità o nella difficoltà di intraprendere o proseguire le normali attività sessuali. Si tratta di un danno che incide negativamente su quella che è stata riconosciuta essere una componente estremamente rilevante della personalità umana ed anzi uno dei modi essenziali di espressione della stessa. Proprio per tale ragione, la nostra Corte costituzionale già nel 1987, ha riconosciuto, in positivo, che la libertà sessuale costituisce diritto soggettivo assoluto che va ricompreso tra le posizioni

direttamente tutelate dalla Costituzione ed inquadrato tra i diritti inviolabili che l'art. 2 Cost. impone di garantire.

Dunque tale tipo di danno incide su un ulteriore valore, la libertà sessuale. Quali le basi nel nostro ordinamento?

È proprio così. Innanzitutto un primo riconoscimento si ha nella Costituzione in particolare all'art. 2 ed all'art. 32: in quest'ultimo senso essa si correla anche al valore della salute, secondo quelle che sono le indicazioni date anche dall'Organizzazione Mondiale della Sanità che l'ha definita come "stato di benessere fisico, emotivo e sociale che riguarda l'individuo". Inoltre la libertà sessuale rileva anche nel codice penale con tutta una serie di disposizioni che tipizzano come reato condotte che ledono tale bene giuridico. Ovviamente, poi, e per quanto più specificamente qui viene in rilievo, tale valore trova riconoscimento e tutela anche nell'ambito del diritto civile.

Quali sono le modalità attraverso cui ciò avviene?

Occorre partire dal presupposto per cui la tutela civilistica interviene in genere successivamente alla

integrazione di una lesione: in questo senso gli strumenti sono quelli tipici della responsabilità, avente come tale finalità risarcitoria. Dunque, la libertà sessuale, in tale ottica, viene ad essere riguardata nel suo risvolto "patologico" e, quindi, come danno alla sessualità, il quale poi si compone sia di un aspetto statico che di uno dinamico.

Cosa si intende per aspetto statico e per aspetto dinamico?

Con la prima accezione ci si riferisce alla lesione in sé e per sé considerata, quale arrecata all'organo riproduttivo; con la seconda, invece, ad ogni conseguenza – chiaramente di tipo esistenziale – del non poter più svolgere questo rilevante aspetto della vita di ogni individuo. Tale secondo aspetto, peraltro, è particolarmente rilevante in quanto involge anche soggetti differenti da quello la cui capacità sessuale sia direttamente lesa, così evidenziandosi la componente relazionale di tale figura di danno. **Tanto posto, in quali casi può venire in rilievo la responsabilità del medico per lesione della libertà, della capacità sessuale?**

Possiamo dire che le ipotesi sono quelle “classiche” della responsabilità medica: e quindi, ora l’esecuzione “erronea” di interventi medici ovvero, nonostante il rispetto delle *regulae artis*, il prodursi di lesioni in tale senso. Si tratta di fattispecie che entrambe hanno trovato un riscontro nelle aule giudiziarie e di conseguenza nelle sentenze.

Vogliamo fare un esempio?

Molto volentieri. Nel primo caso è particolarmente significativa una sentenza del Tribunale di Roma di qualche anno fa, avente ad oggetto il caso di una signora che, sottoposta ad un intervento di isterectomia per prolasso genitale, aveva subito una eccessiva escissione di parete vaginale, tale da compromettere irrimediabilmente la propria capacità coeundi. Si era quindi determinata la impossibilità assoluta di poter avere rapporti sessuali anche perché era stato vano un successivo intervento con il quale si era proceduto a tentativo di ricostruzione dell’apparato genitale.

In che modo si era giunti ad affermare la responsabilità del medico?

Come al solito, nel corso di qualsiasi giudizio è necessario che venga fornita la prova delle proprie affermazioni. In quel caso era stata espletata consulenza tecnica d’ufficio che aveva accertato la commissione di rilevanti errori nell’esecuzione dell’intervento chirurgico e conseguente asportazione di una troppo ampia porzione di tessuto. Inoltre erano state riscontrate lacunosità nella tenuta della cartella clinica (che non riportava

alcuna visita ginecologica né lo stato pre-intervento all’esame obiettivo), nonché totale carenza del necessario consenso libero, consapevole ed informato della paziente. Proprio valorizzando tali concorrenti profili, la Corte era così addivenuta ad affermare la responsabilità del medico con conseguente condanna al risarcimento in favore della malcapitata signora.

Quindi anche in questo caso viene, quanto meno in parte, in rilievo il consenso informato, che dicevi rappresentare la causa di affermazione di responsabilità anche in ipotesi di interventi eseguiti correttamente.

E già! Con la rilevante differenza però che in tal caso il consenso assume rilievo assolutamente centrale atteso che la spettanza del risarcimento viene ad essere riconosciuta anche se la situazione che ha peggiorato la salute dell’uomo tanto da comprometterne la sessualità non è stata determinata dalla cattiva esecuzione di un intervento chirurgico ma dalla violazione, per l’appunto, della regola del consenso informato. In un caso specifico, pur correttamente eseguito l’intervento ed escluso quindi alcun profilo di colpa in capo all’operatore, il paziente non era stato informato delle possibili conseguenze negative che sarebbero potute derivare dall’intervento, poi effettivamente concretatesi, con conseguente impotenzia coeundi dell’uomo che aveva consentito a sottoporsi ad intervento andrologico.

