

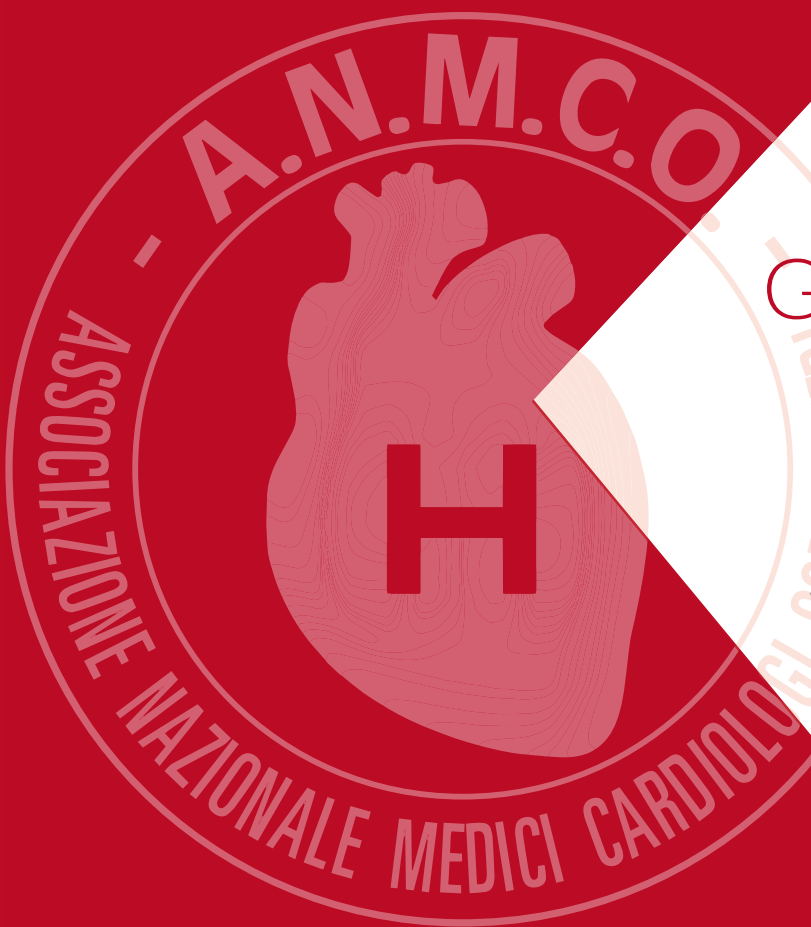
Cardiologia



negli Ospedali

LUGLIO/AGOSTO - SETTEMBRE/OTTOBRE 2019
N° 230-231

Rivista dell'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri - ANMCO



XII Edizione

STATI
GENERALI
ANMCO
2019

11-12 OTTOBRE 2019
MONOPOLI (BA)
COMPLESSO TORRE CINTOLA



Fotografia di Manlio Cipriani
Valle della luna. Deserto di Atacama,
Cile. Agosto 2019

**N. 230-231 luglio/agosto -
settembre/ottobre 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. 4
di Manlio Cipriani

DAL PRESIDENTE

50° Congresso ANMCO, Rimini 16-18
maggio 2019 p. 6
*di Domenico Gabrielli a nome del
Consiglio Direttivo ANMCO*

DAL PRESIDENTE DELLA FONDAZIONE PER IL TUO CUORE

La Fondazione per il Tuo cuore ad
Amatrice nella Giornata Mondiale del
Cuore p. 10
*di Michele Massimo Gulizia e Stefania
Angela Di Fusco*

DALLA ITALIAN FEDERATION OF CARDIOLOGY

IFC e ESC: insieme per affrontare un
futuro comune p. 14
di Stefano Urbinati



DAL CENTRO STUDI

Il punto sugli Studi Clinici del Centro
Studi ANMCO p. 17

DAL CONSIGLIO DIRETTIVO

Campagna Educazionale Nazionale
DOAC NOW p. 21
*di Giuseppe Modugno, Pasquale
Caldarola, Domenico Gabrielli*
Rischio Cardiovascolare e Lupus
Eritematoso Sistemico p. 25
*di Annamaria Municinò, Edoardo Rossi,
Stefano Domenicucci*

DALLE AREE

AREA CARDIOIMAGING

Utilizzo dell'imaging cardiaco nella
Fibrillazione Atriale: fotografia della
realtà italiana p. 30
*di Massimiliano Rizzo, Giovanna Di
Giannuario, Marco Campana, Antonello
D'Andrea, Alessia Gimelli, Georgette
Khoury, Donato Mele, Paolo Giuseppe
Pino, Antonella Moreo*

AREA EMERGENZA - URGENZA

Incontro con gli esperti:
intervista alla Dottoressa Serafina
Valente p. 33
*di Carlotta Sorini Dini, Daniela
Chiappetta, Marco Ferlini, Nicola
Gasparetto, Simona Giubilato, Paolo
Trambaiolo, Roberta Rossini*

AREA GIOVANI

Prospettive per la ricerca
cardiologica, i giovani cardiologi e
le società scientifiche nazionali: la
parola alla Professoressa Barbara
Casadei, Presidente della ESC p. 36
di Stefania Angela Di Fusco
Il Congresso della Società Europea
di Cardiologia: per i giovani ANMCO
molto più che un congresso p. 39
*di Stefania Angela Di Fusco, Federico
Fortuni, Chiara Andreoli, Filippo Zilio*

AREA NURSING

Qualità e sicurezza delle cure:
evento avverso da farmaco
prevenibile p. 42
*di Donatella Radini, Michela Barisone,
Stanislao Accardo, Ilaria Cantarella,
Rossella Gilardi*

AREA SCOMPENSO CARDIACO

Facciamo il punto sullo scompenso
cardiaco avanzato p. 46
*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 CARDIOGERIATRIA

La fragilità nel soggetto anziano cardiopatico (parte prima) p. 49
di Giuseppe Zuccalà e Alice Laudisio

TASK FORCE CARDIOMETABOLICA

Gli inibitori del co-trasportatore sodio glucosio di tipo 2 per il trattamento dello scompenso cardiaco, una lezione dalla diabetologia p. 52
di Edoardo Gronda, Massimo Iacoviello, Leonarda Cassaniti, Manuela Benvenuto, Pasquale Caldarola, Domenico Gabrielli

DALLE REGIONI

CALABRIA

Il Palio delle Cardiologie: la Vittoria della Calabria p. 58
di Roberto Ceravolo, Fabiana Lucà, Mario Chiatto

CAMPANIA

Survey sul funzionamento della rete IMA della regione Campania p. 62
di Cesare Baldi, Dario Formigli, Pasquale Spadaro, Roberta Ancona, Luigi Di Lorenzo, Alfredo Madrid, Raffaele Merenda, Vittorio Palmieri, Fabio Pastore, Fortunato Scotto di Uccio

LAZIO

ANMCO LAZIO: una Comunità Cardiologica proiettata verso il futuro p. 66
di Giuseppe Pajes, Stefano Aquilani, Alessandro Danesi, Silvio Fedele, Paride Giannantoni, Fabio Menghini, Giovanni Pulignano, Vittoria Rizzello, Luigi Sommariva



LOMBARDIA

La Presa in Carico del paziente cronico in Regione Lombardia: cosa ne pensano le Cardiologie lombarde? p. 69
di Renata De Maria, Attilio Iacovoni, Roberto Bonatti, Benedetta De Chiara, Oreste Febo, Luca Ferri, Luigi Fiocca, Daniele Nassiacos, Simona Pierini, Giuseppe Di Tano
 Il "Truck Tour Banca del Cuore 2019" approda a Como, in riva al lago p. 73
di Carlo Campana



TOSCANA

ANMCO Regionale Toscana: sfide quotidiane e scenari futuri p. 75
di Giovanna Giannotti

UMBRIA

Checklist: dall'aviazione alla Sala operatoria... E non solo p. 78
di Deborah Cosmi, Simone Cappannelli, Flavia Paglialonga, a nome del Consiglio Direttivo Regionale Umbria e della Sezione Regionale dell'Area Nursing Umbria

LETTO... E COMMENTATO. ECHI DALLA LETTERATURA INTERNAZIONALE

Gestione dell'arresto cardiaco extraospedaliero: coronarografia subito? p. 81
 Commento al COACT trial p. 81
di Leonardo Misuraca

MEDICINA NARRATIVA

La comunicazione centrata sul paziente (parte prima) p. 82
di Massimiliano Marinelli



COME ERAVAMO

Il cuore a fine Ottocento (1870-1900)
 Parte terza p. 86
 di Maurizio Giuseppe Abrignani

**LETTI PER VOI**

Delitto, ingiustizia, senso di colpa e
 vendetta p. 93
 di Beatrice Balduzzo

**VIAGGIO INTORNO AL CUORE**

Sette Pieghe Damiano Presta p. 95
 di Damiano Presta

**UNO SGUARDO SUL MONDO**

Il Sud America visto da Manlio
 Cipriani p. 89
 di Gianfranco Misuraca

**IN MEMORIA DI...**

In memoria di Luciano Moretti p. 96
 di Domenico Gabrielli e Giovanni Gregorio



Editoriale

Cari Lettori, dopo la lunga pausa estiva esce un numero doppio di “Cardiologia negli Ospedali”, che in redazione ci rende particolarmente orgogliosi perché è ricchissimo di contributi. Il Presidente ANMCO ci racconta il grande successo del 50° Congresso con i suoi numeri da record, le novità di quest’anno e gli importanti contributi che ne hanno declinato il grande successo. A seguire il Presidente IFC, raccontandoci il Congresso ESC 2019, traccia un bilancio per quest’anno molto positivo della rinnovata Italian Federation of Cardiology e ci scopriamo sempre più europei (5.457 gli iscritti italiani all’ESC). Ho partecipato ad entrambi i congressi e sono cosciente che molti di Voi per diversi motivi non hanno avuto questo privilegio. Una volta esistevano gli atti dei congressi, soprattutto cartacei, che puoi talvolta ancora trovare e consultare, ma assomigliano più alle ormai scomparse pagine gialle e sono poco empatici e ormai archiviati come preistoria culturale.

Le società scientifiche e anche ANMCO lo fa, hanno sostituito e/o integrato gli atti con contributi multimediali (video e slides delle relazioni) facilmente consultabili e scaricabili sui siti societari, a patto di esserne Soci, che hanno tutt’altro impatto scientifico (le slides in formato PDF possono essere spesso scaricate) e ti calano nelle diverse sessioni del congresso in differita. Andare allo stadio per le partite di calcio ha un sapore e provoca un patos insostituibile, ma la tranquilla differita in televisione sul divano di casa, non è talvolta da disdegnare. Le Aree e le Task Force sono foriere di un’esplosione di novità e programmi che testimoniano il laborioso e costante impegno scientifico di questi Soci che rappresentano la benzina culturale della Società. Ben sei Regioni ANMCO partecipano a questo numero di CNO con i loro contributi narrativi di eventi e vita societaria regionale. Una importante novità di questo numero di CNO ci viene dal contributo del Prof. Massimiliano Marinelli, medico, bioeticista e

docente di Medicina Narrativa presso la Facoltà di Medicina della Università Politecnica delle Marche. L’articolo ci introduce alla medicina narrativa facendoci lasciare per un momento la medicina basata sulle evidenze, di cui siamo impregnati e ci accompagna sapientemente in una fondamentale esperienza, che coniuga medicina e filosofia, etica e professione per diventare appunto capacità narrativa, elemento tanto fondamentale quanto spesso difficile del rapporto medico-paziente. Gianfranco Misuraca mi ha chiesto di raccontarvi il mio “Sguardo sul Mondo” attraverso fotografie del mio viaggio estivo, esperienza che mi ha arricchito anche cardiologicamente; l’acetazolamide, che ho personalmente testato, funziona contro il mal di montagna. Un giallo/noir di un grande autore giapponese è il consiglio bibliotecario che la rubrica “Letti per voi” ci suggerisce di non perdere questo autunno. Buone letture a tutti Voi. ♥

Fotografia di copertina

Fotografia di Manlio Cipriani

Valle della luna. Deserto di Atacama-Cile

Agosto 2019





50° Congresso ANMCO, Rimini 16-18 maggio 2019

Uno straordinario successo grazie a “Un grande futuro dietro le spalle”

Cari Amici,
è mio compito, nonché piacevole incombenza, raccontare del Congresso “appena concluso” che è stato, a detta di molti, uno dei più bei Congressi ANMCO degli ultimi anni, questo non può che inorgoglire il CD e me e tutti coloro che hanno partecipato alla riuscita della manifestazione che, è bene ricordarlo, è venuto dopo anni di Congresso in ascesa esponenziale grazie all’impegno di chi ci ha preceduto. Infatti, nella scia del successo delle passate edizioni, con una partecipazione sempre più numerosa, il Consiglio Direttivo ANMCO si è impegnato

alacremenente per proporre un programma scientifico di assoluto rilievo, 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 è stato, dal punto di vista scientifico, la Cardiologia di Precisione che rappresenta la naturale evoluzione della tendenza sempre più spiccata alla personalizzazione delle cure. IL CONGRESSO DEL 2019, svoltosi

dal 16 al 18 maggio, è stato il 50° Congresso ANMCO, un numero che da solo dà l’idea dell’importanza che la nostra Associazione riveste per la Cardiologia Italiana. Ma veniamo ora ai numeri, nel complesso ci sono state 248 sessioni scientifiche di vario genere, per un totale di più di 230 ore formative, impreziosite da una faculty di più di 600 persone con un terzo dei quali fellow ANMCO, più del 10% giovani under 35 e 20% under 45. Nel corso del Congresso sono state tenute Sessioni congiunte con ESC, ACC e AHA con la presenza di folte e prestigiose delegazioni di ospiti stranieri, inoltre altri prestigiosi ospiti internazionali

ANMCO 2019

INSIEME PER IL CUORE DA CONQUANTININI

50° Congresso Nazionale ANMCO

I RISULTATI ...
Condividiamoli insieme

IT'S ALWAYS ANMCO TIME

50

50° Congresso Nazionale
Associazione Nazionale
Medici Cardiologi Ospedalieri

1

248 SESSIONI SCIENTIFICHE

163 SESSIONI SCIENTIFICHE

MAIN SESSION - MINIMASTER - SIMPOSI - SIMPOSI CONGIUNTI - VI.P. CLINICAL SESSION
VI.P. IMAGING SESSION - LUNCHEON PANEL - MINI-SIMPOSI - LETTURE - LETTURA MAGISTRALE
FOCUS - MEET THE EXPERT - FORUM - CONTROVERSIE - FORUM CASI CLINICI
HOW TO - CONVENTION NAZIONALE BANCA DEL CUORE - CONVENTION UNITA SCOMPENSO
CARDIACO - MY APPROACH TO - JEOPARDY GAME SESSION

19 SESSIONI DI COMUNICAZIONI ORALI e
64 SESSIONI e-POSTER (Call for Abstract)

2 CORSI DI CLINICAL COMPETENCE NURSING ANMCO

Doft. Domenico Gabrielli relazione al Consiglio Direttivo e Consiglio Nazionale ANMCO - Luglio 2019

50° Congresso Nazionale
Associazione Nazionale
Medici Cardiologi Ospedalieri

2



231,5 ORE
DI SESSIONI FORMATIVE TOTALI di cui:



215,0 ORE FORMATIVE tra:

- 163 SESSIONI SCIENTIFICHE**
- 19 SESSIONI DI COMUNICAZIONI ORALI**
- 64 SESSIONI e-POSTER**

16,5 ORE FORMATIVE per:

- 2 CORSI DI CLINICAL COMPETENCE NURSING ANMCO**

50° Congresso Nazionale
Associazione Nazionale
Medici Cardiologi Ospedalieri

Dot. Domenico Gabrielli relazione al Consiglio Direttivo e Consiglio Nazionale ANMCO - Luglio 2019

3



(Prof. Cleland, Prof.ssa Lindenfeld) hanno tenuto le letture introduttive del Congresso (lo Scompenso Cardiaco visto dagli USA e dall'Europa, rispettivamente); è stata presente la Prof.ssa Barbara Casadei italiana e presidente ESC, che ha portato il saluto della nostra società madre europea e che ha chiuso il Congresso con una prestigiosa lettura conclusiva (sui meccanismi fisiopatologici della FA), seguita dagli Highlights del programma scientifico dei 3 giorni congressuali, che hanno riscosso uno straordinario successo. Hanno ricevuto grande apprezzamento, sostanziato dal numero di presenze, i Minimaster

previsti e tutte le sessioni, in particolare quelle presentate nelle sale interattive. La lettura del Prof. Ponikowski è stato un altro momento di grande partecipazione da parte degli iscritti al Congresso. Come al solito molto partecipati e apprezzati il campionato di refertazione ECG e la Jeopardy Game Session con ACC. Sono stati presentati circa 400 abstract sia in forma orale che con e-poster, a testimonianza della vivacità culturale e scientifica della Cardiologia Italiana e nello specifico Ospedaliera; gli atti del Congresso sono stati pubblicati su un Supplemento dello EHJ, oltre che sul GIC, i 10 migliori

e-Poster sono presenti sul nostro Sito WEB per un webinar prolungato. Si è posta attenzione al coinvolgimento dei giovani, sia prevedendo un elevato numero di loro nella Faculty, come detto, sia offrendo la iscrizione al congresso gratuitamente a tutti gli specializzandi in Cardiologia e Cardiochirurgia che hanno voluto partecipare. La partecipazione medica è stata grandiosa, la maggiore degli ultimi 10 anni, così come è stata nuovamente soddisfacente la partecipazione degli infermieri; altrettanta soddisfazione è giunta dalle eccellenti valutazioni dei presenti oltre che dagli innumerevoli

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, FHSA
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

VI.P. SESSION



3 Vi.P. Clinical Session

Coordinate dal Dottor Paolo Giuseppe Pino

2 Vi.P. IMAGING Session

Coordinate dalla Dott.ssa Antonella Maurizia Moreo



50° Congresso Nazionale
Associazione Nazionale
Medici Cardiologi Ospedalieri

4



5° CAMPIONATO DI REFERTAZIONE ECG



COMMISSIONE PROPOSITIVA

- Dott. Vincenzo Amodeo (Polistena)
- Dott. Giuseppe Bagliani (Foligno)
- Dott. Pasquale Caldarola (Bari)
- Dott. Roberto Ceravolo (Lamezia Terme)
- Dott. Pietro Delise (Mestre)
- Dott. Andrea Di Lenarda (Trieste)
- Dott. Giuseppe Inama (Cremona)
- Dott. Adriano Murrone (Città di Castello)
- Dott. Antonio Raviele (Mestre)
- Dott. Massimo Santini (Roma)
- Dott. Massimo Zecchin (Trieste)

I vincitori, in ordine alfabetico, sono:

1. ENRICO BALDI (Pavia)
2. GIOVANNI MAZZOTTA (Gubbio)
3. LUCA SEGRETI (Pisa)



JEOPARDY GAME SESSION

Coordinatore: Michele Massimo Gulizia
ACC Italy Chapter Governor



I VINCITORI

- 1° classificato FRANCESCA DE ANGELIS (Perugia)
- 2° classificato DAVIDE SIRELLO (Genova)
- 3° classificato SABATO D'AMORE (Pavia)

messaggi di plauso giunti per le vie brevi, per l'elevato valore scientifico del Congresso, per il clima di faticosa e festosa partecipazione percepito e per l'entusiasmo dato dalla presenza di tantissimi giovani; è stato poi un appuntamento da non perdere l'incontro delle donne ANMCO con la Presidente ESC, che si è graziosamente prestata a impegnare ulteriori ore del proprio tempo a tal fine, con riscontri entusiastici da parte delle persone intervenute. Il Congresso è stato infine impreziosito dalla presenza in esposizione di ben 66 aziende, abbiamo anche dedicato ai presenti la possibilità di visitare lo stand della Co.Ge.A.P.S. (alla quale siamo grati

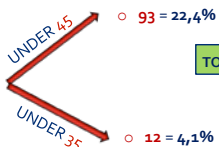
per la disponibilità) proponendo il servizio di informazioni sulla normativa ECM e di valutazione dei crediti individuali. In ultimo, ma non ultimi, i premi "classici" Maseri-Florio e Vincenzo Masini, che da sempre arricchiscono di significati il nostro Congresso, a cui si è aggiunto dallo scorso anno il premio Mario Chiatto, fungono infatti da riconoscimento e stimolo per i "nostri" giovani, a tal proposito non finiremo mai di ringraziare la disponibilità e sensibilità dei propositori che tanto stanno facendo per ANMCO e HCF. Ma il tempo non si ferma, per cui fatte le opportune riflessioni e assunta la giusta soddisfazione

per l'eccellente risultato del Congresso 2019, il CD ANMCO sta già elaborando il programma per il prossimo Congresso, che si svolgerà sempre a Rimini dal 28 al 30 maggio 2020; il leit-motiv scientifico sarà la Cardiologia di genere, ci saranno tante novità sul piano scientifico e associativo, ci siamo infatti già assicurati la presenza di prestigiosi ospiti internazionali, stiamo inoltre pensando di organizzare, in accordo con la Prof.ssa Casadei e con la nostra Area Giovani, una convention per qualificati giovani cardiologi europei. Prima di chiudere un doveroso e sentito grazie a tutti coloro che rendono possibili questi

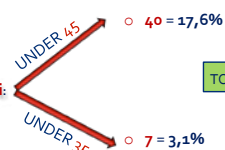
DATI «GIOVANI» IMPEGNATI AL CONGRESSO ANMCO 2019 RELATORI E MODERATORI



415 RELATORI (PAX) di cui:



225 MODERATORI (PAX) di cui:



Dott. Domenico Gabrielli relazione al Consiglio Direttivo e Consiglio Nazionale ANMCO - Luglio 2019

SOSTEGNO ECONOMICO



HANNO PARTECIPATO 66 AZIENDE SPONSOR

Dott. Domenico Gabrielli relazione al Consiglio Direttivo e Consiglio Nazionale ANMCO - Luglio 2019




eccellenti performance del nostro Congresso, quindi innanzitutto alle Responsabili e al personale dei Dipartimenti ANMCO e HCF, alla splendida organizzazione di Adria Congrex sia a livello di dirigenza che di personale a noi dedicato, a CNC tutta per gli effetti speciali che ci accompagnano insieme alla perfetta organizzazione informatica, infine alla Dirigenza e al personale del centro congressi, che ci consente di presentare una vetrina rutilante e funzionale alla nostra maggiore “vetrina” associativa, alla redazione di “Congress News Daily” che anche quest’anno ha

prodotto uno splendido notiziario e al gruppo del Sito WEB per l’impegno profuso. Consentitemi infine di rappresentarvi la soddisfazione mia personale e del CD tutto per aver trovato il modo di impreziosire ulteriormente il nostro Congresso, manifestando sensibilità e attenzione verso gli “ultimi”, abbiamo infatti donato una somma di 10.000 euro all’Opera di Sant’Antonio di Rimini che si occupa dell’assistenza agli indigenti, un gesto forse piccolo ma per noi di grande significato; abbiamo così finalizzato in modo degno una quota dei risparmi ottenuti grazie

alla sobrietà delle attività conviviali associative, da questo CD e da me fortemente voluta. Arrivederci a Rimini, ancora più numerosi, per il 51 Congresso ANMCO, nel frattempo continueremo a lavorare alacremente per la nostra amata Associazione, a presto nuovi aggiornamenti. ♥



DAL PRESIDENTE DELLA FONDAZIONE PER IL TUO CUORE

DI MICHELE MASSIMO GULIZIA, PRESIDENTE FONDAZIONE PER IL TUO CUORE;
STEFANIA ANGELA DI FUSCO, CHAIRPERSON AREA GIOVANI



Con la Banca del Cuore la prevenzione delle malattie cardiovascolari arriva al cuore della popolazione di Amatrice

Grazie al Truck Banca del Cuore la prevenzione diventa itinerante ed ogni tappa è una storia di solidarietà realizzata grazie alla collaborazione dei Cardiologi dell'ANMCO che prestano volontariamente le proprie competenze per lo screening cardiovascolare della popolazione.

Da oltre quattro anni la Fondazione per il Tuo Cuore - HCF Onlus attraverso il Progetto Nazionale di Prevenzione Cardiovascolare **Banca del Cuore**, coordinato dal Presidente della Fondazione Michele Massimo Gulizia, porta la prevenzione cardiovascolare nel cuore delle città italiane. Grazie al *Truck Tour* la prevenzione diventa itinerante e ogni tappa è una storia di solidarietà realizzata grazie alla collaborazione dei Cardiologi dell'ANMCO, che prestano volontariamente le proprie competenze per lo screening cardiovascolare della popolazione. Dal 27 al 29 settembre il jumbo Truck della Banca del Cuore si è fermato ad Amatrice, cittadina

duramente colpita dal recente terremoto e quindi ancora più sensibile alle iniziative di solidarietà in questo importante momento di ricrescita. Questa tappa, voluta "con tutto il cuore" dal Presidente ANMCO Lazio Giuseppe Pajes, è stata una preziosa occasione per promuovere concretamente la prevenzione delle malattie cardiovascolari tra i molti cittadini di Amatrice e tra i turisti, che tornano a popolarla con molta affezione nei week-end. Tutti loro hanno usufruito degli esami clinici completamente gratuiti che prevede la Banca del Cuore, ricevendo la "BancomHeart" personale, la speciale card che li abilita alla consultazione, 24 ore su 24, delle informazioni raccolte

La giornata mondiale del cuore ad Amatrice per il TUO cuore
27-29 settembre 2019

Campagna Nazionale di Prevenzione Cardiovascolare
Truck Tour Banca del Cuore 2019

In occasione della **Giornata Mondiale del Cuore** che si celebra il 28 settembre, vogliamo rendere Amatrice la portavoce nazionale di questa importante giornata.

Dal 27 al 29 settembre il "Progetto Nazionale di Prevenzione Cardiovascolare Banca del Cuore" raggiunge quindi con il proprio jumbo Truck la città di Amatrice, presso il **Palazzetto dello Sport** (Viale Saturnino Muzi, 4), dove effettuerà tre giorni di **screening Cardiovascolare** alla cittadinanza, in modo completamente gratuito.

Il progetto sarà tra la **BancomHeart**, la speciale card rilasciata a tutti i cittadini che partecipano all'iniziativa, grazie alla quale si può avere sempre a disposizione lo storico sanitario relativo al proprio cuore in modo semplice e intuitivo, 24 ore su 24, da qualunque parte del mondo, tramite computer, tablet o smartphone, perché custoditi in una "cassaforte" virtuale.

#BANCADEL CUORE2019
Per informazioni scaricate il codice o visita il sito www.periltuocuore.it

Con il Patrocinio di
Comune di Amatrice

PROGRAMMA INCONTRO AMATRICE | Sabato 28 settembre 2019

<p>Ore 10:00 Conferenza Stampa</p> <p>Presentazione dell'iniziativa di prevenzione e alla Autorità di Governo, civili, militari e religiosi.</p> <p>Modera il Dott. Nicola Colonna - Rai-04</p> <p>Ore 11:00 Evento di Consapevolezza alla Prevenzione Cardiovascolare</p> <p>Tavola Rotonda con i Cardiologi specialisti della Fondazione ANMCO</p> <p>Il Progetto di Amatrice</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'importanza dell'attività come prevenzione e come cura; - La prevenzione cardiaca come il modello di cura sempre; - Il ruolo del medico come salvataggio per il paziente in caso di infarto; - Quanto il cuore è fatto di tutto quello che vuole conoscere vale arrivare. 	<p>Ore 11:00 Conferenza Stampa</p> <ul style="list-style-type: none"> - Come il Diabete, questo agente è insidioso - Diagnosticare quando è opportuno in modo diretto partecipando - Partecipare al cuore come prevenzione partecipando il medico di tutta la comunità - Come il Diabete, questo agente è insidioso - Come il Diabete, questo agente è insidioso <p>Intervengono: Cardiologi Michele Massimo Gulizia - Presidente Fondazione per il Tuo Cuore Paolo Colonna - Presidente Nazionale ANMCO Giuseppe Pajes - Presidente Regionale ANMCO Lazio Aino Kivi, Alessandro Di Maria, Daniela Pongelli, Stefano Di Paolo, Silvio Padellaro, Fabio Trovati, Giovanni Pellegrini, Luigi Scaramella - CD ANMCO Lazio</p>
---	--



Il Truck di Banca del Cuore nel cortile del palazzetto dello sport di Amatrice

nel corso dello screening, dei dati socio-sanitari, del tracciato elettrocardiografico e dei parametri metabolici, collegandosi al sito internet della Banca del Cuore. Le tre giornate di screening cardiovascolare, coincidenti con la Giornata Mondiale del Cuore, sono state affiancate da iniziative mirate a diffondere la cultura della prevenzione. E infatti la Fondazione per il Tuo cuore ha messo in opera una vasta Campagna di sensibilizzazione mediatica sulla prevenzione delle malattie cardiovascolari realizzando, all'interno del Palazzetto dello Sport di Amatrice, e con la collaborazione del Sindaco Fontanella, del Vice Sindaco Bufacchi e dell'Assessore

Paganelli, una conferenza stampa nazionale moderata dalla Dott.ssa Nicoletta Carbone, giornalista di Radio24 e dal presidente Michele Gulizia. La conferenza stampa è stata l'occasione per presentare il Progetto della **Banca del Cuore** alla popolazione e alle autorità intervenute. In apertura la dottoressa Carbone ha dato lettura delle due importanti lettere ricevute dal Presidente della Fondazione da parte del Presidente della Repubblica Sergio Mattarella e dal Presidente del Consiglio dei Ministri Giuseppe Conte, entrambe testimonianza di ideale partecipazione e di apprezzamento da parte delle due più alte cariche di Stato per l'opera meritoria portata avanti dal 2015 dalla

La tappa di Amatrice è stata una preziosa occasione per promuovere concretamente la prevenzione delle malattie cardiovascolari tra i molti cittadini e i turisti che tornano a popolare Amatrice nei week-end.



Il Presidente Fondazione, Michele Gulizia, il Presidente ANMCO, Domenico Gabrielli, il Presidente ANMCO Lazio, Giuseppe Pajes e i Consiglieri del Consiglio Direttivo ANMCO Lazio si apprestano a dipingere la tela



Foto di gruppo Fondazione e ANMCO con il Sindaco di Amatrice, Antonio Fontanella, il Vicesindaco, Massimo Bufacchi e l'Assessore, Giambattista Paganelli

Fondazione HCF di ANMCO con il Progetto Nazionale di Prevenzione Cardiovascolare "Banca del Cuore". Il Dott. Alessio D'Amato, Assessore

alla Sanità della Regione Lazio, insieme alla più alta rappresentanza del Dipartimento Nazionale di Protezione Civile hanno

testimoniato l'impegno delle istituzioni a rispondere ai bisogni di assistenza socio-sanitaria dei cittadini di Amatrice. Il Sindaco di Amatrice, Antonio Fontanella, intervistato ha calorosamente ringraziato Michele Gulizia, Presidente della Fondazione per il Tuo Cuore, che portando ad Amatrice il Truck Tour della Banca del Cuore ha offerto un aiuto concreto alla popolazione. Molteplici espressioni di gratitudine sono state rivolte dal presidente Gulizia e dagli intervenuti anche a tutti i cardiologi dell'ANMCO che "con impegno e dedizione hanno speso tempo e professionalità per la popolazione amatriciana". Domenico Gabrielli, Presidente ANMCO, ha sottolineato l'importanza dell'operazione di cultura preventiva realizzata con il progetto Banca del Cuore, ricordando che la prevenzione è il primo passo per ridurre il rischio e la progressione delle malattie cardiovascolari. Amir Kol, direttore della Cardiologia dell'Ospedale di Rieti, si è unito al ringraziamento corale per aver portato un progetto così importante in una località simbolo degli eventi sismici degli ultimi anni e desiderosa di "rinascere". Nel pomeriggio di sabato 28 settembre si è svolta, inoltre, una tavola rotonda in cui i cardiologi della Fondazione per il Tuo cuore e di ANMCO hanno incontrato la popolazione con l'obiettivo di promuovere una maggiore consapevolezza del ruolo cruciale della prevenzione cardiovascolare. Il presidente della Fondazione Michele Gulizia, sulla base della popolazione scremata con



Il Presidente della Fondazione per il Tuo cuore, Michele Gulizia, consegna la tela al Sindaco di Amatrice Antonio Fontanella

la Banca del Cuore, ha presentato i dati relativi alla prevalenza dei fattori di rischio cardiovascolare nella popolazione italiana. Fabio Menghini ha illustrato il ruolo dell'ipertensione come fattore di rischio modificabile e Doriana Frongillo ha sottolineato l'importanza del diabete nell'incidenza delle malattie cardiovascolari. Giovanni Pulignano ha affrontato il tema dello scompenso cardiaco e Alessandro Danesi ha parlato dell'infarto del miocardio e della riabilitazione come percorso di cura prezioso

per il recupero post evento acuto. Stefania Di Fusco, infine, ha descritto una ampia panoramica su sport e dieta, strategie cardine per una prevenzione a 360 gradi. La chicca della giornata è stata la consegna al sindaco della città di Amatrice, da parte della Fondazione per il Tuo cuore, di una tela di 3x2,5 metri, raffigurante la rinascita della città e che ha fatto da sfondo a tutti gli eventi di incontro-dibattito svoltisi ad Amatrice. Al termine della Conferenza Stampa tutte le autorità, i giornalisti, e i cardiologi intervenuti hanno contribuito

alla personalizzazione della tela, sormontata dai loghi della Fondazione per il Tuo cuore e di ANMCO, che raffigura anche il Truck di **Banca del Cuore** nel "cuore" della città in ricrescita, lasciando la loro *pennellata* sul dipinto e contribuendo così al dripping della tela simbolo di solidarietà alla popolazione amatriciana.

