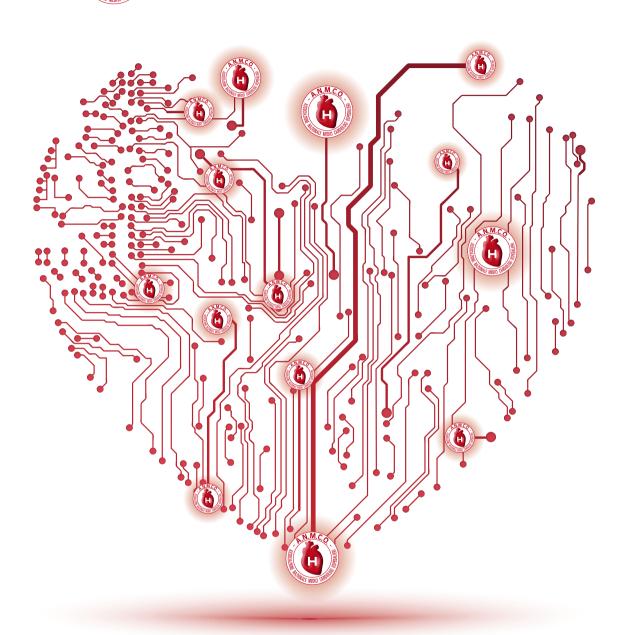
Carcli Ogia negli Ospedali SETTEMBRE/OTTOBRE 2020 N° 237



ANMCO IL PROGRESSO 2002 1 NEL CUORE



52° Congresso Nazionale

Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri

www.anmco.it

PALACONGRESSIR I M I N I 2 0 • 2 2 M A G G I O 2 1



Andrea Di Lenarda, Croazia, Luci sul mare ISO 40.000 - Tempo ½ sec. F 4 - Focale 105 mm

N. 237 settembre / ottobre 2020 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



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 LOW BUISTONS CURING FIREDZE

Progetto grafico e impaginazione Studio Mirannalti - Fiesole

EDITORIALE

Editoriale di Manlio Cipriani

DAL PRESIDENTE

Riflessioni sul 51° Congresso **ANMCO** Rimini 27-29 agosto 2020 di Domenico Gabrielli a nome del Consiglio Direttivo ANMCO



DAL CENTRO STUDI DELLA FONDAZIONE PER IL TUO CUORE

Il punto sugli Studi Clinici p.11 del Centro Studi della Fondazione per il Tuo cuore a cura del Centro Studi

DAL CONSIGLIO DIRETTIVO

L'ANMCO durante l'emergenza pandemica COVID - 19 Pubblicati numerosi Position Paper per la gestione dei ricoveri e delle attività ambulatoriali di Pasquale Caldarola, Furio Colivicchi e Domenico Gabrielli

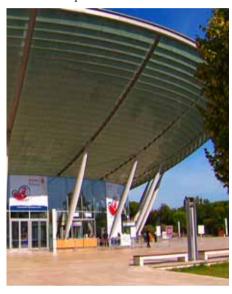


DAL 51° CONGRESSO NAZIONALE ANMCO

p.4

p.6

Un grazie di vero cuore p.21 ai giovani cronisti del Congress News Daily 2020 di Manlio Cipriani e Mario Chiatto



DALLE AREE AREA GIOVANI

La prima ESC Young p.24 Convention al Congresso ANMCO di Stefania Angela Di Fusco e Filippo Zilio a nome dell'Area Giovani ANMCO



AREA SCOMPENSO CARDIACO

p.27 Registro IN-HF 1995-2020: 25 anni... ed una storia che continua di Massimo Iacoviello, Renata De Maria, Marco Gorini, Donata Lucci, Marco Marini, Manuela Benvenuto, Leonarda Cassaniti, Mauro Gori, Annamaria Municinò, Enrico Ammirati, Alessandro Navazio, Aldo Maggioni

DALLE REGIONI CALABRIA

Francesco Tursi: il medico p.35 - paziente che ha sconfitto il COVID di Fabiana Lucà, Mario Chiatto e Roberto Ceravolo





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

Nuove linee guida sull'infarto p.46 miocardico senza sopraslivellamento del tratto ST

di Leonardo Misuraca



LAZIO

SURVEY: Riorganizzazione p.38 delle Cardiologie del Lazio durante l'emergenza Covid-19 di Vittoria Rizzello, Giovanni Pulignano,

Stefano Aquilani, Alessandro Danesi, Silvio Fedele, Paride Giannantoni, Fabio Menghini, Luigi Sommariva, Giuseppe Pajes

LIGURIA

p.42 Il valore aggiunto del Direttivo Regionale ANMCO Liguria in epoca

di Marco Botta, Vered Gil Ad, Annamaria Municinò





OSSERVATORIO DI DIRITTO SANITARIO

Stato ed enti territoriali nella p.48 gestione dell'emergenza Covid-19 di Giuseppe Urbano

PEDAGOGIA DELLA SALUTE

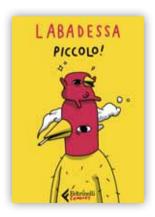
Pedagogia della salute mentale p.50 di Rosa Gallelli e Angela Balzotti

VIAGGIO INTORNO AL CUORE

L'arte in Istituto: i 10 webinar p.52 di Agnese Maria Fioretti e Francesco Giotta

CUORI DI CHINA

Mattia Labadessa, l'uomo uccello, p.53 e la maschera del fanciullino di Andrea Mazzotta





The series of th

UNO SGUARDO SUL MONDO

Antonio e Giuseppe Tartarini p.56 uniti dalla passione per la fotografia di Gianfranco Misuraca

LETTI PER VOI

Dare voce p.62 all'indicibile di Beatrice Balduzzo

IN RICORDO DI

Il mio ricordo di p.64 Sergio Dalla Volta di Franco Plastina









Editoriale

Cari Lettori,

e ridindeccoci di ripernovo in prima linea per la seconda ondata della pandemia da COVID-19. Dopo un'estate relativamente tranquilla che ci ha permesso perfino di partecipare anche se in numero limitato, al 51° Congresso ANMCO, in questa innovativa forma ibrida che ci viene raccontata nei dettagli dal nostro Presidente, siamo nuovamente chiamati come Medici e come Cardiologi a dare il nostro contributo. Gran parte di questo numero di "Cardiologia negli Ospedali" affronta con diversi temi la pandemia; dai Position Paper ANMCO per la gestione durante l'emergenza pandemica dei ricoveri e delle attività ambulatoriali, alla testimonianza di

un collega pneumologo, Francesco Tursi, alla Survey laziale sulla riorganizzazione delle cardiologie e infine l'articolo del Prof. Giuseppe Urbano, Vice capo di gabinetto del Ministro dell'Economia riguardo ai rapporto Stato - Regioni al tempo della pandemia. L'Area Scompenso festeggia in questo numero i 25 anni di uno dei registri più fruttuosi e produttivi che l'ANMCO abbia mai realizzato, il Registro IN-HF. Una gallina dalle uova d'oro a giudicare da quante pubblicazioni scientifiche sono state prodotte in questo ventennio con i dati del registro, e dei numerosi dati epidemiologici, clinici e farmacologici che ancora riesce a produrre. Un grande ringraziamento lo dobbiamo a chi lo ha ideato nel

1995 ma soprattutto ai tanti Colleghi che continuano a mantenerlo vivo dedicandoci tempo e lavoro. Leonardo Misuraca in poche righe ci dà una pillola di aggiornamento sulle recenti linee guida ESC sulla diagnosi e il trattamento dell'NSTEMI. La mia passione per la fotografia viene saziata in questo numero con le due belle immagini che ci regala l'amico Andrea Di Lenarda e con la rubrica "Uno sguardo sul mondo"in cui scopriamo questo bravo fotografo pisano, imparentato con la cardiologia. Arte, pedagogia e letteratura come sempre ci regalano articoli leggeri e interessanti per distrarci e aiutarci a superare un inverno che appare tutt'altro che semplice. Buona lettura. 🔻

> Andrea Di Lenarda, Equilibrismi ISO 2500 Tempo 1/8000 F 6.3 Focale 105 mm





DI DOMENICO GABRIELLI



Riflessioni sul 51° Congresso ANMCO Rimini 27-29 agosto 2020



sempre noi, orgogliosi della nostra forza associativa... e lo abbiamo dimostrato»

In quest'anno particolare, che tanti mutamenti ha portato nelle nostre vite e tanto tributo di sacrifici e vite ha richiesto e sta richiedendo, siamo stati orgogliosi di riproporre l'annuale appuntamento congressuale, che avevamo dovuto rimandare, peraltro posizionandoci a ridosso del Congresso ESC, per i noti limiti imposti dalle Autorità in





Figura 2 - Il Dott. Massimiliano Rizzo riceve l'attestato di Fellowship in rappresentanza dei nuovi fellow ANMCO 2020

ragione della situazione pandemica che ha travolto il nostro Paese; con il Consiglio Direttivo abbiamo avuto la forza e la determinazione di mantenere l'appuntamento, seppure differendone l'abituale posizionamento temporale, puntando su una formula congressuale innovativa, di tipo ibrido, che prevedeva sia la parte residenziale,

nel pieno rispetto della normativa relativa, sia la partecipazione online, impreziosita da una piattaforma web di assoluto rilievo, grazie all'impegno dei nostri partner tecnologici (CNC e TIM tramite Dromedian), piattaforma che resterà attiva fino a fine anno e che viene continuamente rivitalizzata da nuovi contenuti. Nonostante le dinamiche che stiamo vivendo e che

stanno cambiando profondamente le nostre vite, ANMCO ha fortemente voluto e creduto nel Congresso, per poter promuovere lo scambio e l'interazione scientifica, anche in materia di COVID-19, con percorsi che prestavano, ovviamente, particolare attenzione ad argomenti organizzativi e alle evidenze emerse dalla nostra quotidianità (Figura 1). Il motivo informatore del Congresso è stato la Cardiologia di Genere che rappresenta la naturale evoluzione della tendenza sempre più spiccata alla personalizzazione delle cure, tenendo conto che caratteristiche di genere spesso determinano una diversa risposta di trattamenti e un diverso outcome.