Come viene determinata la misura dell’importo dovuto a titolo di risarcimento?

In casi come quello della responsabilità medica, trattandosi di danno che incide sul c.d. fare reddituale del soggetto, il giudice ricorre o alle c.d. tabelle in uso presso i vari tribunali, tra le quali particolarmente rilevanti sono quelle dei tribunali di Roma e di Milano, ovvero ad un criterio equitativo puro, tenuto conto, ovviamente, del caso concreto, dell’età del danneggiato e delle conseguenze fisiche e psichiche della lesione.

Prima dicevi di come tale danno abbia una evidente componente relazionale e, quindi, coinvolga non solo il soggetto direttamente danneggiato, ma anche ovviamente l’eventuale coniuge o partner. Possono anche questi soggetti avanzare pretese risarcitorie?

Absolutamente sì. Come riconosciuto anche dalla giurisprudenza, il diritto alla vita sessuale costituisce una posizione giuridica costituzionalmente tutelata nel rapporto di coniugio e, parimenti, nel rapporto di convivenza “*more uxorio*”: proprio per tale motivo, la violazione di tale diritto di un individuo ad opera di un terzo costituisce un illecito c.d. plurioffensivo e comporta un’identica compromissione del corrispondente diritto del partner, che ha dunque diritto, anch’egli, al risarcimento del danno non patrimoniale. ♥



Commento a uno dei principali trial di prevenzione cardiovascolare secondaria

Elisir di eterna giovinezza: Rivaroxaban 2.5 mg. Commento al COMPASS

Rivaroxaban 2.5 mg in associazione ad Aspirina nel paziente con malattia cardiovascolare in fase di stabilità

Stavolta torno un po' indietro nel tempo, al 2017, ed ecco perché. Il COMPASS appare sul *New England*. Recentemente, un signore che ha avuto un infarto poco più di un anno fa ed è portatore di uno stent medicato mi ha chiesto di prescrivergli uno dei nuovi anticoagulanti orali. *“Voglio evitare di riavere un altro infarto o un ictus... l'ho letto su www.meteoweb.eu”*, le sue parole testuali. Il paziente in questione ha 53 anni, ha avuto un infarto inferiore trattato con angioplastica primaria di coronaria destra, con applicazione di uno stent medicato su una lesione focale; nessun problema nel decorso clinico; frazione di eiezione normale; ha smesso di fumare, cammina trenta minuti al giorno, è dimagrito, assume regolarmente la terapia. Però, dopo ricerca *online*, mi chiede di aggiungere all'Aspirina un anticoagulante orale. È in seguito a questo episodio

che ho riletto il COMPASS. Il trial, condotto in doppio cieco, ha randomizzato più di 27.000 pazienti, affetti da malattia aterosclerotica stabile, a tre bracci di trattamento: Aspirina a bassa dose + Rivaroxaban 2.5 mg x 2, Aspirina a bassa dose, Rivaroxaban 5 mg x 2. Scopo dello studio è stato quello di identificare quale, tra i tre regimi farmacologici sopraelencati, fosse quello più efficace nel prevenire l'incidenza dell'endpoint composito di morte cardiovascolare, ictus, infarto. I soggetti randomizzati erano affetti da aterosclerosi coronarica e/o periferica. Criteri di esclusione un pregresso sanguinamento intracranico o ictus ischemico recente, insufficienza cardiaca, malattia renale cronica avanzata (GFR < 15 ml/min), doppia terapia antiaggregante in corso. Dopo 23 mesi di follow up l'arruolamento è stato interrotto per evidenza di netta superiorità del braccio

Aspirina + Rivaroxaban 2.5 mg, con tasso di sanguinamenti maggiori contestualmente aumentato. Pari, invece, l'efficacia anti-ischemica di Rivaroxaban 5 mg x 2 rispetto alla sola Aspirina, al prezzo di aumentata incidenza di emorragie. Risultati che ricalcano, nel fenotipo stabile, quelli dell'ATLAS ACS 2 TIMI 51, in cui una simile strategia terapeutica era stata testata nel paziente con sindrome coronarica acuta recente. Risultati lineari, che premiano l'associazione Aspirina + Rivaroxaban 2.5 mg. Un'ulteriore arma a nostra disposizione, volta a ridurre gli eventi cardiovascolari nel paziente stabile con aterosclerosi nota. Fin qui tutto bene. Alcuni aspetti dello studio, però, destano profondo scetticismo. La “fase di rodaggio” (*run-in phase* nel manoscritto): ai soggetti eleggibili, nei trenta giorni precedenti la randomizzazione, sono stati somministrati Aspirina e, due

volte al dì, placebo. Ai soggetti che hanno avuto eventi avversi maggiori durante la run-in phase (25 *major bleedings* e 23 morti) e quelli non aderenti alla terapia (n=2262) è stata preclusa la randomizzazione. Se la fase di rodaggio da un lato garantisce l'inclusione di soggetti che saranno aderenti al regime terapeutico, dall'altro inevitabilmente determina un bias di selezione. Ma è un secondo aspetto a destare perplessità ancora maggiore: l'interruzione precoce dello studio, fortemente suggerita dal *monitoring board*, in corrispondenza della prima analisi ad interim (50% degli eventi attesi). 23 mesi di follow-up non sono poi tanti per uno studio di prevenzione secondaria, condotto in pazienti stabili, che si prefigge di valutare l'incidenza di un endpoint ischemico composito. I sanguinamenti maggiori, inoltre, incidono di più con l'invecchiare della popolazione arruolata in uno studio, che continua ad assumere una terapia antitrombotica invariata mentre il rischio emorragico aumenta con il passare del tempo. Dunque, anche il dato relativo ai *major bleedings* potrebbe essere sottostimato in seguito allo *stop* precoce. Giunti a questo punto, cerchiamo di traslare le considerazioni fatte in aspetti pratici.