La tela sarà esposta permanentemente nella sala consiliare del Comune di Amatrice. ♥



IFC e ESC: insieme per affrontare un futuro comune

Si è appena conclusa l'edizione 2019 del Congresso della Società Europea di Cardiologia e per l'Italian Federation of Cardiology è l'ora dei bilanci e dei programmi. Negli ultimi mesi, grazie alla rinnovata e intensa collaborazione tra l'ANMCO presieduta da Domenico Gabrielli e la SIC presieduta da Ciro Indolfi, l'Italian Federation of Cardiology ha preso nuovo slancio ed ha rinnovato e rilanciato in maniera importante la collaborazione con l'ESC di cui, vale la pena ricordarlo, l'Italia fa parte dei "constituent bodies" ed è uno dei maggiori azionisti. Nel 2019 su 74.457 membri ESC in regola con le quote associative gli italiani sono 5.457 e rappresentano il 7.3%, non poco se si considera che l'ESC è composta da 57 società nazionali! Le Cardiologhe rappresentano il 31% e complessivamente gli oltre 1.000 giovani under 40 sono il 20% degli italiani, con il numero dei nuovi iscritti significativamente aumentato nell'ultimo anno. Inoltre sono molti anche gli italiani Fellow ESC: in totale 210 che rappresentano il 6.5% del totale. Al congresso ESC 2019 di Parigi



hanno partecipato 123 italiani come relatori o moderatori (il 5.5%), 173 hanno presentato comunicazioni o poster e 172 hanno svolto il ruolo di grader. Dei 4.458 abstract accettati 154, cioè il 3.5%, sono italiani. Aldilà dei numeri l'Italia ha un ruolo importante nell'ESC ed è destinata ad avere un ruolo ancora più incisivo ora che è cardiologicamente unita, come è stato notato ed apprezzato recentemente anche dal Presidente ESC Barbara Casadei durante il congresso ANMCO di Rimini. La collaborazione IFC-ESC si articola in molti modi. Per esempio,

grazie al coordinamento di Aldo Maggioni, l'Italia è sempre stata in prima linea nella partecipazione ai registri EORP (EuroObservational Research Programme) di cui sono in corso, o pronti ad essere lanciati, quelli sulla Fibrillazione atriale (AF-III), sullo Scompenso Cardiaco (HF-III), sull'ACS-NSTEMI, sul multimodality imaging (EURECA), sulla durata della TAVI e sulla dissezione coronarica spontanea (SCAD) e speriamo di poter essere tra i primi a partire anche con l'Euro Heart Project, che rappresenta il tentativo di creare un grande database continentale sulla



falsariga dello SwedeHeart e del registro UK. L'Italia ha partecipato attivamente alla creazione dell'Atlas of Cardiology, che permette di confrontare le reti per la cura delle malattie cardiovascolari di 46 dei paesi membri, e fornisce un contributo significativo, a mio parere migliorabile, alla vita delle sette Associations, cioè delle società di settore affiliate all'ESC che riguardano sub-specialità come emodinamica (EAPCI), aritmologia (EHRA), prevenzione (EAPC), emergenza (ACCA), scompenso cardiaco (HFA), imaging (EACVI) e nursing (ACNAP), dei 15 Working

Groups e dei 6 dinamici Councils su Cardiologia pratica, Ipertensione, Basic Science, Valvulopatie, Cardioncologia e Stroke. A questo proposito il Direttivo IFC ha selezionato colleghi, ANMCO e SIC, che nel prossimo biennio saranno referenti per le Association: il loro ruolo sarà quello di portare in Europa le esperienze maturate nelle Aree e nei Working Group italiani, ANMCO e SIC, con cui dovranno tenere uno stretto contatto, e di rapportarsi con i colleghi italiani che già fanno parte a vario titolo dei Board. A tutto questo si aggiunge che due italiani Marco Metra e

Massimo Piepoli sono attualmente Editor di due riviste delle Associations, rispettivamente dello European Journal of Heart Failure, che è diventata la sesta rivista cardiologica al mondo per impact factor, e dello European Journal of Preventive Cardiology. Niente male, anche se sono convinto che l'Italia possa fare e debba pretendere di più, attraverso una più capillare presenza nella vita delle Associations e dei Working Groups (intanto inviando l'applicazione gratuita per farne parte), partecipando alla revisione, in atto, del meccanismo di cooptazione



degli estensori e dei revisori delle Linee Guida e promuovendo maggiormente a livello internazionale le nostre ricerche, i nostri modelli organizzativi, le nostre reti cliniche. Penso ad esempio alla valorizzazione di esperienze come quella di Piacenza vita, di una città che ha creduto nella diffusione capillare dei defibrillatori e che si sta mettendo in rete con le città europee che stanno sperimentando lo stesso modello. Oppure all'esperienza delle giornate di primavera sullo scompenso cardiaco dedicate ai caregiver, promosse da Massimo Piepoli, che quest'anno hanno avuto un particolare successo. Va inoltre favorito lo scambio culturale e la partecipazione dei nostri giovani a stage in altri centri di eccellenza europei, così come i nostri centri di eccellenza devono presentare domanda presso l'ESC per essere accreditati come centri di riferimento e sede di stage per tanti altri giovani colleghi, provenienti dall'Europa, ma anche dal bacino mediterraneo e dai paesi emergenti. Bisogna riconoscere

all'ESC una forte capacità di sapere interpretare i tempi nuovi e intercettare l'innovazione, e in quest'ambito è avvincente la sfida lanciata quest'anno con la Digital Health Care e la realizzazione il prossimo 5-6 ottobre del primo Digital Summit Europeo a Tallin, dove si farà il punto sull'evoluzione della Cardiologia Digitale, che significa tante cose, dal remote-monitoring e alla mobile-health, dall'implementazione dei big-data all'intelligenza artificiale. In quest'ambito l'Italia sarà in prima fila, sia nel presentare esperienze, seppure ancora embrionali, sia per ascoltare e raccogliere idee da portare a casa e sviluppare nel prossimo futuro. Tra le esperienze presentate in anteprima europea ci sarà l'app realizzata da Andrea Mortara e i colleghi dell'Area Scompenso Cardiaco dell'ANMCO, che potrebbe diventare un tool europeo che, tradotto in tutte le lingue, potrebbe essere messo a disposizione dei pazienti con scompenso cardiaco dell'intero continente. Infine un ultimo accenno va fatto a quanto sta

facendo l'ESC per trovare nuove forme di finanziamento della ricerca e dei progetti innovativi. L'ESC, e questo può costituire un esempio anche per l'Italia, sta seguendo due direzioni: sta implementando i rapporti con Bruxelles e con la Comunità Europea per diventarne partner privilegiato nella realizzazione di progetti di ricerca nell'ambito cardiovascolare, il che significa poter disporre di un apparato che favorisca e renda più efficace e tempestiva la partecipazione ai bandi europei, e contemporaneamente sta implementando l'advocacy, cioè la promozione tra cittadini, enti finanziatori e politici di una maggiore consapevolezza sulla necessità di investire nel campo delle malattie cardiovascolari (in genere penalizzate rispetto ad altre specialità come l'oncologia o la neurologia) che sono la prima causa di mortalità nel mondo occidentale, primato che purtroppo è destinato a consolidarsi negli anni futuri. ♥



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	Inizialmente 5 anni poi prolungato a 10	chiuso	Newsletter
COMPASS in collaborazione con Population Health Research Institute, Hamilton COMPASS-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	
ISCHEMIA In collaborazione con New York University	14 (351)	378 (5.000-6.000)	146 + 62 CKD (5.179 + 777 CKD)	Fino a 30-06-2019	chiuso	
COLCOT In collaborazione con il Montreal Health Institute	19 (164)	750 (4.500)	539 (4.746)	Event driven	chiuso	
Registro G-CHF (osservazionale)	9 (273)	750 (25.000 circa)	524(22.167)	24 mesi	In corso (solo sottoprogetto)	
COPE (osservazionale)	193	5.000	2.869	30 giorni	In corso	
MATADOR-PCI (osservazionale)	84	500	491	6 mesi	In corso	
BLITZ-AF CANCER	19 (0)	800 (1.500)	14/0	1 anno	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



FOCUS ON

Global Congestive Heart Failure (G-CHF)

Lo scompenso cardiaco è una sindrome clinica in aumento in tutto il mondo soprattutto per l'invecchiamento della popolazione. Ad oggi tuttavia non esistono studi che ne descrivano, in una prospettiva globale mondiale, le caratteristiche demografiche, gli aspetti socioeconomici, clinici, diagnostici e gestionali, le diverse eziologie, i biomarcatori, le comorbidità, i trattamenti, la qualità della vita, le difficoltà/disuguaglianze di cura e gli outcome.

In questa ottica si inserisce il G-CHF, studio osservazionale prospettico con follow-up a lungo termine promosso dalla McMaster University di Hamilton (Canada) e coordinato a livello internazionale da PHRI (Population Health Research Institute).

Il coordinamento degli 8 centri Italiani e di 1 centro svizzero è stato affidato al Centro Studi ANMCO della Fondazione per il Tuo cuore.

Lo studio è partito a fine 2016, il primo paziente è stato arruolato il 20 Dicembre 2016 in Canada, con l'obiettivo di arruolare 20.000-

25.000 pazienti con scompenso cardiaco in un periodo di circa 5 anni da parte di circa 200 centri distribuiti in Nord America, Sud America, Europa, Africa, Asia e Medio Oriente.

L'arruolamento è stato interrotto precocemente, a fine 2018, visto il grande successo nell'inclusione di pazienti che ha consentito di raggiungere il target pianificato con alcuni anni di anticipo.

È ora in corso il follow-up, atteso di almeno due anni per tutti i pazienti arruolati, contattati telefonicamente a 6 e 18 mesi dall'arruolamento, e convocati per una visita clinica a 12 e 24 mesi.

All'ingresso, oltre agli usuali dati clinici raccolti negli studi nei pazienti con scompenso cardiaco, sono stati valutati aspetti socio-economici, di qualità della vita, le eventuali barriere ai percorsi raccomandati di cura e le caratteristiche dei diversi sistemi sanitari dei paesi partecipanti.

L'outcome primario è la mortalità per ogni causa, gli outcome secondari sono gli eventi cardiovascolari maggiori non fatali determinanti o meno l'ospedalizzazione del paziente.

Il protocollo prevedeva inoltre un sottostudio: in circa 5.000 pazienti, inseriti nel progetto principale,

vengono inoltre raccolte misure di fragilità, di funzione cognitiva e polmonare, di salute mentale, di aderenza ai trattamenti, di valutazione nutrizionale, con prelievo e stoccaggio di campioni di sangue e urine per l'analisi centralizzata. Questi aspetti sono generalmente poco esplorati e descritti dalla letteratura scientifica disponibile sullo scompenso cardiaco.

Il sottostudio è stato attivato in un secondo momento e l'arruolamento è ancora in corso: i centri partecipanti anche a questa parte del protocollo possono includere nuovi pazienti se questi accettano di partecipare sia allo studio principale che al sottostudio, e proporre il sottoprogetto a pazienti arruolati precedentemente.

Al 30 agosto 2019 sono stati inseriti nello studio 22.167 pazienti a livello internazionale, di cui 1.979 nel sottostudio, e 524 in Italia e Svizzera, di cui 73 nel sottostudio, dai 9 centri partecipanti, di cui 5 con arruolamento ancora in corso in quanto impegnati nel sottoprogetto. ♥



Domenico Gabrielli

PRESIDENTE

DOMENICO GABRIELLI

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



Pasquale Caldarola

VICE-PRESIDENTE

PASQUALE CALDAROLA

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



Adriano Murrone

VICE-PRESIDENTE

ADRIANO MURRONE

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



Andrea Di Lenarda

PAST-PRESIDENT

ANDREA DI LENARDA

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



Furio Colivicchi

PRESIDENTE DESIGNATO

FURIO COLIVICCHI

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



Serafina Valente

SEGRETARIO GENERALE

SERAFINA VALENTE

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



Loris Roncon

TESORIERE

LORIS RONCON

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



Vincenzo Amodeo

CONSIGLIERE

VINCENZO AMODEO

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



Giuseppina Maura Francese

CONSIGLIERE

GIUSEPPINA MAURA FRANCESE

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



Nadia Aspromonte

CONSIGLIERE

NADIA ASPROMONTE

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



Massimo Imazio

CONSIGLIERE

MASSIMO IMAZIO

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



Manlio Cipriani

CONSIGLIERE

MANLIO CIPRIANI

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



Fortunato Scotto di Uccio

CONSIGLIERE

FORTUNATO SCOTTO DI UCCIO

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



Stefano Domenicucci

CONSIGLIERE

STEFANO DOMENICUCCI

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



Stefano Urbinati

CONSIGLIERE

STEFANO URBINATI

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



DAL CONSIGLIO DIRETTIVO

DI GIUSEPPE MODUGNO, PASQUALE CALDAROLA,
DOMENICO GABRIELLI



Campagna Educazionale Nazionale DOAC NOW

Una app patrocinata da ANMCO a servizio degli associati

Numerose evidenze hanno documentato l'efficacia e la sicurezza dei DOACs nel trattamento dei pazienti con Fibrillazione Atriale non Valvolare. Da ormai 5 anni i DOACs sono entrati nella pratica clinica, ma vi è ancora un largo utilizzo degli AVK spesso per inerzia terapeutica o

per vincoli regolatori. È necessario approfondire i risultati delle solide evidenze derivanti dai Trial Randomizzati e dai Registri Real World per evidenziare i punti di forza del trattamento con i DOACs e proporre un trattamento personalizzato nei diversi contesti clinici. Per superare le criticità

evidenziate nel monitoraggio e follow-up dei pazienti in DOACs, l'ANMCO ha inteso offrire ai propri associati strumenti di guida pratica e materiali di supporto per un follow-up ben strutturato, organizzando un evento formativo nazionale centrato su queste tematiche (Figura 1).

1 incontro Bologna 6 giugno 2019
1 incontro Roma 7 giugno 2019
1 incontro Mestre (VE) 20 giugno 2019
1 incontro Reggio Calabria 12 settembre 2019
1 incontro Bari 13 settembre 2019
1 incontro Torino 20 settembre 2019



Calendario dei 6 incontri macroregionali

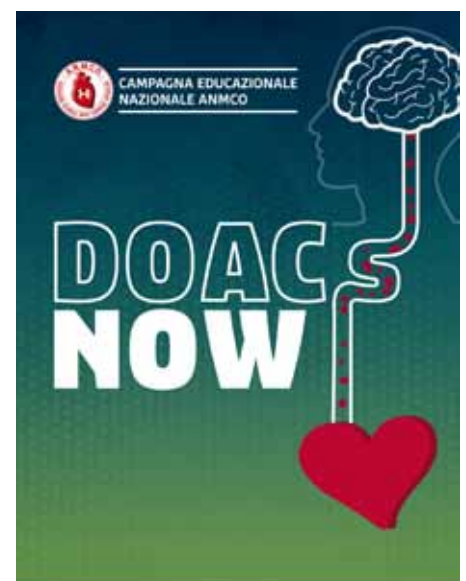


Figura 1: Locandina della campagna educativa nazionale DOAC NOW



Uno scatto della platea dall'incontro di Bari del 13 settembre 2019

La Campagna Educazionale Nazionale (CEN), realizzata con il supporto non condizionante di BMS-Pfizer, si è composta di sei incontri formativi nel periodo giugno-settembre 2019. Le varie edizioni, svoltesi a Bologna, Roma, Mestre, Reggio Calabria, Bari e Torino hanno visto la partecipazione coinvolta ed attiva di un numero di colleghi ben superiore a quello preventivato. **Dai RCT ai dati del mondo reale**

Il programma degli incontri formativi era articolato in due sezioni. In quella mattutina, partendo dalla disamina dei risultati dei trial registrativi, è stato approfondito il contributo dei Registri Real World, sottolineando gli aspetti utili ad orientare una

sceita personalizzata del DOAC. Sono stati esaminati i contributi degli studi più recenti, con particolare riferimento all'utilizzo della doppia e triplice terapia, ed è stato fatto un cenno agli studi ongoing che ci consentiranno di avere nuove ed interessanti informazioni relative all'uso dei DOAC in situazioni che ancora oggi rappresentano aree di incertezza come la TAVI, il paziente oncologico, l'insufficienza renale end stage e la dialisi. La sessione del mattino si concludeva con una revisione critica ed aggiornata dell'uso dei DOAC nel paziente anziano e nel paziente con insufficienza renale, temi di attualità e con conoscenze ancora in evoluzione.

Strumenti per migliorare l'aderenza e la persistenza nell'uso dei DOACs

Nella sezione pomeridiana è stato affrontato il tema non ancora del tutto adeguatamente considerato dell'aderenza al trattamento che, come noto, correla in maniera inversamente proporzionale agli esiti ed ai costi economici. In particolare, a partire dai dati degli studi registrativi e del mondo reale, sono affrontati alcuni aspetti condizionanti l'aderenza e persistenza, per concludere con approfondimenti in merito all'affinamento del counseling e del rapporto medico-paziente, proponendo strumenti innovativi che consentano il monitoraggio a distanza ed il follow-up. Il tema dell'aderenza ha costituito il preambolo alla presentazione, attraverso esercitazioni pratiche, di un software dedicato alla gestione della terapia anticoagulante orale (TAO), sia essa condotta con anticoagulanti diretti quanto con gli antagonisti della vitamina K. **TAO NAVIGATOR 2.0: traduzione facilitata ed operativa di un PDTA per la gestione della TAO** Si tratta di un applicativo disponibile ed utilizzabile su piattaforma web, su smartphone Android e iOS, prodotto dalla Azienda Sanitaria Locale della Puglia "ASL BT" con l'endorsement dell'ANMCO. Un esempio virtuoso di collaborazione ed interazione sinergica della nostra società scientifica con una Azienda Sanitaria Locale, con l'obiettivo comune di fornire strumenti di libero accesso, che svolgano al



Figura 2: App TAO Navigator

contempo un ruolo formativo ed operativo, a disposizione di tutta la comunità medica. Questo strumento è strutturato in maniera da poter essere utilizzato non solo dagli specialisti cardiologi ma anche per essere di supporto in qualsiasi contesto specialistico medico o chirurgico oltre che nei dipartimenti di emergenza. La pratica clinica quotidiana è ormai pesantemente condizionata da numerose incombenze burocratiche ed amministrative che spesso ci distolgono dalla prioritaria attenzione alle indicazioni delle LG, sempre più spesso tradotte in PDTA. Questi ultimi, ormai numerosi su tutto il territorio

nazionale, spesso rimangono astratti dalla implementazione nella realtà clinica. Il progetto “TAO Navigator” è nato con l’intendimento di rendere operativo un PDTA aziendale per la gestione della TAO, deliberato nella ASL BT nel 2013, implementando uno strumento informatico di rapida consultazione, fruibile su piattaforma web o con una APP disponibile su smartphone scaricabile dal sito www.taonavigator.it. (Figura 2). La stessa è aperta ad integrazioni ed aggiornamenti basati sulle recenti acquisizioni scientifiche. L’indice del “TAO Navigator” include la descrizione dei seguenti item (Figura 3):

- **Prescrizione - interazioni farmacologiche** in cui sono riportati i criteri prescrittivi dei DOAC oltre alla descrizione delle interazioni farmacologiche.
- **Problematiche mediche** nelle quali sono riprodotti i suggerimenti previsti per la TAO in area cardiologica, neurologica ed oncologica.
- **Problematiche chirurgiche** in cui vengono esposti suggerimenti in funzione del rischio emorragico, rischio tromboembolico e tipo di trattamento chirurgico o indagine invasiva.
- **Emorragie ed antidoti** sezione contenente le indicazioni del ISTH con relativi suggerimenti pratici per la gestione delle complicanze emorragiche e per l’utilizzo degli antidoti.
- **Diagnostica di laboratorio** in cui sono specificate le diagnostiche di laboratorio utili soprattutto nel caso di utilizzo dei DOACs.

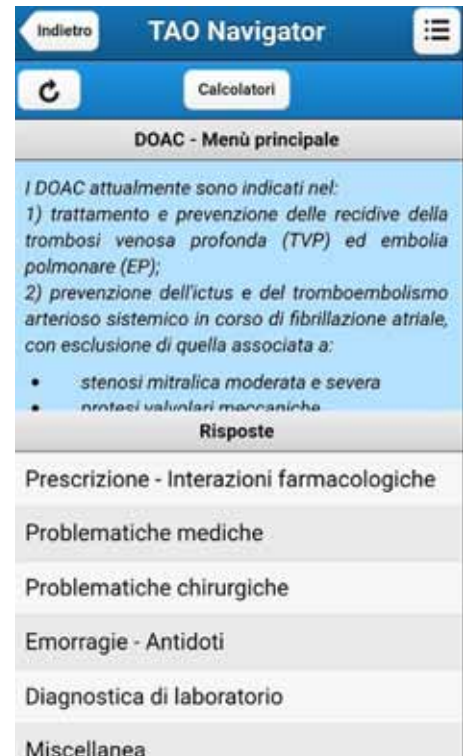


Figura 3: App TAO Navigator, Menù principale

Calcolo	Esito	Eve/Risc
Cockcroft-Gault	52 ml/min	-
CHA ₂ DS ₂ Vasc	4	4%
HASBLED	2	5,8%
CHILD-PUGH	A	5
Risc. Emor. proc.	ALTO	-
Risc. Tromb.	BASSO	<5% anno
PCC 4f - DOAC	3750 U.I.	n.a.
PCC 4f - AVK	-	-

Figura 4: App TAO Navigator, Pagina calcolatori



Regione Coinvolte Partecipanti	Città	Data	Sede
Emilia Romagna, Marche, Toscana	BOLOGNA	06/06/2019	Hotel NH Bologna de la Gare
Campania, Lazio, Sardegna, Umbria	ROMA	07/06/2019	Grand Hotel Palatino
Friuli Venezia Giulia, Trentino Alto Adige, Veneto	MESTRE	20/06/2019	Best Western Plus Quid Hotel
Calabria, Sicilia	REGGIO CALABRIA	12/09/2019	Grand Hotel Excelsior
Abruzzo, Basilicata, Molise, Puglia	BARI	13/09/2019	The Nicolaus Hotel
Liguria, Lombardia, Piemonte, Valle d'Aosta	TORINO	20/09/2019	Starhotels Majestic

Calendario con date e località degli incontri macroregionali

• **Miscellanea** che include la descrizione delle modalità per il passaggio tra anticoagulanti diversi, ed i comportamenti da assumere in caso di dose assunta dubbia, doppia, mancata o di overdose, modalità di segnalazione degli eventi avversi, follow-up. Minuziosamente descritta è la fase prescrittiva nella quale sono facilmente tracciabili, oltre alle indicazioni per il corretto dosaggio, anche controindicazioni, interazioni farmacologiche, comprese quelle con i farmaci oncologici ed antiepilettici, diagnostica di laboratorio utilizzabile per ciascuno dei 4 DOACs in commercio, foglietti riassuntivi delle caratteristiche di tutti i farmaci segnalati nei vari percorsi ed antidoti utilizzabili. Durante tutte le varie fasi sono poi disponibili numerosi link per la individuazione, estrazione e stampa dei più importanti riferimenti bibliografici utilizzati a supporto, oltre ai link utili per gli accessi diretti ai siti AIFA per la redazione del piano terapeutico e la

comunicazione degli eventi avversi. Sono immediatamente disponibili i calcolatori quali Cockcroft-Gault, CHA2DS2vasc, HASBLED, CHILD PUGH, rischio emorragico periprocedurale e tromboembolico globale, calcolatore della dose di PCC 4f per i DOACS e per gli AVK (Figura 4).

Per agevolare, accelerare, favorire e migliorare la comunicazione tra prescrittore e MMG, con pochi passaggi e completando i campi predisposti, vi è la possibilità di trasferire su cartaceo o trasmettere con e-mail una lettera nella quale si forniscono informazioni sul farmaco prescritto, associando una breve sintesi delle maggiori interazioni farmacologiche ed i suggerimenti del follow-up.

La compilazione della “Scheda paziente”, inoltre, consente di fornire al paziente ed al MMG uno strumento semplice che funge da promemoria, nel quale il prescrittore può impostare e programmare la periodicità del follow-up clinico e di laboratorio personalizzato per ogni singolo

paziente. Il terzo prodotto editabile è il referto per consulenze per la gestione della TAO. Quest’ultimo è uno strumento di sintesi che raccoglie gli esiti dei calcolatori editati, la possibilità di inserire una breve anamnesi e di riportare i suggerimenti precedentemente copiati con un semplice “click”. Il consulente è in grado di rispondere ai quesiti posti, quali ad esempio la eventuale necessità di sospendere e riprendere la TAO in previsione di un intervento di elezione, fornendo un referto che sarà poi stampato, firmato e consegnato al richiedente. Si tratta in definitiva di uno strumento che raccoglie insieme in sé potenzialità formative, integrazione con gli strumenti amministrativi, facilitazione della comunicazione tra professionisti, possibilità di riprodurre agevolmente risposte a quesiti complessi mediante una metodologia deduttiva, ma soprattutto introduce un modello che permette la concreta applicazione di un PDTA. ♥



Rischio Cardiovascolare e Lupus Eritematoso Sistemico

Un lavoro di squadra per la gestione appropriata del LES

Lo Lupus Eritematoso Sistemico (LES) è una patologia immuno-mediata che colpisce prevalentemente il sesso femminile. Il rapporto tra femmine e maschi è di 8:1 nell'età fertile e scende a 2:1 in età pediatrica e dopo i 60 anni. L'incidenza della malattia è di 2-5 nuovi casi su 100.000 persone/anno e la prevalenza di 28-50 pazienti per 100.000 persone. La prognosi di questa malattia è progressivamente migliorata grazie all'innovazione dei percorsi diagnostici e dei presidi terapeutici attualmente disponibili. Tra le problematiche cardiologiche correlate alla malattia sta progressivamente prendendo corpo l'evidenza che la malattia cardiovascolare aterosclerotica rappresenta una frequente causa di morbilità e costituisca la causa più frequente di mortalità⁽¹⁾. L'aterosclerosi nel LES non può essere spiegata sulla base dei soli fattori di rischio tradizionali, ma anche da specifiche alterazioni, peculiari del LES. Le alterazioni dell'immunità innata e competente rappresentano un fattore eziopatogenetico per i processi aterosclerotici e lo "stress

ossidativo" vi contribuisce in modo rilevante. Le specie reattive di ossigeno (ROS) rappresentano un meccanismo comune tra fattori di rischio standard e il lupus per l'induzione dell'arteriosclerosi⁽²⁾. Una serie di studi clinici ha rilevato, nei pazienti affetti da LES, un aumento dello stress ossidativo rispetto alla popolazione generale, che è direttamente proporzionale all'attività di malattia⁽³⁾. La presa di coscienza di questo specifico meccanismo fisiopatologico del precoce invecchiamento del cuore consente di aprire nuove prospettive diagnostiche e terapeutiche. La conoscenza dei meccanismi fisiopatologici dello stress ossidativo nei pazienti con LES, unitamente al loro precoce riconoscimento prevalentemente con valutazione FMD (Flow Mediated Dilatation)⁽⁴⁾, possono consentire di porre in atto concrete azioni per prevenirlo e ridurlo. Una serie di studi clinici ha dimostrato che nutraceutici (Vitamina D, Omega3, Curcuma, Boswellia, ecc.) in grado di abbattere lo stress ossidativo sono benefici sulla malattia e sulle

complicanze cardiovascolari del LES⁽⁵⁾. La Medicina Integrata è stata definita come una fusione della Medicina Accademica con la Medicina Complementare⁽⁶⁾; essa consente di offrire al paziente il meglio delle scoperte scientifiche e dei presidi terapeutici della Medicina Accademica in associazione ai presidi della Medicina Complementare (agopuntura, medicina tradizionale cinese, medicina ayurvedica, ionorisonanza, shiatsu, musicoterapia, yoga, psicoterapia, dieta antiossidante, ecc.), nell'ambito di una visione olistica del paziente. La definizione che la Duke University dà della Medicina Integrata è la seguente: *"La medicina integrata è un approccio terapeutico che pone il paziente al centro e affronta l'intera gamma di dinamiche fisiche, emotive, mentali, sociali, spirituali e ambientali che influiscono sulla salute di una persona. Impiega una strategia personalizzata che considera le condizioni, i bisogni e le circostanze del paziente. Utilizza gli interventi più appropriati e una serie di discipline scientifiche per guarire le malattie e aiutare le persone a ritrovare e*



a mantenere la salute ottimale”.

Grazie alla collaborazione tra il Dipartimento di Cardiologia dell'ASL 3 Genovese, in particolare il Servizio di Cardiologia dell'Ospedale Andrea Gallino di Genova Pontedecimo, e il Centro di Immunologia Clinica presente nello stesso Ospedale e che ha trasferito sul Territorio Metropolitano Genovese le conoscenze e competenze cliniche della Scuola di Ematologia Genovese (presso la Ematologia diretta dal Professor Marmont è stato attuato il primo trapianto di midollo in Italia), è nato un progetto di collaborazione finalizzato alla diagnosi precoce e appropriata gestione delle complicanze cardiovascolari nei pazienti affetti da malattie autoimmuni. Il progetto, che coinvolge immunologi, cardiologi, medici di medicina generale e operatori della Medicina Integrata, è rivolto alla valutazione di pazienti affetti da LES. Dal 2012 è infatti attivo un ambulatorio di Immunologia Clinica che dal 2014 utilizza la Medicina Integrata e in collaborazione con il Dipartimento di Cardiologia ha sviluppato un particolare

interesse per le complicanze cardiovascolari delle malattie autoimmuni. Attualmente presso questo ambulatorio sono seguiti centoventicinque pazienti affetti da LES. Nel follow-up del paziente con LES è necessario il monitoraggio cardiologico allo scopo di prevenire e diagnosticare precocemente le complicanze cardiovascolari; a tal scopo prescriviamo periodici controlli clinico-strumentali che includono eco-Doppler TSA, ECG e ecocardiogramma ai quali si affiancano una valutazione immunologica e un'analisi della funzione endoteliale con FMD-Flow Mediated Dilatation che consiste nello studio dell'arteria brachiale con un ecografo ad alta risoluzione, dotato di una sonda vascolare ad alta frequenza (7-12 Mhz). L'FMD è calcolata come incremento percentuale del diametro dell'arteria durante la fase di iperemia reattiva rispetto ai valori basali ⁽⁴⁾.