Ci siamo impegnati per proporre un evento in grado di richiamare tutta la comunità medicoscientifica, arricchito da una complessa partnership, anche di natura istituzionale e di respiro internazionale, con l'adesione dei diversi organismi attivi nell'ambito cardiologico e non. Abbiamo avuto l'opportunità di partecipare, oltre che a un innovativo progetto scientifico-formativo, anche a una manifestazione che ha visto premiare l'impegno e la passione degli Associati ANMCO: particolare rilievo ha assunto quest'anno l'assegnazione della borsa di studio intitolata al Prof. Vincenzo Masini, la premiazione dei migliori 3 casi clinici, tra i partecipanti al Forum dedicato, la premiazione dei 3 vincitori del partecipatissimo Campionato di Refertazione ECG e la proclamazione dei nuovi Fellow (Figura 2). Il 51° sarà un Congresso ricordato ancora una volta per l'alto livello scientifico, per le ulteriori innovazioni introdotte









17 MEET THE EXPERT 10 FORUM √ di cui 1 FORUM CASI CLINICI 12 CONTROVERSIE 1 CONVENTION delle Unità Scompenso Cardiaco 1 CONVENTION Nazionale «Banca del Cuore» 1 CONVENTION «Young ESC» 10 MY APPROACH TO 20 LA RICERCA CARDIOLOGICA IN ITALIA 57 SESSIONI e-POSTER 12 HOW TO 1 HIGHLIGHT

8 UPDATES IN CLINICAL CARDIOLOGY

2 FORUM NURSING



ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDIOLOGI OSPEDALIERI Consiglio Direttivo ANMCO 18 - 19 sette

Figura 3

nel programma e nelle modalità di fruizione per mantenerlo sempre al passo con i tempi, e per lo spirito associativo che lo ha permeato, facendoci sentire tutti componenti di una grande famiglia, ognuno parte di un unico, meraviglioso, progetto che riesce a contemperare competenza, passione, dedizione, spirito di sacrificio, rispetto e amicizia, cioè i valori che da sempre caratterizzano ANMCO. Nel corso del Congresso abbiamo ospitato Sessioni Congiunte, approfittando delle possibilità tecniche offerte dalla piattaforma web, con ESC, ACC e AHA; molte le letture di prestigiosi ospiti stranieri che hanno impreziosito il nostro congresso, fra le altre quella della Prof.ssa Barbara Casadei italiana e presidente ESC, che ha portato il saluto della nostra società madre (Figura 3). Sono stati proposti circa

Si ampliano i confini - ANMCO 20-D

Percorsi

Live e Fad







NAZIONALE





Capacità di dati

500 mila utenti

News Daily

Palacogressi

Figura 4

570 abstract per comunicazioni/ poster, a testimonianza della vivacità culturale e scientifica

della Cardiologia Italiana e nello specifico Ospedaliera; gli abstract del Congresso sono stati pubblicati

elevato numero di loro nella Faculty

sia offrendo la iscrizione gratuita al Congresso, in forma residenziale,

nei limiti di numero che ci siamo

massima sicurezza dei partecipanti, o digitale, a tutti gli specializzandi in

Cardiologia e cardiochirurgia e di

branche internistiche che vi abbiano voluto partecipare (Figura 5). Nel

autoimposti in osseguio alla

Novità nel programma

- Primo Corso Avanzato di Cardiologia Clinica Pratica Primary Care Cardiology con accreditamento separato rispetto al Congresso, indirizzato a cardiologi clinici, internisti e medici di famiglia.
- 5 buoni motivi per...: commenti alle Linee Guida e approfondimenti su argomenti di cardiologia di importanza significativa nella pratica clinica quotidiana.
- Minimaster: l'offerta formativa si amplia coprendo i più attuali temi della specificità cardiologica.
- Convention dei Giovani Cardiologi Europei, tenuta in remoto per gli ovvi problemi legati alla pandemia.
- Percorso Update in Clinical Cardiology: sessioni dedicate all'approfondimento delle più recenti practice changing finalizzate al miglioramento della pratica clinica.

Figura 5

in forma digitale, in inglese su un Supplemento dello EHI, che contiene anche i principali position paper ANMCO prodotti nel corso

della pandemia COVID, e sul GIC (Figura 4). Si è ancora una volta posta attenzione al coinvolgimento dei giovani, sia prevedendo un

corso della cerimonia inaugurale, condotta dal Dott. Luigi Ripamonti, durante la quale si sono toccati momenti di alto valore morale e simbolico, uno per tutti la consegna delle targhe d'oro ANMCO alla FNOMCEO e alla FNOPI in memoria dei tanti Colleghi periti durante la pandemia nello svolgimento del proprio dovere, il Dott. Ripamonti ha parlato rivolgendosi ad ANMCO di coraggio responsabile, quel coraggio che ci è voluto per portare avanti e a termine il primo congresso cardiologico residenziale post-











Il 51°Congresso Nazionale ANMCO 2020 è on demand sulla piattaforma digitalanmco.it. Puoi seguire tutte le sessioni di lavoro e consultare i contenuti miltimediali.

CONGRESSO ANMCO 2021

DAL 5 SETTEMBRE
E' APERTA LA CALL FOR IDEAS DEL
52° CONGRESSO ANMCO

pandemia (per fare un esempio la SIC ha seguito un altro percorso, decidendo di trasformare il congresso di dicembre in un evento solo digitale), ma responsabile perché chi è venuto a Rimini si è reso conto di quali misure di sicurezza fossero state adottate e della rigidità dei protocolli anti-COVID, cosa che ci ha permesso di affrontare un accadimento quale la presenza di una persona che ha manifestato nell'immediatezza della partecipazione una positività al COVID (evento peraltro epidemiologicamente ampiamente prevedibile) senza che vi siano stati, grazie al cielo, focolai epidemici; peraltro anche in questa occasione la macchina organizzativa ANMCO ha dimostrato di avere forza e senso di responsabilità, nonché trasparenza, cose di cui siamo giustamente orgogliosi. Consentiteci di congedarci con un grazie grande e sentito a tutti coloro, partecipanti e faculty, che hanno voluto essere presenti fisicamente, cosa che ci ha dato ragione della determinazione con cui abbiamo perseguito questa possibilità, e a tutti coloro, e sono stati tantissimi, che pur in un periodo di ferie o di lavoro particolare e in prossimità del congresso ESC, hanno ritenuto di collegarsi via web per seguire il Congresso. Un cordiale saluto anche



Figura 6

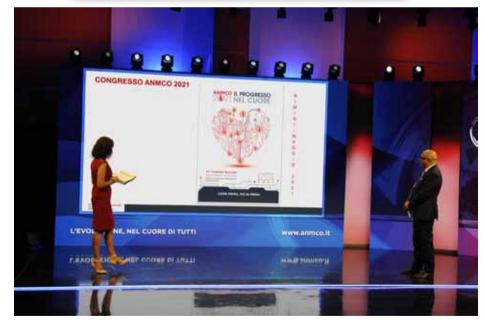


Figura 7 - La giornalista Barbara Capponi e il Dott. Domenico Gabrielli, Presidente ANMCO, durante la Cerimonia Conclusiva presentano in anteprima la grafica del Congresso Nazionale ANMCO 2021

a nome del CD ANMCO e a presto per le prossime iniziative scientifiche e associative. E non dimenticate di dare il vostro contributo scientifico per il 52° Congresso ANMCO al quale vi aspettiamo numerosi in presenza e ancora più numerosi via web (Figure 6 e 7). ♥

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	10 anni	chiuso
ISCHEMIA – Extended Follow-up In collaborazione con New York University	14 (351)	378 (5.000-6.000)	208 5.856	Fino al 2025	chiuso
Registro G-CHF Long Term Follow-up (osservazionale)	9 (273)	750 (25.000 circa)	576 (23.281)	Fino al 2023	chiuso
COPE (osservazionale)	183	5.000	4.838	30 giorni	In corso
MATADOR-PCI (osservazionale)	76	500	597	6 mesi	chiuso
BLITZ-AF CANCER (osservazionale)	86 (112)	800 (1.500)	566 (696)	1 anno	In corso

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

FOCUS ON

Studio BLITZ-COVID19

Steering Committee: Michele M. Gulizia (Chairperson), F. Colivicchi (Co-Chairperson), Domenico Gabrielli (Co-Chairperson), G. Di Pasquale, L. De Luca, F. Nardi

Lo studio BLITZ-COVID19, promosso dalla Fondazione per il Tuo cuore onlus e coordinato dal Centro Studi ANMCO, costituisce un importante progetto di ricerca che si inserisce nella strategia di valorizzazione della ricerca epidemiologica in un momento assai particolare per il nostro Paese, come quello della pandemia in atto.

A partire dal febbraio di questo anno, la diffusione in Italia della infezione da COVID-19. ha rivoluzionato le modalità con le quali le UTIC lavorano. Alcune sono state trasformate, parzialmente o in toto, in terapie intensive per il trattamento della insufficienza respiratoria da COVID-19; altre hanno continuato a svolgere le attività precedenti alla diffusione del virus, ma sono state identificate come centri hub, nei quali i pazienti con acuzie cardiovascolari sono stati indirizzati sia direttamente dal territorio che da quelle strutture riorganizzate per il trattamento del COVID-19.

Il BLITZ-COVID19 è uno studio

osservazionale, multicentrico, nazionale che prevede la raccolta di dati clinici, sia in maniera retrospettiva che prospettica, utilizzando una CRF elettronica con compilazione e invio mediante browser internet.

Lo scopo dello studio è quello di descrivere le caratteristiche dei pazienti ricoverati in UTIC in corso di pandemia COVID-19, le principali risorse impiegate per la loro diagnosi, terapia e gestione, l'esito del loro ricovero in ospedale, la frequenza delle più importanti comorbidità, l'impatto che l'infezione da COVID-19 può avere determinato sulla mortalità durante il ricovero in UTIC in base alla condizione clinica oggetto di ricovero.

Lo studio è stato proposto a tutte le UTIC Italiane e si prevede la partecipazione di circa 150 Unità ben distribuite su tutto il territorio nazionale e collocate in Ospedali di diversa complessità. Verranno arruolati tutti i pazienti ricoverati per qualsiasi causa nelle UTIC partecipanti nel periodo identificato dal Protocollo, che avrà la durata di 30 giorni (1-30 marzo 2020 nelle regioni del Nord e Centro-Nord¹; 15 marzo-13 aprile 2020 nelle regioni del Sud, Centro-Sud ed Isole²) per la fase retrospettiva e di 30 giorni per quella prospettica. La fase prospettica raccoglierà

informazioni sulla ripresa della diffusione del COVID che ci sarà probabilmente in autunno. È prevista l'inclusione di circa 2000 pazienti nella fase retrospettiva e di circa 2000 pazienti in quella prospettica. Non sono previste visite di controllo, pertanto la partecipazione allo studio si concluderà al momento della dimissione dall'Ospedale per ogni paziente arruolato. Le pratiche regolatorie con i Comitati Etici dei Centri aderenti al progetto sono state avviate a giugno u.s. e l'attesa è di passare alla fase operativa del progetto nell'ultimo trimestre del 2020.