1 Rivaroxaban 2.5 mg x2, associato ad Aspirina, è una potente arma di prevenzione cardiovascolare secondaria in soggetti con malattia aterosclerotica in fase stabile.

2 La riduzione degli eventi

ischemici è mitigata dall'aumento di quelli emorragici.

3 Il trial presenta due aspetti discutibili: la run-in phase e l'interruzione precoce.

4 Rivaroxaban 2.5 x 2 (peraltro ancora non ufficialmente reperibile in Italia) trova maggiore indicazione nei soggetti in cui una recidiva ischemica potrebbe avere conseguenze devastanti, e penso ai pazienti trattati con angioplastica complessa (tronco comune, biforcazioni prossimali) o episodi recidivanti di ischemia acuta d'arto. In questi soggetti può essere giustificato gravare il paziente di un supplemento di rischio emorragico.

5 Trovo eccessivo (e costoso)

Il COMPASS ha dimostrato la superiorità dell'associazione Rivaroxaban 2.5 mg e Aspirina nella prevenzione degli eventi ischemici, al prezzo di un aumento del tasso di eventi emorragici

È necessaria però una attenta selezione del paziente che può giovare dell'aggiunta di un anticoagulante orale all'Aspirina

aggiungere un anticoagulante orale, sia pure a basso dosaggio, in pazienti che dopo un evento acuto attuano in maniera ottimale le strategie di prevenzione cardiovascolare, sia in termini di terapia farmacologica che di stile di vita.

6 Nel computo dei fattori che portano a prescrivere un

anticoagulante orale in associazione all'Aspirina vanno tenuti in conto anche fattori anatomici: il soggetto che supera egregiamente un infarto causato da malattia coronarica monovasale, trattata con angioplastica non complessa e non complicata (no biforcazioni, no tronco comune, no stent lunghi: il paziente cui accennavo nell'incipit) dubito che possa giovare di un surplus di anticoagulazione dopo i 12 mesi doverosi di doppia terapia antiaggregante.

Di questa tendenza a prevedere e a prevenire gli eventi ischemici e trombotici la Cardiologia è ormai

satura. È stato coniato il termine "trombocardiologia"... consentitemi di chiudere con una citazione di Rainer Maria Rilke: "Nulla nel mondo può essere immaginato in anticipo, neppure la minima cosa. Tutto è fatto di così tanti particolari unici che non possono essere previsti." ♥



Il dibattito acceso nel Seicento da una scoperta epocale come quella della circolazione del sangue

Gli echi seicenteschi della scoperta della circolazione del sangue: la fortuna di William Harvey

La fortuna della scoperta della circolazione del sangue nel Seicento in Italia ed in Europa

Come ogni scoperta epocale, anche quella della circolazione del sangue, era destinata ad accendere, già tra i contemporanei, un dibattito piuttosto aspro tra sostenitori e detrattori delle teorie harveiane. La circolazione delle opere del genio inglese in Europa – a seguire la prima edizione del 1628 dell'*Exercitatio Anatomica De Motu Cordis et sanguinis in animalibus* – determinò una reazione decisa tra i medici contemporanei che si schierarono ben presto a sostegno o in opposizione alle sue teorie. Seppur in maniera molto larvata e marginale, Harvey rischiò l'accusa di eresia: benché la matrice aristotelica delle sue opere avrebbe dovuto metterlo al riparo da simili accuse, l'accoglienza della sua opera nell'ambiente clericale suscitò qualche resistenza in quanto si ravvisava in essa una

deviazione dall'originale teoria biologica aristotelica. In ogni caso l'impianto aristotelico di base della sua opera che nulla aveva a che vedere con l'indirizzo paracelsiano, lo metteva al riparo dall'accusa più grave di eresia, ma non da un certo malumore che le sue teorie potevano suscitare in ambiente clericale. Nella cattolicissima Roma l'opera di Harvey ebbe tra i suoi sostenitori Giovan Battista Trulli (1598-1661), come documenta indirettamente Giovanni Benedetto Sinibaldi nella sua opera *Geneanthropeiae sive de hominis generatione decateuchon*, (Francoforte, 1669). Va evidenziato che entrambi ricoprivano il ruolo di lettori rispettivamente di chirurgia e di medicina presso lo *Studium Urbis*, di certo l'ateneo più legato alla tradizione cattolica, tenuto conto della stretta vicinanza e correlazione con la Curia papale. Tale contesto