Meccanismi per inibire lo stress ossidativo

La Medicina Integrata utilizza una serie di presidi capaci di ridurre lo stress ossidativo: la ionorisonanza (esposizione del paziente a ELF/

EMF - Extremely Low Frequency/ ElectroMagnetic Fields) ⁽⁷⁾ ed il supporto dietetico con diete “antiossidanti/antiinfiammatorie”⁽⁵⁾ possono incidere in modo efficace sulla riduzione dei ROS. Una serie di studi clinici ha rilevato una riduzione dello stress ossidativo grazie ad una regolare attività fisica aerobica⁽⁸⁾. Abbiamo rilevato in questi pazienti un miglioramento della qualità di vita con il questionario dedicato SF-36 (www.globeweb.org/documenti/pdf/generici_sf36.pdf) e una riduzione dell'apporto farmacologico con l'uso della Medicina Integrata. Ad integrazione di questa attività clinica svolta presso l'Ospedale Andrea Gallino di Genova Pontedecimo è stata realizzata un'attività di aggiornamento e formazione dei medici di medicina generale tramite un corso di formazione accreditato ECM dalla Struttura di Aggiornamento e Formazione dell'ASL 3 Genovese in collaborazione con l'Ordine dei Medici e Odontoiatri della Provincia di Genova. Riteniamo che una corretta sensibilizzazione della Medicina Generale ed un suo sempre più attivo coinvolgimento



**La Medicina Integrata,
fusione della Medicina
Accademica con la
Medicina Complementare,
utilizza una serie di
presidi capaci di ridurre lo
stress ossidativo**

**Il danno cardiovascolare
ossidativo è aumentato
nei pazienti affetti da LES
e sono indispensabili una
serie di interventi (terapie
e stile di vita) per ridurre
la pericolosità**

nel progetto possano contribuire a migliorare la gestione dei pazienti affetti da LES. Alla tavola rotonda che ha concluso il corso, hanno partecipato i rappresentanti regionali di società scientifiche cardiologiche: Marco Botta, Presidente ANMCO Liguria, Laura Casalino, Presidente ARCA Liguria, Annamaria Nicolino, Delegato GISE Liguria, segno di quella sinergia intersocietaria promossa dal Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Liguria e sintetizzate nell'acronimo TEAM: Together Everyone Achieves More. In conclusione, riteniamo che un modello di diagnosi e cura dei pazienti affetti da LES che, oltre ad un completo inquadramento clinico, includa l'analisi della funzione endoteliale, un appropriato utilizzo della Medicina Integrata, un corretto impiego di integratori dietetici antiossidanti, una dieta ricca in nutraceutici in grado di equilibrare la flora batterica intestinale, ed infine una adeguata attività fisica aerobica, possano migliorare la qualità di vita e ridurre l'incidenza di complicanze cardiovascolari. ♥

- 1) Björnådal L, Yin L, Granath F, Klareskog L, Ekbom A. Cardiovascular disease a hazard despite improved prognosis in patients with systemic lupus erythematosus: results from a Swedish population based study 1964–95. *J Rheumatol.* 2004;31:713–9.
- 2) Kattoor AJ, Pothineni NVK, Palagiri D, Mehta JL. Oxidative stress in atherosclerosis, *Curr Atheroscler Rep.* 2017 Sep 18;19(11):42
- 3) Wang G, Pierangeli SS, Papalardo E, et al. Markers of oxidative and nitrosative stress in systemic lupus erythematosus: correlation with disease activity. *Arthritis Rheum* 2010;62: 2064–72
- 4) Palmieri V, Russo C, Pezzullo S, et al. Relation of flow-mediated dilation to global arterial load: Impact of hypertension and additional cardiovascular risk factors. *Int J Card* 2011;152:225-30
- 5) Constantin M, Nita JE, Olteanu R, et al. Significance and impact of dietary factors on systemic lupus erythematosus pathogenesis (Review). *Exp Ther Med* 2019;17:1085-90
- 6) Diehl V: The bridge between patient and doctor: the shift from CAM to integrative medicine. *Hematology* 2009; 320. Review
- 7) Raggi F, Vallesi G, Rufini S, et al. ELF magnetic therapy and oxidative balance. *Electromagn Biol Med.* 2008;27:325-398
- 8) Radak Z, Chung HY, Koltai E, et al. Exercise, oxidative stress and hormesis (Review). *Ageing Res Rev*, 2008, 7: 34-42



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

Martina Nesti (Arezzo)

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

Giuseppe Galati (Milano)

Annamaria Iorio (Bergamo)



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 Cocozza (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)



Utilizzo dell'imaging cardiaco nella Fibrillazione Atriale: fotografia della realtà italiana

I dati della Web Survey ANMCO

La Fibrillazione Atriale (FA) è un'aritmia con un'elevata incidenza nella popolazione generale, con incidenza esponenziale per età (dal 6% nei soggetti > 60 anni con incremento doppio nelle decadi successive), che ha visto negli ultimi anni una crescente disponibilità di opzioni diagnostiche (imaging) e terapeutiche (sia farmacologiche che interventistiche). L'utilizzo della rete e più recentemente dei social network, rispetto al passato, permettono di avere a disposizione sempre più dati scientifici in un tempo breve e con un canale comunicativo privilegiato. La

somministrazione di questionari on line (Web Survey) rappresenta uno strumento molto utilizzato dalle società scientifiche per raccogliere rapidamente grandi quantità d'informazioni e valutare, per esempio, le differenze di disponibilità tecnologiche, opzioni terapeutiche e pratica clinica. L'analisi di questi dati fornisce un utile mezzo di osservazione delle diverse realtà italiane seppur limitato alla percentuale di adesione. La Web Survey sull'utilizzo dell'imaging cardiaco nella FA, proposta dall'Area CardioImaging ANMCO nel maggio 2018, nasce con lo scopo

di fotografare le modalità di utilizzo delle metodiche di imaging cardiaco, dalle più semplici a quelle più avanzate, nell'ambito della patologia aritmologica più diffusa nella popolazione generale (Figura 1). Per raggiungere l'obiettivo è stata inviata a tutti i Soci ANMCO una e-mail in cui veniva chiesto di compilare in forma anonima un questionario relativo alle opzioni diagnostiche e terapeutiche disponibili nella struttura di appartenenza, in particolare l'utilizzo di metodiche di imaging avanzato: Ecocardiografia transtoracica (ETT) 3D e Strain, Ecocardiografia



Figura 1

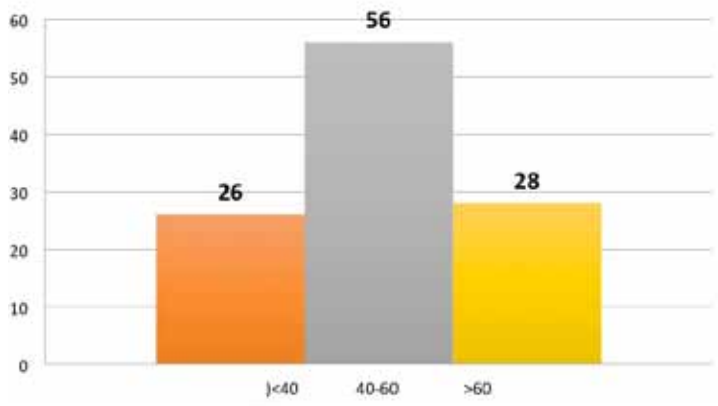


Figura 2 - Cardiologi partecipanti divisione per età

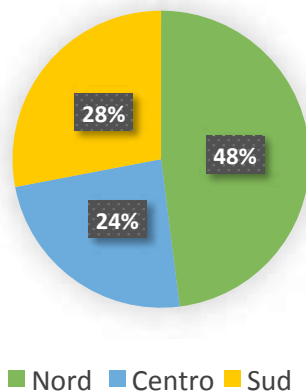


Figura 3 - Distribuzione Geografica dei centri aderenti alla Survey

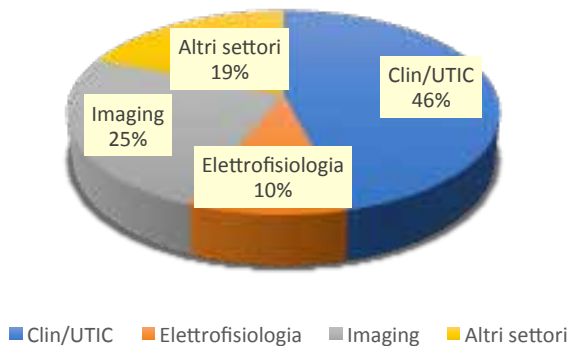


Figura 4 - Attività prevalente dei cardiologici partecipanti

transesofagea (ETE) 2D-3D, TC cuore e RM cardiaca. Sono state inserite inoltre domande specifiche sull'area geografica di provenienza, il tipo di centro e l'età del medico compilatore; successivamente sono state indagate le possibilità di cura del centro nell'ambito della FA. Analizzando le risposte ai questionari è emersa una maggiore partecipazione dei colleghi nella fascia di età tra i 40 ed i 60 anni, mentre la quota dei Cardiologi under 40 ed over 60 è stata nettamente inferiore (Figura 2). La partecipazione ha presentato una collocazione geografica differenziata con maggiore partecipazione delle regioni del nord (48%), mentre la partecipazione delle regioni del centro e del sud è stata simile (rispettivamente 24% e 28%) (Figura 3). La maggior parte dei Cardiologi che hanno risposto lavorano in reparti di Cardiologia/UTIC (46%) mentre solo il 25% svolge la sua attività prevalente nell'ambito dell'imaging, il 10% in laboratorio di elettrofisiologia, il 19% in altri settori (Figura 4). Gran parte dei partecipanti 76% (84/111) lavora in strutture con laboratorio di elettrofisiologia, circa il 50% dei partecipanti lavora in un centro con un laboratorio di emodinamica, solo il 28% dei partecipanti ha nei propri centri un reparto di cardiocirurgia. Il 67% dei partecipanti ha nel proprio centro strumenti di imaging avanzati quali ETT 3D e Strain. Nell'89% dei centri viene eseguita l'ETE, nel 58% è disponibile la metodica 3D, mentre solo il 27% (30) dei centri ha la

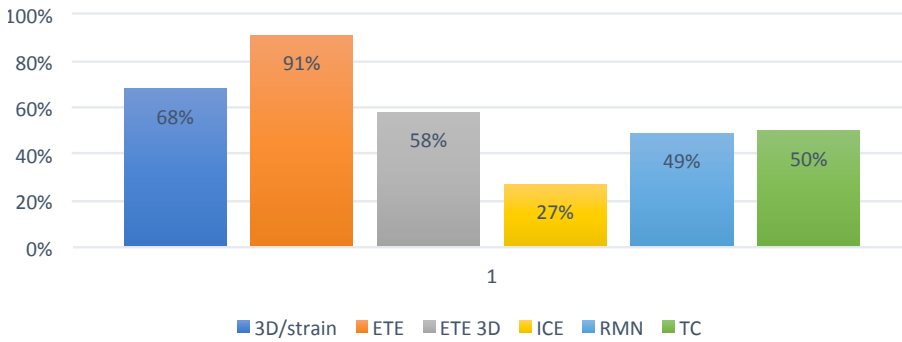


Figura 5 - Tecniche di imaging nei pazienti con FA nei centri cardiologici italiani

possibilità di eseguire anche l'eco intracardiaco (ICE), tale metodica è presente in tutti centri che hanno elettrofisiologia. Il 50% circa dei centri ha la possibilità di eseguire anche la RM cardiaca e la TC cardiaca (Figura 5). Facendo una sotto-analisi dividendo la nostra popolazione generale in due gruppi ovvero centri con elettrofisiologia versus centri senza (84 vs 27), è emerso che i centri con elettrofisiologia a fronte di uno stesso utilizzo di strumenti come ETT 3D e Strain (66% vs 55%), hanno una maggiore disponibilità di tecniche avanzate quali ETE sia 2D che 3D e di TC e RM cardiaca. Infatti, i centri con elettrofisiologia eseguono nel 95% ETE (vs 66%), nel 63% ETE 3D (vs 37%), hanno TC cardiaca nel 39% (vs 26%) e RM cardiaca nel 54% (vs 18%), ovviamente solo in questi centri è presente l'eco intracardiaco 30% (vs 0%) (Figura 6). In conclusione possiamo affermare che l'analisi dei dati raccolti dalla Web Survey sulla FA ci ha mostrato un quadro italiano molto diversificato sulla diffusione delle metodiche avanzate dell'imaging nei vari centri. La disponibilità di tecnologie e facilities terapeutiche avanzate predispone all'uso di tecnologie di imaging avanzate. Il Cardiologo clinico che lavora in reparto di Cardiologia/UTIC è stato il Cardiologo più interessato a partecipare alla Web Survey; inoltre i dati raccolti confermano la crescente diffusione (>50% tra i partecipanti alla Survey) della tecnologia tridimensionale e strain nei vari laboratori di ecocardiografia. ♥

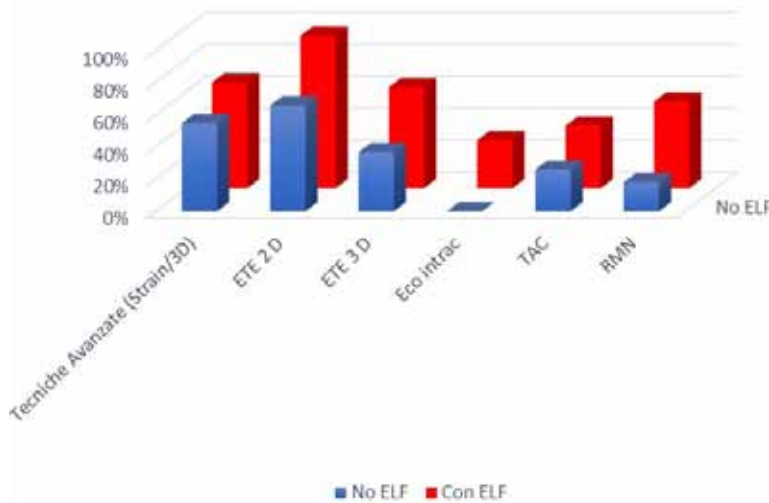


Figura 6 - Tecniche di imaging con e senza Elettrofisiologia



DI CARLOTTA SORINI DINI, DANIELA CHIAPPETTA, MARCO FERLINI, NICOLA GASPARETTO,
SIMONA GIUBILATO, PAOLO TRAMBAIOLO, ROBERTA ROSSINI

Incontro con gli esperti: intervista alla Dottoressa Serafina Valente

Alla scoperta del mondo della terapia intensiva cardiologica

I membri dell'Area Emergenza - Urgenza si sono proposti di intervistare una serie di esperti in Terapia Intensiva Cardiologica per poter capire più da vicino il loro percorso formativo e professionale, la passione che li ha spinti a dedicarsi a questa branca della cardiologia ed i loro progetti presenti e futuri. La prima intervista è stata condotta alla Dottoressa Serafina Valente.

Intervista della Dottoressa Sorini Dini alla Dottoressa Serafina Valente, attuale Direttrice della Cardiologia Ospedaliera del Policlinico Le Scotte di Siena e Segretario Generale ANMCO.

Qual è stata la motivazione che le ha fatto scegliere cardiologia?

Il mio interesse per questa branca della medicina è nato quando frequentavo il quarto anno della facoltà di Medicina e Chirurgia presso l'Università di Padova, e precisamente durante una lezione sull'endocardite infettiva tenuta dal professore Sergio Dalla Volta.

Qual è stato o sono stati i suoi maestri?

Il maestro che ha condizionato le mie scelte professionali è stato il dottor Francesco Maddalena, responsabile dell'UTIC dell'ospedale di Padova durante i miei anni di specializzazione in cardiologia. Il dottor Maddalena ha saputo trasmettermi la passione per la complicata gestione del cardiopatico critico e in particolare per lo shock cardiogeno, argomento che da allora è sempre stato al centro del mio interesse professionale e scientifico. E poi il professor Gianfranco Gensini, direttore della Cardiologia Universitaria di Careggi, che mi ha affidato la gestione dell'UTIC e l'organizzazione del Master in Clinical Competence in Terapia Intensiva Cardiologica, da lui ideato e realizzato. Quest'ultimo compito, inizialmente tutt'altro che semplice, mi ha dato la possibilità di conoscere colleghi di ogni età e provenienza, che condividevano con me l'interesse per la terapia

intensiva. Insieme a loro sono cresciuta professionalmente e umanamente.

Proprio a questo proposito cosa suggerisce ai giovani cardiologi che vogliono avvicinarsi al mondo della terapia intensiva cardiologica?

Pur essendo alle porte del 2020, ancora oggi in Italia non esiste un percorso curricolare riconosciuto per la formazione del cardiologo intensivista. Dopo la specializzazione in cardiologia, il singolo cardiologo deve affrontare un percorso autogestito, spesso frammentato e non uniforme che porta ad una disomogeneità di competenze. È necessario fare uno sforzo per creare un percorso riconosciuto a livello nazionale, che possa dare competenze teoriche ma anche pratiche al giovane che vuole approcciarsi al mondo delle UTIC. In questo contesto penso che la nostra associazione ANMCO possa e debba dare un contributo fondamentale.



Cosa pensa dell'attuale organizzazione delle UTIC in Italia?

In Italia ci sono molte UTIC, distribuite capillarmente su tutto il territorio nazionale ma con competenze, personale assegnato, dotazioni tecnologiche e device molto diverse tra di loro. Nella maggior parte dei casi sono assimilabili, per dotazione organica e tecnologica, alle terapie sub-intensive.

Come si immagina l'UTIC del futuro?

Nel futuro mi immagino un numero limitato di Unità di Terapie Intensive Cardiologiche (UTIC) di alto profilo clinico e organizzativo, in grado di gestire pazienti cardiopatici critici, con disfunzione multiorgano, che necessitano di device di assistenza cardiocircolatoria. Queste UTIC saranno al centro di una rete cardiologica efficiente, costantemente in contatto con le altre cardiologie che vi afferiscono. La rete delle UTIC dovrebbe essere ben codificata e strutturata in modo da rendere agevole il trasferimento dei pazienti da un ospedale all'altro. L'ottima ed efficiente organizzazione della rete dello STEMI dovrebbe poter essere riprodotta anche per le altre emergenze cardiologiche.

Ormai molti device di supporto meccanico sono a disposizione del cardiologo. Secondo lei ha ancora un ruolo il contropulsatore aortico?

Sicuramente sì, ritengo che ancora non si sia giunti al suo epilogo. Nonostante i risultati non positivi di alcuni trials internazionali è ancora oggi il device di supporto meccanico più usato nelle cardiologie. Sarebbe importante riscoprire il ruolo fisiopatologico e la sua corretta gestione per poter utilizzarlo al meglio in specifici setting clinici.

Il concetto della rete per le emergenze cardiologiche, oltre a quella dello STEMI, è sempre stato al centro del suo interesse. Quali consigli darebbe al cardiologo che per primo si prende cura del paziente con shock cardiogeno? E al cardiologo del centro di riferimento?

Per migliorare la prognosi del paziente con shock cardiogeno occorre agire tempestivamente. Il concetto della "golden hour", già ampiamente riconosciuto nell'infarto miocardico, vale pienamente anche nel contesto dello shock cardiogeno. Il cardiologo che per primo si prende cura del paziente in shock ha un ruolo molto importante, con pochi strumenti diagnostici quali l'ECG

l'ecocardiogramma, il monitoraggio arterioso e venoso "aproccio multiparametrico" è in grado di fare la diagnosi e di valutare il grado di shock e dovrebbe provvedere al rapido trasferimento "protetto" al centro di riferimento. Nel centro di riferimento il paziente con shock cardiogeno dovrà essere preso in carico da un team di professionisti esperti per decidere la strategia terapeutica e il percorso più idoneo per ogni singolo paziente. In base al profilo emodinamico, alla patologia sottostante e al coinvolgimento di altri organi si dovrà scegliere l'assistenza cardiocircolatoria più idonea e impiantarla al momento giusto perché essere attendisti può essere fatale.

Recentemente ha lasciato Firenze, dove ha lavorato per molti anni nell'UTIC dell'Ospedale di Careggi, per trasferirsi nella città del Palio, dove attualmente dirige la Cardiologia Ospedaliera dell'Ospedale Le Scotte di Siena. Qual è il valore aggiunto di lavorare in un ospedale in cui vengono effettuati trapianti di cuore?

Poter lavorare in una cardiologia di un centro trapianti è sicuramente un privilegio soprattutto per un cardiologo intensivista. L'UTIC di un ospedale che ha un programma di Trapianto Cardiaco e VAD è



La dottoressa Sarafina Valente con la dottoressa Carlotta Sorini Dini al 50° Congresso Nazionale ANMCO di Rimini

la massima espressione per un intensivista perché ha a disposizione tutte le opzioni terapeutiche da offrire al paziente critico. Inoltre per sua natura è sempre inserita nel contesto di una rete cardiologica molto ampia e vede affluire pazienti complessi con shock cardiogeno, advanced heart failure, tempeste aritmiche ecc. Ma è l'approccio lavorativo l'aspetto più avvincente: la condivisione in team (Heart Team) del percorso dei pazienti afferenti

Prima di diventare Segretario Generale dell'ANMCO è stata Chairperson dell'Area Emergenza - Urgenza. Come ricorda quell'esperienza?

È stata un'esperienza molto positiva perché mi sono potuta confrontare con altri colleghi ed esperti sulla gestione del malato cardiopatico critico, tema che è sempre stato al centro del mio interesse, un "fil rouge" nel mio percorso professionale.

Per concludere una domanda a carattere personale: lei è di origini calabresi, si è formata e ha lavorato in Veneto e ormai vive da molti anni in Toscana. Cosa porta dentro di sé di queste regioni?

In ognuno di questi luoghi ho una rete di amici e colleghi con i quali ho condiviso e continuo ancora oggi a condividere esperienze lavorative e non solo. In tutti questi luoghi mi sento sempre a casa. ♥



Prospettive per la ricerca cardiologica, i giovani cardiologi e le società scientifiche nazionali: la parola alla Prof.ssa Barbara Casadei, Presidente della ESC

Professoressa Casadei, lei ha iniziato la sua carriera nel campo della ricerca come ricercatore clinico per poi dedicarsi alla ricerca di base senza mai perdere di vista quella clinica. Tuttora, l'attività clinica è abbastanza separata dalla ricerca scientifica. Pensa che la ricerca possa beneficiare di una più stretta collaborazione con i clinici? Come il contributo dei clinici può essere promosso per lo sviluppo della ricerca?

Penso che non c'è mai stato tempo migliore per vedere i frutti della ricerca di base tradotti in progressi clinici. Basta guardare alla rinascita della terapia genica, l'uso dell'interferenza dell'RNA e dell' "omica" per la stratificazione del rischio e la scoperta e validazione

di target. Inoltre, il contributo dei clinici è necessario in molte questioni rilevanti - idealmente dovrebbero esser parte di una squadra che prova a cercare le risposte. È facile sottostimare l'impatto di una buona formazione nella ricerca. Diverse agenzie di finanziamento della ricerca hanno investito per colmare il divario tra scoperte e applicazioni cliniche, per cui le opportunità ci sono se uno è interessato a coglierle.

Lei è passata da un'università italiana ad Oxford e poi è diventata la prima donna presidente della Società Europea di Cardiologia, una delle società scientifiche in campo cardiovascolare più importanti al mondo. Quale consiglio darebbe ad un giovane cardiologo? Quale



La Dott.ssa Stefania Angela Di Fusco con la Prof.ssa Barbara Casadei



La Professoressa Barbara Casadei con il Dottor Domenico Gabrielli, Presidente ANMCO

suggerimento per realizzare una carriera soddisfacente come ricercatore o come clinico?

Preoccuparsi è fare un uso sbagliato della propria fantasia! Concentrarsi per fare qualcosa che si ami fare, essere sicuri di imparare dalle presone giuste, e non essere mai troppo soddisfatti - ad ogni età in ogni fase si può sempre fare meglio. Il cinismo, poi, è davvero l'ultima spiaggia. Io preferirei essere ingenua piuttosto che cinica. Infatti l'ingenuità è l'attributo che i cinici usano per descrivere le persone positive e contente di quello che fanno. Chi preferiresti essere tu?

Lei è impegnata attivamente nella promozione della carriera delle donne in campo scientifico. Ha un consiglio speciale da dare alle donne per avere successo?

Stare attenti al paternalismo e ascoltare i consigli dei colleghi più anziani (sia donne che uomini) con un po' di cautela. Guardare avanti e mai guardare indietro.

Se dovesse indicare il risultato

più importante della sua carriera ottenuto finora, cosa risponderebbe?

Vedere i miei studenti crescere come ricercatori indipendenti nel mio Dipartimento e in giro per il mondo.

Con la sua presidenza, gli obiettivi dell'ESC si stanno evolvendo con una maggiore attenzione ai soci con lo scopo di creare una rete forte per perseguire l'eccellenza. Favorire lo scambio di idee e culture tra l'ESC e le società nazionali può essere molto utile per ottenere grandi risultati. Come potrebbe essere ulteriormente promossa l'interazione tra ESC e società nazionali?

Questo è un aspetto davvero importante che stiamo cercando di affrontare attraverso una serie di iniziative che includono incontri diretti con i leader delle Società, il Forum dei Presidenti delle Società Scientifiche Nazionali, l'ESC Spring Summit ed il così detto meeting delle Organizzazioni Costituenti

l'ESC nel corso del Congresso ESC. La mission dell'ESC può essere realizzata solo attraverso una stretta collaborazione con le Società Cardiologiche Nazionali.

Lei è componente attivo dell'ESC da molti anni e molte delle sue iniziative sono rivolte ai giovani. Potrebbe dirci come l'ESC promuove la carriera dei giovani clinici e ricercatori?

Io vorrei invitare i giovani clinici a far parte del gruppo di giovani dell'ESC Cardiologists of Tomorrow e della giovane comunità delle Associazioni delle varie sottospecialità. L'ESC membership per i giovani clinici ha un valore eccezionale, il numero di grant disponibili è ulteriormente aumentato, così come il contributo dei giovani cardiologi e scienziati alla maggior parte delle attività dell'ESC, inclusi congressi e riviste. Per avere un esempio date un'occhiata all'EHJ Case Reports (<https://academic.oup.com/ehjcr>).

Qual è il campo della ricerca

cardiovascolare più promettente per ridurre l'impatto delle malattie cardiovascolari?

La prevenzione includendo sia l'uso di nuovi strumenti (es. big data, omica, intelligenza artificiale) per migliorare la stratificazione del rischio e l'ontologia delle malattie e soluzioni innovative per mettere in pratica in maniera più efficace e ampia le conoscenze già disponibili.

Per quel che riguarda la fibrillazione atriale, uno dei campi principali della sua ricerca scientifica, quali sono le maggiori lacune da colmare nella conoscenza di questa patologia? Qual è la prossima sfida della ricerca sulla fibrillazione atriale? Quali i bisogni insoddisfatti?

Per avere alcune risposte a queste domande dovrete venire alla mia lettura! L'eccezionale Lettura Magistrale tenuta dalla Professoressa Barbara Casadei nel corso del Congresso Nazionale ANMCO è stata un'occasione davvero straordinaria per avere una visione nuova di una patologia tanto comune e niente affatto benigna come la fibrillazione atriale. ♥



La Professoressa Barbara Casadei al Congresso ANMCO 2019



Il Congresso della Società Europea di Cardiologia: per i giovani ANMCO molto più che un congresso

I Giovani cardiologi italiani ancora protagonisti oltralpe

Il Congresso della Società Europea di Cardiologia (ESC) è un appuntamento da non perdere per ciascun cardiologo, ma per i giovani cardiologi di tutto il mondo è molto più che un congresso ed i giovani ANMCO ancora una volta ne sono stati protagonisti... Il Congresso ESC permette di focalizzare in soli 5 giorni, alla stregua di un fermo immagine, tutte le novità che hanno un impatto sulla pratica clinica quotidiana e quelle che magari tra qualche anno potranno addirittura cambiare la pratica clinica. Per i giovani cardiologi c'è, però, qualcosa in più! Ci sono tante opportunità per entrare in contatto con colleghi di tutto il mondo in un clima di condivisione e di inaspettate affinità, un primo passo per creare una rete di conoscenze e fattive collaborazioni. In questo background di scienza e networking si inserisce la ESC Young Virtual Competition, una gara internazionale su casi clinici virtuali, quest'anno alla sua seconda edizione. La squadra italiana "Italian Brave Hearts", composta da 2 giovani soci ANMCO (Chiara



La squadra di giovani cardiologi italiani "Italian Brave Hearts" al termine della selezione iniziale della ESC Young Virtual Competition: Federico Fortuni (giovane Socio ANMCO), Giulia Elena Mandoli (giovane Socia SIC), Sara Moscatelli (giovane Socia SIC), Chiara Andreoli (giovane Socia ANMCO)

Andreoli e Federico Fortuni) e due giovani Soci SIC (Giulia Elena Mandoli e Sara Moscatelli), ha combattuto fino alla fine per difendere il titolo conquistato l'anno precedente. Infatti, nell'edizione 2018 la squadra

dei giovani ANMCO (Giuseppe Ciliberti, Stefano Cornara, Claudio Picariello e Filippo Zilio) aveva conquistato il primo posto. L'ESC Virtual Competition 2019 ha visto gareggiare ben 19 teams provenienti da altrettante nazioni



La squadra "Italian Brave Hearts" con i supporters, Giuseppe Ciliberti (componente della squadra Italiana della Virtual Competition 2018), Pasquale Crea (Chairperson ICOT), Federico Fortuni (componente della squadra Italiana in quota ANMCO), Giulia Elena Mandoli (componente della squadra Italiana in quota SIC), Chiara Andreoli (componente della squadra Italiana in quota ANMCO), Sara Moscatelli (componente della squadra Italiana in quota SIC), Filippo Zilio (Co-Chairperson Area Giovani ANMCO), Stefania Angela Di Fusco (Chairperson Area Giovani ANMCO)



La squadra "Italian Brave Hearts" al lavoro durante la finale della ESC Virtual Competition



La squadra "Italian Brave Hearts" con i supporter: Stefania Angela Di Fusco (Chairperson Area Giovani ANMCO), Filippo Zilio (Co - Chairperson Area Giovani ANMCO), Giulia Mandoli (Squadra italiana in quota SIC), Federico Fortuni (Squadra italiana in quota ANMCO) Chiara Andreoli (Squadra italiana in quota ANMCO) Sara Moscatelli (Squadra italiana in quota SIC), Giuseppe Galati (Supporter, Consulente Area Giovani ANMCO) Pasquale Crea (Chairperson ICOT), Stefano Cornara (Supporter e componente Squadra italiana ANMCO 2018)



Mascotte dell'Italian Brave Hearts



diverse. La competizione si è svolta con un paziente “virtuale”, partendo da anamnesi ed esame obiettivo, in 15 minuti si potevano prescrivere esami strumentali e bioumorali, monitorare le funzioni vitali e somministrare terapie fino ad arrivare alla corretta diagnosi e alla migliore terapia per il paziente, con l’evoluzione del caso che segue dinamicamente il trattamento impostato. Superata brillantemente la selezione iniziale, nella finale l’“Italian Brave Hearts” con una gara elettrizzante è riuscita a conquistare nuovamente il podio, classificandosi al terzo posto. Federico Fortuni commenta così l’emozionante esperienza <<Oltre all’occasione di mettermi alla prova, apportando il mio contributo, l’aspetto più gratificante è stato scoprire di condividere con nuovi colleghi la passione e l’entusiasmo che accomuna i giovani medici, per i quali gruppi di lavoro come l’Area Giovani ANMCO fanno veramente tanto creando indispensabili sinergie tra specialisti in formazione e giovani cardiologi... Mi auguro di partecipare in maniera sempre più attiva alle loro iniziative>>. Con grande soddisfazione Chiara Andreoli parla della sua partecipazione alla Virtual Competition affermando <<è stata davvero una bellissima esperienza, divertente, stimolante, mi ha permesso di incontrare nuovi colleghi aprendo magari le porte a future collaborazioni”. Sara Moscatelli ci ha raccontato “La Virtual Competition al congresso ESC ha permesso a noi giovani cardiologi, provenienti da realtà diverse e con competenze diverse,

di superare le diversità al fine ultimo di salvare il nostro paziente (e vincere la competizione)! Questo è segno che lavorare in team ed in maniera costruttiva può portare a risultati importanti... Servirebbero più occasioni come questa per spingere noi giovani in questa direzione>>. Ricordiamo, inoltre, che tutti i giovani soci ANMCO che hanno dato la loro disponibilità a partecipare all’ESC Virtual Competition, su indicazione del Presidente ANMCO, Dott. Domenico Gabrielli, saranno iscritti gratuitamente al prossimo Congresso ANMCO 2020. Numerose altre iniziative dedicate ai giovani cardiologi hanno caratterizzato il Congresso ESC di Parigi. Occasione preziosa è l’appuntamento con il mentoring nell’ambito dell’iniziativa denominata “ESC Professional Horizons”. Con questa iniziativa ai giovani cardiologi “ESC Professional Member” è stata offerta la possibilità di incontrare faccia a faccia esperti internazionali per confrontarsi su progetti di ricerca o raccogliere consigli per migliorare il proprio percorso formativo e professionale. Novità di quest’anno è stato l’“evening workshop” che si è tenuto in collaborazione con i “Cardiologues en Formation” (la sezione giovani della Società Francese di Cardiologia). E’ stato un workshop di simulazione avanzata, svoltosi presso il centro di simulazione iLumens dell’Université Paris V. In diverse aule ci si poteva cimentare, a piccoli gruppi, su ecocardiogramma transesofageo, ricostruzione in post-processing di ecocardiogramma 2D e 3D

per la procedura di MitraClip, coronarografia, puntura transettale, mappe elettrofisiologiche di attivazione 3D, RM cardiaca. Molti dei partecipanti erano giovani ANMCO che non si sono lasciati sfuggire l’originale iniziativa ed hanno molto apprezzato l’organizzazione e la location superlativa. L’unico rammarico per i partecipanti a questo evento è stato non avere avuto più tempo a disposizione per prendere maggiore confidenza con le procedure presentate.

Per chi invece si sentiva già sufficientemente esperto in una delle discipline cardiologiche, il Congresso ESC è stato l’occasione per sostenere la parte teorica dell’esame di certificazione per la cardiologia interventistica (organizzato dall’EAPCI), per la TC cardiaca (organizzato dall’EACVI) e per l’ecocardiografia transtoracica (organizzato dall’EACVI). Ulteriori innumerevoli attività erano rivolte ai giovani cardiologi “ESC Professional Member”, tra cui le presentazioni: “Be a Twitter Pro”; “Tips for job interviews”; “How to write your CV”, etc. In conclusione, grazie all’ANMCO l’ESC anche quest’anno è stata più vicina che mai ai giovani cardiologi italiani.

N.B. Nella rubrica International Opportunities, cui si accede dalla home page del sito ANMCO (www.anmco.it), si può trovare un periodico aggiornamento di grants, iniziative ed opportunità offerte dall’ESC e altre società internazionali. ♥



Qualità e sicurezza delle cure: evento avverso da farmaco prevenibile

Rischio clinico in sanità: il problema degli errori

Florence Nightingale nel 1863 scriveva: “Può sembrare strano affermare il principio che il primissimo requisito di un Ospedale sia che non deve danneggiare il malato”. La somministrazione della terapia è un processo complesso costituito da più fasi e coinvolge più persone. Gli eventuali errori nella somministrazione dei farmaci si traducono negativamente in termini di morbilità, mortalità, eventi avversi da farmaci e aumento della durata della degenza ospedaliera con conseguente aumento dei costi sanitari. Solitamente gli errori infermieristici hanno un’origine multifattoriale. La Joint Commission International e i dati ricavati dalle analisi della piattaforma americana Medmarx (sistema informatizzato per il report anonimo degli errori di terapia) hanno evidenziato che le interruzioni durante la preparazione e somministrazione della terapia contribuiscono a errori di terapia prevenibili. In particolare l’analisi delle schede di Medmarx indicano che il 43% degli

Italia del Nord	Rossella Gilardi (coordinatrice), Donatella Radini (coordinatrice) Marianna Aleandri, Michela Barisone (Liguria), Sabrina Barro (Veneto), Porziana Cacciapaglia (Lombardia), Sara Cignola (Friuli), Elisa Lazzarin (Piemonte), Nicoletta Pingelli (Liguria), Luigia Sasso (Piemonte), Greta Scraboro (Veneto), Antonella Zarattin (Friuli)
Italia centrale e sud	Stanislao Accardo (coordinatore) Mario Balzoni (Lazio), Giuseppe Bianco (Campania), Simone Cappannelli (Umbria), Augusto Carpico (Lazio), Bruna Di Modugno (Puglia), Emilia Cocco (Toscana), Francesco Germinal (Puglia), Loredana Morichelli (Lazio), Peyter Mariateresa (Campania), Rosanna Sorrentino (Campania), Antonino Trombetta (Sicilia).