1) Piemonte, Valle d'Aosta, Lombardia, P.A. Bolzano, P.A. Trento, Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana, Marche. 2) Umbria, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia, Sardegna



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



CONSIGLIERE
FORTUNATO SCOTTO DI UCCIO
Dirigente Medico
Cardiologia-UTIC-Emodinamica
Ospedale del Mare
Via Enrico Russo - 80147 Napoli
scottof@libero.it



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

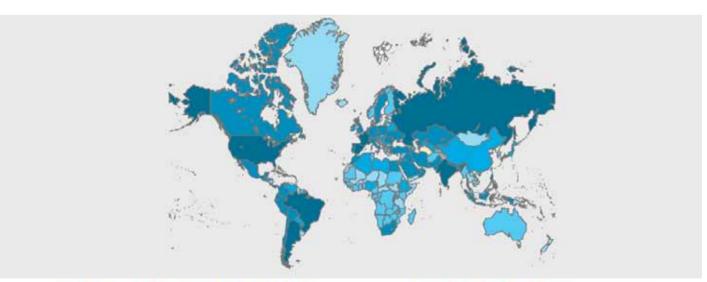


CONSIGLIERE
STEFANO URBINATI
Direttore U.O. di Cardiologia
Ospedale Bellaria
Via Altura, 3 - 40139 Bologna
Tel. 051/6225241 - Fax 051/6225725
stefano.urbinati@ausl.bo.it



DI PASQUALE CALDAROLA, FURIO COLIVICCHI E DOMENICO GABRIELLI

L'ANMCO durante l'emergenza pandemica COVID - 19 Pubblicati numerosi Position Paper per la gestione dei ricoveri e delle attività ambulatoriali



Globally, as of 2:09pm CET, 25 October 2020, there have been 42.512.186 confirmed cases of COVID-19, including 1.147.301 deaths, reported to WHO.

Figura 1 - Situazione Mondo

a pandemia da COVID 19 ha colpito nel mondo 42.512.186 soggetti provocando 1.147.301 morti (Figura 1 - Ultimi dati OMS - Fonte: Health Emergency – Global Situation, 25 Ottobre 2020) 9.255.953 casi in Europa con 267.505 morti (Fonte Ultimi dati OMS - Fonte:

Health Emergency - Situation by WHO Region, 25 Ottobre 2020) e circa **525.782** casi in Italia con **37.338** morti (Figura 2 - Fonte Ministero della Salute - Mappa interattiva Italia dashboard, 25 Ottobre 2020). L'emergenza COVID ha colto impreparati non solo la popolazione generale, ma anche tutto il personale sanitario che si è trovato ad affrontare situazioni mai gestite in precedenza, vedendo stravolti gli assetti organizzativi ed assistenziali. I posti letto di cardiologia talora sono stati assorbiti nelle aree COVID, talora hanno continuato ad essere



utilizzati per ricoveri cardiologici in mancanza di chiare e definite linee guida. In tale contesto l'intero CD ANMCO, con la collaborazione di componenti dei board delle aree, è stato impegnato, a partire dalle prime fasi della pandemia, nel promuovere documenti che fornissero indicazioni per una gestione sicura ed efficiente delle varie attività cardiologiche ambulatoriali e di ricovero.

1.II Position Paper ANMCO: Gestione delle consulenze e attività ambulatoriali cardiologiche in corso di pandemia COVID-19

(G Ital Cardiol 2020;21(5):341-344)

Indicazioni generali

 sulla opportunità di contattare telefonicamente i pazienti in programma per il giorno successivo per confermare gli appuntamenti e dare indicazioni precise sulle modalità di effettuazione degli stessi;

- sulla necessità di attuare lo screening per COVID-19, e distanziare gli appuntamenti;
- sulla organizzazione delle sale di attesa predisposte con adeguata distanza inter-paziente;
- sulla appropriatezza degli esami diagnostici;
- sulla priorità di accesso ai codici U-B e 48.

Proposte sulle modalità di Consulenza cardiologica in Pronto Soccorso o in altri reparti dell'ospedale

• necessità di eseguire una rapida intervista telefonica circa la presenza di sintomatologia influenzale e/o respiratoria nel paziente, prima di eseguire consulenze cardiologiche;

- in caso di presenza di sintomatologia sospetta e con consulenza non procrastinabile fino al risultato del tampone, considerare il paziente come positivo per COVID-19 ed adottare le misure di massima protezione;
- prevedere la prescrizione di eventuali esami strumentali da parte del cardiologo.

2.Il Position Paper ANMCO:

Organizzazione della Rete per il trattamento dei pazienti con sindrome coronarica acuta durante emergenza pandemica COVID-19 (G Ital Cardiol 2020;21(5):332-335) formula proposte per l'organizzazione della rete STEMI-NSTEMI sia nella fase territoriale che ospedaliera.



Figura 2 - Situazione Italia



Invitare i pazienti con dolore toracico a chiamare sempre il 118 o gli altri numeri di emergenza previsti, promuovendo campagne di sensibilizzazione attraverso mezzi di comunicazione di massa, per ridurre al minimo il ricorso spontaneo al Pronto Soccorso e non aumentare i tempi preospedalieri.

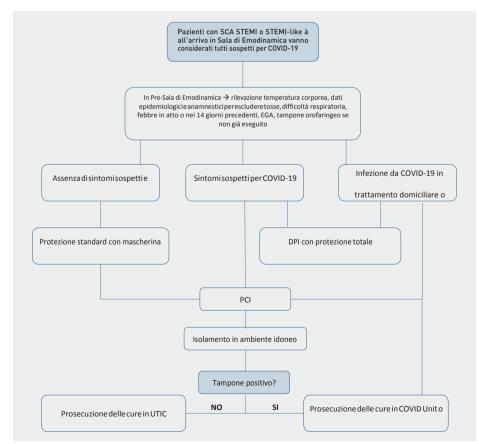
Prevedere almeno un centro Hub-COVID regionale per la gestione e il trattamento dei pazienti COVID-19 o sospetti:

- dotato di 2 sale di emodinamica, di cui una ad esclusivo utilizzo per le procedure di pazienti COVID-19 o sospetti;
- una terapia intensiva dedicata

all'isolamento e al trattamento dei pazienti COVID-19 o sospetti e/o in rete con una COVID Unit.

Gestire i pazienti con sospetto COVID-19 afferenti con mezzi propri al Pronto Soccorso di un Centro No-COVID ma dotato di Emodinamica h24, attivando in sala di Emodinamica e lungo tutto il percorso del paziente tutte le misure di sicurezza, come da protocolli locali. Trasferire successivamente tali pazienti presso una COVID Unit o ricoverarlo in un'area ed una terapia intensiva dedicata all'isolamento e al trattamento dei pazienti COVID-19.

Fase Ospedaliera sintetizzata nella flow chart 1.



Flow chart 1

3.Il Position Paper ANMCO: Gestione dei pazienti con sospetto o conclamato COVID-19 e necessità di procedure di elettrofisiologia e/o elettrostimolazione urgenti (G Ital Cardiol 2020;21(5):336-340) detta raccomandazioni:

- sulle modalità del triage pre ricovero;
- sull'utilizzo dei DPI;
- sulla preparazione della sala di cardiostimolazione-elettrofisiologia;
- sulla gestione dei controlli ambulatoriali di PM/ICD;
- sulle procedure differibili.

Test e procedure potenzialmente differibili in pazienti ricoverati o ambulatoriali

- Controllo in elezione di portatore di PM/ ICD (di presenza) in assenza di sintomi cardiovascolari di nuova presentazione.
- CVE in pazienti stabili asintomatici.
- Test elettrofisiologico in pazienti stabili.
- · Tilt test.
- Impianto di LRI in assenza di ictus criptogenetico.
- Impianto di PM per disfunzione del nodo del seno o BAV di II grado non avanzato, senza sincope.
- Impianto di ICD in prevenzione primaria in pazienti stabili a basso rischio (limitatamente ad ambulatoriali); valutare disponibilità di protezione temporanea con defibrillatore indossabile.
- Upgrade a CRT in pazienti stabili.
- Chiusura/occlusione auricola sinistra con dispositivo meccanico.
- Ablazione di fibrillazione e/o flutter atriale in pazienti stabili.
- Ablazione di tachicardie sopraventricolari in pazienti stabili.
- Ablazione di extrasistolia ventricolare in pazienti stabili.

DAL CONSIGLIO DIRETTIVO

Modalità operative per le più comuni indagini strumentali eseguite nelle U.O. di Cardiologia per pazienti a basso rischio di COVID-19.

Indagine	DPI richiesti	Tempistica	Note
ECG	Mascherina chirurgica	Non inferiore a 20 min	Privilegiare accesso con prenotazioni
	Guanti		
Visita cardiologica	Mascherina chirurgica/FFP2	Non inferiore a 45 min	Privilegiare la modalità "telemedicina", se possibile
	Guanti		
ECG secondo Holter	Mascherina chirurgica/FFP2	Non inferiore a 30 min	Istruire il paziente sulle procedure
	Guanti		di rimozione autonoma
Ecocardiogramma	Mascherina FFP2 Guanti	Non inferiore a 45 min	Utilizzare barriere trasparenti tra il capo dell'operatore e quello del paziente
	Visiera o occhiali protettivi		
	Sovracamice impermeabile		
Eco-stress	Mascherina FFP2 Guanti	Non inferiore a 60 min	Utilizzarebarrieretrasparentitrailcapo dell'operatore e quello del paziente
	Visiera o occhiali protettivi		
	Sovracamice impermeabile		
Eco-transesofageo	Mascherina FFP2 Doppi guanti	Non inferiore a 60 min	Eseguire preliminarmente il tampone prima dell'indagine
	Cuffia		
	Sovracamice impermeabile		
	Visiera o occhiali protettivi		
	Sovrascarpe		
Test da sforzo al cicloergometro	Mascherina FFP2 Guanti	Non inferiore a 45-60 min	Ricorrere ad apparecchiature, con trasmissione telemetrica del segnale, posizionate in modo
	Visiera o occhiali protettivi		da ridurre "l'effetto droplet"
	Sovracamice impermeabile		
Controllo elettronico dei dispositivi	Mascherina chirurgica/ FFP2 Guanti	Non inferiore a 20-25 min	Privilegiare i controlli per via telematica, massimizzando il numero di pazienti in controllo remoto

NB. Durante l'esecuzione di qualunque tipo di esame il paziente dovrà indossare la mascherina chirurgica, l'ecocardiogramma transesofageo è l'unica procedura in cui questo non è possibile.

- Estrazione/espianto di elettrodi/ generatore non correlati a infezione e/o a malfunzionamento del sistema di stimolazione.
- 4.Position Paper ANMCO: Malattie del circolo polmonare e COVID-19 (G Ital Cardiol 2020;21(8):575-583). Elaborato a cura dell'area del circolo polmonare e di alcuni component del CD ANMCO affronta:
- aspetti di fisiopatologia della infezione SARS CoV-2 nelle sue implicazioni a livello di circolo polmonare (Figura 3);
- le manifestazioni cliniche: Sindrome da distress respiratorio acuto e ventilazione meccanica ed implicazioni emodinamiche del circolo polmonare; Tromboembolismo venoso: complicanza o causa di mortalità;
- la terapia per il tromboembolismo venoso e per covid-19.