Figura 1 - Giovanni Benedetto Sinibaldi, *Geneanthropeiae sive de hominis generatione decateuchon*, Francoforte, 1669, frontespizio (provenienza: archivio privato)

appare, tuttavia in contrasto, con quello descritto da Luca Antonio Porzio, membro dell'Accademia Fisico-Matematica Ciampiniana e dell'Accademia Romana della Regina Cristina di Svezia: questi, al suo esordio nell'insegnamento di medicina nel 1671 presso l'ateneo romano, destò scalpore in quanto nella sua lezione discusse intorno all'incertezza della medicina, alla natura della febbre ed intorno alla circolazione del sangue «cosa affatto ignota, ed in quel tempo affatto inudita in quella gran Città» come scrive il suo biografo Giuseppe Mosca. Tuttavia si stenta a credere, anche tenuto conto delle altre fonti edite, come attesta l'opera di Sinibaldi, che a distanza di oltre quaranta anni dalla pubblicazione del *De Motu Cordis*, si ignorasse in una capitale come Roma, la scoperta della circolazione del sangue da parte dei medici, se non altro di quelli che ricoprivano il ruolo di lettori di medicina. È più verosimile che il biografo di Porzio per motivare lo scalpore suscitato dalla sua prima lezione in Sapienza, tenuto conto della provenienza del medico napoletano dall'Accademia degli Investiganti, noti per il loro atomismo e anche per gli atteggiamenti anticlericali, abbia voluto in qualche modo dissimulare le vere cause di tale reazione, ricorrendo a un argomento che,

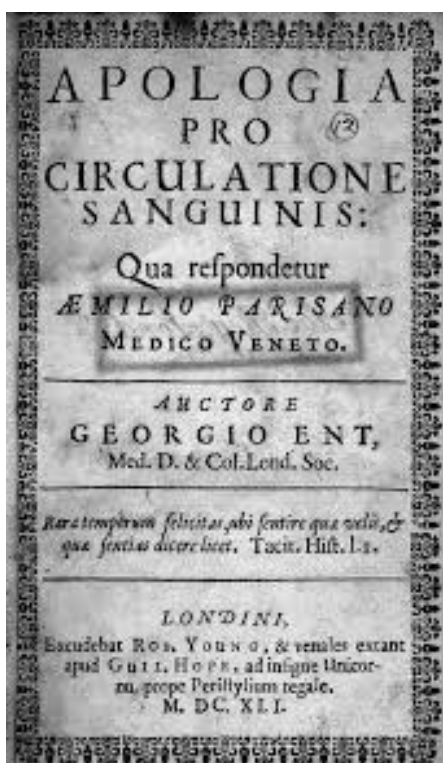


Figura 2 - Georg Ent, *Apologia pro circulatione sanguinis qua respondetur Aemilio Parisano*, Londra, 1641, frontespizio (provenienza: archivio privato)

di certo, accendeva facilmente gli animi nel Seicento come la disputa sulla circolazione del sangue. Ma è Padova il crocevia dove, come dice Giuseppe Ongaro, passa buona parte dei medici schierati nel dibattito sulla circolazione. È qui che nel 1636 compare un opuscolo a stampa dedicato al medico inglese Georges Ent in occasione della sua laurea avvenuta

il 28 aprile di quello stesso anno. L'opera esalta il genio inglese con la scoperta della circolazione del sangue da parte di William Harvey e del magnetismo terrestre ad opera di William Gilbert. Lo stesso Ent rientrato in patria pubblicò nel 1641 l'opera *Apologia pro circulatione sanguinis* a sostegno di Harvey, per controbattere le *refutationes* di Emilio Parisano, medico romano, laureatosi a Padova, edite nel 1635, come commento inserito nel testo del *De Motu Cordis*. Tra i sostenitori padovani di Harvey si ritrova anche Paul Maquart Schlegel, consigliere della *Natio Germanica*. Fu lui che persuase Johann Wesling sulla correttezza scientifica della nuova scoperta. Wesling aveva esposto ad Harvey in due lettere a lui indirizzate nel 1637, i dubbi che la differenza tra il colore del sangue venoso ed arterioso gli suscitavano sulla circolazione del sangue: come poteva lo stesso liquido rosso contenuto nelle arterie essere lo stesso che circolava nelle vene con un colore nettamente più scuro. Ma le dimostrazioni scientifiche di Harvey lo convinsero ampiamente. Sempre nel contesto della matrice filosofica aristotelica padovana si inserisce il matematico Andrea Argoli che, nella sua opera *De Diebus Criticis* impressa a Padova nel 1639, si riferisce alla circolazione del sangue, letta nell'analogia



tra macrocosmo e microcosmo. Tra i sostenitori che diedero un contributo determinante nel far tacere le critiche alla scoperta, va ricordato il medico olandese Jan de Wale che, a Leida, aveva compiuto nuovi esperimenti vivisettori, apportando prove efficaci, come la determinazione del flusso centripeto del sangue nella vena crurale del cane. Si è parlato fin qui dei sostenitori della dottrina harveiana ma, non solo per equità ma anche per una esaustiva comprensione del contesto medico contemporaneo in cui si colloca la scoperta nel Seicento, giova far riferimento a qualche suo detrattore. La pratica di denigrare la scienza altrui per far conoscere indirettamente la propria ed acquisire visibilità, non è purtroppo proprio solo dei tempi più recenti, ma era già nota nei secoli scorsi. Il medico James Primerose, connazionale di Harvey che ambiva ad un ruolo nella corte inglese, scrisse l'opera *Exercitationes, et animadversiones in librum De motu cordis, et circulatione sanguinis*, stampata a Londra, nel 1630, a soli due anni di distanza dalla pubblicazione del *De Motu Cordis*, attaccando in maniera veemente la scoperta della circolazione. Altro nemico insigne fu Jean Riolan junior, celebre anatomista francese ed acceso sostenitore del galenismo.