Tabella 1. Infermieri partecipanti ai diversi tavoli di lavoro

errori di terapia che si verificano negli Ospedali americani è da attribuire ad errori di distrazione legati ad ambienti complessi, con interruzioni frequenti del personale, che effettua più compiti contemporaneamente. In uno studio osservazionale condotto in Australia nel 2010 Westbrook et al (Arch Intern Med 2010) hanno documentato che ogni interruzione era associata ad un incremento del 12,7% di errori di terapia.

Il Progetto dell’Area Nursing

In questo scenario estremamente complesso l’Area Nursing, attraverso il progetto “Prevenzione degli errori di terapia nella pratica infermieristica in ambito cardiologico”, si è posta l’obiettivo di valutare l’attuale organizzazione a livello delle cardiologie italiane focalizzandosi sulla fase di somministrazione della terapia e di identificare, tramite un’analisi



della letteratura, le strategie più efficaci per ridurre gli errori di somministrazione e migliorare la qualità dell'assistenza ai malati.

Fase 1 del progetto

- Sono stati costituiti i tavoli di lavoro per il Nord (coordinati da Rossella Gilardi e Donatella Radini), Centro e Sud (coordinati da Stanislao Accardo) dell'Italia. Le Regioni aderenti al progetto sono state Friuli Venezia Giulia, Veneto, Liguria, Piemonte, Lombardia, Lazio, Toscana, Campania, Umbria, Puglia e Sicilia.

- Analisi della letteratura internazionale e nazionale ed individuazione di Punti Chiave per ridurre gli errori durante la fase di somministrazione.

Alla revisione della letteratura hanno contribuito 24 infermieri (Tabella 1). I Tavoli di lavoro sono stati un bellissimo momento di integrazione e condivisione di attività tra infermieri che operano nelle diverse Cardiologie italiane.

Punti chiave identificati in letteratura

Gli errori identificati possono essere suddivisi in quelli legati a:

- procedure e sistemi di gestione farmacologica del Sistema Sanitario (adozione di procedure/protocolli aziendali codificati e condivisi tra gli operatori);
- modello organizzativo;
- assenza di strumenti di comunicazione standardizzata;
- interruzione e distrazione del personale predisposto alla somministrazione della terapia;
- pratica clinica.

Come anticipato, l'attenzione del lavoro è stata focalizzata su una determinata fase del processo

di terapia, ossia interruzione e distrazione del personale predisposto alla somministrazione della terapia.

Alcune cause di errore possono essere definite "evitabili" perché riguardano azioni che potrebbero essere eseguite in un secondo momento, o indipendentemente da altri membri dello staff, o evitate da una migliore organizzazione delle pratiche di lavoro. Le distrazioni dovute a interruzioni frequenti durante la preparazione e la somministrazione della terapia, sono correlate a:

- recupero di farmaci mancanti (oltre al tempo impiegato il personale sanitario può distrarsi perché durante il percorso dalle camere di degenza alle postazioni in cui sono allocati i farmaci può essere interrotto nel corridoio dai visitatori o dal personale);
- problemi tecnici durante la somministrazione;
- verifica di allarmi;
- interazioni con altri colleghi per scambio di informazioni o richieste di aiuto;
- risposta al telefono;
- coordinamento dell'assistenza;
- risposte ai campanelli e assistenza ai pazienti;
- documentazione di attività o di dati riferiti ai pazienti;
- verifica delle prescrizioni incomplete o illeggibili;
- lavaggio sociale delle mani (in luogo diverso dalla camera dei pazienti);
- ambienti rumorosi;
- interruzione da parte di parenti/visitatori.

Il Ministero della Salute, ha redatto 17 Raccomandazioni sulla sicurezza,

rivolte ai professionisti sanitari, alcune delle quali riguardano appunto la prevenzione degli errori che si possono verificare nel corso della somministrazione dei farmaci. (Raccomandazioni 1,7,12,14).

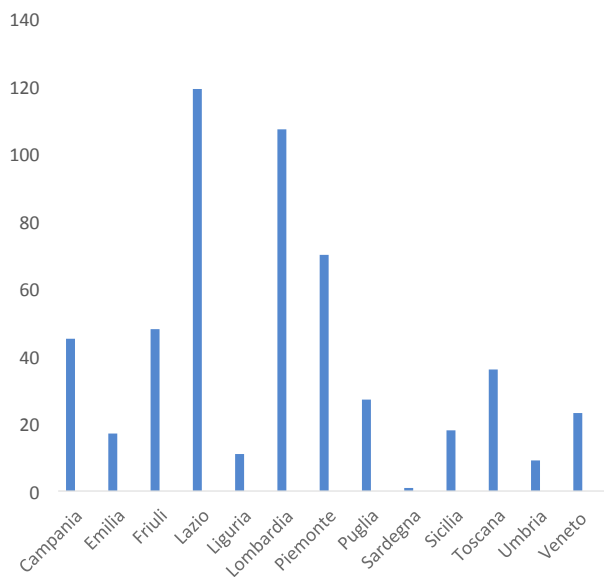
Possibili soluzioni identificate

- Brochure informative per malati e familiari per renderli consapevoli delle procedure e delle conseguenze delle interruzioni;
- formazione del personale, medico e infermieristico (agire sul fattore culturale che porta all'interruzione di questo compito, maggiore consapevolezza dell'importanza dell'atto e necessità di "protezione" del collega che somministra la terapia, rispondere ai campanelli e alle telefonate);
- so di elementi identificativi per gli infermieri che stanno somministrando la terapia affinché non siano interrotti o disturbati;
- identificare una zona tranquilla mentre si somministra la terapia, come ad esempio l'anticamera delle stanze di degenza;
- prevedere la comunicazione con i colleghi e altri operatori in momenti dedicati per esempio al momento delle consegne o al termine della terapia in caso di situazioni differibili, per ridurre lo scambio di informazioni durante la fase di somministrazione della terapia.

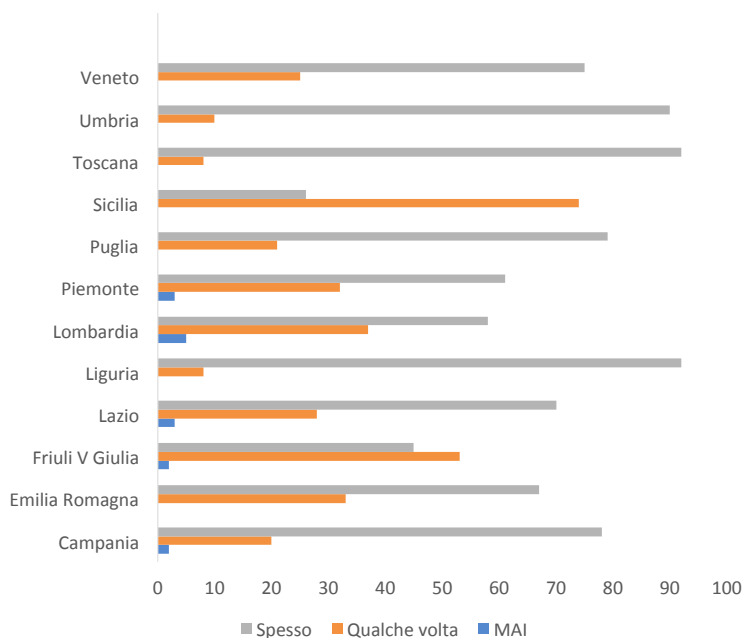
Fase 2 del progetto

- Realizzazione e divulgazione del Questionario rivolto al personale infermieristico delle Cardiologie, per la rilevazione delle procedure adottate durante la somministrazione della terapia.
- Realizzata una proposta di

QUESTIONARI PER REGIONE



INTERRUZIONI DURANTE LA SOMMINISTRAZIONE DELLA TERAPIA (dati per regione)



Anzianità media di lavoro: 17±10 anni (range 0-41)

Figura 1

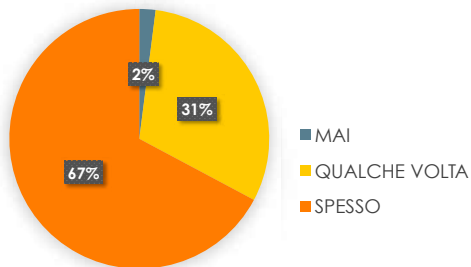
brochure per assistiti, familiari e caregiver per renderli maggiormente informati e consapevoli delle procedure e delle conseguenze in caso di interruzioni.

- Dalla revisione della letteratura è emerso che l'utilizzo di fasce o pettorine identificative è un argomento dibattuto. Riteniamo che questi suggerimenti da adottare per gli infermieri che stanno somministrando la terapia affinché non siano interrotti o disturbati debbano essere contestualizzati e decisi nelle singole unità operative.

Analisi dei Questionari somministrati

Dai 543 questionari raccolti (Figura 1), è emerso che solo il

Interruzioni durante la somministrazione della terapia



Durante la somministrazione della terapia devi rispondere ai campanelli, telefonate, richieste dei pazienti?

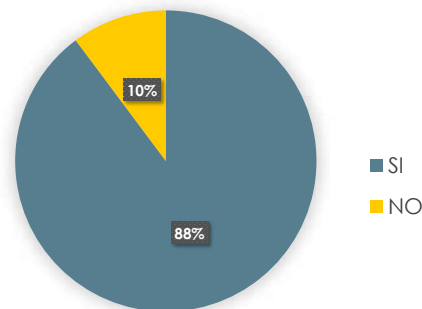


Figura 2



Elemento identificativo durante la somministrazione della terapia

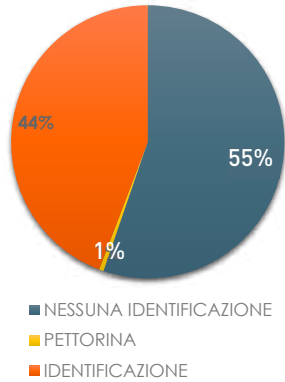
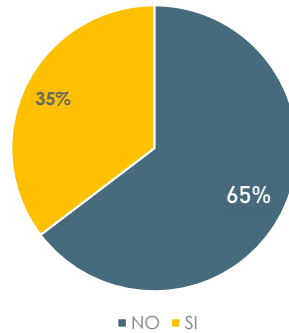
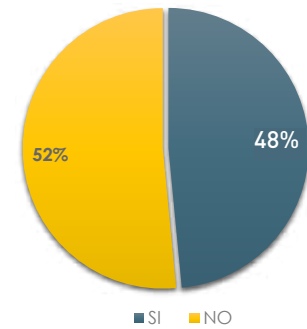


Figura 3

Al momento del ricovero viene consegnata una brochure informativa sulle attività del reparto?



Hai una zona tranquilla in cui preparare la terapia?



Usi il tempo della somministrazione della terapia per lo scambio di informazioni con i tuoi colleghi?

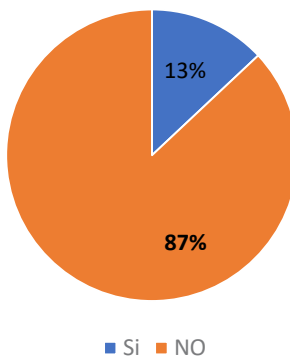
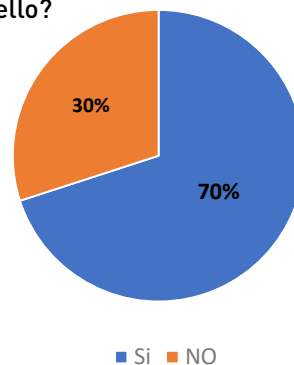
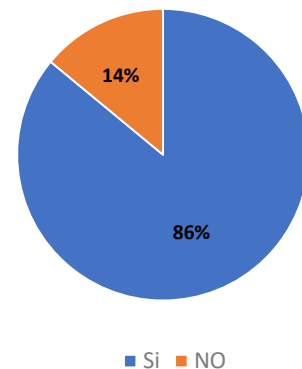


Figura 4

Prepari il carrello della terapia prima del giro di somministrazione per evitare il recupero di farmaci mancanti e/o di lasciare incustodito il carrello?



Utilizzi soluzioni alcoliche portatili per il lavaggio sociale delle mani?



2% non viene interrotto durante la somministrazione della terapia e il 10,2% non deve rispondere al telefono e alle richieste dei malati (Figura 2) Il 55,2% non utilizza pettorine o fasce identificative, il 64,6% non consegna la brochure informativa a malati e familiari, il 48,5% non ha una zona tranquilla in cui preparare la terapia (Figura 3).

L'86% degli intervistati riferisce di utilizzare soluzioni alcoliche per il lavaggio sociale delle mani in formato portatile, eliminando così uno dei fattori di distrazione e interruzione del momento di somministrazione della terapia

(Figura4). Sono emerse risposte omogenee su tutto il territorio nazionale, che hanno evidenziato mancanza di organizzazione, carenza di personale e mancanza di studi controllati su strategie per evitare le interruzioni. Il modello assistenziale per compiti è il più rischioso e va quindi stimolata l'organizzazione di presa in carico dell'assistito, in un'ottica di patient centered care. Farmacisti e infermieri dovrebbero essere integrati all'interno del team di cure nei reparti di emergenza, nelle terapie intensive e nei reparti di cardiologia per migliorare la comunicazione ai pazienti e la

sicurezza dei farmaci (Classe IB) (Michaels et al, Circulation 2010). Dalla revisione della letteratura è emersa l'importanza di attivare programmi di apprendimento e-learning per fornire agli infermieri strumenti e strategie per gestire le interruzioni durante la somministrazione della terapia.

Conclusioni

La conoscenza dei fattori di rischio consente la messa in atto di idonee misure preventive che consentono una presa in carico del paziente, sicura ed efficace, durante tutto il percorso assistenziale sia in Ospedale che a domicilio. ♥



I percorsi diagnostico-terapeutici dei candidati a trapianto/VAD

Facciamo il punto sullo scompenso cardiaco avanzato

Le proposte dell'Area Scompensamento Cardiaco: position paper ma non solo

Lo avevamo anticipato nel nostro articolo precedente su “Cardiologia negli Ospedali”, riassumendo le principali iniziative dell'Area Scompensamento Cardiaco per il biennio 2019-2020. In continuità con gli scorsi bienni, abbiamo scelto di approfondire una tematica prevalente: lo scompenso cardiaco avanzato. È 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. Un momento in cui individuare tempestivamente i possibili candidati a terapie sostitutive cardiache o scegliere, in alternativa, percorsi palliativi e di fine vita. I numerosi documenti di consenso e position paper (Figura 1) delle Società Scientifiche internazionali sono sicuramente un supporto decisionale rilevante ma, al tempo stesso, l'eterogeneità degli aspetti trattati e l'impossibilità di calarsi

nell'organizzazione dei singoli sistemi sanitari nazionali rendono non facile la loro trasposizione nelle nostre realtà cliniche quotidiane. Questo limite è ancor più rilevante se si considera l'elevato impatto socio-economico dello scompenso cardiaco avanzato, nonché i problemi diagnostico-terapeutici e gestionali molteplici e complessi ad esso collegati. Questa complessità non può che richiedere uno sforzo per chiarire e contestualizzare i punti essenziali e le principali criticità della gestione dello scompenso cardiaco avanzato. Uno sforzo che sia utile a ciascuno di noi per individuare i percorsi ottimali di diagnosi e cura dei nostri pazienti, in particolare di quelli candidabili a trapianto o assistenza meccanica ventricolare sinistra (LVAD). Far crescere la cultura comune sullo scompenso cardiaco avanzato è, per questi motivi, un obiettivo rilevante da perseguire. Per raggiungere questo obiettivo, abbiamo pensato

a due differenti iniziative editoriali, la prima, più tradizionale, basata sulla stesura di un position paper, la seconda, più interattiva e “pratica”, basata sulla presentazione e discussione di casi clinici.

Position paper sulla gestione dei pazienti con scompenso cardiaco avanzato candidabili a trapianto/LVAD

Lo scopo principale del position paper è quello di approfondire i principali aspetti organizzativi, clinici e terapeutici riguardanti i pazienti affetti da scompenso cardiaco avanzato, candidabili a trapianto/LVAD. Lavoreremo perché questo documento possa rappresentare uno strumento utile non solo ai Cardiologi specialisti in scompenso cardiaco. Un documento che consenta la precoce e tempestiva individuazione dei pazienti candidabili a trapianto/LVAD ed il miglioramento dei loro percorsi diagnostico-



Advanced heart failure: a position statement of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology

María G. Crespo-Leiro¹, Marco Metra², Lars H. Lund³, Davor Milicic⁴, Maria Rosa Costanzo⁵, Gerassimos Filippatos⁶, Finn Gustafsson⁷, Stefan Tebbe⁸, Eduardo Borge-Caballero⁹, Nicolaas De Jongh¹⁰, Maria Frigerio¹¹, Rigoberto Hamdan¹², Tai Hain¹³, Martin Hilborn¹⁴, Samer Halbutogullu¹⁵, Luciano Pocius¹⁶, Johannes Bauersachs¹⁷, Agnieszka Glowacka¹⁸, Arjang Badierwanji¹⁹, Arnan D. Rivin²⁰, Ewa Straburzynska-Migaj²¹, Theresa McDonagh²², Fatar Seferovic²³, and Frank Ruschitzka²⁴

AHA Scientific Statement

Decision Making in Advanced Heart Failure

A Scientific Statement From the American Heart Association

Endorsed by Heart Failure Society of America, American Association of Heart Failure Nurses, and Society for Medical Decision Making

Larry A. Allen, MD, MHS, Co-Chair; Eugene W. Stevenson, MD, Co-Chair; Kathleen L. Grady, PhD, MPH, FAHA, Co-Chair; Nathan E. Goldstein, MD; Donald D. Matlock, MD, MPH; Robert M. Arnold, MD; Nancy R. Cook, ScD; E. Michael Felton, MD, MHS; Gary S. Francis, MD, FAHA; Paul J. Heugtenin, MD; Edward P. Havranek, MD; Nathan M. Kassewitz, MD, SM, FAHA; Donna Mancini, MD; Barbara Rigoff, DNP, RN, FAHA; John A. Sparano, MD, MPH, FAHA, on behalf of the American Heart Association Council on Quality of Care and Outcomes Research, Council on Cardiovascular Heart Association Council on Quality of Care and Outcomes Research, Council on Cardiovascular Nursing, Council on Clinical Cardiology, Council on Cardiovascular Radiology and Intervention, and Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia

AHA Scientific Statement

2017 ACC/AHA/HFSA/ISHLT/ACP Advanced Training Statement on Advanced Heart Failure and Transplant Cardiology (Revision of the ACCF/AHA/ACP/HFSA/ISHLT 2010 Clinical Competence Statement on Management of Patients With Advanced Heart Failure and Cardiac Transplant)

THE 2013 INTERNATIONAL SOCIETY FOR HEART AND LUNG TRANSPLANTATION GUIDELINES FOR MECHANICAL CIRCULATORY SUPPORT: EXECUTIVE SUMMARY

Guideline: David Feldman, MD, PhD,* Selby S. Pankovick, MD, MPH,* Jeffrey J. Scelsky, MD*

Task Force Chair (inclusive of co-chairs): Eusebio Balle, MD, Katherine Liles, MD; **Stapleline A. Moore, MD, Jeffrey S. Waggoner, MD**

Contributing Writers (inclusive of co-chairs): Francisco Anzola, MD, Mary E. Baklan, MD, PhD, Roger W. Bushnell, MD, Maria Deng, MD, Marc L. Blakeslee, MD, Aly B. Breyer, MD, Tanya Blum, BA, MS, David L. Gabel, MD, Kathleen L. Grady, PhD, MPH, Kyle Janusz, MD, Kazumasa Iwasaki, MD, Rishi Jha, MD, Anandaram Kasi, MD, BA, Steven Kahn, MD, Nathan Kaplan, MD, PhD, H. Patricia Klockner, MD, MD, Nader Moazzami, MD, Paul Roberts, MD, Marko Henry, MD, Thomas Nelson, MD, Franco Pagani, MD, William Peay, MD; **Support: V. Pittrova, MD, D. Eibarri-Sane, MD, MPH; Stuart S. Izzard, MD; Eric N. Johnson, PhD; Benjamin Jovi, MD; Martin Scelsky, MD; Independent Reviewers: Abdul A. Hameed, MD, Howard L. Perry, PhD, MD; and Joseph Rogers, MD.**

AHA Scientific Statement

Recommendations for the Use of Mechanical Circulatory Support: Ambulatory and Community Patient Care

A Scientific Statement From the American Heart Association

Endorsed by the International Society for Heart and Lung Transplantation

Listing Criteria for Heart Transplantation: International Society for Heart and Lung Transplantation Guidelines for the Care of Cardiac Transplant Candidates—2006

Mandeep K. Mehra, MD, Jon Kobayashi, MD, Randall Starling, MD, Stuart Russell, MD, Patricia A. Uber, PharmD, Jayas Pattnishwar, FRCP, Paul Mohacs, MD, Sharon Augustine, NP, Keith Aaronson, MD, and Mark Barr, MD

AHA Scientific Statement

Recommendations for the Use of Mechanical Circulatory Support: Device Strategies and Patient Selection

A Scientific Statement From the American Heart Association

Ronald L. Frye, MD, Chair; Thomas Colvin-Adams, MD, MEd, FAHA, Co-Chair; Gary S. Francis, MD, FAHA; Kathleen L. Grady, PhD, MPH, FAHA; Timothy M. Halloran, MD, FAHA; Maxwell Joseph, MD, FAHA; Ronald John, MD; Michael S. Kieran, MD; Judith E. Mitchell, MD, FAHA; Elin B. OFConnell, MD; Patricia D. Piquas, MD, PhD, FAHA; Michael Pratt, PhD, MD; Florida Strickland, MD; Joseph G. Rogers, MD; Mary E. Waggoner, MD, FAHA; Matthew Trank, MD, FAHA, on behalf of the American Heart Association Heart Failure and Transplantation Committee of the Council on Clinical Cardiology, Council on Cardiovascular Clinical Care, Preventive and Rehabilitation, Council on Cardiovascular Disease in the Young, Council on Cardiovascular Nursing, Council on Cardiovascular Radiology and Intervention, and Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia

Palliative care in heart failure: a position statement from the palliative care workshop of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology

Tiny Jaarsma¹, James H. Beattie, Mary Rybin, Frans H. Rutten, Theresa McDonagh, Paul Mohaci, Scott A. Murray, Thomas Grodzinski, Ingrid Bergh, Marco Metra, Inger Ekman, Christiane Angermann, Maria Lovstrand, Antonio Pires, Stefan D. Anker, Antonella Corvetti, Piotr Fronczewski, Kenneth Dickstein, Etienne Delacretaz, Lynda Blue, Florian Strassan, and John McMurtry on behalf of the Advanced Heart Failure Study Group of the HFA of the ESC

Figura 1

terapeutici. Il position paper si articolerà in tre differenti parti. La prima è prettamente organizzativa. Mira ad evidenziare i criteri utili a diagnosticare la presenza di uno scompenso cardiaco avanzato, gli aspetti epidemiologici, i setting assistenziali Ospedalieri ed Ambulatoriali, le figure professionali coinvolte nell'assistenza, dal Cardiologo all'infermiere al medico di medicina generale, l'organizzazione dell'attività trapianto/LVAD sul territorio nazionale, la standardizzazione di possibili percorsi diagnostico-terapeutici. La seconda e la terza parte si occuperanno separatamente dei

pazienti candidati a trapianto di cuore e di quelli candidati all'impianto di un'assistenza ventricolare meccanica. Se è vero che le due indicazioni possono spesso riguardare gli stessi pazienti senza essere mutuamente esclusive una dell'altra, è anche vero che le problematiche cliniche di queste due opzioni terapeutiche presentano delle differenze che rendono più adeguata una trattazione separata. In entrambi i casi saranno approfonditi i criteri di idoneità, la diagnostica invasiva e non-invasiva necessaria a definire l'eleggibilità. Sarà anche discussa la terapia medica e non per i pazienti candidabili, così come le modalità

di immissione in lista attiva, lo status ed il timing al trapianto di cuore. Per i pazienti candidabili ad assistenza ventricolare meccanica, saranno, inoltre, approfonditi gli aspetti legati alla selezione del paziente, le criticità nell'indicazione, le caratteristiche dei device attualmente disponibili, la stratificazione del rischio di una failure del ventricolo destro. Sia per il paziente sottoposto a trapianto che per quello sottoposto ad assistenza ventricolare sinistra, saranno evidenziate le possibili complicanze che ogni cardiologo dovrebbe conoscere.



Casi clinici e forum per gli iscritti all'Area Scompenso Cardiaco

Il position paper, tuttavia, è solo una delle iniziative proposte che saranno portate avanti dall'Area. Abbiamo pensato che, ad un documento che faccia il punto su problematiche cliniche così complesse, non potesse che affiancarsi una discussione quanto più possibile pratica ed interattiva di casi clinici complessi. Oltre al position paper, dunque, l'Area proporrà una serie di casi clinici che saranno pubblicati sul Sito Web ANMCO. Ognuno dei casi clinici avrà delle peculiarità che possano mettere in luce i nodi decisionali che caratterizzano il percorso diagnostico e terapeutico dei pazienti candidati a trapianto cardiaco e/o LVAD. Per favorire la discussione, abbiamo pensato di chiedere, per ognuno di questi casi clinici, il contributo di un esperto nel campo. Un esperto che ci aiuti a sviscerare i punti critici e che possa far emergere i principali punti di discussione. Con la pubblicazione, inoltre, del primo caso clinico, attiveremo anche un Forum dedicato agli iscritti all'Area Scompenso Cardiaco, che potranno interagire con gli

autori dei casi clinici per aprire un confronto quanto più possibile costruttivo. Pensiamo che l'ultimo ed indispensabile ingrediente per accrescere la nostra cultura in tema di scompenso cardiaco avanzato, sia la partecipazione quanto più possibile ampia degli iscritti all'Area. Ci auguriamo che siate i protagonisti di una discussione vivace e piena di spunti di interesse e riflessione. Il primo caso clinico, che sarà pubblicato a settembre ed è stato curato da Mauro Gori e Emilia D'Elia, è il caso di un paziente con STEMI e shock cardiogeno che viene sottoposto, dopo una lunga ospedalizzazione, ad impianto di un'assistenza meccanica ventricolare sinistra. L'autorevolissimo contributo di Maria Frigerio, come esperto per questo primo caso clinico, sarà, per tutti noi, fonte di arricchimento culturale e di confronto. Non mancheremo, infine, di avvisarvi quando saranno pronti e pubblicati i prossimi casi clinici. Insomma... vi aspettiamo sul forum!!! Non ci stancheremo di ripetere il motto che vogliamo caratterizzi questo biennio: *Camminare insieme è la migliore garanzia perché questo biennio sia quanto più possibile condiviso e proficuo.* ♥



La fragilità nel soggetto anziano cardiopatico

Perché è importante diagnosticarla e come orientarsi nella pratica clinica quotidiana

Prima Parte

La fragilità è una sindrome multifattoriale caratterizzata da una riduzione della fisiologica riserva funzionale e della capacità di resistere a eventi stressanti; può essere presente anche in soggetti apparentemente in buone condizioni generali. Il paziente fragile è un soggetto solitamente anziano, spesso affetto da patologie multiple, con uno stato di salute instabile, frequentemente (non necessariamente) già disabile; spesso concorrono problematiche socio-economiche.

Importanza clinica

La fragilità non è sinonimo di disabilità, né di invecchiamento o comorbidità, sebbene queste caratteristiche siano spesso presenti. La fragilità esercita un potente effetto sui principali outcome, indipendentemente dalle cause che la generano: ad esempio, in anziani in trattamento antipertensivo l'incidenza di cadute "gravi" (esitanti in fratture, lesioni cerebrali o lussazioni) è prevedibile sulla base degli indici di fragilità, piuttosto che della classe o dosaggio

dei farmaci assunti. La fragilità è una condizione dinamica, nella quale i pazienti passano attraverso diversi stati di gravità, inizialmente reversibili; è quindi fondamentale una diagnosi precoce.

Epidemiologia e prognosi

La fragilità è presente in circa la metà dei pazienti affetti da scompenso cardiaco, verosimilmente per la condivisione di vie fisiopatologiche comuni, come l'aumento delle citochine proinfiammatorie circolanti, l'attivazione del sistema renina-angiotensina o lo sviluppo di sarcopenia. Nello scompenso cardiaco cronico, nell'acuto stabilizzato, e nelle forme avanzate trattate con device ventricolari la fragilità si associa ad una maggiore gravità del quadro cardiologico e ad una maggiore complessità clinica, oltre che ad aumentata mortalità ed ospedalizzazione. La fragilità è rilevabile nel 25% dei pazienti affetti da aritmie. Anche nella fibrillazione atriale la fragilità è associata ad aumentata incidenza di ictus e di mortalità per tutte

le cause, a maggiore gravità dei sintomi ed aumentata durata dei ricoveri ospedalieri. La fragilità in pazienti anziani con fibrillazione atriale non valvolare ha anche notevoli implicazioni nelle scelte terapeutiche: la fragilità infatti risulta associata ad una minore probabilità di prescrizione di anticoagulanti orali, in particolare di quelli non antagonisti della vitamina K, nonostante l'evidenza supporti l'uso di questi farmaci proprio nei pazienti complessi. In pazienti candidati a TAVI o sostituzione valvolare aortica chirurgica l'impatto della fragilità su sopravvivenza e capacità funzionale è tale da portare a sconsigliare la protesizzazione dei pazienti risultanti fragili. In generale quindi in cardiologia è ormai consolidata l'impatto della fragilità sulla prognosi dei pazienti, tanto da rendere imperativo uno screening nel normale iter diagnostico anche del paziente cardiologico apparentemente "fit". La diagnosi di fragilità non ha infatti un mero significato classificativo.



La diagnosi

Uno degli obiettivi chiave della geriatria è trovare una scala atta a rilevare nel cardiopatico una condizione di fragilità caratterizzata da sufficiente sensibilità e specificità, ma che sia al contempo di facile e rapida somministrazione ed interpretazione anche da parte di non geriatri. In particolare, la scala deve rilevare gli stadi nei quali è ancora presente una potenziale reversibilità della fragilità. Dal punto di vista operativo esistono svariate definizioni e corrispondenti scale di valutazione della fragilità. Le più utilizzate in ambito geriatrico, ma anche in ambito cardiologico, sono:

- il “fenotipo fragile”, descritto da Linda Fried;
- il “Frailty Index”, sviluppato da Rockwood.

Accanto a queste due scale “storiche”, sono state proposte e validate altre scale, spesso utilizzate anche in ambito cardiologico. Il problema è che non sempre scale rapide e veloci sono adeguatamente performanti. Esistono inoltre dei

problemi inerenti lo screening di soggetti non deambulanti, l’intercambiabilità delle scale, nonché la capacità di identificare i meccanismi fisiopatologici che sottintendono la fragilità. In effetti sono state utilizzate scale diverse a seconda che lo scopo fosse la stima di un rischio, l’eziologia della fragilità, l’esplorazione di biomarcatori, la selezione di soggetti per inclusione/esclusione, la stima della prevalenza, la stima della fragilità come target di intervento, oppure l’identificazione della fragilità nell’ambito dei processi di decision-making. La vera sfida è quindi trovare una scala sufficientemente sensibile e specifica che possa essere adattata ai vari setting: intensivo e/o acuto, riabilitativo o ambulatoriale. In generale comunque in ambito cardiologico il giudizio clinico rapido al letto del paziente, qualsiasi sia la scala utilizzata, non costituisce un metodo affidabile per determinare la fragilità.

Qualche consiglio per la pratica clinica

In attesa di un gold standard che definisca la fragilità nel paziente anziano cardiopatico, i consigli che attualmente possono essere forniti sono:

- data la prevalenza e l’impatto clinico della fragilità, considerare a priori un paziente anziano cardiopatico come potenzialmente fragile sino a che non si dimostri il contrario.
- Utilizzare scale di screening che possano rappresentare, nel proprio contesto lavorativo, un buon compromesso tra tempo e risorse impiegate per lo screening e risultati attesi dalla valutazione.
- Creare dei percorsi specifici per i pazienti identificati come fragili, così che possano ricevere una valutazione multidimensionale geriatrica atta ad assicurare il migliore trattamento finalizzato a correggere, ove possibile, le condizioni che causano la fragilità.