Propone conclusioni che sintetizzano gli aspetti succitati

La malattia da COVID-19 è associata ad uno stato ipercoagulativo, una risposta infiammatoria acuta e alterazioni laboratoristiche differenti dalla CID con rialzo marcato del D-dimero, e rischio trombotico molto più alto di quello emorragico. Il rischio di episodi di TEV è pertanto maggiore, soprattutto in pazienti ricoverati in UTI ventilati meccanicamente, in percentuali variabili (fino al 25-49%) spesso anche in corso di anticoagulazione profilattica. I pazienti affetti da SARS-CoV-2 più gravi presentano polmonite interstiziale, una ARDS con attenuata vasocostrizione polmonare ipossica e ridotta compliance polmonare, con gradi

variabili di mismatch ventilazione/ perfusione. Dal punto di vista della meccanica respiratoria, va considerata in tali pazienti una ventilazione protettiva (6 ml/ kg) garantendo livelli di PEEP adeguati alla compliance polmonare ma bilanciati per evitare ridotto ritorno venoso e sovraccarico ventricolare destro. La terapia anticoagulante (preferibilmente eparina) va somministrata nei pazienti COVID-19 affetti da TEV come da linee guida europee 2019, evitando in fase acuta i DOAC per le interazioni farmacologiche con la terapia antiretrovirale. Sono tuttora in corso (ed in parte conclusi) studi sull'utilizzo di eparina a dosi anticoagulanti (e non profilattiche) in pazienti COVID-19 ricoverati in UTI allo scopo di ridurre complicanze tromboemboliche fatali, descritte in alcuni studi autoptici. Il clinico dovrà comunque mantenere un alto livello di sospetto, anche guidato dai livelli di D-dimero, per la diagnosi di TEV in corso di COVID-19.

5.Position Paper ANMCO: Le attività ambulatoriali cardiologiche nella fase di transizione della pandemia COVID-19 (G Ital Cardiol 2020;21(8):584-588)

Questo documento è rivolto a tutti gli operatori sanitari che lavorano nelle strutture ospedaliere o che operano nelle sedi distrettuali, per quanto a queste applicabile, ed ha lo scopo di favorire la gestione in sicurezza dei pazienti considerati non sospetti/non probabili ("non a rischio") di infezione da SARS-CoV-2, candidati ad attività di diagnosi e terapia in ambito ambulatoriale o di

ricovero non urgente; nel contempo il documento si pone come obiettivo quello di ridurre al minimo le possibilità di contagio del personale sanitario razionalizzando l'uso dei dispositivi di protezione individuale (DPI). Il documento propone una attenta valutazione preventiva del paziente da sottoporre a prestazioni cardiologiche e suggerisce le corrette modalità di esecuzione delle varie indagini diagnostiche.

6.Position paper ANMCO: Ruolo della Cardiologia nella gestione dei bisogni di salute in era post-COVID-19 (G Ital Cardiol 2020;21(7):509-513)

Esaurita la fase di lockdown ci si è posto il problema di come organizzare la ripresa graduale delle attività ambulatoriali e di ricovero offrendo suggerimenti su:

- Modalità di riprogrammazione del "passo" CUP e revisione delle liste d'attesa.
- Gestione delle visite con codici di priorità D e P.
- Gestione dei piani terapeutici e della sorveglianza della TAO.
- Controllo dei pazienti portatori di dispositivi impiantabili (pacemaker, defibrillatore, loop recorder).
- Ridefinizione dell'appropriatezza prescrittiva.

Ampio spazio viene proposto per la telemedicina adottata dalla Protezione Civile, fortemente raccomandata dal Piano Nazionale delle Cronicità, che può offrire una serie di vantaggi:

- Equità all'accesso all'assistenza (ad esempio per pazienti in zone difficilmente raggiungibili o per pazienti fragili e spesso anziani).

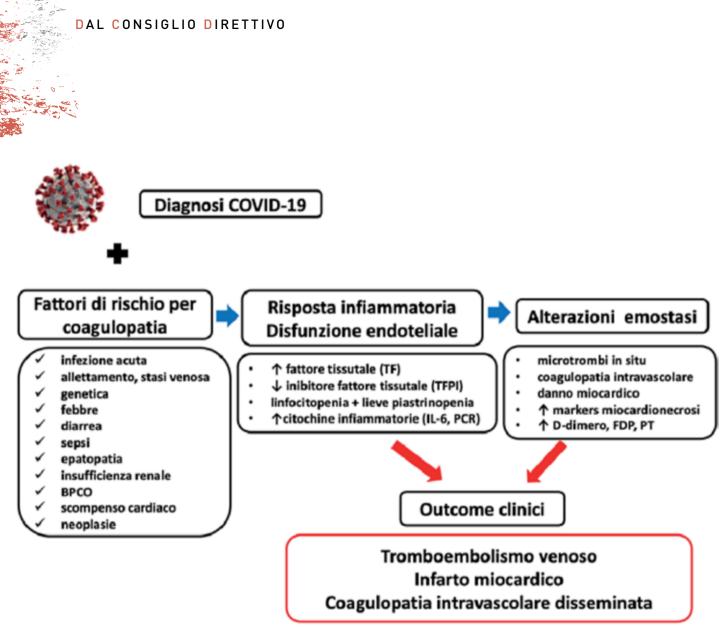


Figura 3 - Aspetti di fisiopatologia della infezione SARS CoV-2 nelle sue implicazioni a livello di circolo polmonare

- Miglioramento della qualità dell'assistenza con garanzia della continuità delle cure.
- Mantenimento e miglioramento dei parametri di efficacia, efficienza, appropriatezza, riduzione della spesa.
- Contributo all'integrazione ospedale-territorio.

Sono numerose le modalità operative della telemedicina passando dalla telemedicina specialistica (televisita, teleconsulto, telecooperazione sanitaria), alla telesalute (soprattutto nel campo dell'assistenza primaria), alla teleassistenza rivolta alle persone anziane e fragili.

In un momento in cui è ancor più necessario che l'assistenza vada dal paziente e non viceversa, che l'accesso alle strutture sanitarie sia ridotto per contrastare il rischio di contagio, che sia garantita la continuità dell'acceso alle cure, la telemedicina, attraverso le varie modalità operative, può essere in grado di garantire un efficace ed economico mantenimento delle cure. Il Position Paper affronta anche il tema della **ristrutturazione**

dell'attività dei reparti cardiologici

con la necessità di adeguamento strutturale, di ridefinizione del numero dei posti letto per far fronte alla necessità di isolamento precauzionale e all'atteso incremento dei ricoveri cardiologici nella fase post lockdown. Riteniamo di aver offerto a tutti gli associati un contributo per affrontare la grave pandemia COVID 19 sia nelle fasi iniziali che in quelle successive al lockdown.





Un grazie di vero cuore ai giovani cronisti del Congress News Daily 2020

Cari Amici,

in occasione della Cerimonia Conclusiva attraverso la proiezione di una diapositiva siete stati menzionati e ringraziati dalla giornalista Dott.ssa Barbara Capponi, alla presenza sul palco anche del Presidente ANMCO, per l'impegno profuso e gli ottimi risultati raggiunti nella veste di "cronisti" del 51° Congresso Nazionale ANMCO. Giovanna Di Giannuario, presente alla Cerimonia, ricevendo la propria pergamena, segno del riconoscimento ANMCO per il ruolo ricoperto in qualità di Writer del Congress News Daily 2020, con grande garbo ha rivolto un grazie a tutta la Redazione per l'instancabile attività svolta a vantaggio del Quotidiano del nostro Congresso. Ma vorremmo porgervi un ringraziamento anche noi Editor perché riteniamo che quest'anno abbiate lavorato con enormi difficoltà aggiuntive rispetto al normale, difficoltà dettate dal non essere presenti in sede congressuale, almeno per la maggior parte di voi, e dal dover lavorare in modalità a distanza.

Collegarsi alla piattaforma congressuale, ascoltare, scrivere, consegnare i pezzi e rispettare i tempi non è stato facile per nessuno di voi. In ultimo, ma non per ultimo come si usa dire, un grazie al Presidente ANMCO Dottor Domenico Gabrielli per la fiducia accordataci e alle instancabili Simonetta e Luana che fino all'ultimo hanno lavorato senza sosta per fare in modo che il giornale vedesse la luce ogni mattina. Grazie ed arrivederci al 52° Congresso ANMCO. V



I componenti del Comitato di Redazione del Congress News Daily 2020. Da sinistra a destra in senso orario: Gabriella Ricci, Danilo Puccio, Giuseppe Parisi, Laura Garatti, Manlio Cipriani (Editor "Cardiologia negli Ospedali"), Mario Chiatto (Direttore Responsabile "Cardiologia negli Ospedali"), Gemma Filice, Giovanna Di Giannuario, Ilaria Bassi e Diego Della Riva



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)



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)



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)



AREA EMERGENZA - URGENZA

Chairperson Roberta Rossini (Cuneo) Co - Chairperson Paolo Trambaiolo (Roma)

Comitato di Coordinamento

Daniela Chiappetta (Cosenza) Marco Ferlini (Pavia) Simona Giubilato (Catania) Carlotta Sorini Dini (Livorno) Consulente Nicola Gasparetto (Treviso)



AREA GIOVANI

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)



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)

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)



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

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)

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)

Comitato di Coordinamento

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

DI STEFANIA ANGELA DI FUSCO E FILIPPO ZILIO A NOME DELL'AREA GIOVANI ANMCO





Nuove iniziative ed eventi evergreen dedicati ai giovani cardiologi

La prima ESC Young Convention al Congresso ANMCO

A&F in AF

Advances & Findings in Atrial Fibrillation at your fingertips

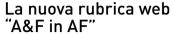
A cura dell'Area Giovani ANMCO

Progressi e scoperte nella fibrillazione atriale a portata di un click

La fibrillazione atriale è l'aritmia sostenuta più frequente ed ha una prevalenza in progressivo aumento a causa dell'invecchiamento della popolazione. Inoltre, a causa delle sue possibili complicanze ha un impatto rilevante sia sul sistema sociosanitario che sul singolo paziente. Infatti, la fibrillazione atriale è associata ad un aumentato rischio di disabilità conseguente ad eventi tromboembolici, ad un aumentato rischio di ospedalizzazioni e mortalità. Negli ultimi anni, i significativi sforzi della ricerca scientifica in questo campo hanno consentito progressi notevoli sia in termini di conoscenze fisiopatologiche che di diagnosi precoce ed innovative opzioni terapeutiche.

La rubrica "A&F in AF at your fingertips" raccoglie recensioni e approfondimenti di articoli scientifici utili per orientare il cardiologo nella gestione della fibrillazione atriale sulla base delle più recenti evidenze.