Figura 3 - Jan de Wale (1604-1649), inc. (provenienza: archivio privato)

L'interpretazione del movimento del cuore e del sangue di impronta galenica aveva consentito fino a quel momento ai medici di esercitare la loro professione tutto sommato in maniera soddisfacente: basta pensare alla pratica dei salassi per far espellere gli umori maligni e ripristinarne l'equilibrio, così ampiamente diffusa nel Seicento che, proprio, nel sistema galenico trovava la sua giustificazione. Abbracciare le dottrine harveiane per un medico del Seicento poteva significare sul piano professionale rinunciare ad un habitus consolidato dalla tradizione, come il galenismo, e dover affrontare sfide anche nella pratica quotidiana

che, non tutti, erano in grado o erano pronti a sostenere. Ieri come oggi, motivazioni non solo e non tanto di ordine scientifico e filosofico, ma spesso anche di natura sociale, professionale ed economica, sottendono a volte alle posizioni dei detrattori della novità scientifica. Ma l'avanzare della scienza, come nel caso di Harvey, con tutta l'energia della verità, travolge e stravolge nel tempo irrimediabilmente anche gli scenari apparentemente più immobili. A distanza di oltre seicento anni la scoperta della circolazione del sangue resta la pagina più bella che la scienza medica moderna nel suo nascere ci ha lasciato. ♥

Bibliografia Essenziale

R. French, William Harvey's natural philosophy, Cambridge University Press, 1994.

G. Ongaro, La fortuna del *De Motu Cordis* a Padova, in Harvey e Padova, Padova 21-22 novembre 2002, Atti del Convegno celebrativo nel quarto centenario della Laurea di W. Harvey a Padova, 1602-2002, Università degli Studi di Padova, 2006, pp. 325 - 362.

W. Pagel, Le idee biologiche di Harvey, aspetti scelti e sfondo storico, traduzione italiana, Milano, Feltrinelli, 1979.



Sguardi da oriente



*Asahi Pentax ES. Diapositiva Ektachrome 64. Digitalizz. Scanner Nikon 5000
Patan, Nepal, 1987. Alla cerimonia con sacrifici animali*



*Canon EOS 200D. Iso 100, 1/200, F9.
Palmira, Siria, 2010. Alba, pochi mesi prima della distruzione*

Francesco Fattirolli dirige la Struttura Organizzativa Dipartimentale semplice di Riabilitazione Cardiologica della Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi Firenze. È stato nel biennio 2002 - 2004 Presidente del Gruppo Italiano di Cardiologia Riabilitativa (GICR, ora AICPR) e nel 2013 - 2014 Chairperson dell'Area Prevenzione Cardiovascolare ANMCO. È bello scoprire una grande passione per le immagini in una persona che ho sempre apprezzato per le sue capacità professionali e organizzative e, notazione personale, per il senso di garbo e cortesia che sa trasmettere all'interlocutore.

Francesco, grazie per averci dato la possibilità di pubblicare le tue foto e di arricchire l'archivio che CNO sta realizzando.

Quando ho visto la mail che avete inviato agli Iscritti alla nostra Associazione, mi sono chiesto se avrei potuto proporre qualcosa di mio per la rubrica "Uno sguardo sul mondo". All'inizio ho pensato di non farne nulla, perché ho sempre fotografato per me stesso; poi il titolo mi ha richiamato un aspetto a cui sono affezionato, fotografare "gli sguardi nel mondo" in particolare quelli dei bambini, ed ho deciso di selezionare alcune foto dal mio archivio che vi propongo.

Quando hai cominciato a guardare attraverso un mirino fotografico?



*Canon EOS 200D Iso 100, 1/100, F5.6
Damasco, Siria, 2010 Solo la luce degli
occhi*

La mia storia di “fotografo” comincia tanti anni fa, per merito di mio padre. Ero appena un ragazzino e mi regalò una Kodak Retina II a telemetro con obiettivo Schneider; con quella mossi i primi passi con foto in bianco e nero. Nei quasi 50 anni successivi ho avuto

molte fotocamere, in particolare Asahi Pentax. Negli anni bellissimi della pellicola ho effettuato migliaia di scatti con diapositive (in prevalenza Kodachrome ed Ektachrome, più raramente Fujichrome) e mi dispiace che siano andate perdute quelle scattate

prima del 1985. Con l’avvento del digitale sono passato a Canon, ma mi sono sempre attenuto ad una mia regola personale, non intervenire con modifiche ed elaborazioni. All’inizio ho “studiato” sulle riviste di settore, Fotografare in particolare, ed ho cercato di



Canon EOS 500D. Iso 400, 1/1600, F6.3.
Rajasthan, India, 2012. Quotidiano rifornimento di acqua al pozzo



Canon EOS 500D. Iso 200, 1/100, F6.3.
Gujarat, India, 2012. Compagne all'uscita di scuola

vedere le mostre dei grandi maestri in giro per l'Italia e all'estero.

Scopro che abbiamo una storia e un presente fotografico molto simili. Anche a me non piace elaborare le foto, penso però che il taglio sia uno strumento utile e sicuramente in linea con quello che si faceva impiegando l'ingranditore.