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



Novità dalla Task Force Cardiom metabolica e dall'Area Scompensamento Cardiaco

Gli inibitori del co-trasportatore sodio glucosio di tipo 2 per il trattamento dello scompensamento cardiaco, una lezione dalla diabetologia

Una classe farmacologica nata per ridurre la glicemia che ha dimostrato enormi potenzialità nella prevenzione delle ospedalizzazioni per scompensamento cardiaco e nella riduzione della mortalità cardiovascolare

È noto che nei pazienti affetti da diabete mellito tipo 2, l'80% delle cause di morte risiede nelle malattie cardiovascolari e, tra queste, con frequenza crescente vi è lo scompensamento cardiaco. Le ragioni sono molteplici, tra le principali l'aumento della vita media nelle società avanzate; l'aumento di altre condizioni cardiovascolari croniche, come: l'aterosclerosi, l'ipertensione, il danno renale, il dismetabolismo. Il diabete, anche non ancora diagnosticato, è presente nel 45% dei soggetti ricoverati con

scompensamento cardiaco acuto, mentre esso è manifestamente presente in una percentuale che oscilla tra il 30 ed il 40% dei soggetti arruolati negli studi sullo scompensamento cronico. La percentuale di soggetti diabetici sarebbe ancora più elevata, qualora si fosse adottata l'emoglobina glicata > 48 mmol/l come criterio diagnostico. In proposito è importante ricordare che più di un terzo dei soggetti che vanno incontro all'infarto del miocardio sono portatori di diabete mellito non diagnosticato. Poiché l'infarto miocardico è la

prima causa d'insufficienza cardiaca e la mortalità per scompensamento è significativamente più elevata nei soggetti diabetici, è facile comprendere come insufficienza cardiaca e diabete siano condizioni reciprocanti del danno cardiaco e della progressione di malattia nel soggetto che ne è portatore. Nel contesto clinico-patologico descritto è sorprendente osservare come molte delle moderne terapie diabetologiche, quali: i PPAR agonisti, i DPP4 inibitori, i GLP1 agonisti e l'insulina stessa, siano assai efficaci nel controllo



della glicemia e nel ridurre molti eventi cardiovascolari acuti, ma non abbiano dimostrato efficacia nella riduzione dello scompenso cardiaco. L'unica eccezione è costituita da una nuova classe di farmaci ipoglicemizzanti, gli inibitori del co-trasportatore sodio-glucosio di tipo 2 (SGLT2i).

I cotrasportatori Sodio - Glucosio (SGLT) e gli inibitori del cotrasportatore Sodio - Glucosio 2 (SGLT2i)?

Gli SGLT sono strutture proteiche con un ruolo importante nell'omeostasi del glucosio. Sono maggiormente presenti nel rene ed in misura minore nell'intestino tenue. Nel rene sono presenti due tipi di cotrasportatore SGLT: l'SGLT2, che si trova nel primo tratto del tubulo contorto prossimale e che è responsabile del riassorbimento del 90% del glucosio filtrato dal glomerulo. Nella seconda porzione del tubulo contorto prossimale è localizzato l'SGLT1 da cui dipende l'assorbimento del restante 10%

del glucosio filtrato dal glomerulo (Figura 1). Gli inibitori dell'SGLT2, dunque, agiscono inibendo il riassorbimento di gran parte del glucosio filtrato dal rene e del sodio a cui esso è abbinato, determinando insieme natriuria e significativa glicosuria, in grado di abbassare la glicemia. Per quest'azione, gli inibitori SGLT2 sono indicati come antidiabetici. I loro meccanismi d'azione, tuttavia, sono molteplici ed inducono sia effetti metabolici che emodinamici. Poiché gli inibitori SGLT2 attuano l'azione diuretica producendo l'eliminazione di glucosio e di sodio con l'urina, essi sono in grado di ridurre la congestione e, insieme, di diminuire l'attività dell'asse renina angiotensina, abbattendo la risposta simpatica. Inoltre, diminuendo la presenza di glucosio nell'organismo, determinano la riduzione della glucotossicità, la diminuzione dell'insulino-resistenza nel muscolo, il potenziamento della funzione delle cellule e l'aumento della lipolisi, l'incremento dell'attività delle cellule alfa, dove

sono presenti co-trasportatori SGLT2 la cui inibizione determina un aumentato rilascio di glucagone.

Effetti cardiovascolari dei SGLT2i?

Il primo studio multicentrico randomizzato in doppio cieco è stato l'EMPA-REG OUTCOME (Zinman B doi: 10.1056/NEJMoa1504720), condotto in una popolazione di 7020 pazienti con diabete mellito di tipo 2 (DMT2) ed accertata malattia cardiovascolare. La popolazione è stata randomizzata in 3 gruppi (empagliflozin 10 o 25 mg o placebo). Nei pazienti trattati con empaglifozim, la riduzione di HbA1c è stata relativamente modesta rispetto al placebo. Dopo un periodo di trattamento mediano di 3,1 anni, nel gruppo trattato con empagliflozin si è dimostrata una franca diminuzione dei MACE (10,5% vs 12,1%), della morte correlata a evento cardiovascolare (3,7% vs 5,9%) o della morte per tutte le cause (5,7% vs 8,3%). Nel pool di soggetti trattati con 10 e 25 mg di empagliflozin la riduzione del rischio relativo di mortalità è stata altamente significativa (-38%). Accanto a questo dato è stata osservata una riduzione altrettanto significativa delle ospedalizzazioni per scompenso cardiaco (HR 0,65 [95% CI 0,50-0,85], P = 0,002). Entrambe le curve attuariali per morte ed ospedalizzazione per scompenso, mostrano una precoce separazione ed un'ulteriore progressione della divergenza a partire dal diciottesimo mese di trattamento. Questo andamento fa ritenere che il beneficio, dovuto all'azione del SGLT2i, avvenga

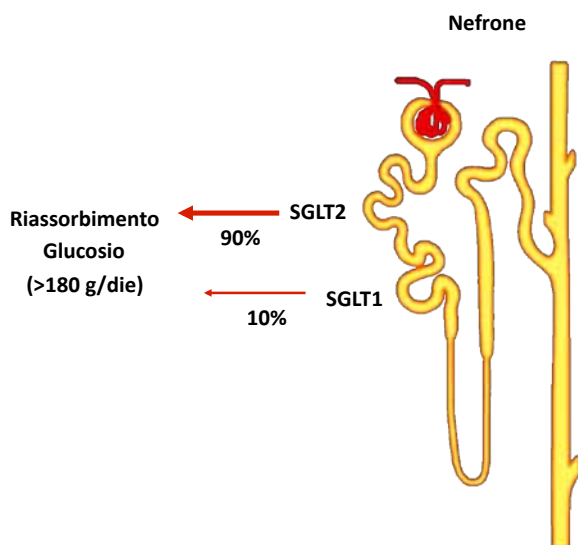


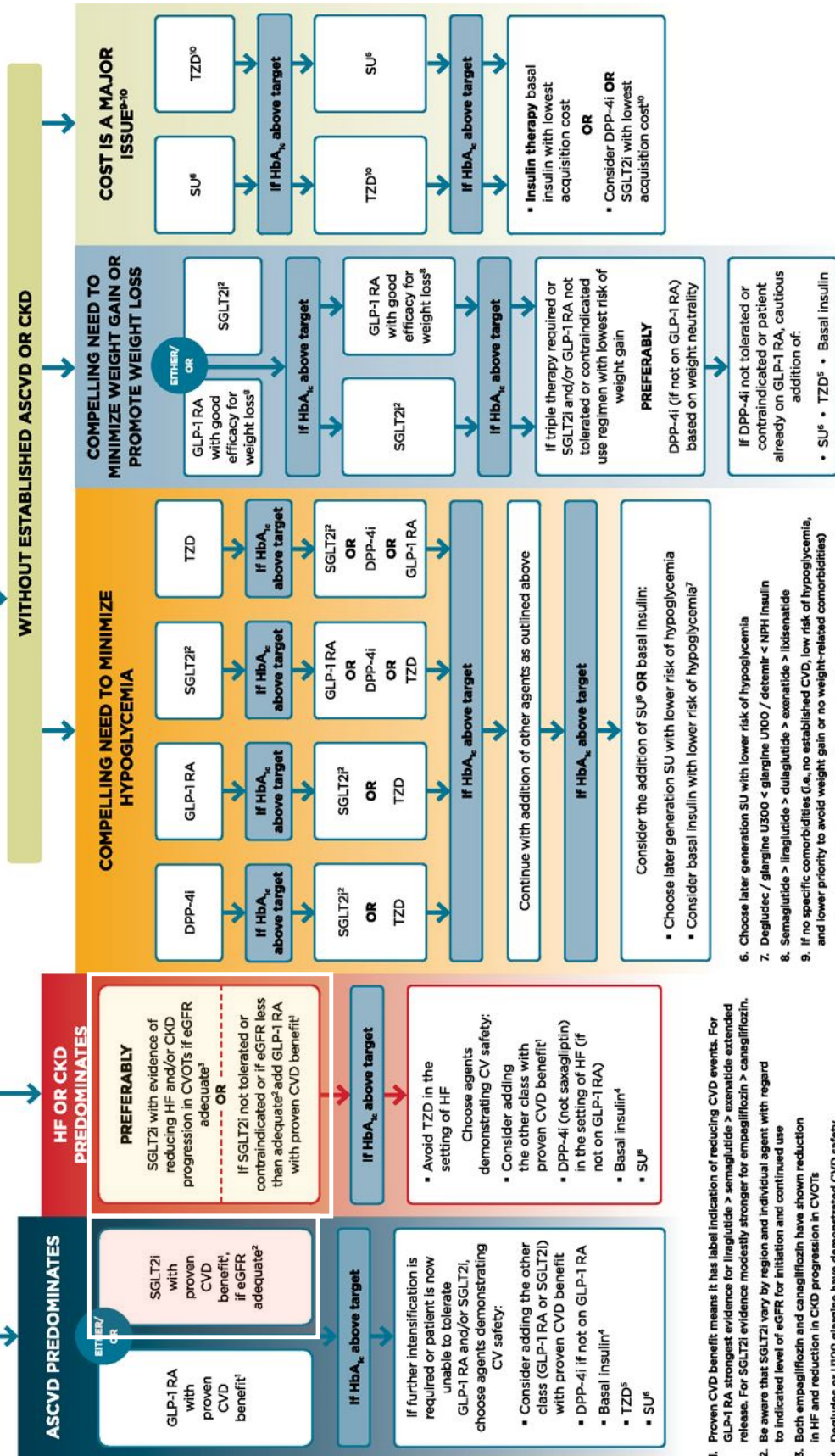
Figura 1



FIRST-LINE therapy is metformin and comprehensive lifestyle (including weight management and physical activity)
If HbA_{1c} above target proceed as below

NO

ESTABLISHED ASCVD OR CKD



1. Proven CVD benefit means it has label indication of reducing CVD events. For GLP-1 RA strongest evidence for liraglutide > semaglutide > exenatide extended release. For SGLT2i evidence modestly stronger for empagliflozin > canagliflozin.
2. Be aware that SGLT2i vary by region and individual agent with regard to indicated level of eGFR for initiation and continued use
3. Both empagliflozin and canagliflozin have shown reduction in HF and reduction in CKD progression in CVOTs
4. Degludec or U100 glargine have demonstrated CVD safety
5. Low dose may be better tolerated though less well studied for CVD effects

Da: Management of hyperglycaemia in type 2 diabetes, 2018. A consensus report by the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD) Diabetologia, h.ps://doi.org/10.1007/s00125-018-4729-5



dapprima per l'azione diuretica associata alla diminuita attività del sistema renina-angiotensina ed alla riduzione della progressione del danno renale e dell'albuminuria e, successivamente, potrebbe essere conseguente al calo ponderale e al ridotto contenuto di grasso viscerale. L'effetto sulla riduzione delle ospedalizzazioni per scompenso cardiaco è stato anche evidenziato nei trial multicentrici che hanno valutato gli altri due SGLT2i disponibili, il dapaglifozin ed il canagliflozin, mentre i recenti risultati dello studio CREDESCENCE (DOI: 10.1056/NEJMoa1811744), condotto con canagliflozin, hanno confermato la forte capacità di nefroprotezione da parte di questa classe farmacologica. Ma il dato che ha confermato l'estrema rilevanza di questa classe di farmaci nello scompenso cardiaco è quello dello studio DAPA-HF presentato al congresso ESC 2019. L'aggiunta di Dapaglifozin alla terapia standard dello scompenso cardiaco ha consentito la riduzione significativa dell'end-point primario morte cardiovascolare/ eventi legati a peggioramento dello scompenso cardiaco (RRR 26%, p: 0.00001) e degli end-point secondari (eventi legati al peggioramento dello scompenso: RRR 30%, p 0.00003; morte cardiovascolare: RRR 18%, p: 0.029; morte per tutte le cause: RRR 17%; p 0.022) con un miglioramento significativo della qualità di vita dei pazienti. Dato ancor più rilevante proveniente

da questo studio è che l'effetto favorevole è presente sia nei pazienti diabetici che nei pazienti non diabetici. Un risultato che rende questa terapia non solo una terapia per i diabetici ma anche per i pazienti affetti da insufficienza cardiaca.

Le linee guida e la prescrizione degli SGLT2i?

Le evidenze provenienti dagli studi clinici randomizzati avevano già portato le linee guida delle società diabetologiche (American Diabetes Association, ADA, ed

Il DAPA-HF ha dimostrato che il beneficio di questa classe di farmaci nell'insufficienza cardiaca è indipendente dalla presenza di diabete

European Association for the Study of Diabetes, EASD) a raccomandare fortemente l'utilizzo di questa classe di farmaci (Figura 2). Le Linee Guida ESC presentate al congresso 2019 hanno confermato questa indicazione. La stessa Società Europea di Cardiologia, già nelle linee guida del 2016, alla luce dello studio EMPAREG, raccomandava l'impiego empaglifozin per la prevenzione dello scompenso cardiaco. Nonostante ciò, la

prescrizione appare tuttora molto sottodimensionata.

La consapevolezza dei Cardiologi: i risultati della Survey GOLD CARE

Dalla recente survey condotta tra i Cardiologi ANMCO si evince che la maggior parte degli intervistati dichiara di avere massima familiarità con la terapia insulinica e con i farmaci tradizionali, molto meno con le nuove classi di ipoglicemizzanti. Il 94% ritiene ci sia un gap formativo tra i Cardiologi per le nuove terapie antidiabetiche. Alla luce delle considerazioni espresse, la Task Force Cardiometabolica in collaborazione con il Consiglio Direttivo e con l'Area Scompenso si propone di avviare una serie d'iniziative culturali ed editoriali rivolte al mondo cardiologico con l'intento: - di aumentare la consapevolezza tra i Cardiologi degli effetti degli SGLT2i e della loro rilevanza nel trattamento di pazienti Cardiologici; - di approfondire gli aspetti fisiopatologici di questa classe farmacologica; - di offrire aggiornamenti sugli studi in corso nei pazienti con scompenso cardiaco; - di favorire una più efficace collaborazione fra Cardiologi e Diabetologi. In tal modo intendiamo migliorare cultura e competenza per la buona prassi clinica, in un'area cardiologica ad alta complessità ed in forte espansione epidemiologica. ♥



Cosimo Napoletano

ABRUZZO

Presidente

Cosimo Napoletano - Teramo

Consiglieri

Carlo Alberto Capparuccia - Chieti

Vincenzo Cicchitti - Lanciano (CH)

Massimo Di Marco - Pescara

Daniele Forlani - Pescara

Alberto Lavorgna - Teramo

Maurizio Porfirio - L'aquila

Francesco Santarelli - Teramo

Gianluca Tomassoni - Teramo



Serena Rakar

FRIULI VENEZIA GIULIA

Presidente

Serena Rakar - Trieste

Consiglieri

Maria Grazia Baldin - Palmanova (UD)

Marzia De Biasio - Udine

Gerardina Lardieri - Gorizia

Elvira Loiudice - Pordenone

Cristina Lutman - Udine

Carmine Mazzone - Trieste

Rosa Pecoraro - Pordenone

Alberto Roman Pognuz - Tolmezzo (UD)



Giacinto Calculli

BASILICATA

Presidente

Giacinto Calculli - Matera

Consiglieri

Maria Antonella Ciccarone - Matera

Salvatore Gubelli - Melfi (PZ)

Pasqualino Innelli - Potenza

Maria Giuseppina Veglia - Matera



Giuseppe Pajes

LAZIO

Presidente

Giuseppe Pajes - Albano Laziale (RM)

Consiglieri

Stefano Aquilani - Roma

Alessandro Danesi - Roma

Silvio Fedele - Roma

Paride Giannantoni - Roma

Fabio Menghini - Roma

Giovanni Pulignano - Roma

Vittoria Rizzello - Roma

Luigi Sommariva - Viterbo



Roberto Ceravolo

CALABRIA

Presidente

Roberto Ceravolo - Lamezia Terme (CZ)

Consiglieri

Caterina Patrizia Ceruso - Reggio Calabria

Cosima Cloro - Cosenza

Nicola Cosentino - Cariati (CS)

Alfredo De Nardo - Vibo Valentia

Eduardo Scotti - Catanzaro

Antonio Sulla - Crotona



Marco Botta

LIGURIA

Presidente

Marco Botta - Savona

Consiglieri

Daniele Bertoli - Sarzana (SP)

Giorgio Caretta - La Spezia

Martino Cheli - Genova

Piero Clavario - Arenzano (GE)

Vered Gil Ad - Genova

Francesco Mainardi - Genova

Katia Paonessa - Pietra Ligure (SV)

Federico Ariel Sanchez - Sanremo (IM)



Cesare Baldi

CAMPANIA

Presidente

Cesare Baldi - Salerno

Consiglieri

Roberta Ancona - Pozzuoli (NA)

Luigi Di Lorenzo - Sessa Aurunca (CE)

Dario Formigli - Benevento

Alfredo Madrid - Napoli

Raffaele Merenda - Napoli

Vittorio Palmieri - Avellino

Fabio Pastore - Eboli (SA)

Pasquale Spadaro - Napoli



Giuseppe Di Tano

LOMBARDIA

Presidente

Giuseppe Di Tano - Cremona

Consiglieri

Roberto Bonatti - San Fermo della

Battaglia (CO)

Benedetta Carla De Chiara - Milano

Oreste Carlo Febo - Rivolta D'Adda (CR)

Luca Angelo Ferri - Lecco

Luigi Fiocca - Bergamo

Attilio Iacovoni - Bergamo

Daniele Nassiacos - Saronno (VA)

Simona Pierini - Cinisello Balsamo (MI)



Gabriele Guardigli

EMILIA ROMAGNA

Presidente

Gabriele Guardigli - Ferrara

Consiglieri

Daniela Aschieri - Castel San Giovanni

(PC)

Samuela Carigi - Rimini

Maria Alberta Cattabiani - Parma

Rossella Ferrara - Imola (BO)

Francesco Manca - Reggio Emilia

Andrea Pozzati - Bazzano (BO)

Giulia Ricci Lucchi - Ravenna

Stefano Tondi - Modena



Luigi Aquilanti

MARCHE

Presidente

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



Marina Angela Viccione

MOLISE

Presidente

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



Federico Nardi

PIEMONTE E VALLE D'AOSTA

Presidente

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



Massimo Grimaldi

PUGLIA

Presidente

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



Marco Corda

SARDEGNA

Presidente

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



Giovanna Geraci

SICILIA

Presidente

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



Giancarlo Casolo

TOSCANA

Presidente

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



Edoardo Bonsante

TRENTINO ALTO ADIGE

Presidente

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



Gianfranco Alunni

UMBRIA

Presidente

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



Sakis Themistoclakis

VENETO

Presidente

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



Il Palio delle Cardiologie: la Vittoria della Calabria



Dott.ssa Nadia Ingianni, Marsala (TP), Comitato Coordinamento Area Giovani ANMCO, Dott.ssa Iris Parrini, Torino, Dott.ssa Fabiana Lucà, Reggio Calabria, Co-Chairperson Area Management & Qualità ANMCO, Dott. Roberto Ceravolo, Lamezia Terme, Presidente Regionale ANMCO, Dott. C. Massimiliano Rao, Reggio Calabria, Dott.ssa Annita Bava, Reggio Calabria, Dott. Antonio Butera, Reggio Calabria

Sempre alla ricerca di innovazione, è stato lanciato in Calabria, in occasione del congresso regionale ANMCO 2019, un format dinamico e sperimentale, in cui le varie città della regione si sono confrontate nell'esposizione di vari casi clinici e sottoposti al giudizio di una giuria di esperti oltre che dalla platea, finalizzato non solo a stimolare una sana competizione tra i Soci sfruttando il campanilismo intraregionale, ma anche di dar modo a qualsiasi Socio ne avesse voglia, di presentare un caso clinico reale e di misurarsi in un contesto scientifico di pregio





Dott. Roberto Ceravolo, Lamezia Terme, Dott. Furio Colivicchi, Roma, Prof. Gianfranco Gensini, Firenze, Dott.ssa Annita Bava, Reggio Calabria. Nella Foto il primo premio costituito da un elettrocardiografo digitale di ultima generazione



quale il congresso regionale. L'affascinante esperimento ha dato modo di cogliere un'occasione di visibilità ai giovani Soci che iniziano a muovere i primi passi nel mondo ANMCO e nel contempo di divertirsi giocando con i Soci più consumati che hanno accettato la sfida con atteggiamento giocoso ma non di meno battagliero. La votazione è stata resa anonima e con il risultato immediato grazie all'utilizzo di un'apposita app per smartphone che permetteva di loggarsi in maniera anonima consentendo tuttavia il riscontro diretto tra il numero dei votanti

e dei presenti in sala all'insegna della massima trasparenza. I finalisti, il Dott. Marco Vatrano (Catanzaro) e la Dott.ssa Antonella Corapi (Catanzaro), sono stati premiati con un piatto artistico "ANMCO" interamente disegnato a mano, mentre la vincitrice del Palio, la Dott.ssa Annita Bava (Reggio Calabria) si è aggiudicata un elettrocardiografo digitale di ultima generazione dotato anche di piattaforma per test ergometrico. La dicotomia tra ANMCO dei giovani che avanzano e ANMCO dei Soci esperti è stato il light motive del palio, come è stato sottolineato

dalla scelta dei due moderatori dei casi clinici, il Dott. Antonio Butera, storico Socio ANMCO Calabria, ex primario di Lamezia attualmente in pensione e dalla Dottoressa Nadia Ingianni, componente del Comitato di Coordinamento dell'Area Giovani. Gli sfidanti hanno inoltre avuto l'onore di essere giudicati da una giuria di super esperti di grande calibro, quali il Dott. Michele Massimo Gulizia, il Dott. Furio Colivicchi, il Dott. Federico Nardi, il Prof. Gianfranco Gensini, il Dott. Paolo Pino e la Dott. Iris Parrini ed il Dott. Giancarlo Casolo. Ma il vero successo è stata



l'atmosfera frizzante e scoppiettante che si è creata durante l'intero convegno e che si è alternata ad un clima quasi di sacralità che si è respirato durante le letture magistrali e le lezioni frontali di enorme caratura scientifica. Il convegno è stato arricchito dalla partecipazione di personalità di spicco giunte da fuori regione, che hanno reso il convegno regionale un incontro di più ampio respiro e di maggiore confronto, pur mantenendo pregnante la connotazione regionale. Vera e propria primizia del convegno sono stati i nuovissimi dati presentati dal Presidente della Fondazione per il Tuo cuore Michele Gulizia del Blitz AF che ha illustrato dati di estrema importanza sulla Fibrillazione Atriale. Di enorme interesse è stata inoltre la lettura del Dott. Colivicchi sulla Quarta definizione Universale dell'infarto



Il Dottor Domenico Gabrielli, Presidente ANMCO, e la Dott.ssa Diamantina Ricciardelli consegnano una targa per il recente pensionamento al Dott. Saverio Salituri, al Dott. Mario Chiatto e al Prof. Giuseppe Abbritti



Miocardico Acuto. La fortunata intuizione del Presidente Regionale Dott. Roberto Ceravolo coadiuvato dal Consiglio Direttivo ha subito avuto grande risonanza a livello nazionale e chissà che l'esperienza non venga mutuata da altre regionali, o perché no, riproposta a livello nazionale. Ma in primavera i colori dell'ANMCO sono del tutto esplosi, non solo grazie all'evento istituzionale principe in senso associativo quale in convegno regionale, ma anche con altri eventi patrocinati ANMCO, quali gli Incontri Cardiologici sullo Ionio (cariati 24-25 maggio 2019) organizzati dai Dottori Cosentino e Chiatto e dal convegno svoltosi a Mendicino (CS) dal 7 all'8 giugno, organizzato dalla Dott. Cloro in cui è stato proposto l'ormai attualissimo tema della Medicina di Genere. Sempre a giugno si è rinnovato inoltre l'appuntamento con i diabetologi durante le Giornate Cardiometaboliche Reggine. L'intensa stagione è stata inframezzata dal Congresso Nazionale ANMCO durante il quale la Calabria ha ottenuto varie menzioni, tra cui il riconoscimento al Dott. Chiatto nel ruolo di direttore Responsabile di "Cardiologia negli Ospedali", ed il premio al Dott. Angelo Leone per uno dei migliori casi clinici. Un cammino faticoso ma emozionante quello di ANMCO Calabria, che con serietà e passione abbiamo intrapreso, camminando in cordata, per raggiungere vette sempre più alte:

Quanto manca alla vetta?

Tu Sali e non pensarci

(F. Nietzsche) ♥



50° Congresso Nazionale ANMCO: il Dottor Domenico Gabrielli, Presidente ANMCO, mentre consegna la Targa di merito al Dottor Mario Chiatto, Direttore Responsabile di "Cardiologia negli Ospedali"



50° Congresso Nazionale ANMCO: il Dottor Mario Chiatto consegna il Premio che porta il suo nome al Dott. Angelo Leone



Survey sul funzionamento della rete IMA della regione Campania

Analisi delle problematiche e delle criticità della rete tempo-dipendente per il trattamento dell'infarto miocardico acuto ST-sopraelevato (rete IMA) nella terza regione più popolosa d'Italia

Rete IMA regione Campania

In regione Campania, con Decreto del Commissario ad Acta (DCA) n° 64 del 16.07.2018, è stata istituita la rete tempo-dipendente per il trattamento dell'infarto miocardico acuto (rete IMA). Gli standard ed i protocolli operativi della rete (DCA del 15.03.2013) erano stati definiti da un Tavolo Tecnico Regionale a cui hanno partecipato alcune figure rappresentative dell'ANMCO: P. Giudice in qualità di responsabile Cardiologo di centro Hub; G. Sibilio in qualità di responsabile Cardiologo di centro Spoke; e M. Scherillo in qualità di rappresentante dell'ANMCO stessa (DCA 63 del 19.06.2012). Salerno è stata la prima provincia dove è stata avviata la sperimentazione della rete nel luglio 2017 seguita da Benevento nell'ottobre 2017. La Rete prevede l'interazione

coordinata di tutti i punti di primo contatto medico (PS di Ospedali o servizio di Soccorso Territoriale del 118) con un Centro Hub. Il protocollo descrive le condizioni ed i comportamenti che tutti i sanitari della Rete-IMA sono chiamati a rispettare in relazione al punto della Rete nel quale è posta per la prima volta la diagnosi, ai Tempi di Trasporto (TdT) ed alle variabili cliniche di presentazione, con la finalità di trasferire il maggior numero possibile di pazienti con STEMI direttamente in sala di emodinamica (Cath Lab) di un Centro Hub, eventualmente bypassando il dipartimento di emergenza, onde ottenere il ripristino del flusso coronarico nel più breve tempo possibile (Fast Track). La Rete si avvale di un sistema di teletrasmissione dell'elettrocardiogramma (ECG) ad una Centrale Cardiologica (CC)

per la refertazione remota, allo scopo di implementare la diagnosi precoce di STEMI. La rete funziona su base provinciale. Tutte le CC sono interconnesse tra di loro in modo tale da poter sopperire l'una le funzioni dell'altra in caso di temporaneo impedimento. Nella regione Campania sono state identificate 6 CC ubicate presso le UTIC dei seguenti Ospedali di riferimento provinciali: A.O. San Giuseppe Moscati per la provincia di Avellino; A.O. San Pio per la provincia di Benevento; A.O. Sant'Anna e San Sebastiano per la provincia di Caserta; A.O. dei Colli - PO Monaldi e A.O.U. Federico II per la provincia di Napoli; e A.O. San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona per la provincia di Salerno.

Finalità della survey

Il Consiglio Direttivo Regionale dell'ANMCO Campania già



Il Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Campania: la squadra.

dall'inizio dell'attivazione dei diversi nodi della rete IMA dal 2016 in poi, ha iniziato a raccogliere i feedback provenienti dai colleghi ospedalieri relativi alle problematiche registrate nell'attuazione del protocollo della rete; è stato possibile incorporare queste segnalazioni in un questionario da sottoporre ai responsabili delle U.O.C. di Cardiologia della regione Campania suddivisi per centro Spoke e per centro Hub. A dicembre 2018 è stata approvata la versione definitiva del questionario che, dopo l'approvazione da parte del CD Nazionale, è stato somministrato attraverso il Dipartimento Soci-Regioni ANMCO.

Risultati e spunti di riflessione

L'analisi dei risultati è stata presentata da Fortunato Scotto

di Uccio, Consigliere nazionale dell'ANMCO, durante il congresso regionale ANMCO Campania svoltosi a Pozzuoli il 10 e l'11 maggio 2019. Hanno risposto alla survey più del 90% delle Cardiologie della Regione Campania. Dalla analisi delle risposte ricevute dai centri Spoke (Figura 1), la Rete IMA viene percepita come un miglioramento per l'assistenza dei pazienti (89%) con una buona valutazione dei tempi di arrivo del 118 per il trasporto del paziente dal centro Spoke al centro Hub (68%). Inoltre, nel 74% dei centri sono stati concordati nei centri Spoke degli automatismi di equipe (cardiologo, anestesista, infermiere) per accelerare il trasferimento del paziente con STEMI al centro Hub. Le criticità che invece sono emerse

dalla survey sono le seguenti: la diagnosi di STEMI nel 63% è eseguita nel PS (verosimilmente trattati di pazienti giunti con mezzi propri e non attraverso il 118); nel 68% dei casi dopo una diagnosi di STEMI non è lo stesso personale del 118 a provvedere al trasferimento presso il centro Hub con conseguente allungamento del tempo alla P-PCI. Nel 74% l'HUB tende a ricoverare presso la propria UTIC il paziente trattato e ciò determina un sovraccarico di lavoro per la UTIC Hub con riduzione nella stessa dei posti letto ed aumento della probabilità di ricoveri in barelle; e nei casi di ritrasferimento del paziente al centro Spoke questo nel 68% è a carico del personale del centro Spoke stesso con la conseguenza di sottrarre risorse umane ritenute

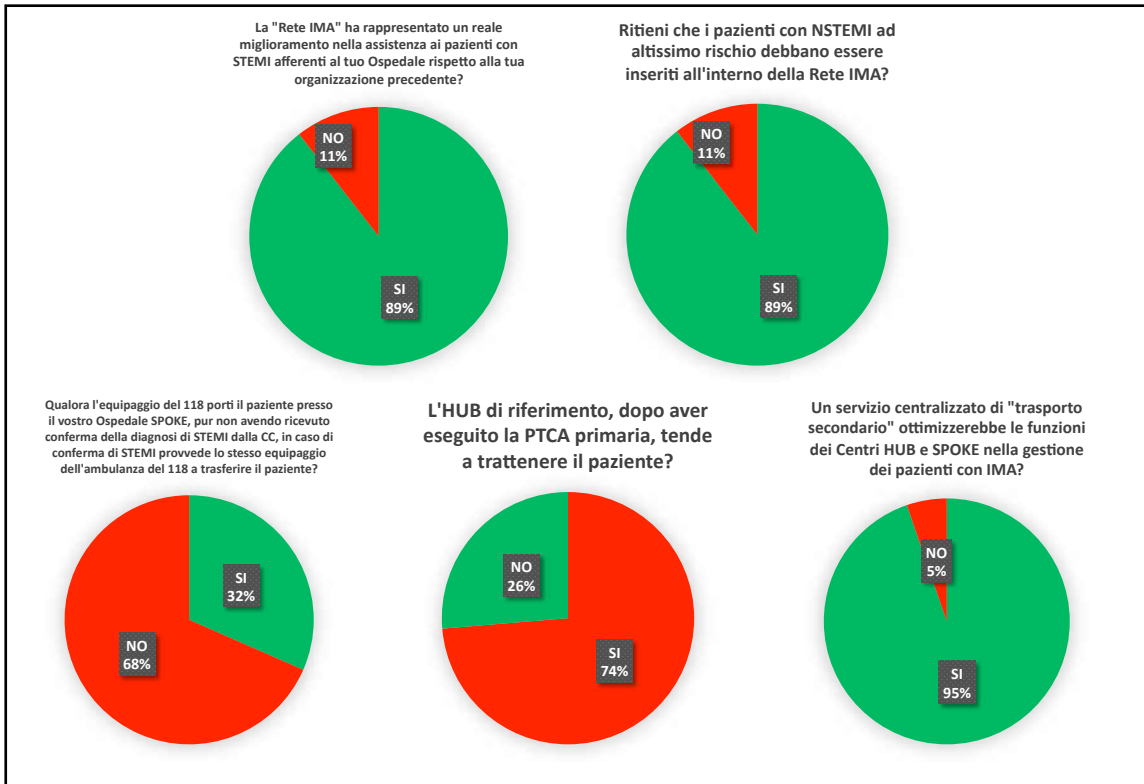


Figura 1: Risultati salienti della Survey rete IMA per Centri Spoke della Regione Campania