Introduzione alla rubrica A&F in AF



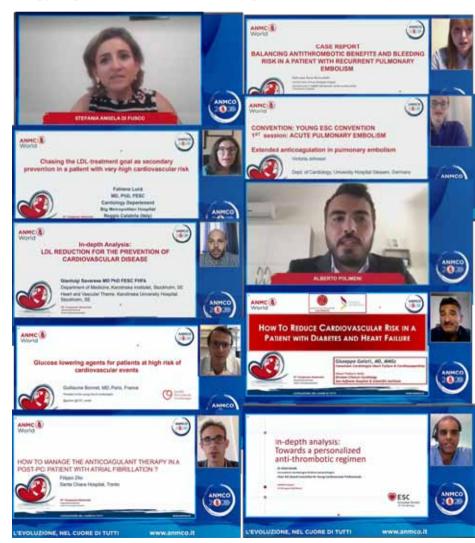
Le rubriche online curate dal Comitato di Coordinamento dell'Area Giovani stanno diventando sempre più numerose. Con piacere segnaliamo l'ultima "nata" intitolata "Advances and Findings in Atrial Fibrillation" (A&F in AF) che ha l'obiettivo di raccogliere recensioni ed approfondimenti di articoli scientifici dedicati alla fibrillazione atriale. Per la prima uscita della rubrica A&F in AF, pubblicata in concomitanza dell'inizio della 51ma edizione del Congresso Nazionale ANMCO, grazie all'impegno di ciascun componente del Comitato di Coordinamento dell'Area, sono stati realizzati 3 contributi. Gli articoli che è possibile trovare online alla pagina http://www.anmco.it/pages/ servizi-e-aggiornamento/riviste-epubblicazioni/la-fa-tra-presente-efuturo sono:

- "Strategie di monitoraggio del ritmo nello screening della fibrillazione atriale", curato da Marco Flori e Nadia Ingianni.
- "Presente e Futuro della fibrillazione atriale: prospettive del Journal of the American College of Cardiology Council", curato da Filippo Zilio e Marco Malvezzi Caracciolo D'Aquino.
- "Interventi su stile di vita e fattori di rischio per ridurre l'impatto clinico della fibrillazione atriale", curato da Stefania Di Fusco e Luigi Pollarolo. Le novità che hanno interessato i giovani i nel corso del recente congresso, però, non finiscono qui! La prima edizione dell'ESC

La prima edizione dell'ESC Young Convention

Con l'intento di coinvolgere sempre di più i giovani cardiologi italiani nelle iniziative ANMCO e per integrarli sempre maggiormente in contesti internazionali, quest'anno nel programma del Congresso ANMCO è stato incluso un evento del tutto originale: la prima ESC Young Convention. Si tratta di un evento inedito, ideato da una sinergia d'intenti del Presidente ANMCO, Dott. Domenico Gabrielli, con la Prof.ssa Barbara Casadei, Presidente della Società Europea di Cardiologia. La ESC Young Convention è stata sviluppata per essere coinvolgente,

a partire dai temi ispirati alle importantissime linee guida europee del 2019: embolia polmonare, dislipidemie, cuore e diabete, sindromi coronariche croniche. La convention è stata realizzata con un format avvincente che ha previsto casi clinici presentati da giovani cardiologi italiani, tratti dal loro lavoro quotidiano in differenti realtà, seguiti ciascuno da una presentazione di un altrettanto giovane esperto internazionale mirata a focalizzare i punti di forza e le aree grigie delle



I giovani cardiologi europei componenti della faculty della ESC Young Convention



raccomandazioni delle linee guida. Con la moderazione di Stefania Di Fusco, Chairperson Area Giovani, e di Alberto Polimeni, Chair degli ICOT e componente dell'ESC Board Committee for Young Cardiovascular Professionals (ESC Young Board), sono state discusse le seguenti tematiche:

- Extended anticoagulation in pulmonary embolism.

 Caso clinico presentato da S.

 Moscatelli (Genova, Italia; fellow al Royal Brompton Hospital di Londra, Regno Unito) e approfondimento a cura di V. Johnson (Giessen, Germania; ESC Young Board);
- Low density lipoprotein cholesterol targets in cardiovascular disease.
 Caso clinico presentato da F. Lucà (Reggio di Calabria, Italia; Co-Chairperson dell'Area Management & Qualità ANMCO) e approfondimento a cura di G. Savarese (Karolinska Institute, Stoccolma, Svezia; ESC Young Board);
- Glucose lowering agents for patients at high risk of cardiovascular events. Caso clinico presentato da G. Galati (Milano, Italia; consulente dell'Area Giovani ANMCO) e approfondimento a cura di G. Bonnet (Parigi, Francia; Presidente dei Giovani Cardiologi Francesi);
- Post-percutaneous coronary intervention antithrombotic therapy in atrial fibrillation, Caso clinico presentato da F. Zilio (Trento, Italia; Co-Chairperson dell'Area Giovani ANMCO) e approfondimento a cura di A. Sohaib (Londra, Regno Unito; chair del Young Board ESC). È stato un vero piacere ed una grande emozione ascoltare giovani cardiologi

provenienti da tutta Europa, inclusi nella faculty del prestigioso Congresso ANMCO e coinvolti con la mediazione del Presidente IFC, il Dott. Stefano Urbinati. Per alcuni dei punti discussi le evidenze scientifiche non sono molto solide ed i casi presentati sottolineano la necessità di un'attenta valutazione, caso per caso, del rapporto rischio/beneficio dei trattamenti attualmente disponibili. Certamente una sessione in presenza, con giovani cardiologi in sala, ed il confronto con l'audience avrebbe apportato ancora maggior vivacità alla Convention. D'altronde l'ESC Young Convention era stata disegnata proprio per far incontrare i giovani cardiologi italiani con quelli europei e promuovere la creazione di una rete di scambi culturali senza confini. È, però, noto a tutti che la pandemia da SARS-CoV-2 ha radicalmente cambiato la modalità di svolgimento dei meeting scientifici nazionali ed internazionali, trasformandoli da incontri e confronti in presenza in precisi luoghi e spazi fisici ad incontri e confronti virtuali su piattaforme web. Rivolgiamo dunque un sentito ringraziamento al Presidente ANMCO, Dott. Domenico Gabrielli, e al Consiglio Direttivo tutto per aver incluso questo evento nel programma del congresso e per la scelta di svolgere il congresso sia in modalità digitale che in presenza, nel rispetto di tutte le norme di prevenzione del contagio. Per chi non ha avuto l'opportunità di seguire tutta la Convention ricordiamo che, per vedere tutte le sessioni on demand, gli iscritti al congresso hanno tempo fino al 31 dicembre 2020, grazie alla piattaforma digitalanmco.it.

Premiazione dei giovani cardiologi al Congresso Nazionale ANMCO

Come da tradizione un momento "evergreen" e particolarmente emozionante del Congresso ANMCO è stato la premiazione dei giovani cardiologi nel corso della cerimonia inaugurale. Il Presidente Designato ANMCO, Dott. Furio Colivicchi, ricordando con parole di stima ed affetto il Professore Vincenzo Masini, ha consegnato il premio "Vincenzo Masini" per la migliore comunicazione scientifica al Dott. Gianpiero D'Amico dell'Ospedale dell'Angelo di Mestre. La cerimonia conclusiva del congresso è stata, invece, occasione per il conferimento dei premi "ANMCO Digital" a tre giovani cardiologi under 40 anni, che hanno presentato, come primo autore, i migliori "Casi Clinici medici".

In queste poche pagine abbiamo riportato solo alcune delle innumerevoli attività in cui sono impegnati i giovani cardiologi e che sono loro dedicate.

Per restare sempre aggiornato ricordiamo il ruolo cruciale dei social, tutte le novità sono puntualmente diffuse attraverso Twitter e Facebook, segui @_anmco! \(\nabla\)

di Massimo Iacoviello, Renata De Maria, Marco Gorini, Donata Lucci, Marco Marini, Manuela Benvenuto, Leonarda Cassaniti, Mauro Gori, Annamaria Municinò, Enrico Ammirati, Alessandro Navazio, Aldo Maggioni

Una straordinaria esperienza del mondo ANMCO

Registro IN-HF 1995-2020: 25 anni... ed una storia che continua

Presentate al 51° Congresso ANMCO le nuove analisi dai dati del registro

ra il 1995 e su iniziativa del Comitato di Coordinamento dell'Area Scompenso Cardiaco ANMCO, guidato dal Prof. Luigi Tavazzi, e con il supporto del Centro Studi ANMCO, diretto da Aldo Maggioni, nasceva il Registro IN-HF. A 25 anni di distanza, non possiamo che ricordare e celebrare la storia straordinaria di un'iniziativa che continua a dare frutti preziosi.

Una rete di centri scompenso per raccogliere dati di "real world"

IN-HF è nato con "l'obiettivo di mettere a disposizione dei cardiologi uno strumento capace di produrre dati di epidemiologia clinica, raccolti giorno per giorno nel mondo reale". Ma il successo dell'iniziativa è nato dalla felicissima intuizione di fornire a tutti i centri un software comune (Figura 1), con il duplice scopo di fornire un supporto informatico locale e di permettere la raccolta centrale dei dati. I cardiologi coinvolti erano nelle condizioni di inserire i dati utili alla stesura del referto e nello stesso tempo di registrare gli stessi per farli confluire nel registro. Con questo sistema, IN-HF è riuscito a finalizzare

la grande volontà di aggregazione, confronto e collaborazione dei cardiologi ANMCO, consentendo anche di creare una grande rete italiana con il comune interesse per lo scompenso cardiaco.

Uno strumento di crescita clinica e culturale

Alle indovinatissime fondamenta di questa esperienza, si è aggiunta, in 25 anni, anche l'eccezionale capacità di evolversi. IN-HF è stata ed è un'esperienza la cui vitalità è stata garantita dai feed-back dei cardiologi coinvolti della rete e dal necessario supporto del Centro Studi ANMCO. Si è, così, passati dai dati caricati su floppy disk in PC stand-alone dell'ambulatorio, in seguito inviati a livello centrale, all'inserimento dei dati online. All'interno di IN-HF online sono confluiti tutti i

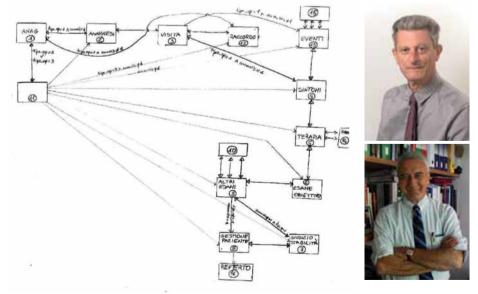
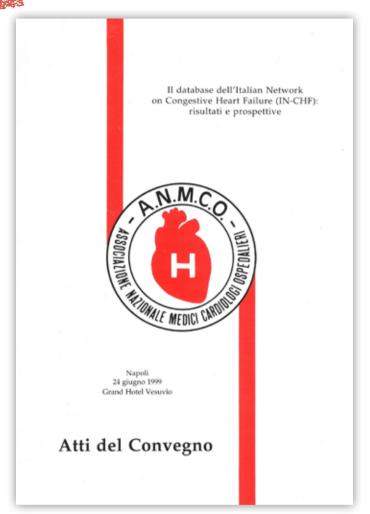


Figura 1 - A destra, il diagramma di flusso disegnato come base del software IN-CHF, in seguito IN-HF. A sinistra, i proff. Luigi Tavazzi (in alto), promotore come Chairman dell'Area Scompenso del registro, ed Aldo Maggioni (in basso), direttore del Centro Studi ANMCO.