Sono d'accordo. Anch'io, come molti a quei tempi, avevo realizzato una camera oscura in una stanzetta di casa. L'unico intervento che faccio sulla foto digitale riguarda marginali ritagli per migliorare la simmetria dell'inquadratura.

Ci sono molti occhi nelle tue foto. E anche questo è un tratto che ci accomuna.

Sì, come ti avevo anticipato, le fotografie che propongo sono in prevalenza quelle che raccontano gli sguardi; sono state scattate in vari paesi dell'oriente dove ambienti, disponibilità e dolcezza delle persone mi hanno sempre consentito di "prendere" un po' della luce dei loro occhi senza darmi la sensazione di violare la loro intimità. Se qualcuna verrà ritenuta meritevole di essere pubblicata ne sarò contento, in caso contrario per me è stata comunque una piacevole occasione per andare a rovistare nell'archivio.

Grazie Francesco, anche per aver confermato con queste ultime parole il garbo e la cortesia che ti contraddistinguono. ♥



Canon EOS 500D. Iso 400, 1/320, F14.
Little Rann of Kutch, Gujarat, India, 2012. Verso la scuola.
Chilometri a piedi nel deserto per raggiungere la tenda dell'insegnante



Canon EOS 500D. Iso 200, 1/20, F11.
Gujarat, India, 2012. Vivacità e dolcezza.



Canon EOS 500D. Iso 200, 1/250, F5.6.
Rajasthan, India, 2012. Pausa di lavoro



Murakami Haruki accompagna il lettore in un viaggio che lo porta a dialogare con la parte più intima di Sé, in un vero e proprio viaggio-avventura attraverso l'inconscio

Murakami e il potere evocativo dell'arte

Il romanzo, ambientato in una vallata circondata dalle montagne a sud di Tokyo, è il racconto introspettivo delle vicende di un pittore che si trova a gestire nuove relazioni e a fare i conti con fenomeni soprannaturali

Il romanzo "L'assassinio del commendatore", edito da Einaudi, è un dittico. In Italia è uscito diviso in due volumi, il primo a ottobre 2018 e il secondo all'inizio del 2019, per scelta dell'autore giapponese che ama molto questo formato letterario, poiché, dividendo in due il racconto, è capace di creare nel lettore una tensione narrativa e una aspettativa crescenti. I due volumi sono uno la naturale prosecuzione dell'altro; dopo il primo tomo, il lettore rimane con il fiato sospeso e desidera scoprire a quali vicende andranno incontro i personaggi, ma non solo, è invogliato a proseguire perché ha la sensazione di essere condotto sempre più in profondità, in un viaggio che lo porta a dialogare con la parte più intima del Sé, in un viaggio-avventura attraverso l'inconscio. La sensazione che il lettore ha dopo aver letto tutta l'opera è quella di aver attraversato mondi sconosciuti



e lontani, inesistenti, ma fortemente connessi con il centro della coscienza. Il romanzo è ambientato in una vallata circondata dalle montagne, dove l'oceano appare in lontananza e fa da sfondo ad un

racconto introspettivo che alterna ed intreccia toni realistici e intimisti a momenti onirici e surreali. Il protagonista è un pittore ritrattista che, lasciato dalla moglie, comincia a girovagare in macchina per il Giappone iniziando così una nuova vita piena di mistero e conoscenze inaspettate. Il pittore infatti, ad un certo momento del suo viaggiare senza meta, ha l'inaspettata opportunità di vivere in una villa in una zona montuosa a Sud di Tokyo, appartenuta ad un artista, Amada Tomohiko, che ora vive in una casa di cura perché affetto da demenza. In questa villa, che gli viene messa a disposizione dal figlio dell'artista, suo amico, si verificano presto fenomeni soprannaturali, che creano un'atmosfera magica, scandita dal suono improvviso di una campanella e da una serie di eventi enigmatici che incantano il lettore e lo tengono incollato al racconto, in uno stato di sospensione e tensione



prolungate. Vi sono dei misteri dai quali la trama prende il via per dipanarsi come una lenta discesa nel surreale o nell'inconscio, a seconda dell'interpretazione che si vuole dare al racconto e a seconda della profondità a cui si desidera leggerlo. Uno di questi misteri è la presenza di un oggetto, un quadro sconosciuto, appartenuto al precedente proprietario dell'abitazione, un'opera nascosta con cura e mai esposta, la cui didascalia restituisce il titolo del quadro e anche del romanzo: "L'assassinio del commendatore". Il quadro ritrae la famosa scena del Don Giovanni di Mozart vestito nello stile dei cortigiani giapponesi del settimo secolo. La scoperta di quest'opera da parte del protagonista attiva una serie di ricerche e domande sull'ex proprietario della casa, ovvero su Amada Tomohiko, che, da pittore d'avanguardia si è trasformato



una delle più importanti forme espressive. Un altro grande mistero si incarna nella persona di un enigmatico milionario, il signor Menshiki, che vive in una delle