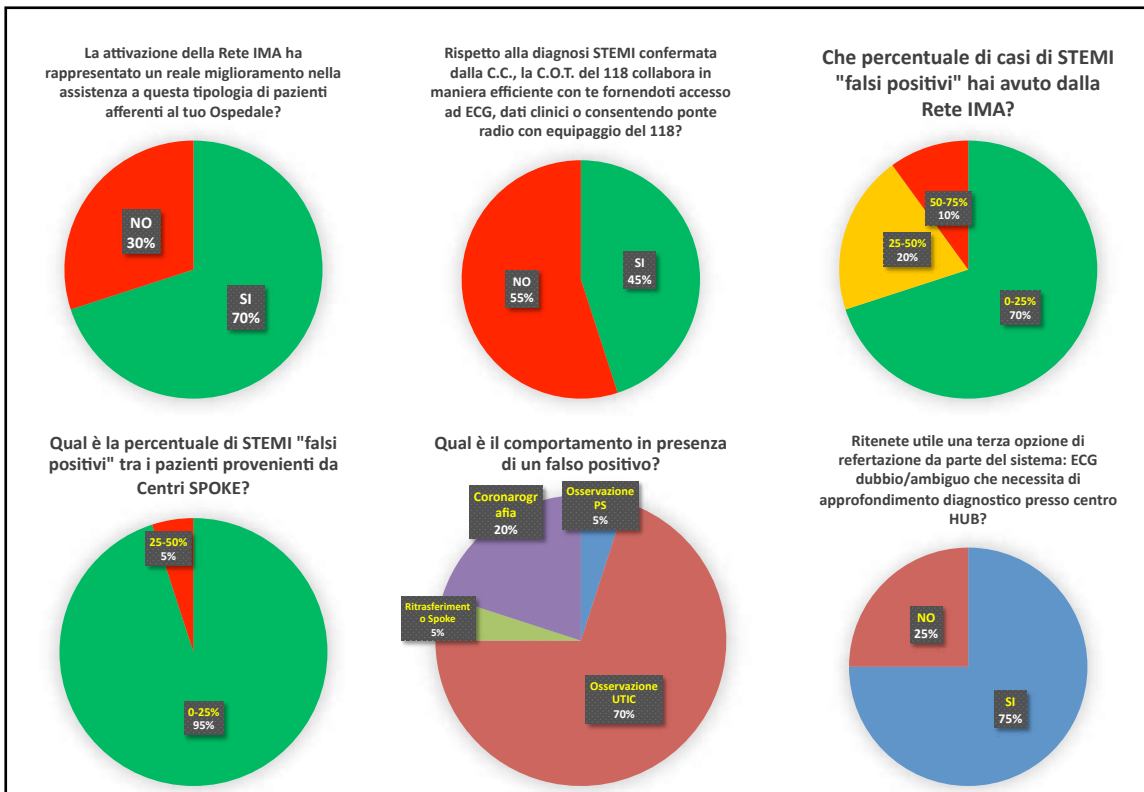


Figura 2: Risultati salienti della Survey rete IMA per i Centri Hub della Regione Campania



già sottorganico. Il 95% dei centri Spoke ritiene necessario un sistema di trasporto secondario dedicato per ottimizzare i tempi di trattamento e l'utilizzo appropriato delle risorse umane (medici ed infermieri) nonché della stessa ambulanza. Infine, l'89% dei centri Spoke sente l'esigenza di inserire nella Rete IMA anche il paziente NSTEMI ad alto rischio, per un più rapido trattamento in linea con i tempi indicati nelle Linee Guida, e per una riduzione dei tempi di degenza. Analizzando i risultati del questionario inviato ai centri Hub (Figura 2), la Rete IMA viene percepita come un miglioramento per l'assistenza dei pazienti, ma in misura inferiore rispetto ai centri Spoke (solo il 70% dei casi). Questo perché l'85% dei centri Hub era attivo h24 già prima dell'instaurazione ufficiale della rete IMA e funzionava come centro Hub per una piccola "rete autogestita" con alcuni centri Spoke o attraverso rapporti personali. Le criticità che invece sono emerse dalla survey sono le seguenti: il 55% dei centri dichiara l'assenza di collaborazione con la centrale operativa del 118, per quanto riguarda la disponibilità di informazioni cliniche e l'accesso all'ECG, rendendo meno agevole il processo decisionale del Cardiologo nel percorso diagnostico-terapeutico del paziente con IMA. Una seconda criticità è rappresentata dal fatto che nel 65% dei casi la percentuale di pazienti che giunge attraverso la rete IMA (118 + Spoke) è inferiore al 50% di tutti gli STEMI trattati presso il centro Hub con bassa percentuale

di utilizzo del percorso Fast Track (territorio -> emodinamica). I pazienti falsi positivi sono una minoranza (il 70% dei centri dichiara falsi positivi in meno del 25% dei casi, percentuale che sale al 95% quando il paziente transita attraverso un centro Spoke dove è presente un Cardiologo a far diagnosi). La gestione dei falsi positivi, comunque, rappresenta una criticità in quanto nel 70% dei centri permangono in osservazione nell'UTIC Hub ed eseguono una coronarografia nel 20% dei casi con ricadute non appropriate sul piano dell'assorbimento delle risorse. La terza criticità riscontrata nei centri Hub è il ritrasferimento del malato presso il centro Spoke di provenienza. L'80% dei centri dichiara infatti una percentuale di trasporto secondario programmato inferiore al 25% e, quando si verifica, nel 45% dei centri risulta a carico del centro Hub. Pertanto, la maggior parte dei centri Hub (80%) ritiene utile l'istituzione di un servizio centralizzato regionale di trasporto secondario Hub->Spoke. Infine l'ultima criticità è rappresentata dalla rigida strutturazione del sistema informatico di refertazione che prevede attualmente solo tre risposte possibili: Stemi SI, Stemi NO o Ecg non diagnostico. Per il 75% dei centri Hub andrebbe inserita una nuova opzione di refertazione con indicato Ecg dubbio/ambiguo che necessita di approfondimento diagnostico-terapeutico presso il PS del centro Hub; questa opzione consentirebbe di valutare in un contesto di sorveglianza clinica, esperto ed

attrezzato, tutti i casi, che per la loro presentazione incerta non giustificano il ricorso all'attivazione del team di Cardiologia Interventistica reperibile ma richiedono un'osservazione prolungata.

Conclusioni

Il DCA n°64 del 16.07.2018 ha rappresentato per tutta la comunità cardiologica ospedaliera della Regione Campania un importante passo avanti sulla strada della ottimizzazione del trattamento dell'IMA. La survey lanciata dal nostro Consiglio Direttivo Regionale ha potuto apprezzare la percezione diffusa di un reale miglioramento dei livelli assistenziali nella rete IMA per come è stata strutturata da questo strumento normativo; cionondimeno, essa ci ha dato l'opportunità di raccogliere anche la segnalazione di alcune criticità espresse sia dai centri Spoke (segnatamente, la percentuale ancora alta di diagnosi di STEMI non effettuata a letto del paziente dal 118 e di ritrasferimento al centro Spoke dopo la PCI primaria a carico della periferia) sia dai centri Hub (in particolare, il ricorso ancora basso al circuito in fast track, l'impatto delle diagnosi falso positive di STEMI sulla gestione del paziente nel centro Hub, il nodo organizzativo non ancora risolto del ritrasferimento al centro Spoke). Il Consiglio Direttivo Regionale auspica che tutte queste osservazioni possano diventare il terreno di confronto con le autorità di programmazione regionale per un necessario ulteriore miglioramento della rete IMA in Campania. ♥



“Non sempre cambiare equivale a migliorare, ma per migliorare bisogna cambiare”
(Winston Churchill)

ANMCO LAZIO: una Comunità Cardiologica proiettata verso il futuro

Tante iniziative formative e associative, tanta voglia di incontrarsi

Organigramma

Aprile 2018 è stato il mese delle elezioni nel Lazio, in seguito alle quali, con una ampia partecipazione alla tornata elettorale, si è costituito il nuovo Direttivo Regionale con la nomina del Presidente Giuseppe Pajes e degli otto Consiglieri. Il nuovo Direttivo ha visto il ricambio di quasi tutti i suoi componenti rispetto al precedente.

Programma

Fin da inizio mandato ci siamo impegnati nella preparazione del programma del biennio, identificando i problemi e le criticità esistenti, impostando una serie di obiettivi da conseguire a breve termine e una lista dei primi progetti da realizzare, con attività di vario tipo: formative, educazionali, di collaborazione con gli organi nazionali (Consiglio Direttivo, Aree, Fondazione per il Tuo cuore), con le Istituzioni Regionali con le altre Associazioni cardiologiche e figure mediche (Medicina Generale), e non mediche (Infermieri).

Nuove iscrizioni e giovani

Uno dei primi obiettivi identificati e conseguiti è stato quello di

rinnovare l'interesse dei Cardiologi del Lazio per l'Associazione, promuovendo nuove iscrizioni (soprattutto fra i Giovani Cardiologi) e facendo rientrare quelli che negli anni, per svariati motivi, se ne erano allontanati. I risultati non si sono fatti attendere.

Rapporti con gli iscritti

Il presupposto di una più ampia partecipazione ha richiesto una profonda revisione dell'organizzazione di lavoro del Consiglio Direttivo. Si è deciso che l'organizzazione delle riunioni mensili avvengano con programmazione a lungo termine e in modo itinerante in ogni Ospedale di ciascun Consigliere regionale, al fine di garantirne il coinvolgimento attivo anche nell'organizzazione dell'incontro favorendo così la condivisione delle differenti realtà di lavoro. Si è poi data ampia diffusione ai verbali delle riunioni e alle iniziative proposte e, a tale scopo, si è deciso di identificare, all'interno di ogni Ospedale una figura di riferimento con la responsabilità di fare da collante fra il Consiglio stesso e gli Iscritti a livello locale.

Collaborazione con ANMCO Nazionale

Un punto chiave del Cronoprogramma del nuovo Consiglio Direttivo, che riguarda il rafforzamento dei rapporti con le attività associative nazionali, si è realizzato con la massiccia partecipazione degli iscritti al “Progetto Nazionale di Prevenzione Cardiovascolare Truck Tour Banca del Cuore 2018”, che si è svolto a Roma in Piazza Porta San Giovanni dal 19/06/2018 al 21/06/2018, sul Jumbo Truck appositamente allestito. Il Jumbo Truck torna nel Lazio nel 2019 per due eventi di cui uno, quello del 29 settembre ad Amatrice, proposto e fortemente voluto dal Consiglio Direttivo Regionale, riveste un significato che va oltre quello specifico della campagna di prevenzione cardiovascolare, ma si prefigge lo scopo di rinnovare e potenziare il percorso di rinascita della cittadina così duramente colpita dal terremoto. Altro importante obiettivo è stato raggiunto con la partecipazione continua ai lavori del Presidente



Regionale al Consiglio Nazionale e agli Stati Generali, sia con l'ampia e qualificata partecipazione dei Cardiologi del Lazio ai due ultimi Congressi Nazionali che si sono svolti a Rimini, sia come membri della faculty, sia come partecipanti con proposte per "Call for ideas" e per la presentazione di abstract. L'attività scientifica è ripresa in modo significativo, in particolare con la partecipazione dei Centri del Lazio al BLITZ HF, che ha visto il San Giovanni, San Camillo e Ospedale dei Castelli primeggiare a livello nazionale fra i centri con il maggior numero di pazienti arruolati. Va sottolineato, infine, l'ampio coinvolgimento dei nostri Iscritti nelle strutture nazionali, sia a livello di Consiglio Direttivo, sia a livello di Aree e di Task Force, sia nella stesura dei vari Documenti di Consenso pubblicati di recente. A tal riguardo, uno degli obiettivi dell'attuale Consiglio Direttivo Regionale è quello di rafforzare i rapporti con le Aree e le Task Force, identificando al proprio interno figure di riferimento con lo scopo di informare tutti gli iscritti delle iniziative in atto e di favorirne la partecipazione.

Il Congresso Regionale

Un obiettivo chiave dell'attuale Consiglio Direttivo è stato quello di rinnovare la veste del Congresso Regionale ANMCO sia dal punto di vista organizzativo che scientifico e formativo. Il Congresso Regionale 2019 si è svolto il 26 e 27 marzo, e ha rappresentato l'occasione per realizzare appieno quanto previsto dal programma. Al fine di consentire un pieno coinvolgimento degli Iscritti, e in particolare dei



Il Dott. Domenico Gabrielli, Presidente ANMCO, e il Dott. Giuseppe Pajes, Presidente Regionale ANMCO Lazio

Giovani, la Faculty ha incluso ben 78 membri, di cui 20 Giovani Cardiologi under 40. Due novità sono state rappresentate dalle Joint Session con le altre associazioni scientifiche cardiologiche e dalla Tavola Rotonda con le Istituzioni Regionali. Un ruolo speciale è stato assegnato a 4 letture, in cui altrettanti illustri rappresentanti della Cardiologia del Lazio, hanno descritto lo Stato dell'Arte di argomenti chiave della Cardiologia e della Cardiochirurgia. Il programma è stato affiancato da un evento dedicato agli Infermieri, in collaborazione con l'Area Nursing e da 2 eventi formativi sulla compilazione delle nuove SDO e sulla programmazione dei dispositivi per il cardiologo clinico in collaborazione con il Club delle

UTIC regionale. La prima giornata si è aperta con l'Introduzione al congresso del Presidente Nazionale ANMCO, Mimmo Gabrielli, che, insieme al Presidente eletto Furio Colivicchi, ha portato il saluto del Consiglio Direttivo Nazionale ed espresso grande soddisfazione per il lavoro svolto e le prospettive future. La I sessione ha affrontato il tema sempre attuale delle problematiche irrisolte nella fibrillazione atriale, quali l'importanza epidemiologica e le implicazioni organizzative, le problematiche del grande anziano e quelle della triplice terapia. La II sessione si è focalizzata sulle novità delle ultime Linee Guida ESC: la sincope, la rivascolarizzazione e la gravidanza. La III sessione (Joint Session con AIAC) si è focalizzata sulle Indicazioni all'ablazione delle TV, sull'identificazione dei pazienti con Pattern Brugada ad alto rischio, sui PMK leadless, sul Defibrillatore sottocutaneo e sul Loop recorder. La IV sessione (Joint Session col GISE) si è focalizzata sul controverso aspetto delle indicazioni alle procedure in cardiologia interventistica Strutturale: Mitraclip, TAVI, PFO e chiusura dell'Auricola. La V sessione (Joint Session con GICR-IACPR), ha affrontato 4 temi di grande attualità nel campo dello scompenso cardiaco: la terapia con ARNI, il ruolo della riabilitazione cardiologica, il timing per impianto di VAD e l'importanza del PDTA scompenso. La VI sessione si è basata su una Tavola Rotonda con esponenti delle Istituzioni regionali, che ha fatto il punto su Reti, PDTA, valutazione degli Esiti e Telemedicina. La VII sessione,



sulla Cardiopatia ischemica cronica ha affrontato i temi della DAPT, dei PCSK9 e della strategia ibrida nella rivascolarizzazione Coronarica. L’VIII sessione si è incentrata sull’appropriatezza dell’imaging nucleare, sulle indicazioni all’AngioTC e alla RMN cardiaca. La sessione conclusiva ci ha parlato dei Target di LDLc e come raggiungerli, del trattamento percutaneo delle lesioni coronariche complesse, e dello stato dell’arte della Cardioncologia. L’inatteso e forzato cambiamento della sede congressuale pochi giorni prima del Congresso e la contemporaneità con altri eventi non ha favorito, per questa edizione, una massiccia partecipazione in termini numerici, ma il Consiglio Direttivo ha già posto in essere tutte le misure per potenziare la partecipazione al Congresso 2020.

La Formazione

Uno degli aspetti chiave del programma del nuovo Direttivo Regionale è stato il coinvolgimento più ampio possibile degli Iscritti e delle strutture cardiologiche regionali, e della creazione del rafforzamento dei contatti con la Cardiologia territoriale e la

Medicina generale. Per tale motivo è nato il progetto formativo: “Appropriatezza Prescrittiva e Piani Terapeutici: alla ricerca di percorsi condivisi”, che è stato condotto in collaborazione con l’ARCA con la partecipazione dei Cardiologi e internisti Ospedalieri, degli specialisti

cardiologi territoriali ARCA, dei rappresentanti dei MMG, dei direttori dei distretti e delle Direzioni Sanitarie. Un’iniziativa ideata per venire incontro alle esigenze di tutti i Soci e a valorizzare le professionalità locali con un format unico ripetuto in una serie di eventi pomeridiani in diverse sedi con il Patrocinio dell’ANMCO e ARCA con faculty locali (12 previste nella Regione entro l’autunno di cui 8 già svolte comprendendo le province e le varie ASL e Aziende ospedaliere). Negli ultimi anni la ricerca farmaceutica ha identificato linee terapeutiche innovative ed efficaci nel campo della medicina cardiovascolare e metabolica; in questo contesto l’analisi di costo-efficacia sviluppata dal legislatore, partendo da un’accurata selezione del paziente eleggibile (a volte restrittiva rispetto alle evidenze scientifiche), ha prodotto una complessa sovrastrutturazione burocratica impiantata sulla compilazione di piani terapeutici nazionali e/o regionali (non sempre omogenei) da parte di una ristretta schiera di prescrittori autorizzati. Il progetto si è posto

l’obiettivo di realizzare uno scambio di opinioni e di esperienze tra i vari centri clinici nel Lazio che utilizzano ARNI, inibitori del PCSK9 e DAPT a lungo termine, su tutte le problematiche legate all’impiego di questi farmaci con l’intento di facilitare l’identificazione e creazione di percorsi utili, sartorializzati alle singole realtà territoriali, per la prescrizione ed il rinnovo dei Piani terapeutici.

Rapporto con le Istituzioni

Last but not least, punto chiave del programma è stato quello di riaffermare il ruolo dell’ANMCO Lazio quale interlocutore privilegiato con le Istituzioni Regionali, in particolare per la stesura e l’organizzazione delle Reti e dei PDTA. Ovviamente non mancano, a tal riguardo, diverse criticità, ma riteniamo che saranno stimolo alla crescita e al miglioramento, soprattutto se ANMCO, in collaborazione con le altre Società Scientifiche (GISE, AIAC, ARCA, GICR-IACPR), riuscirà a portare a termine i lavori già iniziati dai precedenti Consigli. In conclusione, nonostante le innegabili difficoltà che hanno segnato gli anni precedenti, l’ANMCO Lazio sta attraversando un periodo di rilancio e una fase di rinnovata crescita, con un incremento del numero di Soci, molti dei quali giovani, con nuove proposte formative, con crescente interesse per le iniziative associative nazionali e con incisivo stimolo alle attività delle Istituzioni Regionali.

“Il compito più difficile nella vita è quello di cambiare se stessi”

(Nelson Mandela) ♥



La Presa in Carico del paziente cronico in Regione Lombardia: cosa ne pensano le Cardiologie lombarde?

Il parere delle Cardiologie lombarde sulla Riforma Regionale per l'applicazione del Piano Nazionale della Cronicità

Dopo il varo del Piano Nazionale della Cronicità (PNC), le Regioni italiane si sono variamente attivate per affrontare in maniera specifica la problematica del Paziente cronico. La Regione Lombardia, con la Legge Regionale 23/2015 aveva già modificato l'assetto organizzativo del Servizio Sanitario Regionale, accorpando servizi sanitari e sociali in un unico Assessorato al Welfare e superando la precedente organizzazione in Aziende Ospedaliere e Aziende Sanitarie Locali, trasformandole in Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST), erogatori di prestazioni, e Agenzie di Tutela della Salute (ATS) con ruolo di attuazione e controllo, a cui afferiscono i Medici di Medicina Generale sul

Gestore, titolare della PIC Lombardia

CHI

- Cooperative di Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta
- Enti pubblici: ASST, IRCCS, ASP
- Enti privati accreditati: CASE DI CURA, IRCCS, CENTRI DIAGNOSTICI, SOCIO SANITARIO

COSA

- organizza tutti i servizi sanitari e sociosanitari per rispondere alle necessità del paziente
- programmando prestazioni ed interventi di cura specifici
- prescrivendo le cure farmacologiche più appropriate
- garantendo un'assistenza continuativa
- alleggerendo il cittadino dalla responsabilità di prenotare visite ed esami.

COME

Operativamente il rapporto con il paziente è seguito da "**Clinical Manager**" e "**Case Manager**".
Clinical Manager medico responsabile della relazione di cura con il paziente, individuato dal Gestore per la predisposizione, l'aggiornamento e il monitoraggio del PAI
Case Manager figura sanitaria non medica (ad es. un infermiere) di diretto riferimento per il paziente, la sua famiglia o altro soggetto (care-giver) per le necessità organizzative e gestionali

Figura 1

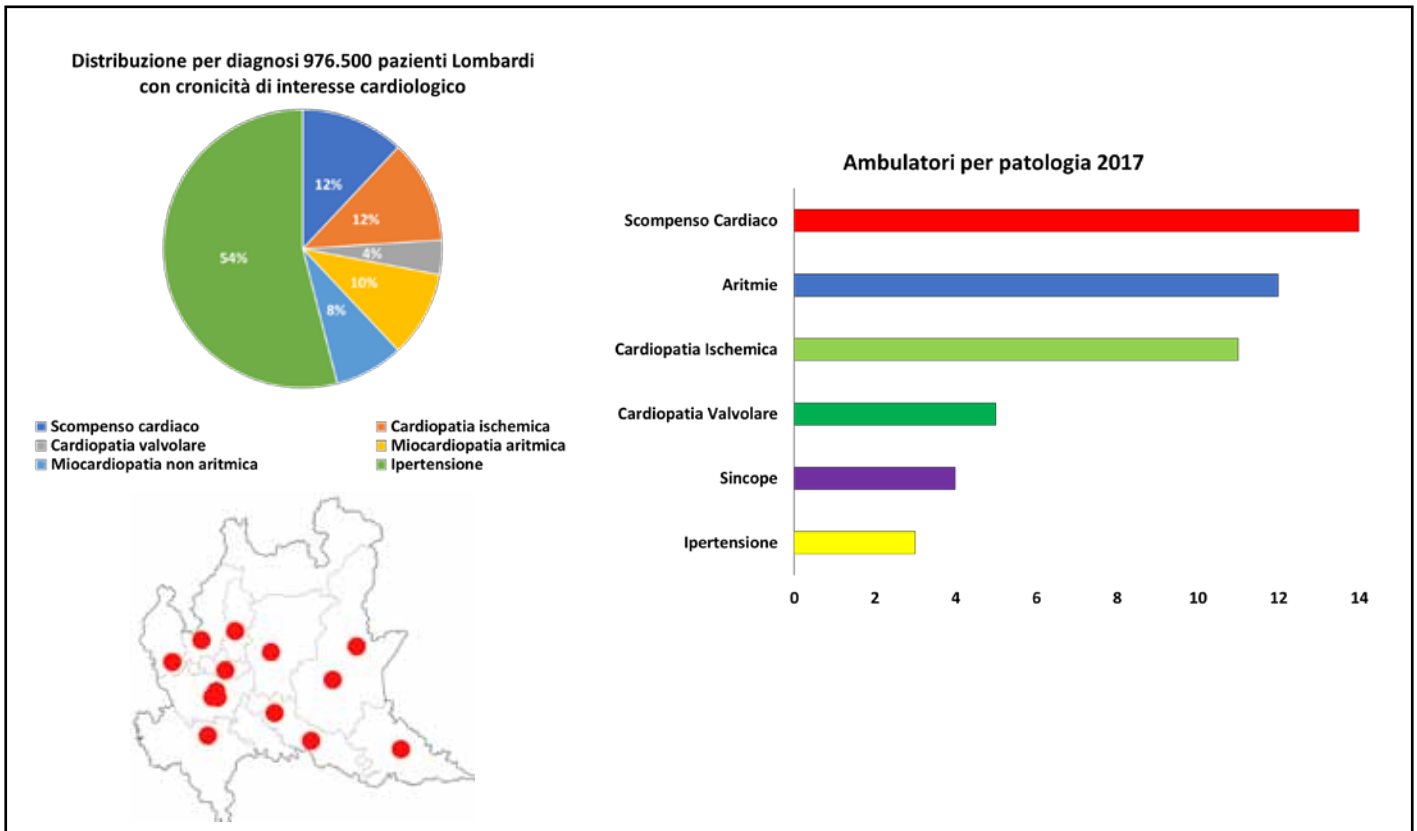


Figura 2

territorio. Nel 2017, ha attivato la sperimentazione di un modello di presa in carico del paziente cronico (PiC) centrato su due aspetti fondamentali: classificazione della cronicità e definizione della figura del Gestore. Sulla base dei flussi amministrativi (banca dati assistiti) relativi alle prestazioni di ricovero, specialistica e farmaceutica, la popolazione è stata stratificata in cittadini non utilizzatori, soggetti non cronici e pazienti portatori di almeno una di 65 patologie afferenti le codifiche delle esenzioni dalla compartecipazione alla spesa sanitaria. I pazienti cronici sono stati classificati in livelli a complessità decrescente definiti: fragilità clinica (livello 1, 4 o più patologie coesistenti); cronicità polipatologica (livello

2, 2-3 patologie coesistenti), cronicità in fase iniziale (livello 3, monopatologia), rispettivamente 4%, 39% e 57% dei 3.500.000 pazienti cronici. Sono stati poi accreditati i Gestori, soggetti giuridici in grado di assolvere un mix di funzioni cliniche e organizzative (Figura 1) e programmare, attraverso la stesura, per ciascun paziente preso in carico, di un Piano Assistenziale Individuale (PAI), di durata annuale, le prestazioni da erogare e coordinarne gli appuntamenti. Fra gennaio e marzo 2018, oltre 3 milioni di cittadini lombardi hanno ricevuto una lettera personalizzata, contenente l'indicazione delle proprie patologie croniche e delle Strutture-Gestori cui il soggetto era più frequentemente ricorso

negli anni precedenti, con l'invito a scegliere un Gestore con il quale firmare un Patto di Cura per la gestione complessiva della propria malattia cronica, prescindendo dal coinvolgimento diretto del proprio MMG. Sono stati così identificati circa 900.000 pazienti "cronici" (28%) affetti da una patologia di interesse cardiologico, inclusa anche la sola ipertensione ha riguardato (Figura 2). Alla luce di questi dati, per una prima valutazione dell'impatto di una Riforma potenzialmente in grado di generare carichi di lavoro estremamente rilevanti per le Cardiologie lombarde, il Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Lombardia ha proposto nel gennaio 2019 alle 48 strutture afferenti Enti accreditatisi come Gestori, una

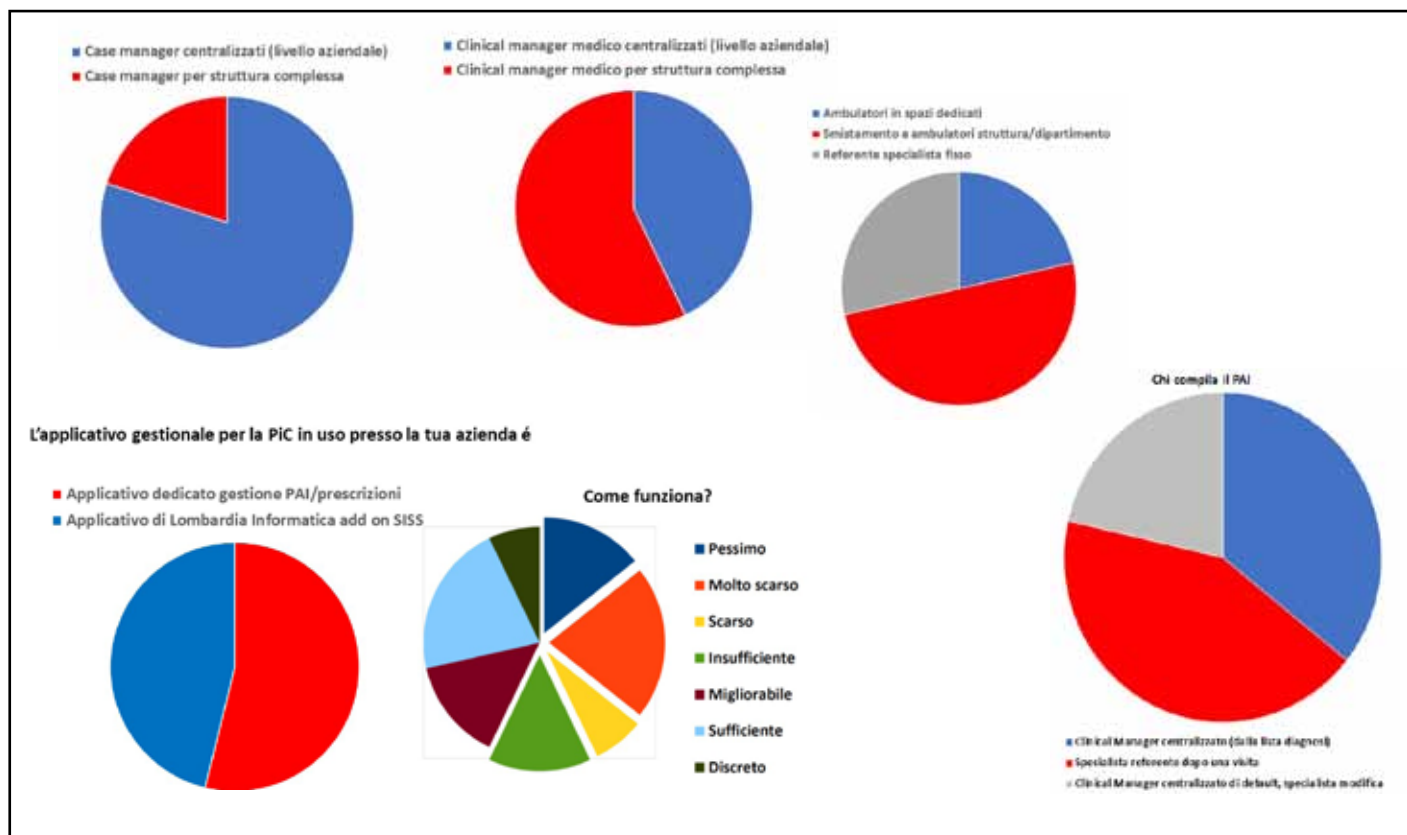


Figura 3

Survey composta da tre sezioni che analizzavano rispettivamente le caratteristiche della struttura cardiologica (organico, dotazione strutturale, volumi ambulatoriali 2017-2018, presenza di ambulatori specialistici), le modalità e i tempi di attuazione della PiC nell'azienda di afferenza; le opinioni sull'esperienza individuale della PiC. Hanno risposto 14 (29%) strutture, distribuite in tutte le ATS lombarde, eccetto la zona montana; la tipologia di ambulatori specialistici attivi all'esordio della riforma è descritta in Figura 2. Per contestualizzare i risultati va sottolineato che, dai dati ufficiali forniti da Regione Lombardia sull'adesione dei cittadini, al 29/10/18 avevano sottoscritto un

patto di cura con un Gestore solo 9.61% dei 3 milioni di pazienti cronici cui era stata inviata la lettera d'invito, con percentuali nelle varie ATS fra 2.8% e il 15.5%. Nelle strutture rispondenti la PiC è divenuta operativa fra gennaio e ottobre 2018, con un numero di pazienti presi in carico variabile fra 15 e 850, 38% dei quali di interesse cardiologico. Le strutture hanno stilato in media 80 PAI, con un tempo medio di redazione di 30 minuti. Nell'ambito delle modalità operative di attivazione della PiC (Figura 3), risultava prevalente l'impiego centralizzato di infermieri case manager, mentre il clinical manager era in maggioranza un referente Cardiologo presso la struttura

complessa. I pazienti presi in carico venivano per lo più indirizzati agli ambulatori cardiologici esistenti, mentre è infrequente la presenza di ambulatori dedicati alla PiC. L'applicativo informatico per la compilazione del PAI è stato specificamente acquisito dalle aziende in circa metà delle strutture rispondenti, gli altri hanno adottato la soluzione proposta dall'azienda partecipata che ha progettato l'infrastruttura regionale (SISS), ma la funzionalità di entrambe le soluzioni è stata giudicata insufficiente in 2 casi su 3, con un aggravio del tempo per la redazione dei PAI, operazione svolta direttamente dal Cardiologo, nel 60% dei casi. Solo in 2 strutture era previsto del tempo medico dedicato