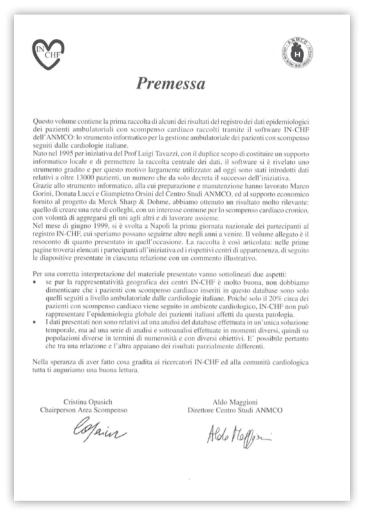


Figura 2

dati di N-HF dando continuità al patrimonio di dati disponibile. La rete IN-HF ha rappresentato la base per importanti esperienze di implementazione guidata nella pratica clinica della terapia betabloccante, cardine dei trattamenti dello scompenso cardiaco, attraverso gli studi BRING-UP e l'esperienza formativa del BRING-OUT. Nel corso del 2007, inoltre, con lo studio IN-HF outcome, il registro si è arricchito dei dati dei pazienti acuti oltre che cronici. Anche nel 2017, il BLITZ-HF, l'ultimo degli studi di registro nello scompenso cardiaco targati

ANMCO, ha continuato ad utilizzare IN-HF online come base per ottenere i suoi rilevanti risultati. L'impegno costante dello Staff del Centro Studi nella gestione e aggiornamento della piattaforma software, assicurandone l'aderenza all'evolversi delle tecniche diagnostiche, delle terapie e delle normative sul trattamento dei dati, ha fornito ai Comitati di Coordinamento dell'Area Scompenso Cardiaco, succedutisi negli anni, l'indispensabile supporto per consolidare e sviluppare questo prezioso patrimonio informativo.

I traguardi scientifici ed editoriali

Con questi presupposti, non è difficile comprendere come siano stati raggiunti prestigiosi traguardi scientifici ed editoriali. Dal report basato sulla raccolta dati IN-CHF presentato nel 1999 (Figura 2), negli ultimi 20 anni sono stati pubblicati i risultati ottenuti dal registro su riviste internazionali peer-reviewed (Figura 3).
Risultati che hanno analizzato a tutto tondo la sindrome dello scompenso cardiaco acuto e cronico delineando l'evolversi dei profili

clinici dei pazienti con scompenso seguiti nelle cardiologie italiane, il positivo mutamento della prognosi a distanza con una riduzione della mortalità e morbilità ed il progressivo miglioramento della gestione terapeutica a testimoniare l'importanza del confronto e della partecipazione ad una rete di pari nel sostenere l'appropriatezza delle scelte terapeutiche. I Ricercatori del Registro IN-HF hanno descritto le specificità della popolazione con scompenso acuto e cronico gestita nelle unità di cardiologia, evidenziato il ruolo prognostico di predittori clinici come i disturbi di conduzione, l'anemia, la disfunzione renale, l'iperglicemia, e documentato i comportamenti prescrittivi nel mondo reale e la correlazione tra implementazione terapeutica ed esiti.

IN-HF oggi

Dopo 25 anni, IN-HF è uno straordinario patrimonio di dati utile all'estrazione mirata di analisi che ci consentono di comprendere la gestione, il trattamento e gli esiti dei nostri pazienti affetti da scompenso cardiaco, in un periodo di tempo molto lungo. Le ultime analisi promosse dall'Area Scompenso Cardiaco, presentate al 51° Congresso ANMCO, hanno provato a mettere a fuoco queste variazioni, tenendo conto anche dell'età dei pazienti, negli ultimi 20 anni. In base all'epoca di ingresso nel registro 14.823 pazienti con scompenso cardiaco cronico (SCC) arruolati dal 1/1/1999 al 31/05/2018, con stato vitale noto a 12 mesi, sono stati suddivisi in 3 coorti temporali (Figura 4) analizzando

le variazioni nelle caratteristiche cliniche, terapia implementata e prognosi a 1 anno fra 3 classi di età (<65; 65-79; 80+ anni). Nella casistica complessiva, profilo clinico e trattamenti impiegati e prognosi variano significativamente al crescere dell'età: si osserva un aumento nella proporzione di donne, classe NYHA III-IV, storia di fibrillazione atriale, ipertensione, diabete, blocco di branca sinistra e per contro un decremento nella proporzione di pazienti con obesità e fenotipo a FE ridotta (<40%) (Figura 4). Fra i più anziani vi è una maggior frequenza di trattamento con furosemide ed anticoagulanti orali e per contro un minor prevalenza di terapia con betabloccanti, inibitori del sistema renina angiotensina e defibrillatore impiantabile. Al



Figura 3



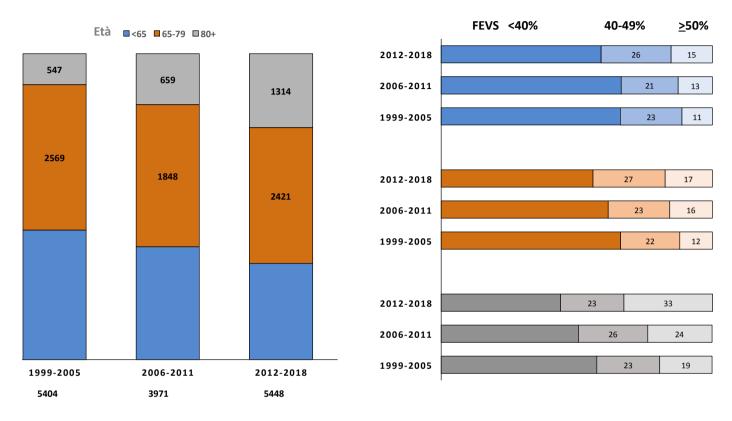


Figura 4

crescere dell'età aumenta la mortalità e la proporzione di ospedalizzati per causa non cardiovascolare e per scompenso acuto. Nel corso di un ventennio vi è stato un invecchiamento progressivo della popolazione arruolata (Figura 4). In tutte le classi di età è cresciuta la prevalenza di ipertensione, obesità, fibrillazione atriale, lunga storia di scompenso, sintomatologia avanzata, e anche di diabete nei più anziani, nei quali si rilevano, inoltre, meno spesso eziologia ischemica e storia di ricovero nei 12 mesi precedenti. La prescrizione di betabloccanti, antialdosteronici e device elettrici è cresciuta nel tempo, a fronte di un impiego più comune di diuretici

dell'ansa a dosi elevate, suggestivo di maggiore compromissione clinica della popolazione arruolata. Nella coorte più recente si osserva un decremento nella prescrizione di inibitori del sistema reninaangiotensina fra i pazienti > 65 anni. Confrontando la mortalità all'interno di ciascuna classe emerge un miglioramento stabile dal 2006 nelle classi più giovani della sopravvivenza, che negli ultraottantenni non varia invece nel tempo. L'andamento temporale nella proporzione di ospedalizzati non documenta variazioni nel gruppo <65 anni, mentre fra gli ultraottantenni vi è una chiara riduzione dei ricoveri per causa cardiovascolare e scompenso acuto.

Nell'arco di due decadi le caratteristiche cliniche e gli esiti della popolazione con SCC arruolata nel Registro IN-HF sono profondamente mutate, a riflettere l'andamento demografico, l'evoluzione dei fattori di rischio, la migliore presa in carico dei pazienti con scompenso cardiaco. La disponibilità di un sistema di raccolta dati come IN-HF online rimane lo strumento più appropriato per monitorare nel tempo caratteristiche e outcome clinico di pazienti con scompenso cardiaco, elementi indispensabili per pianificare una corretta gestione clinica ed organizzativa di questa grave condizione clinica cardiovascolare. 🔻



REFERENTI TASK FORCE

CARDIOGERIATRIA



GIUSEPPE ZUCCALÀ

Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli - Roma www.anmco.it/pages/entra-in-anmco/aree-anmco/task-force-cardiogeriatria

CARDIOLOGIA DI GENERE



DANIELA PAVAN

Ospedale di S. Vito al Tagliamento San Vito al Tagliamento Pordenone

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

CARDIOLOGIA PEDIATRICA



MARIA GIOVANNA RUSSO

Università della Campania "Luigi Vanvitelli", Ospedale Monaldi Napoli

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

CARDIOMETABOLICA



EDOARDO GRONDA

Policlinico di Milano - Milano

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-cardioneurologia

RESPONSABILITÀ 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



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

CAMPANIA

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 - Crotone



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 - Šanremo (IM)



Gabriele Guardigli

Presidente Cesare Baldi - Salerno Consiglieri Roberta Ancona - Pozzuoli (NA) Luigi Di Lorenzo - Sessa Aurunca (CE) Dario Formigli - Benevento Alfredo Madrid - Napoli Raffaele Merenda - Ñapoli Vittorio Palmieri - Avellino Fabio Pastore - Eboli (SA) Pasquale Spadaro - Napoli



Giuseppe Di Tano

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



LOMBARDIA

Presidente Giuseppe Di Tano - Cremona Consiglieri Roberto Bonatti - San Fermo della Battaglia (CO) Benedetta Carla De Chiara - Milano Oreste Carlo Febo - Milano Luca Angelo Ferri - Lecco Luigi Fiocca - Bergamo Attilio Iacovoni - Bergamo Daniele Nassiacos - Saronno (VA) Simona Pierini - Cinisello Balsamo (MI)



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)



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



Marina Angela Viccione

MOLISE

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



Giancarlo Casolo

TOSCANA

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



Federico Nardi

PIEMONTE E VALLE D'AOSTA

Matteo Vercellino - Alessandria

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)



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



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)



 $Gian franco\ Alunni$

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)



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 - Šassari



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)



ANMCO

Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri

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

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

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

Ragione Sociale del Creditore: ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDIOLOGI OSPEDALIERI (ANMCO) Codice Identificativo del Creditore (Creditor Identifier): IT410030000001301130488 Sede Legale: VIA A. LA MARMORA N°36 CAP: 50121 Località: FIRENZE Provincia: FIRENZE Paese: ITALIA						
Nome e Cognome Socio						
Indirizzo						
Comune	Prov. LL CAP LL LL					
Telefono	Codice Fiscale					
Titolare/i del conto corrente						
IBAN ⁽¹⁾						
Presso la Banca						
Codice SWIFT (BIC)						
Il sottoscritto autorizza: - ANMCO a disporre sul conto corrente sopra indicato addebiti in via continuativa della quota associativa annuale ANMCO (normative, procedure ed importi come da Statuto e Regolamento visibili sul sito www.anmco.it); - la Banca ad eseguire l'addebito secondo le disposizioni impartite dal Creditore.						
eventuali richieste di rimborso devono essere present Le parti hanno la facoltà di recedere in ogni momento	mborso di quanto addebitato, secondo quanto previsto nel suddetto contratto; ate entro e non oltre 8 settimane a decorrere dalla data di addebito in conto. dal presente accordo inviando comunicazione scritta alla rispettiva controparte. presente autorizzazione, che viene inoltrata ad ANMCO in originale.					
Luogo e data	Firma del sottoscrittore					
(1) Maritiana and la prancia Banas la corretterra del con	dies IDAN					

^[1]Verificare con la propria Banca la correttezza del codice IBAN.