apre qui un nuovo capitolo nella vita del protagonista, il quale, seppur dubbioso sul da farsi, accetta la richiesta, coinvolto dal fascino magnetico di Menshiki. È proprio grazie a questo rapporto tra i due uomini che compaiono nel romanzo le figure femminili di Okikawa Marie e di sua zia. Marie, che ricorda al protagonista la sorella morta da piccola, è una ragazza che studia presso la scuola d'arte dove il protagonista tiene corsi di pittura e che desta la curiosità di Menshiki per ragioni che non svelerò qui in anticipo. I tre personaggi intorno a cui ruota la storia sono dunque uomini (il protagonista, Menshiki e il pittore Amada) che portano dentro di sé un senso di incompiutezza e che cercano di esprimersi attraverso e grazie all'arte; sono uomini che hanno perso delle donne importanti e che cercano di ri-orientare le proprie vite, pur mantenendo un costante legame con la vita passata, pervasi da sentimenti di paura della morte, del distacco e del rimpianto. È un romanzo sensuale, dalla scrittura fluida e intessuta da una trama musicale che fa da colonna sonora alle vicende. Lo stile è caratterizzato da una componente surreale e fantastica, ma anche dalla tensione del brivido, tutti elementi che danno vita ad una commistione di generi, da quello psicologico a quello misterioso del thriller. L'omaggio a Scott Fitzgerald, autore amato e ammirato da Murakami, è chiaro e avviene attraverso Menshiki, il personaggio maschile più enigmatico ed eccentrico del libro. ♥

Il protagonista del libro è un pittore ritrattista che, separatosi dalla moglie, lascia la sua città e cambia vita iniziandone una nuova piena di misteri e conoscenze inaspettate che diverranno parte della sua quotidianità

progressivamente in un pittore classico, mutando inaspettatamente il proprio stile. È proprio in relazione a questo artista che Murakami inserisce nella narrazione delle interessanti digressioni sulla storia del pittore e sull'estetica delle sue opere, parlando così della potenza comunicativa dell'arte,

lussuose ville dall'altro lato della valle. Tra il protagonista e l'uomo si instaura un rapporto di cordiale conoscenza che ruota intorno alla richiesta di Menshiki di farsi fare un ritratto, nonostante il pittore avesse preso la decisione di non lavorare più su commissione. Si

In memoria di Carlo Buonanno

Un pioniere, un signore

Carlo Buonanno non è più tra noi, e chi l'ha conosciuto ed apprezzato come cardiologo e come persona, in particolare i cardiologi veronesi anche a nome dei quali scrivo, sente il bisogno di dividerne il ricordo con i lettori di "Cardiologia negli Ospedali" e con i Soci ANMCO tutti. Carlo era di Napoli, era un napoletano verace: lì era nato il giorno di Ognissanti del 1935, lì si era laureato (con lode), lì si era avvicinato alla poligrafia e alla nascente "emo-dinamica" (studio dei fenomeni legati alla circolazione del sangue – Zingarelli, 2001). Ma Carlo era anche cittadino del mondo: dalla specializzazione in Cardiologia a Torino (con lode) all'esperienza al CNR; dalla Borsa di Studio del Ministero della Pubblica Istruzione in pochi anni è giunto al St. Joseph Hospital di Syracuse, New York dove nei tre anni di permanenza vicino al Prof. Gensini ha lavorato nel campo della diagnostica invasiva, apprendendo l'arte della coronarografia, ma non solo quella. Carlo era un pioniere: tra gli italiani è stato uno dei primi in emodinamica, e al suo rientro ha accettato la proposta del Prof. Poppi di divenire suo aiuto a Verona, dove era stata aperta una delle prime UTIC (1968): dalla medicina nasceva la cardiologia. A Verona Carlo ha diretto per anni il laboratorio di emodinamica, ma nel frattempo conseguiva la specializzazione in radiologia,



insegnava come professore a contratto, conseguiva il New York State Board for Medicine e il Diploma di laurea in Medicina e Chirurgia dell'Università di stato di New York (1985), tornava per un anno in comando a New York (1986), diventando Associate Fellow dell'ACC e frequentava corsi di perfezionamento sulla nascente angioplastica a Zurigo, nel centro diretto da Gruentzig. Dal 1988 fino alla pensione ha ricoperto il ruolo di primario ospedaliero del Servizio Autonomo di Cardiologia dell'Ospedale Civile Maggiore di Verona, continuando a svolgere attività di cardiologia interventistica presso il laboratorio di emodinamica della Clinica Cardiologica Universitaria diretta dal Prof. Zardini. Carlo è stato un pioniere: non solo perché, di ritorno dagli USA, portò con sé uno dei primi pacemaker che fu poi impiantato a Verona dai cardiocirurghi, non solo

perché anche grazie a lui la cardiocirurgia di Verona diretta dal Prof. Besa aveva mosso i primi passi ed è poi divenuta un centro di primaria importanza nel campo dei by-pass, non solo perché può essere considerato uno dei padri dell'emodinamica in Italia, ma anche per la sua fervida attività didattica e scientifica sia a livello personale che societario (è stato Socio ANMCO dal 1970 al 2006), che si traduceva in addestramento di generazioni future, redazione di protocolli, elaborazione di modelli organizzativi. Carlo era un signore: nel modo di porsi con le persone (si trattasse di colleghi, di infermieri, di pazienti) nelle parole, sempre pesate e posate; perfino nelle movenze, negli atteggiamenti. Anche dopo la separazione dalla moglie Brunilde Dander, anch'essa cardiologa (insieme hanno avuto Enrico), i rapporti familiari sono stati intimi fino all'ultimo giorno. In trent'anni di attività mentre tutto cambiava nel nostro mondo Carlo conservava la sua integrità morale, non cedeva a pressioni, la sua autonomia intellettuale non veniva scalfita, il suo incedere e decidere è stato sempre ispirato a principi che tutti gli riconoscevano, così come la sua etica professionale e la linearità del suo percorso professionale e della sua carriera. Carlo non è più con noi, ma la sua testimonianza e il suo esempio sì. Arrivederci, dr. Buonanno. ♥