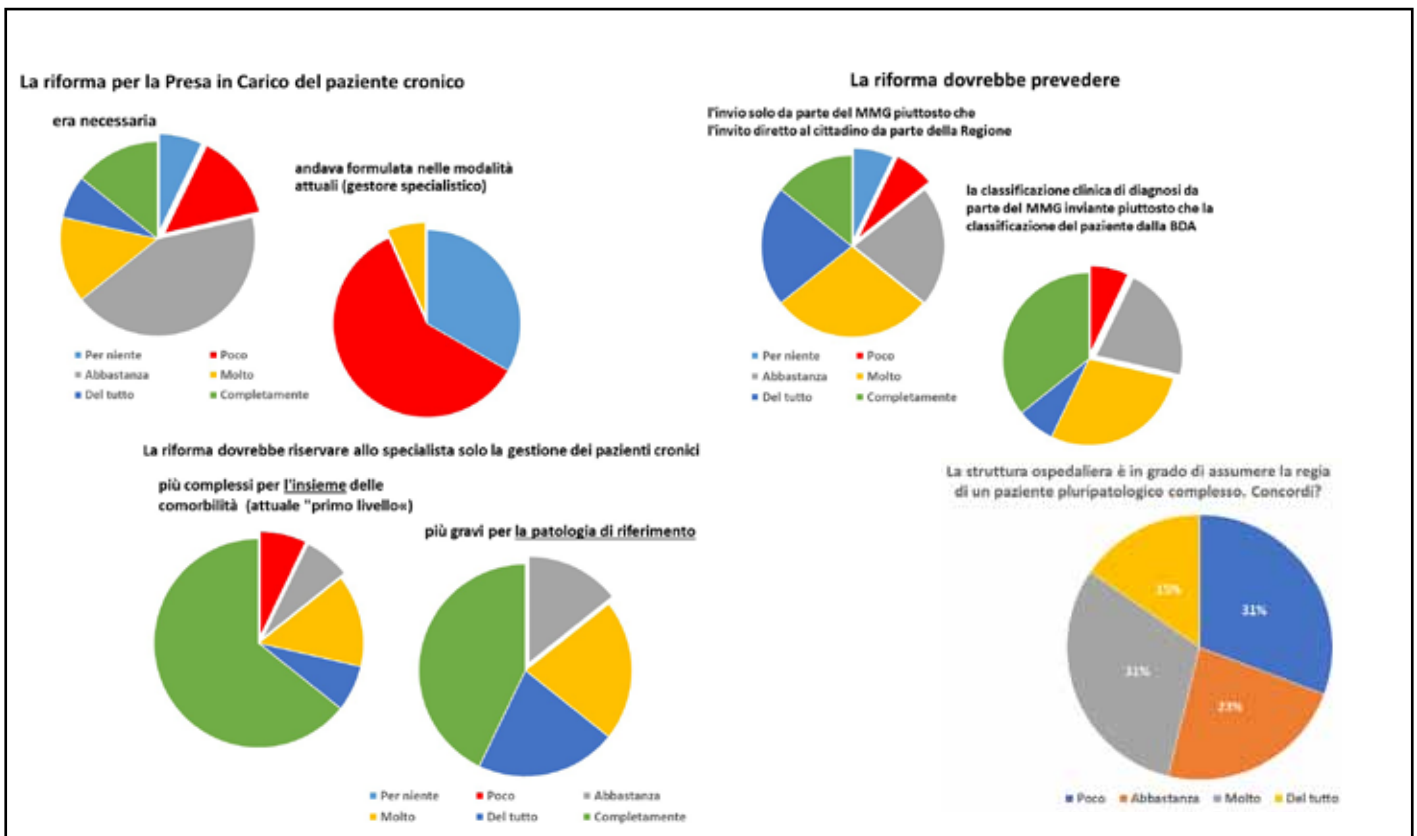


Figura 4

per consulti polispecialistici per pazienti complessi, mentre in due terzi era previsto tempo infermieristico dedicato per l'educazione del paziente. Pur nella dispersione e limitatezza temporale dell'esperienze dei singoli Centri, il giudizio delle Cardiologie lombarde, benché concorde sull'ineludibilità di un approccio organizzato rivolto alla popolazione di pazienti affetta da patologia cronica (Figura 4), è apparso decisamente scettico sulle modalità della attuale sperimentazione proposta. La maggioranza delle Cardiologie lombarde ritiene necessario coinvolgere il MMG con funzioni-filtro e circoscrivere la regia dello specialista, ai casi più gravi per la patologia di riferimento

e ai pazienti più complessi per l'insieme delle comorbidità, considerando soprattutto poco adeguato sia l'invito diretto proposto ai singoli cittadini che la classificazione delle patologie sulla base dei soli dati amministrativi. Le evidenze raccolte sembrano indicare che la strada da seguire debba essere diversa dalla semplice programmazione delle prestazioni e dall'accentramento specialistico a tutti i livelli della gestione della cronicità, ribadendo la necessità di una diversa dialettica con il territorio, per una classificazione soprattutto più clinica della domanda. ♥



Il “Truck Tour Banca del Cuore 2019” approda a Como, in riva al lago

Grande successo dell’iniziativa che ha raccolto tante adesioni nelle tre giornate dedicate alla prevenzione cardiovascolare organizzata in riva al lago a Como



Una significativa affluenza è stata registrata nella tappa comasca del “Truck Tour Banca del Cuore 2019”, che ha raggiunto la città lariana nelle giornate dell’8, 9 e 10 luglio; 273 sono state le persone visitate, rispettivamente 156 uomini e 117 donne, con un’età media di 65 anni per gli uomini e di 62 per le donne. Per questa importante iniziativa di prevenzione cardiovascolare è stata scelta piazza Cavour, la centrale piazza al lago, meta quotidiana di un notevole passaggio di cittadini e di turisti. In questa cornice dove

la vista abbraccia il primo bacino del lago, da “Life Electric” che abbellisce la diga foranea alle ville neoclassiche della riviera verso Cernobbio, i numerosi cittadini che si sono presentati con sensibilità per sottoporsi allo screening cardiologico gratuito sono stati accolti dal personale della Fondazione per il Tuo cuore - HCF Onlus e da medici ed infermieri della UOC di Cardiologia - UTIC dell’ASST - Lariana. Sono state visitate persone di tutte le età, più rappresentate senza dubbio quelle appartenenti alla sesta e

settima decade. La maggior parte di coloro che si sono registrati provenivano da Como e dai paesi più limitrofi; numerose anche le persone provenienti da Cantù ed in generale dalla Brianza comasca ed alcuni anche da Milano e cintura. Nella tre giorni comasca l’iniziativa ha offerto il noto programma di screening gratuito, articolato su un’accurata anamnesi, sulla valutazione dei fattori di rischio cardiovascolare, sull’esecuzione di un elettrocardiogramma a 12 derivazioni, sul rilievo di valori pressori e di frequenza cardiaca



e sul prelievo di screening metabolico, comprendente: colesterolo totale, quota LDL ed HDL, rapporto HDL/LDL, trigliceridi, glicemia, emoglobina glicata ed uricemia. Alla fine della visita, assolutamente molto apprezzata, è stato rilasciato un documento comprendente la valutazione clinica ed anamnestica

il report dell'ecg 12 derivazioni e degli esami ematici effettuati, unitamente ad un kit di 11 opuscoli di prevenzione cardiovascolare; un elemento ulteriore di grande rilievo e che ha suscitato grande interesse anche nei cittadini meno giovani ma evidentemente sensibilizzati sul ruolo innovativo dell'accesso ai sistemi informatici, è stata la

consegna, sempre a titolo gratuito della card "BancomHeart". Questa ulteriore, importante iniziativa della Fondazione che, come noto, permette l'accesso 24 ore su 24 al proprio elettrocardiogramma, ai valori di pressione arteriosa e frequenza cardiaca e ai dati clinici ed anamnestici raccolti durante la visita. ♥



Il Congresso Regionale 2019: Capitani Coraggiosi tra sfide e obiettivi quotidiani

ANMCO Regionale Toscana: sfide quotidiane e scenari futuri

Firenze 2019: il Congresso Regionale ANMCO Toscana, un'occasione per condividere le conoscenze attuali e rilanciare gli obiettivi futuri

Nei giorni 10 e 11 giugno 2019, a Firenze, si è tenuto il Congresso Regionale ANMCO Toscana. Coordinati e sapientemente guidati dal Presidente Regionale Giancarlo Casolo, Direttore della Struttura Complessa di Cardiologia dell'Ospedale Versilia, i membri del Consiglio Direttivo Regionale si sono posti come obiettivo per tale evento una disamina delle sfide quotidiane che ogni giorno il Cardiologo Ospedaliero si trova ad affrontare.

Cardiologo ideale/paziente ideale?

Il profilo ideale del "cardiologo 2.0" è quello di un medico con i piedi ben saldi nel terreno delle conoscenze e delle pratiche cliniche ormai irrinunciabili e consolidate, con la mente protesa verso l'innovazione delle metodiche e la complessità crescente delle patologie, e col cuore rivolto ad una popolazione di pazienti



che, quanto più sono lontani dal paziente "ideale" tracciato dalle linee guida per identikit personale, età e presenza di comorbidità, tanto più necessitano della competenza e della capacità dello specialista che se ne fa carico.

Col cuore non si scherza!

Il sogno della fusione tra scienza e arte medica, strettamente connesse tra presente e futuro, con la salda consapevolezza che "col cuore non si scherza", è stato il filo conduttore delle relazioni che hanno dato



vita alle sessioni del congresso, tutte strettamente ancorate alla quotidianità ospedaliera. Al centro delle varie sessioni che si sono succedute nelle due giornate di lavori congressuali, è stato un caso clinico, presentato da giovani Cardiologi degli Ospedali toscani: ogni singolo caso è stato analizzato e sciverato, individuando eventuali criticità e possibili soluzioni alternative, in interessanti discussioni, a partire, quando possibile, anche dal riesame delle relative linee guida. Questo schema ha garantito la costante e attenta partecipazione del pubblico, numeroso, attivo e vivace, nonostante il congresso si sia svolto in due giornate lavorative (lunedì e martedì).

Guide tascabili pratiche e *vademecum for dummies*

L'attenzione che si è voluta garantire al Cardiologo Ospedaliero, vero "attore protagonista" dell'ANMCO, si è tradotta, a livello pratico, in sessioni specifiche, organizzate

sotto forma di guide e vademecum: l'ecocardiografia in 10 punti, mirata alla valutazione della mitrale insufficiente o all'aorta stenotica; l'ECG in 10 punti, per la corretta analisi dell'ECG in presenza di aritmie e dell'ECG nel paziente portatore di pace-maker. È apparsa poi urgente e utile la divulgazione di metodiche specifiche e di competenze ultraspecialistiche immediatamente fruibili nella pratica clinica quotidiana del Cardiologo "non ultraspecialista" che lavora in centri di primo livello.

Controversie in Cardiologia interventistica

La formula della controversia ha consentito di addentrarsi in tematiche complesse come la chiusura del forame ovale pervio e dell'auricola, e l'impianto di protesi valvolare aortica transcateretere: grazie alla presenza di esperti nel settore, punti di riferimento della Cardiologia toscana, sono stati analizzati i pro e i contro, ed è stato possibile far tesoro di opinioni e tecniche, di metodiche ed approcci

diversi, applicabili in maniera personalizzata a singoli casi e pazienti.

La sfida della multidisciplinarietà: la cardioncologia

Di notevole interesse e attualità la lettura dedicata alla cardioncologia, disciplina che coinvolge un numero progressivamente crescente di operatori sanitari, medici e non; al Cardiologo clinico sono stati illustrati "i dieci comandamenti" da seguire per poter garantire al paziente cardioncologico, soggetto ad elevata complessità, un approccio diagnostico e terapeutico sempre più personalizzato, e mirato al riconoscimento e al trattamento precoce delle cardiopatie specifiche.

Ritorno al futuro

Questo il sottotitolo del Congresso Regionale ANMCO Toscana 2019, che ha voluto strizzare l'occhio ai giovani Cardiologi, linfa vitale della classe medica attuale. I giovani Cardiologi sono stati considerati parte attiva dei lavori congressuali



e coinvolti in prima persona in due iniziative, che hanno entrambe suscitato grande entusiasmo. La prima prevedeva la premiazione dei casi clinici più meritevoli: i dieci casi clinici presentati nelle due giornate di lavori sono stati messi a votazione dai membri del Consiglio Direttivo e, in base a criteri stabiliti (rilevanza clinica, originalità, presenza di spunti di discussione, interesse scientifico), due di essi sono stati dichiarati vincitori. La seconda iniziativa, che si è svolta durante la prima giornata, è stata intitolata “FAST Image Challenge Competition: 10 slide per Capitani Coraggiosi”. La breve competizione ha catturato l’interesse e l’attenzione di tutti gli uditori, che si sono cimentati nel riconoscimento rapido di dieci slide, costituite da immagini ecografiche, RMN, TAC, angiografiche, tratte da casi clinici reali, che i concorrenti dovevano riconoscere e definire. Anche in questo caso due giovani Cardiologi sono stati proclamati vincitori. I premi designati dal

Consiglio Direttivo e assegnati ai quattro vincitori erano costituiti da altrettante iscrizioni per la partecipazione al Congresso Nazionale ANMCO 2020.

Verso il Congresso Regionale ANMCO Toscana 2020

Il successo riscosso, l’entusiasmo e la partecipazione che hanno caratterizzato il Congresso Regionale 2019, rappresentano il carburante che sta spingendo il Consiglio Direttivo in carica verso l’organizzazione del Congresso Regionale 2020. Gli interventi, le osservazioni, le critiche, i commenti raccolti costituiscono il materiale su cui ora stanno prendendo forma idee e progetti. Lo spirito che anima il gruppo è la voglia di creare coesione e di stimolare la condivisione delle conoscenze tra colleghi, con la consapevolezza che solo dal confronto nascono le idee più preziose e può essere promossa la crescita culturale. Arrivederci al Congresso Regionale ANMCO 2020!





Checklist: dall'aviazione alla Sala operatoria... e non solo

La medicina moderna è un campo sempre più complesso, caratterizzato da una parte dal persistente espandersi delle conoscenze e della tecnologia, dall'altra dalla costante necessità di ridurre al minimo la possibilità di errore

La medicina moderna è diventata ormai una scienza estremamente complessa, un campo vastissimo nel quale anche il più esperto degli operatori può dimenticare un dettaglio che poi potrebbe rivelarsi importante. A tale scopo, nel corso degli anni, si sono sviluppate linee guida, protocolli e checklist, sia medici che infermieristici, che hanno lo scopo di uniformare il comportamento degli operatori sanitari sulla base delle evidenze scientifiche e ridurre al minimo gli errori. Talora però si ha l'impressione che questi strumenti, seppure indispensabili, ci facciano perdere di vista

l'obiettivo primario, cioè soddisfare i bisogni dei nostri pazienti. "Tutti questi moduli e fogli da compilare ci fanno solo perdere tempo!", "Pensiamo a curare i pazienti, non ai protocolli e alle checklist" sono alcuni dei commenti più frequenti. In realtà, la standardizzazione e il tentativo di "semplificazione" propri di questi strumenti hanno lo scopo di garantire la sicurezza dei pazienti.

Le checklist: come nascono?

Le checklist sono definite come elenchi di operazioni da eseguire o verificare nell'ambito di un determinata attività, allo scopo

di ridurre al minimo gli errori. Il primo campo di applicazione fu nell'ambito dell'aviazione. Nell'ottobre 1935 l'aviazione militare USA organizzò una gara di volo riservata alle industrie aeronautiche che si stavano contendendo la fornitura della futura generazione di bombardieri. Il maestoso Model 299 della Boeing Corporation sembrava favorito. Ma, inspiegabilmente, poco dopo il decollo, l'aereo si schiantò al suolo con una tremenda esplosione (Figura 1). Dalle indagini emerse che il pilota, il maggiore Ployer P. Hill, uno tra i più esperti e stimati piloti del paese, aveva dimenticato di disattivare uno dei nuovi meccanismi predisposti nel velivolo. La Boeing finì sull'orlo della bancarotta; un giornale dell'epoca asserì che il Model 299 si era rivelato "troppo complicato perché solo un uomo potesse farlo volare". Un gruppo di piloti collaudatori indisse una riunione per valutare come conveniva procedere; dalla riunione emerse un'idea che, nella sua semplicità, era geniale: creare una checklist per piloti. Da allora le checklist



Figura 1



hanno avuto ampia applicazione in diversi campi, non ultimo quello medico. Uno dei primi esempi di checklist in campo sanitario è la registrazione dei segni vitali. Come ricorda il chirurgo statunitense Atul Gawande nel suo libro “Checklist, come fare andare meglio le cose”, la registrazione dei segni vitali divenne regola intorno agli anni Sessanta, quando gli infermieri iniziarono a modificare le cartelle e le schede cliniche di cui si servivano per fare posto a questi parametri. Successivamente le checklist hanno avuto sempre maggior diffusione in Sala Operatoria, negli scenari di emergenza, e così via. Nel 2006, il New England Journal of Medicine pubblicò la ricerca di Pronovost et al, in cui si metteva in evidenza come una semplice checklist di cinque punti avesse ridotto in maniera significativa il rischio di infezione correlata al posizionamento del catetere venoso centrale in Rianimazione.

Le checklist in Cardiologia

Le patologie cardiovascolari sono per definizione tempo-dipendenti, quindi quale miglior territorio per apprezzare l'utilità delle checklist? La routine giornaliera talora ci porta talora a sottovalutare operazioni all'apparenza anche banali, ma fondamentali in Emergenza (e non solo). Un esempio calzante è il controllo giornaliero del carrello delle emergenze; nell'immaginario comune, finché è chiuso dal famoso “nastrino” di sicurezza vuol dire che è in ordine. Errore... E se quando lo apriamo e cerchiamo un farmaco o un presidio non c'è? O ancor peggio è scaduto?

Come evitare di trovarsi in questo scenario? Nella nostra realtà regionale sono state adottate nel tempo diverse checklist, che sono state via via corrette e migliorate sulla base delle esigenze di ciascun Reparto. Possiamo suddividerle in due grandi categorie: checklist di controllo presidi e checklist di controllo processi. Le prime sono fondamentali per mantenere alto il livello di preparazione ad ogni evenienza ed avere il materiale sempre in ordine e completo:

ne è un esempio la checklist del carrello delle emergenze; il controllo periodico, tra l'altro, serve all'operatore per fissare nella mente l'ubicazione dei vari strumenti, e ciò consente di trovarli immediatamente, in fase di emergenza. Tra le checklist di processo, ricordiamo quelle utilizzate per la preparazione del paziente all'esame coronarografico o all'impianto di pace-maker; anche in questo caso, la checklist di base è costituita da pochi, fondamentali

CHECK LIST PER LA SICUREZZA IN SALA IMPIANTI DEVICE CARDIOLOGICI		
Sign In / I controlli da effettuare all'arrivo del paziente in sala	Time Out / I controlli da effettuare prima dell'inizio della procedura	Sign Out / I controlli da effettuare prima che il paziente abbandoni la sala
1. Il paziente ha confermato: <input type="checkbox"/> Identità <input type="checkbox"/> Procedura <input type="checkbox"/> Consensi	1. Tutti i componenti dell'equipe si sono presentati con il proprio nome e funzione <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	L'infermiere conferma verbalmente insieme ai componenti dell'equipe: 1) nome della procedura registrata (Quale procedura è stata eseguita?) <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No 2) il conteggio finale di garze, bisturi, aghi e altro strumentario chirurgico, è risultato corretto <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No 3) eventualità di problemi relativamente all'uso di dispositivi medici <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non applicabile
2. Il sito di intervento è stato marcato <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> Non applicabile	2. Il medico e l'infermiere hanno confermato: <input type="checkbox"/> identità del paziente <input type="checkbox"/> sede d'intervento <input type="checkbox"/> procedura <input type="checkbox"/> il corretto posizionamento	4) Medico e infermiere revisionano gli aspetti importanti e gli elementi critici per la gestione dell'assistenza post operatoria e li riportano nel diario <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
3. Controlli per la sicurezza <input type="checkbox"/> Posizionamento del pulsossimetro e del monitoraggio ECG <input type="checkbox"/> Verifica del loro corretto funzionamento	Anticipazione di eventuali criticità o preoccupazioni: 3. Medico: Durata dell'intervento <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Rischio di perdita di sangue <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No 4. Infermiere: è stata verificata la sterilità (compresi i risultati degli indicatori) <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No ci sono eventuali problemi relativi ai dispositivi <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Dati del paziente Nome e Cognome _____ Data di nascita ___/___/____ Procedura eseguita _____
4. Identificazione dei rischi del paziente: Allergie: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì _____ Rischio di perdita ematica <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì, l'accesso endovenoso è adeguato	5. La profilassi antibiotica è stata eseguita ? <input type="checkbox"/> Sì, in sala <input type="checkbox"/> Sì, in reparto <input type="checkbox"/> Non applicabile	Data, _____ Firma Infermiere _____ Firma medico _____
	6. Gli esami diagnostici sono stati visualizzati ? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> Non applicabile	

Figura 2



punti (Figura 2, checklist per impianto device). Si tratta di step apparentemente semplici, ma la checklist ha proprio questo scopo: svincolarci dalla routine e permettere di focalizzare la nostra attenzione sulle cose importanti.

Come migliorare? Buoni propositi per il futuro!

Ma c'è sempre spazio per migliorare... Innanzitutto, come succede per i piloti in formazione presso le scuole di volo, riteniamo che l'importanza delle checklist vada sottolineata sin dalla formazione di tutti gli operatori sanitari; di fatto al momento è uno strumento utilizzato in larga parte dagli infermieri, ma andrebbe condiviso ed utilizzato anche dai medici: in assenza di condivisione e di lavoro di squadra, infatti, la checklist diventa inutile. Le "liste" inoltre, vanno periodicamente adeguate e migliorate. Un momento fondamentale nell'ambito del ricovero di ogni paziente è senza dubbio la dimissione. Talora dimentichiamo quanto sia importante per il paziente e per il familiare ottenere informazioni sintetiche e precise che, purtroppo, spesso non vengono fornite in modo esaustivo. Questo è dovuto non solo al fatto che al termine del ricovero tendiamo a vedere l'iter del paziente come concluso, ma anche in quanto al momento della dimissione ci sono parecchie carte da compilare e l'attenzione è minata dalle continue interruzioni; avere una checklist da consultare, semplice ed efficace, che ci ricordi le operazioni più importanti da eseguire al momento della dimissione, sul modello di quella

proposta nel position paper dell'ANMCO sulla gestione della dimissione ospedaliera, sarebbe di indubbia utilità (Figura 3). In un mondo di ritmi frenetici, in cui è sempre più difficile mantenere la concentrazione, dove il sapere e le conoscenze a nostra disposizione sono diventati quasi sconfinati, e l'idea romantica del medico "eroe" che salva vite con la sola conoscenza ed intuizione è destinata a tramontare, la checklist potrebbe essere uno strumento utile per mantenere la rotta.

Consigli per la lettura:

- Checklist: come fare andare meglio le cose. Atul Gawande, Einaudi 2011.
- An intervention to decrease catheter-related bloodstream infections in the ICU. Pronovost et al. N Engl J Med. 2006 Dec 28;355(26):2725-32
- Position paper ANMCO: gestione della dimissione ospedaliera. Mennuni et al. G. Ital Cardiol | Vol 17 | Settembre 2016 ♥

- Contatta i familiari per confermare la data e l'ora di dimissione.
- Stabilisce gli accordi per il trasporto del paziente a domicilio.
- Conferma gli accordi per il trasferimento presso struttura di post-acuzie, inclusi l'accettazione della struttura ricevente, la copia delle parti pertinenti della cartella clinica, le prescrizioni di dimissione.
- Conferma gli accordi per ogni fornitura medica o equipaggiamento da fornire a domicilio (es. ossigeno terapeutico).
- Conferma gli accordi per l'assistenza domiciliare.
- Si accerta che la cartella clinica sia completa di tutti gli esami prescritti e dei referti correlati.
- Si assicura che il paziente sia stato istruito su quanto previsto in base alla sua patologia.
- Si accerta che gli appuntamenti di follow-up siano stati fissati.
- Fornisce al paziente/familiari il foglio dei trattamenti prescritti, dei farmaci (incluse le interazioni cibo/farmaco), il piano nutrizionale, il livello di attività e il piano di appuntamenti di follow-up. NB: tutte le istruzioni e prescrizioni devono essere scritte in linguaggio comprensibile al laico.
- Si accerta della comprensione da parte del paziente/familiare mediante la tecnica di "teach back" e fornisce una dimostrazione di ogni pratica assistenziale.
- Fornisce al paziente/caregiver i nominativi delle persone da contattare, comprensivi di numeri telefonici, in caso di urgenze o problemi.
- Consegna la lettera di dimissione.
- Consegna eventuali piani terapeutici dei farmaci e certificazioni di esenzione per patologia.
- Raccoglie la firma del caregiver sul foglio delle informazioni di dimissione.
- Sigla e data lo stesso foglio e consegna l'originale al caregiver.
- Documenta in cartella la dimissione.

Figura 3



Gestione dell'arresto cardiaco extraospedaliero: coronarografia subito? Commento al COACT trial

Leggendo lo *Scientific Statement* dell'American Heart Association sul ruolo del laboratorio di cateterismo cardiaco nella gestione dell'arresto cardiaco (AC) extraospedaliero, si apprende con stupore che di nove trial randomizzati, otto sono ancora in corso e solo uno è stato finora pubblicato, il COACT, apparso su *New England Journal of Medicine* ad aprile scorso. La stragrande maggioranza dei dati sull'argomento proviene da registri, metanalisi e consensi di esperti. Il COACT è un trial multicentrico, che ha randomizzato 552 pazienti colpiti da AC extraospedaliero a coronarografia immediata vs. coronarografia "delayed", eseguita dopo recupero neurologico del paziente. L'endpoint primario è chiaro: sopravvivenza a 90 giorni dall'evento. I soggetti eleggibili alla randomizzazione dovevano presentare AC con ritmo defibrillabile e assenza di coscienza dopo ripristino del circolo. Esclusi sia i pazienti con segni elettrocardiografici di infarto miocardico con sopraslivellamento del tratto ST, sia tutti quelli che presentavano una chiara causa non coronarica di arresto cardiaco, sia quelli in shock. Ecco il punto di forza del

COACT: arruolati soggetti con alta probabilità di essere coronaropatici. Gli Autori raccomandavano di rivascularizzare le lesioni ritenute instabili (stenosi di entità superiore al 70%, ulcerazione di placca, sovrapposizione trombotica). Malattia coronarica *anatomicamente* significativa è stata riscontrata in 2/3 dei soggetti, mentre lesioni instabili in soltanto 1/7; ancor più bassa la prevalenza di occlusioni trombotiche. In circa 2/3 dei pazienti randomizzati la scelta terapeutica è stata farmacologica. L'ipotesi degli Autori, che la coronarografia eseguita precocemente potesse allungare la sopravvivenza, è stata confutata: la sopravvivenza a 90 giorni tra i due gruppi è risultata sovrapponibile. I dati del COACT confermano quelli di un piccolo studio pilota randomizzato (l'unico oltre al COACT) pubblicato nel 2017, l'ARREST (3), in cui non emergeva differenza significativa di mortalità a 30 giorni nei 2 bracci di trattamento (coronarografia e PCI "early" vs "delayed"). A oggi, dunque, l'unico trial randomizzato disponibile cozza violentemente con buona parte delle evidenze provenienti da studi osservazionali e metanalisi, nei quali l'esecuzione precoce della coronarografia in questo

contesto clinico viene incoraggiata. La questione principale che pone il COACT è: pur sapendo che l'aterosclerosi coronarica è un reperto frequente (70% dei soggetti sopravvissuti ad AC extraospedaliero senza segni di STEMI), è davvero aggredendo quest'ultima in prima istanza che si allunga la sopravvivenza? La risposta degli Autori è no. È sorprendentemente piccola la frazione di soggetti nei quali sono state identificate occlusioni trombotiche (3% nel gruppo "immediate" vs. 7% nel gruppo "delayed"), il cui trattamento certamente si traduce in beneficio prognostico. D'altra parte, la principale causa di morte nei *nonsurvivors* è costituita da complicanze neurologiche. Vale a dire, semplificando, che è inutile eseguire subito la coronarografia, perché non è la malattia coronarica il problema principale di questi pazienti. Il risultato del trial è per certi versi rivoluzionario perché intacca la visione "coronarocentrica" dell'arresto cardiaco, vizio da cui noi cardiologi siamo a volte affetti. È presto, però, per generalizzare e tirare delle conclusioni. Aspettiamo i risultati degli altri studi randomizzati in corso per implementare la pratica clinica. ♥



La comunicazione centrata sul paziente

(Parte Prima)

Approccio narrativo ed ethos umanitario nella comunicazione in cardiologia

Il risveglio

Mi sono risvegliato, sono confuso, qualcuno che mi dice: “Ora le togliamo il respiratore, sentirà un po’ di fastidio alla gola.”. Le prime parole che ho pronunciato sono state: “Sono stato trapiantato?”. Sapevo che entrare in sala operatoria non significava automaticamente essere trapiantato, perché magari il cuore espianato potrebbe non superare i test previsti. La risposta è stata: “Sì”. E già questo era un gran bel risultato. Avevo voglia di parlare, di chiedere quali fossero le funzioni dei macchinari intorno al mio letto. Cominciavo a prendere coscienza di tutte le “connessioni” che il mio corpo aveva con questi macchinari e con le ampolle o sacche delle flebo. L’infermiera mi dice che non le è mai capitato un paziente che si risvegliasse così presto e che parlasse così tanto, nonostante lo shock dell’intervento. È la mia natura. Al cambio turno, la nuova infermiera mi dice che deve somministrarmi l’insulina, le dico: “Ma io non sono diabetico.” Lei con tono che colgo poco gentile: “Lei è forse un medico?”. Questo breve brano evidenzia la distanza che esiste tra il mondo del vissuto del paziente e la risposta della professionista della salute. Le aspettative, i dubbi, le

speranze che Alessandro Rossi, dopo il trapianto cardiaco, avrebbe voluto condividere con il personale sanitario, sono state bruscamente interrotte da una risposta frettolosa che non è riuscita a sfruttare una chiara finestra di opportunità empatica, per costruire una relazione di cura con chi avrebbe trascorso alcuni giorni in rianimazione nel reparto ospedaliero. Non si tratta qui solo di un problema etico, da lasciare alla sensibilità personale del professionista, ma è in ballo l’intero processo di cura e la percezione del paziente di essere stato adeguatamente assistito. Le aspettative non soddisfatte, infatti, incidono negativamente sia sui pazienti, sia sui medici. È stato rilevato come la mancata soddisfazione da parte dei medici di richieste non espresse dai pazienti svolga un ruolo significativo nelle convinzioni secondo le quali i medici non hanno soddisfatto le loro aspettative di assistenza¹. Sebbene l’identificazione dei motivi che spingono i pazienti dal medico sia un obiettivo chiave della consultazione, è noto da tempo come i medici generalmente non

riescano a raggiungere questo obiettivo^{2,3}. Di conseguenza, i pazienti riferiscono di non essere stati in grado di discutere le loro preoccupazioni con i loro medici⁴ o di aver ricevuto prescrizioni o consigli indesiderati⁵. Per il cardiologo, la comunicazione medico-paziente può avvenire in un ampio spettro di occasioni⁶: dal capo del letto alla sala d’esame, dal dipartimento di emergenza al cateterismo cardiaco o al laboratorio di elettrofisiologia oppure per telefono nel follow-up. Gli obiettivi in questi differenti scenari possono includere la visita, il counseling su strategie di modifica dello stile di vita⁷, l’istruzione sulla terapia anticoagulante, oppure il consenso informato in un paziente con una sindrome coronarica acuta in procinto di sottoporsi a intervento di emergenza, sino a discutere problemi di fine vita con un paziente con insufficienza cardiaca⁸. In questo compito così complesso, può essere facile intraprendere la scorciatoia “scientifica” che prevede di formulare il prima possibile una diagnosi, elaborare il piano di cura più accreditato scientificamente



e di tradurlo in maniera più o meno comprensibile al paziente, in modo che egli possa rilasciare un consenso informato. Tuttavia tale via non appare in grado di risolvere il problema della comunicazione in un rapporto centrato sul paziente⁹ che sia rispettoso e rispondente alle preferenze, ai bisogni e ai valori dei singoli pazienti, e garantisca che i valori dei pazienti guidino tutte le decisioni cliniche¹⁰. Diviene, quindi, importante individuare proposte comunicative differenti capaci di facilitare il difficile compito del cardiologo ospedaliero¹¹.

L'orientamento della cura verso la persona

L'assistenza centrata sul paziente è spesso descritta da ciò che non è: rapporto centrato sul medico, sulla malattia o sul sistema sanitario¹². Essa non ha a che fare neppure col dare ai pazienti ciò che vogliono, quando lo vogliono come consiglierebbe un certo approccio difensivo. Si tratta, invece, di considerare il paziente come una persona ed apprezzare come la malattia sia un'esperienza unica che è stata plasmata dal suo particolare contesto psicosociale¹³. Tale orientamento, tuttavia, seppure sia ampiamente condiviso dalla comunità scientifica dei cardiologi^{14,15} non appare di semplice attuazione nella pratica clinica, in quanto si tratta di

un vero e proprio cambio di paradigma che cerca di condividere un piano di cura, mettendo in relazione la conoscenza scientifica sulla malattia (disease) con la prospettiva del vissuto del paziente (illness)¹⁶. Seppure il cardiologo possa riconoscere che un "buon esito" di cura debba essere definito in termini di ciò che è significativo e prezioso per il paziente¹⁷, si trova spesso in difficoltà in merito a definire ciò che è significativo e prezioso per quella persona. Per tali motivi nel 2012 l'autorevole "American College of Cardiology", in un report dedicato alla cura centrata sul paziente, ha espresso la raccomandazione che dovesse essere incorporata, sia nei programmi universitari, sia in quelli di educazione continua una formazione mirata sulla comunicazione medico-paziente che incoraggi e promuova l'empatia, le capacità educative e le abilità nelle strategie comunicative¹⁸. Seppure i cardiologi americani siano d'accordo che una consultazione medica centrata sul paziente si sviluppi in sette compiti che il medico è chiamato ad assolvere: 1) costruire la relazione medico-paziente; 2) aprire la discussione; 3) raccogliere informazioni; 4) comprendere la prospettiva del paziente; 5) condividere le

informazioni; 6) raggiungere un accordo su problemi e piani; e 7) fornire la chiusura¹⁹, non è del tutto chiaro con quale tessuto tale conversazione debba essere intrecciata. Si ritiene che la Medicina Narrativa associata all'ethos umanitario con il quale è intimamente connessa²⁰ possa rappresentare la trama con la quale imbastire tale conversazione ed assistere il cardiologo nel compito di esplorare la prospettiva del paziente, per incorporarla nella relazione di cura e raggiungere la concordanza su un piano terapeutico condiviso. Seppure in questo breve articolo non sia possibile entrare nel dettaglio degli skill comunicativi che permettono di condurre una comunicazione efficace centrata sulla persona, può essere utile presentarne due strumenti fondamentali: l'approccio narrativo e l'agenda del paziente.