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

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

DI FABIANA LUCÀ, MARIO CHIATTO E ROBERTO CERAVOLO

Francesco Tursi: il medico - paziente che ha sconfitto il COVID

rancesco Tursi, calabrese di Francavilla Marittima (CS), medico responsabile del servizio di Pneumologia dell'Ospedale di Codogno, Presidente di Alor (Associazione lodigiana ossigenoterapia riabilitativa) e dell'Accademia di Ecografia Toracica (ADET), ha vissuto lo "tsunami" della pandemia da coronavirus, come lui stesso l'ha definita e per questo abbiamo deciso di riportare la sua testimonianza su CNO.

Cosa abbiamo capito di questa polmonite? È un tipo di polmonite del tutto nuova? In cosa differisce dalle polmoniti virali note fino ad ora?

L'atipicità di questa polmonite è duplice: in primo luogo è sorprendente la capacità del virus di danneggiare anche aree di polmone piuttosto estese senza causare sintomi respiratori molto evidenti, come può essere la mancanza di fiato o la tosse. La seconda caratteristica è rappresentata dalla multiformità della presentazione radiologica della polmonite. Si hanno infatti molteplici tipologie di casi, dai pazienti in cui, nonostante evidenti sintomi e la presenza di insufficienza respiratoria, non è presente un danno polmonare visibile all'RX torace, a pazienti che presentano una combinazione di danno reticolare



Francesco Tursi Medico Responsabile del Servizio di Pneumologia dell'Ospedale di Codogno

(o "interstiziale" in gergo medico) unito a lesioni più dense e a focolaio, spesso bilaterali e confluenti ("addensamenti parenchimali"). Quest'ultima presentazione è tipica anche di alcune polmoniti batteriche, mentre il danno interstiziale può essere visibile anche nelle polmoniti virali come l'influenza. È per questo che, nonostante l'RX torace svolga un ruolo fondamentale nella diagnosi di interessamento polmonare da SARS - CoV-2, vengano spesso in aiuto dei test radiologici più sofisticati e sensibili come la TC torace e l'ecografia toracica. Quest'ultima si è rivelata una

procedura particolarmente adatta sia alla diagnostica che al follow up dei pazienti affetti da COVID-19. Nel caso di sospetto diagnostico di infezione polmonare da SARS - CoV-2, tale tecnica possiede infatti una sensibilità di gran lunga superiore all'RX torace nel rilevare le lesioni secondarie all'infezione, anche in fasi molto precoci di malattia come accade in soggetti paucisintomatici, oppure nel caso di lesioni poco estese ed in aree del polmone poco esplorabili con la classica tecnica radiografica. Per di più, essendo non invasiva (priva ad esempio di radiazioni ionizzanti), non dannosa per il paziente, ripetibile

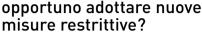




ogni qualvolta se ne abbia necessità e soprattutto eseguibile direttamente al letto del malato, si presta ad essere adoperata in innumerevoli situazioni (dal pronto soccorso ai reparti di degenza ordinaria fino alla terapia sub intensiva ed intensiva), ed è sicuramente più flessibile e

dinamica, non possedendo i limiti di un test diagnostico parimenti efficace come la TC del torace. Nei pazienti affetti da polmonite da SARS - CoV-2, l'ecografia toracica può essere ad esempio utilizzata per monitorare gli effetti di una terapia o della patologia stessa a breve, medio e lungo termine.

In questi giorni stiamo assistendo ad un costante incremento dei nuovi contagi. Ritiene che ci sia il rischio di una nuova diffusione pandemica? Pensa che sarebbe



In quest'ottica c'è un comitato tecnico scientifico che si sta adoperando per attuare le migliori strategie e soluzioni per affrontare l'incremento dei nuovi casi. Sicuramente è fondamentare sollecitare l'intera popolazione sulle principali norme anticontagio, quali l'uso delle mascherine soprattutto nei luoghi chiusi e il lavaggio e adeguata disinfezione delle mani, evitare infine il contatto stretto laddove non necessario. Non dobbiamo dimenticare tutto quello che abbiamo vissuto a febbraio e marzo e farne tesoro per questa nuova ondata. La seconda ondata sembra molto più blanda della

prima. Da cosa dipende? Abbiamo imparato a curare la malattia?

La ricomparsa di un elevato numero di pazienti in effetti nella stagione autunnale/invernale non è tutt'ora esclusa. Il fatto che potrà essere meno impattante sulla popolazione lo si dovrà probabilmente a diversi fattori. Accanto a quelli già accennati, vi è la preparazione delle strutture e delle autorità riguardo la dinamica del virus e del contagio, la diversa attenzione e sensibilità dei clinici nel riconoscere i sintomi ed i segni della patologia, e soprattutto della presenza e dell'adattamento di algoritmi decisionali e gestionali, sia sul territorio, che nelle strutture di lungo-degenza e negli ospedali. Non in ultimo, l'avvenuta individuazione di alcuni approcci assistenziali e di monitoraggio dei malati, che si sono dimostrati vincenti in molte realtà cliniche e territoriali. La speranza per tutti i clinici sarà l'opportunità di

avere a disposizione un vaccino per SARS - CoV-2 in tempi ragionevoli per testarne la sicurezza e l'efficacia.

Oggi si parla tanto della ripresa delle scuole. Secondo lei potrebbe costituire un pericolo lasciare a contatto i bambini che frequentano la scuola con i nonni anziani?

Dobbiamo sempre ricordare che gli anziani rappresentano la fetta di popolazione più fragile e come tale a maggior rischio di sviluppare complicanze a seguito di infezioni, quali la COVID19. È fondamentale quindi attuare tutte le misure possibili per proteggerli, evitando contatti non necessari.

In presenza di sintomi anche vaghi e iniziali è assolutamente controindicato il contatto stretto con le fasce di popolazione più debole. Si è stabilita ormai una

terapia "definitiva" e omogenea?

Durante il periodo pandemico sono state redatte numerose versioni di linee guida e raccomandazioni a livello nazionale ed internazionale inerenti l'approccio terapeutico del COVID-19. Tuttavia, ad oggi, gli studi clinici osservazionali, randomizzati, o caso-controllo che sono stati pubblicati, non hanno mostrato, se non in rari casi, dei significativi miglioramenti degli outcome clinici nei pazienti affetti da COVID-19. Fino a quando non si avranno dati certi, ripetibili e di qualità, sull'efficacia dei trattamenti ad ora proposti, non si potrà avere un approccio terapeutico né definitivo né omogeneo a livello internazionale o regionale.

E per quanto riguarda il vaccino?

Il vaccino è sicuramente uno dei passaggi più auspicabili dell'evoluzione scientifica e biotecnologica per contrastare nota patogena. Non bisogna limitarsi a considerare la realtà e le dinamiche europee o regionali italiane, ma vi è la necessità di una valutazione globale dell'epidemia, che in questo preciso istante, sta provocando decine di migliaia di morti in tutto il pianeta. La produzione di un vaccino (o più vaccini) con un affidabile profilo di sicurezza ed efficacia, assieme ad un'adeguata sensibilizzazione della popolazione e delle autorità riguardo l'importanza e la necessità del suo utilizzo, nonché la pronta disponibilità dello stesso anche nei paesi in via di sviluppo, può rappresentare una delle armi più valide (se non l'unica) per scongiurare una seconda fase pandemica a livello mondiale. Lei è calabrese di origine. c'è stato un momento in cui avrebbe desiderato essere nella sua terra per essere vicino ai suoi affetti? Ha mai avuto paura, per la sua regione?

Essendo calabrese c'è sempre un momento in cui desidero essere nella mia terra ed in particolare nel momento del bisogno per i miei corregionali. Ad onor del vero in Calabria il coronavirus sta facendo molti meno danni che nella terra in cui vivo e lavoro. Certo è che all'inizio ho avuto paura per la mia amata Calabria, ma sono sempre stato fiducioso perché consapevole dell'alta professionalità dei medici che vivono e operano in Calabria. 🔻



di Vittoria Rizzello, Giovanni Pulignano, Stefano Aquilani, Alessandro Danesi, Silvio Fedele, Paride Giannantoni, Fabio Menghini, Luigi Sommariva, Giuseppe Pajes

L'ANMCO Lazio di fronte alla Pandemia

Survey: riorganizzazione delle Cardiologie del Lazio durante l'emergenza COVID-19

Una sfida affrontata con impegno e passione

a pandemia da SARS-CoV-2 ha determinato uno **⊿**stravolgimento dell'intero Sistema Sanitario Nazionale. Tutte le Regioni italiane sono state costrette ad una ri-organizzazione delle varie aziende sanitarie e ospedaliere per garantire un'adeguata assistenza ai pazienti affetti da COVID-19 e prevenire l'ulteriore propagazione dell'infezione, salvaguardando anche l'accesso alle cure ai pazienti affetti da patologie acute non-COVID-19. La Regione Lazio ha riorganizzato i propri ospedali, policlinici e strutture convenzionate dividendoli in ospedali HUB, spoke e di supporto. Sono stati identificati 9 centri HUB (Spallanzani, Policlinico Gemelli ex Columbus-Covid-2, Sant'Andrea, Policlinico Tor Vergata-Covid-4 e Policlinico Umberto I-Eastman-Covid-5, Santa Maria Goretti a Latina, Belcolle a Viterbo, De Lellis a Rieti e Spaziani a Frosinone) per la gestione dei pazienti più gravi. I pazienti con quadri clinici meno gravi sono stati gestiti negli ospedali spoke (tra cui

San Camillo, Campus Bio-Medico, Grassi di Ostia, San Filippo Neri, San Pietro Fatebenefratelli, Pertini, Ospedale dei Castelli, Celio, Vannini). Infine gli ospedali non dotati di reparti di pneumologia e/o malattie infettive sono stati codificati come ospedali di supporto (San Giovanni-Addolorata e Policlinico Casilino) a cui è stata assegnata la gestione di pazienti affetti da patologie non COVID-relate che non potevano ricevere assistenza negli ospedali COVID per mancanza di posti letto. Di conseguenza l'organizzazione interna dei singoli Ospedali ha subito dei cambiamenti importanti con creazione di reparti COVID dedicati, con specifico reclutamento di personale medico e infermieristico generalmente non impiegato in reparti di pneumologia e malattie infettive, chiusura di reparti di chirurgia elettiva e delle attività ambulatoriali. Inoltre il lockdown, imposto dal governo italiano su tutto il territorio nazionale a partire da marzo 2020, ha portato, almeno nelle