Sabino Scardi,

Un pioniere dell'integrazione tra Ospedale e Territorio

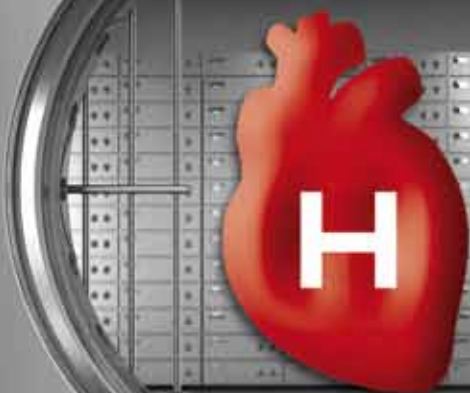
Anemmeno due mesi di distanza dalla scomparsa di Fulvio Camerini, ci ha lasciato a 80 anni di età anche Sabino Scardi, suo braccio destro nella fondazione di quella Cardiologia triestina, diventata un fiore all'occhiello della sanità non solo locale, ma anche a livello nazionale ed internazionale, dopo una vita dedicata quasi interamente alla cura dei malati e all'attività di studio e di ricerca in vari campi della Cardiologia. Sabino Scardi, nato a Canosa di Puglia il 18 giugno 1938, completati gli studi all'Università di Modena, si trasferisce fin dall'inizio della sua carriera a Trieste dove, sotto la guida di Camerini ed assieme ad altri validi collaboratori, contribuisce in maniera decisiva alla fondazione e allo sviluppo della Divisione di Cardiologia. Direttore del Centro Cardiovascolare dal 1977 al suo pensionamento nel 2006, struttura ancora unica nel suo genere in Italia, si è dedicato principalmente alla cura dei malati già presi in carico dalla Divisione di Cardiologia e a tutti i malati per i quali vi era la necessità di un follow up per problemi cardiologici, attento non solo alla diagnosi e alla cura, ma anche alla prevenzione e riabilitazione cardiovascolare, nonché all'educazione sanitaria di cui è stato un precursore. Per il suo impegno profuso al servizio del malato e per l'opera di sensibilizzazione, diagnosi e cura rivolta ai cittadini nel campo delle malattie cardiovascolari nel 2005 gli è stata conferita la Civica Benemerenzza della Città di Trieste, cui è seguita l'onorificenza al merito



di Commendatore della Repubblica. È stato membro di importanti associazioni cardiologiche nazionali ed internazionali, nonché cofondatore di importanti associazioni di volontariato nazionali e locali, come l'Associazione Amici del Cuore ed il Circolo Sweet Heart di Trieste, ed autore di oltre 150 pubblicazioni scientifiche su riviste di rilevanza nazionale ed internazionale. Per quanto riguarda l'ANMCO così scriveva il 25 aprile 2015 su questa rivista. "È necessario difendere e potenziare la nostra Associazione in continuità con un fantastico passato, favorendo innovazione e sviluppo e superando la superspecializzazione con la costituzione dei Dipartimenti "reali" al di là del sistema sanitario per intensità di cura, rinforzando i rapporti ospedale - territorio, così come è stato fatto a Trieste, grazie alla fattiva collaborazione fra un illuminato Fulvio Camerini e il sottoscritto per assicurare la "vera"

continuità assistenziale. La sinergia tra politica sanitaria del Paese, cura clinica e la Cardiologia però è indispensabile. Questa sinergia è fondamentale perché l'effettiva implementazione degli obiettivi di salute richiede un'interazione efficace tra i risultati della ricerca e l'applicazione dei suoi risultati nella pratica clinica, per migliorare la salute della popolazione, in particolare per combattere l'epidemia di malattie cardiovascolari croniche. In questa situazione è urgente l'utilizzazione di nuovi modelli di assistenza studiati per ottimizzare l'efficacia delle "cure" mediante il miglioramento dell'assistenza coordinata, centrata però sul paziente e modificando in modo sostanziale l'assistenza sanitaria degli utenti." Uomo complesso, di carattere a volte conflittuale, ma dotato di grande sapere cardiologico e soprattutto di un innato fiuto clinico, ha saputo attingere anche al patrimonio di buon senso ed umanità caratteristiche dei suoi luoghi nativi, per lasciare un segno di gratitudine e umanità nei suoi pazienti e nei suoi collaboratori più stretti, cui ha sempre potuto offrire la sua straordinaria disponibilità nello svolgere il lavoro routinario, ma anche manifestando slanci di grande generosità e comprensione nel capire le istanze drammatiche della vita. Estremamente legato alla figlia Marina e alla moglie Miriam, che si è spenta pochi anni fa lasciandolo in una solitudine incolmabile, la raggiunge oggi con il sincero affetto ed il rispetto che tutti indistintamente gli riconoscono. ♥

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**



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