Approccio narrativo

Per approccio narrativo si intende mettere in atto un punto di vista che privilegia la concezione della malattia come è vissuta dal paziente e dai familiari, piuttosto che prendere in considerazione solo il percorso diagnostico e terapeutico scientificamente più accreditato. L'approccio è definito narrativo, in quanto si muove nel territorio e nel linguaggio abituale del soggetto,



e si svolge nel tempo degli eventi e nel racconto, dove i sintomi e i segni estratti dai cardiologi durante la visita medica sono vissuti dal paziente come limitazioni, dubbi e preoccupazioni del tutto personali²¹. L'approccio narrativo rende possibile orientare la cura verso la persona perché limita il rischio che il professionista utilizzi un filtro scientifico, inibendo la voce del paziente, lasciando passare solo quella della malattia che ha causato il problema da trattare. È indispensabile segnalare, tuttavia, che l'approccio narrativo, seppure necessario, non appare sufficiente a mantenere la promessa di orientare la cura verso la persona, se non si comprende il suo legame indissolubile con l'ethos umanitario che ogni professionista della salute dovrebbe possedere. Per ethos umanitario si intende la postura che il professionista della salute realizza quando incontra un paziente, in quanto è intenzionato ad averne cura perché riconosce nel prendersi cura di colui che soffre il fine della propria scelta di vita professionale²². Un autentico approccio narrativo, infatti, presume un reale interesse verso quella persona che oltrepasserà la porta del nostro studio, si predispone ad accoglierla come un essere umano ed ad ascoltarla in silenzio. Un autentico approccio narrativo pospone

le proprie legittime priorità operative all'esigenza del paziente, perché conosce l'importanza, per la relazione di cura e per gli stessi risultati terapeutici, di comprendere ciò che il paziente intende dire²³. In altre parole, un autentico approccio narrativo è possibile solo, facendo risuonare nella mente e nel cuore quell'ethos umanitario che ci ha motivato a scegliere una professione sanitaria. Per orientarsi verso la persona quindi è necessario ritornare al primato dell'etica in modo che, partendo da quell'ethos umanitario che connota tanto la motivazione quanto la natura di ogni professionista della salute, ogni atto medico sia inserito in una atmosfera etica, in quanto è proprio della cura agire eticamente. Per comprendere meglio, quanto affermato, torniamo alla storia di Alessandro Rossi. La diagnosi è una miocardiopatia dilatativa per la quale è stata impostata la terapia farmacologica, impiantato un primp ICD, successivamente sostituito da un secondo e inserito il paziente in lista per il trapianto cardiaco. Tutto ciò fa parte del trattamento di una malattia (disease) che i cardiologi hanno diagnosticato attraverso visite ed esami e per la quale hanno prescritto la terapia scientificamente più accreditata. Tuttavia l'ente malattia

miocardiopatia dilatativa (disease), della quale si conoscono segni, sintomi, imaging e di cui si possono spiegare precisamente le alterazioni patologiche, è qualitativamente differente da ciò che vive una persona affetta da tale malattia (illness). Illness rappresenta, infatti, la dimensione qualitativa come è esperita e come è resa significativa dalla persona malata. Ciò include l'esperienza dei propri sintomi e dei cambiamenti corporei, ma anche l'esperienza di ricevere trattamenti e cure e delle attitudini sociali attraverso cui si dipana una storia di una malattia. Illness ha a che fare con la disabilità, il dolore e con l'essere alle prese con la propria mortalità²⁴. Tale vissuto della malattia, che si incarna tanto nel corpo quanto nello spirito e coinvolge i propri cari, quindi, non può essere conosciuto e spiegato impiegando le stesse categorie scientifiche oggettive che si trovano incluse nello spazio storico tra normale e patologico, utilizzate per diagnosticare e trattare la miocardiopatia dilatativa (disease). Tuttavia, se l'obiettivo da raggiungere è quello di concordare con il paziente le decisioni mediche che lo riguardano la prospettiva della persona che ci è di fronte acquista un grande rilievo e diviene importante per il cardiologo acquisire uno stile comunicativo



capace di far emergere tali aspetti. Ecco che un approccio narrativo, intimamente connesso con un reale interesse per il paziente, può facilitare la comprensione empatica del significato personale di essere affetto da una determinata patologia, come emerge chiaramente, continuando a seguire la storia di Alessandro.

Nota

Si ringrazia Alessandro Rossi, per aver acconsentito alla pubblicazione di alcuni brani della sua storia, per il prezioso contributo fornito dopo la lettura del testo e, soprattutto, per la fiducia accordatami nella nostra ventennale relazione di cura. ♥

1. Bell, R.A., Kravitz, R.L., Thom, D. et al. Unmet expectations for care and the patient-physician relationship. *J GEN INTERN MED* (2002) 17: 817.
2. Byrne PS, Long BEL. Doctors talking to patients. London: HMSO, 1976.
3. Tuckett D, Boulton M, Olson C, Williams A. Meetings between experts: an approach to sharing ideas in medical consultations. London: Tavistock, 1985.
4. Williams SJ, Calnan M. Key determinants of consumer satisfaction with general practice. *Fam Pract* 1991;8:237-42.
5. Webber V, Davies P, Pietroni P. Counselling in an inner city general practice: analysis of its use and uptake. *Br J Gen Pract* 1994;44:175-8.
6. American College of Cardiology Foundation, Health Policy Statement on Patient-Centered Care in Cardiovascular Medicine, *Journal of the American College of Cardiology*, Vol. 59, No. 23, 2012, 2128.
7. Kotseva K., et al, EUROASPIRE IV: A European Society of Cardiology survey on the lifestyle, risk factor and therapeutic management of coronary patients from 24 European countries, *European Journal of Preventive Cardiology*, vol 23, 6 2016.
8. Barclay S, Momen N., Case-Upton S, Kuhn I, Smith E., End-of-life care conversations with heart failure patients: a systematic literature review and narrative synthesis, *British Journal of General Practice*, January 2011, 49-62.
9. A E Rogers, J M Addington-Hall, A J Abery, A S M McCoy, C Bulpitt, A J S Coats, J S R Gibbs, Knowledge and communication difficulties for patients with chronic heart failure: qualitative study, *BMJ* VOLUME 321 9 SEPTEMBER 2000, 605-607.
10. Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care in America. Washington, DC: National Academies Press (US), 2001.
11. Levinson W, Lesser CS, Epstein RM. Developing Physician Communication Skills For Patient-Centered Care, *HEALTH AFFAIRS* 29, NO. 7 (2010): 1310-1318.
12. Stewart M. Towards a global definition of patient centered care: the patient should be the judge of patient centered care. *BMJ* 2001;322:444-5.
13. Mead N, Bower P. Patient-centeredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Soc Sci Med* 2000;51:1087-110.
14. American College of Cardiology Foundation, Health Policy Statement on Patient-Centered Care in Cardiovascular Medicine, *Journal of the American College of Cardiology*, Vol. 59, No. 23, 2012; 2125-2143.
15. Goldfarb M., A cardiology fellow's Guide to patient centered care, *Journal of The American College of Cardiology*, vol. 69, n. 23, 2017, 2871.
16. Bardes CL., Defining "Patient-Centered Medicine", *N Engl J Med* 2012; 366:782-783.
17. Gulati M, Patient-Centered Care Treating the Patient, Not the Disease, *Journal of The American College of Cardiology*, vol. 699, n. 23, 2017, 2874.
18. American College of Cardiology Foundation, Health Policy Statement on Patient-Centered Care in Cardiovascular Medicine, *Journal of the American College of Cardiology*, Vol. 59, No. 23, 2012 2128.
19. Makoul G. Essential elements of communication in medical encounters: the Kalamazoo consensus statement. *Acad Med* 2001;76:390-3.
20. Marinelli M., *Trattare le malattie, curare le persone*, FrancoAngeli, Milano, 2015.
21. Marinelli M., *Medicina Narrativa, Comunicazione ed Etica della cura*, in Marinelli M. (a cura di) *Persone che curano*, Aracne Milano 2017.
22. Marinelli M., *Trattare le malattie curare le persone*, FrancoAngeli, Milano 2015.
23. Middleton JF, McKinley RK, Gillies CL, Effect of patient completed agenda forms and doctors' education about the agenda on the outcome of consultations: randomised controlled trial, *BMJ*, doi:10.1136/bmj.38841.444861.7C (published 17 May 2006).
24. Marinelli M., *La persona al centro della cura*, Lettere dalla Facoltà, n 4, aprile, 2019.

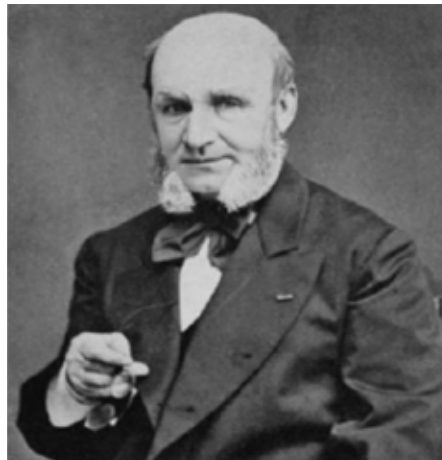


Piccola storia della medicina cardiovascolare

Il cuore a fine Ottocento (1870-1900)

Parte terza

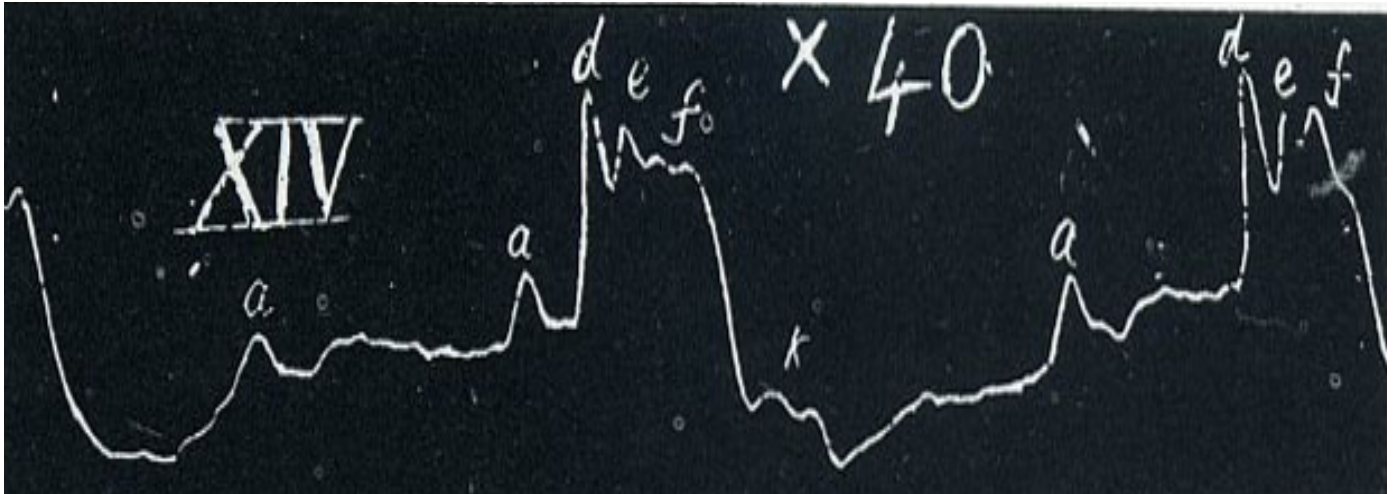
Grandi progressi anche nella stimolazione elettrica del cuore. Dopo i fondamentali studi di Hyman, Galiban descrive i blocchi atrioventricolari. Duchenne, nel 1872, annuncia che l'eccitazione elettrica ritmata può combattere le sincopi da arresto cardiaco ed elabora un apparecchio generatore d'impulsi, che chiamò mano elettrica, stimolando con successo il cuore di un paziente affetto da miocardite difterica e bradicardia: un elettrodo era posto sopra la pelle del paziente, l'altro nella mano del medico che appoggiando il dorso della mano sinistra ritmicamente sull'area precordiale del paziente, riusciva a produrre delle contrazioni del muscolo cardiaco. Lo stesso anno T. Green dimostra che lo shock elettrico può contrastare l'arresto cardiaco indotto da cloroformio: "I had operated on a small boy under chloroform. The operation was over when the pulse had stopped. I found the boy deadly pale and pulseless, and his breathing stopped. The galvanic battery was ready for use and it was instantly



*Guillaume-Benjamin-Amand Duchenne (de Boulogne)
(Boulogne-sur-Mer, 17 settembre 1806 - Parigi, 15 settembre 1875)*

applied. After a few seconds, both pulse and breathing returned, and the patient entirely recovered. The last five cases here related can leave no doubt as to the fact that galvanism saved life in each of them; that the pulsations of the heart stopped in an instant and were instantly restored by this agent. Galvanic stimulation is the most powerful agent known to restore animation when the heart beat is suspended by chloroform; to be successful it must be ready for

instantaneous use, on that depends its success. When galvanism is employed one pole should be applied to the neck, and the other over the ribs at the left side" (On death from chloroform; its prevention by galvanism. Br Med J 1872;1:551-553). Nel 1889 J.A. William applica corrente faradica o galvanica direttamente sul cuore degli animali, provocando una contrazione fibrillare, ed avanza l'ipotesi che il cuore arrestato, e quindi ipossigenato, presentasse un'aumentata sensibilità alla fibrillazione. Invece, cuori bloccati mediante la stimolazione del vago rispondevano ad una serie periodica di stimoli isolati applicati direttamente sull'apice dei ventricoli dopo toracotomia ad una frequenza di 60-70 al minuto. Nelle prove a torace chiuso notò che, per provocare efficaci contrazioni del cuore, dovevano essere usati larghi elettrodi da applicarsi sulla parete anteriore del torace e sul dorso, vicino alla quarta vertebra toracica. Nella seconda metà del secolo le migliorate tecniche antisettiche e anestesologiche facilitano



A.L. Galiban (Guy's Hosp Rep. 1875;20:261) "R.B. had been invalided on account of attacks of giddiness or faintness, and it was then noted that his heart beat very slowly. A tracing taken from this patient's heart in the fourth intercostal space is shown. In listening there could be heard between the strong pulsations either one or two faint beats which evidently corresponded to the elevations, a. The feeble pulsations could not be heard at the apex, and were scarcely perceptible in the apex tracing. The conclusion seems clear that they were due to the contraction of the auricle only."

interventi chirurgici sempre più complessi, fino a interessare il cuore. Si iniziano a notare prognosi postoperatorie migliori se prima dell'intervento si utilizzava acqua di cloro per lavarsi le mani. Nel 1876 Sir Joseph Lister individua nei batteri la sorgente delle

sui campi operatori i primi guanti di gomma, inventati da William Halsted e a cavallo dei due secoli la preparazione della cute da incidere veniva effettuata con pennellature di tintura di iodio. Nel 1900 il Vioformio, farmaco antisettico, è il primo farmaco prodotto dalla Ciba.

operato dai medici senza lavarsi le mani e nemmeno sterilizzare i ferri, ricevendo clisteri a base di brandy, zucchero e uova. Non ha quindi torto l'attentatore nel dichiarare, quando il presidente muore un mese dopo, sono i medici che l'hanno fatto fuori, io gli ho solo

**"The galvanic battery was ready for use and it was instantly applied.
After a few seconds, both pulse and breathing returned, and the patient entirely recovered."
On death from chloroform: its prevention by galvanism
Thomas Green**

infezioni chirurgiche, ma sarà lungamente osteggiato dai suoi colleghi. Nel 1878 si introdusse la bollitura degli strumenti e nel 1891 la sterilizzazione a secco. Sempre in quegli anni apparvero

Grazie a tutti questi passi in avanti si superò il rischio delle febbri e delle infezioni postoperatorie. Tuttavia, ancora nel 1881 J. Garfield, presidente degli Stati Uniti, ferito nel corso di un attentato, veniva

sparato. Nel 1872 inizia l'epoca degli anestetici endovenosi, con l'impiego del clorale idrato. Nel 1880 lo scozzese William Macewen realizza la prima intubazione endotracheale senza tracheotomia

e nel 1884 l'americano William Halsted effettua la prima anestesia locale iniettando cocaina nel nervo. Nel 1898 la prima anestesia spinale è eseguita dal tedesco August Bier. Il 1893 è l'anno del primo intervento chirurgico sul cuore, effettuato a Chicago da Daniel H. Williams, che sutura il pericardio su un paziente vittima di un trauma. Il 9 settembre 1896, nell'ospedale di Francoforte, Ludwig Rehn, osservando un paziente ricoverato per una ferita cardiaca ancora vivo dopo diverse ore, sfida il mito dell'intoccabilità del cuore e sutura la ferita, che interessava per due centimetri il ventricolo destro, salvando il paziente. Il suo atto di coraggio fece esclamare a un congresso per arrivare al cuore vi è un tratto lungo solo 2 o 3 centimetri, ma all'umanità ci sono voluti 2.400 anni per percorrerlo. Lo stesso anno anche Guido Farina esegue la prima sutura al cuore in Italia.

I progressi in microbiologia diedero inevitabilmente ampia spinta alla prevenzione delle malattie infettive e all'igiene pubblica. Nel 1875 la Gran Bretagna istituisce laboratori pubblici per vaccinazioni, igiene del lavoro, controlli di potabilità delle acque ed edilizia sanitaria. Due anni più tardi negli Stati Uniti vengono fondati a Bethesda i National Institutes of Health, con compiti prevalentemente di ricerca medico-biologica. Nel 1887 è istituita, presso il Ministero dell'Interno, la Direzione Generale di Sanità Pubblica e l'anno successivo viene approvata dal parlamento italiano la legge per la tutela dell'igiene e



*Daniel Hale Williams
(Hollydaysburg, 18 gennaio 1858 -
Idlewild, 4 agosto 1931)*

della sanità pubblica, presentata da Francesco Crispi. Dopo pochi anni, verranno costituiti a Roma laboratori di controllo e di ricerca a livello centrale. In questi anni vengono fondate importanti strutture sanitarie come la Johns Hopkins University (1874), il Karolinska Institutet di Stoccolma, l'Istituto Pasteur a Parigi e il Policlinico Umberto I a Roma (1888). La scoperta dell'antisepsi, la correlazione tra clinica e ed autopsia (patologia generale ed anatomia patologica), l'analisi descrittiva (cartella clinica) e statistica (nel 1900 K. Pearson sviluppa il test del chi-quadrato) delle malattie, l'utilizzo di efficaci farmaci di sintesi e la nuova struttura degli ospedali a monoblocco, con corsie più salubri, avvicinano molto la medicina a quella che oggi conosciamo. ♥



Il Sud America visto da Manlio Cipriani



*Perù 2019. Chinchero
Piccolo peruviano
Lumix GX-80
Lumix G Vario 35-100 mm/f 2.8II,
100 mm, ISO 1600, 1/250 sec., f/8.*

“**H**o cominciato a fotografare da adolescente, chiedendo in prestito la macchina fotografica a mio padre, che mi ha trasmesso la passione ed i primi rudimenti. Diaframmi, tempi di posa, profondità di campo, ISO/ASA hanno scandito la mia gioventù. Ricordo la prima gita scolastica a Firenze al ginnasio e gli scatti raffiguranti i tetti della città. ASAHI PENTAX Spotmatic la prima macchina paterna, poi crescendo la scelta di diventare un nikonista. Come per le automobili e per il calcio o sei un alfista o sei

un lancista, interista o milanista e così per la fotografia o Nikon o Canon. La passione è sfociata poi in camera oscura, occupando il bagno di servizio di casa; il primo ingranditore Durst, l'odore di acido acetico, la luce rossa e le carte lucide ed opache per stampare in bianco e nero. D'estate in viaggio centinaia di diapositive, costavano meno del colore ed erano facili da conservare. Ricordo bene il rumore ripetitivo del proiettore di diapositive nelle serate autunnali, a guardare lunghi caricatori di diapositive dell'estate. L'analogico nella fotografia è

**ASAHI PENTAX Spotmatic
la prima macchina
paterna,
poi crescendo la scelta di
diventare un nikonista**



scomparso quasi improvvisamente e in un attimo il mio costoso e sudato set fotografico, 2 corpi macchina una per il B/N e l'altro per le diapo a colori, non valeva più niente. Ho salvato per un po' gli obbiettivi, ma il peso, l'ingombro e forse l'autofocus mi hanno fatto presto desistere. Il digitale con sensore in formato 4:3 mi ha conquistato soprattutto per le dimensioni contenute. Gli obbiettivi ti stanno in tasca dei pantaloni e il corpo macchina sotto la giacca. Mi piace la street photography, è un modo di guardare ciò che vedi intorno a te, camminando.” ♥



*Perù 2019. Chinchero (Alt. 3.760)
Telefonando
Lumix GX-80
Lumix G Vario 35-100 mm/f 2.8II, 35
mm, ISO 200, 1/640 sec., f/6.3*



*Bolivia 2019, Salar di Uyuni (Alt. m.
3650)
Salgemma
Lumix GX-80
Lumix G Vario 35-100 mm/f 2.8II, 100
mm, ISO 320, 1/250 sec., f/22*



*Bolivia 2019, Deserto di Siloli
Arbol de piedra
Lumix GX-80
Lumix G Vario 35-100 mm/f
2.8II, 52 mm, ISO 250,
1/250 sec., f/22*



*Perù 2019, Cusco (Alt. m 3.399) - Bambini con chitarra - Lumix GX-80
Lumix G Vario 12-32 mm/f3.5, 27 mm, ISO 400, 1/80 sec., f/13*

**Mi piace la street
photography, è un modo
di guardare ciò che vedi
intorno a te, camminando**



*Perù 2019, Cusco (Alt. m 3.399)
Cappello con bambina
Lumix GX-80
Lumix G Vario 12-32 mm/f3.5, 32 mm,
ISO 400, 1/125 sec., f/13*



*Cile 2019, Geysers El Tatio (Alt. m. 4320)
Anime all'inferno
Lumix GX-80
Leica DG 8-18mm/f 2.8-4.0,
18 mm, ISO 640, 1/125 sec.,
f/14*



*Cile 2019, Lagune Miscanti
(Alt. m. 4140)
Lagune altipianiche, San Pedro
di Atakama
Lumix GX-80
Lumix G Vario 35-100 mm/f
2.8II, 35 mm, ISO 200, 1/80
sec., f/22*



Delitto, ingiustizia, senso di colpa e vendetta

Le vicende del romanzo scaturiscono dal tentativo di Kiriko, una giovane ragazza dal carattere sorprendente, di ingaggiare il più importante penalista di Tokyo per difendere il fratello ingiustamente accusato di omicidio

Pubblicato per la prima volta nel 1961, *La ragazza del Kyushu*, è un romanzo appena uscito in Italia edito da Adelphi che, dello stesso autore, aveva dato alle stampe lo scorso anno *Tokyo express*. L'autore, Matsumoto Seichō, è stato un maestro del genere noir tanto da essere spesso definito il "Simenon giapponese" per le tinte fosche dei suoi scritti, così ben calibrati nella trama efficace ed inesorabile e per la vasta produzione di oltre trecento romanzi e diversi racconti; è inoltre un autore assai conosciuto e apprezzato in Giappone, tanto da avere vinto il premio Akutagawa nel 1953. Le trame dei suoi gialli affondano spesso le radici nei problemi sociali giapponesi e hanno come tematiche principali indagini su casi di omicidio, razionali e ben calcolate, accurate nei minimi dettagli. Questo giallo/noir, nello specifico, si può considerare da un lato un giallo classico che



Copertina del romanzo *La ragazza del Kyushu*, di Matsumoto Seichō

colpisce per l'attenzione maniacale ad ogni singolo particolare, ma dall'altro lato pare sfuggire alle canoniche classificazioni per via di un'intensa componente

psicologica che attraversa tutto il libro, creando una crescente tensione narrativa. Ci troviamo in Giappone negli anni '60 e Kiriko, la protagonista, è una giovane ragazza ventenne della provincia del Kyushu, che decide di investire i suoi pochi averi in un lungo viaggio per recarsi a Tokyo dove vive ed esercita un noto avvocato penalista di nome Otsuka. Kiriko si reca presso lo studio legale con l'intento di ingaggiare l'uomo come difensore del fratello, accusato dell'omicidio di un'usuraia e, con ogni probabilità, destinato alla pena di morte poiché senza attenuanti o testimoni. L'avvocato dichiara in modo sbrigativo di non essere disponibile - in quel momento ha altri pensieri per la mente - e liquida la ragazza, pur sinceramente convinta dell'innocenza del fratello, facendole capire che non vuole accettare un caso in cui la sua parcella possa non essere garantita a causa dei pochi mezzi di cui Kiriko dichiara apertamente di

disporre. Il rifiuto di Otsuka apre delle ferite nell'animo sensibile e assetato di giustizia di Kiriko; la ragazza scompare dallo studio legale così come vi è entrata e non ha altra scelta che ritornare nella sua cittadina del Kyushu ma si allontana solo temporaneamente, covando dentro di sé un profondo senso di sopraffazione e ingiustizia. Si apprende che il fratello viene condannato alla pena capitale per l'omicidio e morirà in carcere, nel disonore, prima dell'esecuzione. L'avvocato, preso dai sensi di colpa e dal rimorso per avere liquidato la ragazza, cercherà di capire che cosa sia realmente accaduto leggendo i giornali locali e le dichiarazioni, convincendosi anch'egli, sulla base di intuizioni che gli vengono dal talento e dalla lunga esperienza, dell'innocenza del fratello di Kiriko; si butterà nella risoluzione del caso anche un giovane giornalista curioso che la ragazza incontra casualmente per strada. Kiriko nel frattempo inaspettatamente riappare a Tokyo dove sembra essersi rifatta una vita, lavorando in un locale e vivendo in un piccolo appartamento in affitto; tuttavia l'aver perso una

persona cara fa sì che il tarlo della vendetta la attanagli, inizialmente quasi in modo inconsapevole, ma successivamente in modo sempre più insistente, tanto da renderla un'altra persona rispetto alla timida ragazza descritta all'inizio: fredda, glaciale e spietata. La trama investigativa è geniale, diabolica, perfetta e regala uno spaccato dell'animo umano analizzato nei suoi sentimenti più profondi e ancestrali. È un libro intrigante e terribile nel quale Matsumoto Seichō mostra come il rifiuto e l'ingiustizia possano muovere persone anche miti a scovare il loro lato oscuro, freddo e calcolatore; nel romanzo appare evidente come l'indifferenza e la poca attenzione per gli altri, anche distrattamente mostrate, possano generare dolore e sofferenze indelebili. I personaggi rivelano le proprie emozioni a chi legge, ma non le esplicitano l'uno all'altro; questo elemento ricostruisce un aspetto dell'affascinante mondo giapponese nel quale le persone in società sono spesso come dentro dei gusci che non comunicano tra loro, ma provano sentimenti spesso terribili e dove il disonore della colpa

ricade sulla famiglia e su tutte le persone vicine a chi ha commesso il misfatto. È molto interessante osservare il gioco di simmetrie costruito e architettato dall'autore: Otsuka all'inizio rifiuta l'incarico, ma poi è costretto a mettersi in una posizione subalterna rispetto a Kiriko; il fratello, stando alle prime ricostruzioni, avrebbe contratto un debito in denaro e successivamente l'avvocato avrà un debito morale verso la sorella del condannato; i due fatti di sangue infine hanno una dinamica speculare se osservati attentamente. Leggendo il libro si ha la sensazione che l'autore abbia messo un velo tra il lettore e le vicende in modo da lenire le emozioni troppo forti, ma poi sul finale il velo viene squarciato ed è lì che ogni azione, anche la più cruda, emerge e colpisce dritta al cuore. È un romanzo giallo che diventa un'indagine sulle persone e sui loro sentimenti, sulla vendetta portata alle estreme conseguenze per dare voce al disonore che la protagonista porta dentro di sé e per liberarsi finalmente dal senso di colpa. ♥



Sette pieghe Damiano Presta

"La cravatta è l'ultimo ponte tra l'uomo e la fantasia, l'ultimo fossato tra l'uomo e la barbarie" Elsa Morante

È il caso e non la necessità a far nascere la sette pieghe Damiano Presta. Fin dalla prima età della ragione, ho apprezzato mio padre lavorare da sarto, ho amato profondamente la mia terra e ho aderito all'unica filosofia veramente umana: la bellezza. Per anni ho lavorato nel settore commerciale delle più importanti aziende di sete pregiate. Ma non ero completamente soddisfatto della qualità dell'accessorio maschile per antonomasia: la cravatta. In quel periodo, malgrado la mia insoddisfazione, non una volta si palesò in me il pensiero di produrre cravatte. Finché una notte d'inverno, davanti al camino di una casetta di campagna, nel silenzio della brace di quercia, ho letto in un libro di Elsa Morante la frase: <<La cravatta è l'ultimo ponte tra l'uomo e la fantasia, l'ultimo fossato tra l'uomo e la barbarie>>. È stata la folgorazione. Ho riposto immediatamente il libro e ho scommesso. Ho scommesso sulla forza e sulla capacità di donne e uomini che vivono la difficile terra di Calabria e ho puntato sulla caparbietà delle loro mani sapienti per produrre, nel piccolo borgo medievale di Torano Castello, le cravatte per conto terzi, vale a dire per le prime griffe del lusso



mondiale. E dopo solo pochi anni, grazie all'esperienza derivata dal produrre per il top mondiale, ho presentato la mia creatura: la Sette Pieghe Damiano Presta, il vero trionfo del made in Italy. E naturalmente per il mio primo showroom ho scelto la sintesi e la summa del genio italico, ho scelto la città eterna, ho scelto Roma. Da allora la mia soddisfazione maggiore è il poter condividere con gli amici clienti il trionfo della bellezza, del gusto e dell'enorme varietà di scelta di una cravatta unica, creata da menti e mani sapienti e realizzata solo da donne e uomini pervenuti all'eccellenza sartoriale. La Sette Pieghe Damiano Presta non consente a nessuna macchina di entrare nel processo produttivo. La Sette Pieghe Damiano Presta è un viaggio tra la migliore seta del mondo, in quantità doppia di tessuto rispetto alle altre cravatte. È l'equilibrio

che promana dal perfetto piano di simmetria ottenuto attraverso la perfetta centratura del disegno e dall'esatto combaciare delle pieghe interne ed esterne. È l'esaltazione della tecnica unica della cucitura che consente di mantenere la giusta e perfetta elasticità nel fare il nodo. Nella continua ricerca di offrire sempre il meglio, vorrei concludere presentando una cravatta speciale, ispirata alla riproduzione cellulare: la Mitosis tie.



Mitosis tie by Damiano Presta

*La cravatta si anima.
Come la cellula si sdoppia.
Da accessorio diventa talismano.
È bifronte e l'accompagna
oltre le porte, le barriere e i pregiudizi.
Ti veste di nuova armonia
per ritrovare, insieme,
il cammino nel mondo. ♥*



In memoria di Luciano Moretti

È venuto a mancare il 3 settembre, dopo una lunga e grave malattia Luciano Moretti, direttore dell'Unità Operativa Complessa di Cardiologia dell'Ospedale "Mazzoni" di Ascoli Piceno. Ad Ascoli Luciano era arrivato nel 2000 dopo una lunga e interessante esperienza professionale maturata in vari Ospedali italiani e stranieri (Glasgow ad esempio), che ne aveva temprato il carattere e la grande cultura cardiologica. Nell'aprile scorso era stato nominato direttore del Dipartimento di Emergenza, Urgenza e Accettazione. Laureatosi in medicina e chirurgia nel 1979 all'università di Padova, ha conseguito la specializzazione in medicina del lavoro e, successivamente, in cardiologia, all'università di Verona. Professionista stimato da colleghi e pazienti, è stato un socio ANMCO attivo a livello regionale e nazionale, autore di numerose pubblicazioni su riviste scientifiche di livello nazionale e internazionale. Ha partecipato come relatore a numerosi Congressi Nazionali e Internazionali. Nel 2015 è stato nominato Co-Chaiperson dell'Area Management & Qualità



dell'ANMCO, diventandone nel 2017 Chaiperson. Tra le tante collaborazioni con Luciano, ci piace ricordare qui la bellissima esperienza della scrittura a più mani della monografia "Il Domani dell'Ospedale e della Cardiologia", alla quale egli ha dato un contributo determinato e appassionato. Luciano Moretti è stato un personaggio eclettico, che univa ad una grande professionalità come cardiologo clinico, competenze di cardiologo interventista, di aritmologo e di manager sanitario oltre che una passione autentica per il proprio lavoro, a cui si è dedicato fino alla fine. Personalità granitica, ha lottato con coraggio e dignità contro la lunga e grave malattia. "La nostra strada associativa e professionale si è incrociata nei primi anni 2000, quando abbiamo fatto parte del CDR Marche, Presidente Regionale Marcello Manfrin. Negli ultimi anni la

conoscenza interpersonale e la stima professionale si è trasformata in una profonda amicizia, che lascia in me un ricordo di Luciano quale grande professionista e grande uomo. Le nostre frequentazioni telefoniche, per discutere di situazioni cliniche e non solo, sono state praticamente quotidiane e ne ho sempre tratto grande conforto. La Cardiologia di Ascoli sotto la sua guida è diventata un centro con cardiologia interventistica H24 e un punto di riferimento in campo clinico e aritmologico. La malattia contro la quale ha lottato fino alla fine come un leone, lo ha provato ma non sconfitto.

Pochi giorni prima della sua dipartita eravamo ancora insieme a fare progetti per il futuro e questo dimostra ulteriormente la Sua personalità.

Grazie Luciano per quanto hai fatto per la Cardiologia e per ANMCO e per avere sempre avuto ben chiaro il fine ultimo della nostra attività, curare al meglio le persone che a noi si rivolgono."

Egli lascia un grande vuoto nell'ambiente sanitario, regionale e nazionale e nei Suoi Cari. ♥

EVENTO FORMATIVO
ANMCO



**CARDIOLOGIA DI PRECISIONE,
PERSONALIZZAZIONE
DELLE CURE:
LE NUOVE EVIDENZE**

**10-11 OTTOBRE 2019
MONOPOLI (BA)
COMPLESSO TORRE CINTOLA**