La Regione Lazio ha riorganizzato i propri ospedali, policlinici e strutture convenzionate dividendoli in ospedali HUB, spoke e di supporto

Le Cardiologie del Lazio hanno subito un forte impatto con un grande coinvolgimento dei Cardiologi nella gestione dei pazienti COVID+ o sospetti

La Survey dell'ANMCO Lazio ha evidenziato snodi critici e suggerito possibili soluzioni sia per la Rete dell'Emergenza che per quella del Cardiopatico cronico

prime settimane, ad un sensibile calo degli accessi nei pronto soccorso e conseguentemente dei ricoveri ospedalieri. Inevitabilmente, anche l'attività dei reparti di Cardiologia è stata stravolta dall'emergenza COVID-19. Poiché le realtà locali delle Cardiologie della Regione Lazio sono estremamente eterogenee, il Consiglio Direttivo Lazio dell'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri ha condotto una Survey regionale, su base volontaria, web-based, per descrivere l'impatto del COVID-19 nelle diverse Cardiologie laziali. Tutte le Cardiologie del Lazio (sia ospedaliere che universitarie) sono state invitate e partecipare alla Survey; di queste 24 hanno aderito all'invito, di cui 15 con Emodinamica. I risultati della Survey sono i seguenti:

- 1) Nel 48.3% degli Ospedali erano presenti reparti dedicati al trattamento dei casi confermati, mentre nel 34.5% degli Ospedali erano presenti solo aree in area DEA dedicate alla gestione dei casi sospetti e la permanenza dei pazienti positivi in attesa di trasferimento. Nel 17.2% degli ospedali non è stata disposta alcuna area separata per la gestione dell'emergenza COVID-19 (Figura 1).
 2) I Cardiologi sono stati coinvolti con guardia attiva nei reparti COVID a bassa-media intensità nell'82% dei casi.
- 3) Le Consulenze cardiologiche sono state effettuate nei pazienti sospetti o confermati prevalentemente di persona e solo marginalmente per via telematica; nel 38% circa dei casi le consulenze venivano effettuate da Cardiologi dedicati alla gestione dei pazienti COVID (Figura 2).
- 4) Nel 72% delle unità coronariche

Nel tuo ospedale esistono dei reparti riservati per la gestione dell'emergenza COVID-19?

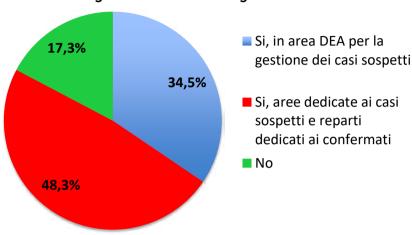


Figura 1

(UTIC) non era presente un letto di isolamento del paziente infetto e pertanto è stato necessario rimodulare le stanze esistenti per creare una stanza in isolamento con una zona di filtro sufficientemente adeguata per la gestione dei pazienti con infarto miocardico acuto e sospetto/accertato COVID-19. La disponibilità di una stanza a pressione

negativa era estremamente poco rappresentata (<4%).

5) Tra i 15 centri con Emodinamica, la presenza di una sala di Emodinamica dedicata alla gestione del paziente COVID+ o sospetto con infarto miocardico acuto e sovraslivemento del tratto ST (STEMI) era minoritaria (circa 26.6%).

Come vengono effettuale le consulenze cardiologiche ai pazienti COVID-19 + o sospetti?

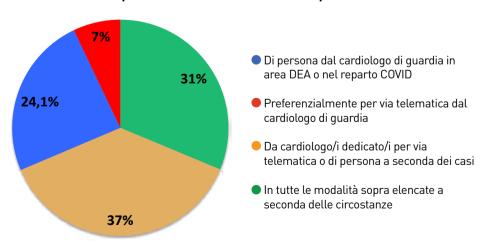


Figura 2



- 6) Nei 15 centri con Emodinamica, il paziente COVID+ o sospetto, trattato con angioplastica primaria in attesa di trasferimento e di conferma diagnostica, veniva accolto in area DEA dedicata ai pazienti COVID con necessità di monitoraggio nel 46.6% dei casi, in UTIC nel 33.3% dei casi, in rianimazione/TIPO nel 6.6% dei casi e stazionava in emodinamica nel 13.3% dei casi (Figura 3).
- 7) In paziente COVID+ o sospetto con infarto miocardico acuto senza sovraslivellamento del tratto ST (NSTEMI) veniva sottoposto a coronarografia solo dopo conferma della negatività del tampone nel 12.5% dei casi, indipendentemente dalla disponibilità del tampone nel 8.3% dei casi, solo in presenza di caratteristiche cliniche di alto rischio e ricoverato in UTIC in attesa di tampone e/o trasferimento in Ospedale/Reparto COVID nel 20.8% dei casi, solo in presenza di caratteristiche cliniche di alto rischio e ricoverato in area di isolamento extra-UTIC in attesa di tampone e/o trasferimento in Ospedale/Reparto COVID nel 58.3% dei casi. 8) L'attività Ambulatoriale è stata
- 8) L'attività Ambulatoriale è stata profondamente influenzata in conseguenza della direttiva regionale che ha annullato tutte le visite ambulatoriali eccetto le prestazioni con codice di prenotazione urgente o breve. Nel 28% dei centri però le visite prenotate sono state riprogrammate. Inoltre nel 79.3% delle strutture è stato utilizzato un servizio di intervista/valutazione telefonica per i pazienti cronici in carico agli ambulatori.
- 9) In relazione alla disponibilità dei presidi di protezione individuale, il 52% dei medici aveva percezione

Le Cardiologie del Lazio hanno subito un forte impatto con un grande coinvolgimento dei Cardiologi nella gestione dei pazienti COVID+ o sospetti

di sicurezza nello svolgimento delle attività quotidiane, mentre il restante 48% si sentiva esposto al rischio di contagio.

Considerazioni

I risultati della Survey coordinata dall'ANMCO regionale offrono lo spunto per alcune considerazioni. Innanzitutto, appare evidente che le Cardiologie del Lazio abbiano subito un forte impatto dall'emergenza COVID-19, con un grande coinvolgimento dei Cardiologi nella gestione dei pazienti COVID+ o sospetti. Tale coinvolgimento si è concretizzato nell'arruolamento dei Cardiologi nei turni di guardia nei reparti COVID nell'80% circa dei casi nonché nello svolgimento delle consulenze cardiologiche

ai pazienti COVID+/sospetti. In particolare queste ultime hanno assunto un ruolo importante nella gestione dei COVID+/sospetti, in quanto il danno miocardico è un reperto molto frequente in questi pazienti. Appare evidente che la corretta discriminazione tra danno aspecifico e danno ischemico ha importanti implicazioni diagnostiche, terapeutiche e prognostiche. La consulenza cardiologica ha sicuramente avuto un ruolo centrale nella gestione del paziente con diagnosi di NSTEMI e COVID+/ sospetto, in relazione alla scelta di procedere o meno a coronarografia. In effetti nell'80% circa dei casi solo i pazienti con alto profilo di rischio ischemico venivano sottoposti a

Allocazione del paziente con STEMI COVID + o sospetto, trattato con PCI primaria, in attesa di tampone e/o trasferimento in Ospedale/Reparto COVID

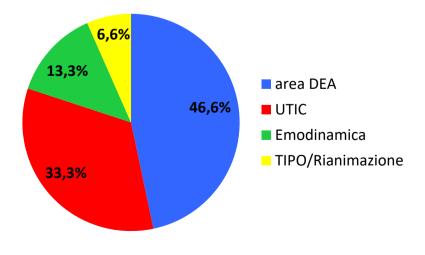


Figura 3

coronarografia in assenza di tampone o con tampone positivo. Da un punto di vista organizzativo, nonostante le Società Scientifiche abbiano di fatto consigliato e addirittura raccomandato l'esecuzione di consulenze telematiche, per ridurre il rischio di contagio, la maggior parte delle consulenze cardiologiche sono state eseguite di persona. Questo, in parte potrebbe essere dovuto a limitazioni tecnologiche in alcune realtà, ma altresì riflette la reticenza dei Cardiologi ad esprimere un giudizio clinico basato solo su dati di laboratorio e valutazioni riferite e sottolinea come l'esame obiettivo del paziente resti un elemento prioritario nelle decisioni cliniche dei cardiologi. Un'altra considerazione riguarda l'assenza di posti di isolamento nella maggioranza (>70%) delle UTIC della regione Lazio che spesso sono state pensate come open space. Questa importante carenza strutturale deriva dal fatto che le malattie infettive epidemiche da decenni non ricevono sufficiente riconoscimento in sede di progettazione delle strutture sanitarie. Ciò ha portato quasi la totalità delle UTIC a rimodulare gli ambienti a disposizione in modo di garantire un sufficiente (ma non sempre adeguato) isolamento dei pazienti COVID+/sospetti ricoverati. L'assenza di posti di isolamento in UTIC ha sicuramente influenzato la scelta di ubicare nella maggioranza dei casi in aree extra-UTIC i pazienti con sindromi coronariche acute COVID+/ sospetti, in attesa di trasferimento o dell'esito del tampone. È auspicabile che l'esperienza con il COVID-19 possa essere utile per definire a livello regionale un piano

La Survey dell'ANMCO
Lazio ha evidenziato snodi
critici e suggerito possibili
soluzioni sia per la Rete
dell'Emergenza che per
quella del Cardiopatico
cronico

per la ristrutturazione delle unità coronariche che preveda la possibilità di isolare in maniera sicura i pazienti infetti.

In relazione alle attività ambulatoriali, ovviamente il blocco di tutte le prestazioni non urgenti o con codice di prenotazione "breve" ha profondamente ridotto l'esecuzione delle prestazioni cardiologiche ambulatoriali con grave penalizzazione dei pazienti, in particolare quelli con scompenso cardiaco avanzato e/o in trattamento con farmaci prescrivibili con piano terapeutico, per i quali si pone non solo il problema del mero rinnovo amministrativo, ma anche e soprattutto, quello della verifica dei criteri di prescrivibilità e di farmacovigilanza. In parallelo il blocco può avere ostacolato sia la prima prescrizione che la titolazione di farmaci evidence-based, con conseguenze cliniche ancora da valutare. Tuttavia un risultato molto positivo è rappresentato dal fatto che le Cardiologie del Lazio hanno utilizzato nell'80% circa dei casi un servizio "homemade" di intervista/valutazione telefonica per i pazienti cronici in carico agli ambulatori. Questo dato indica una buona propensione delle

Cardiologie verso la telemedicina nella gestione del paziente cronico, confermando come sia necessario che tale modalità assistenziale venga inserita in maniera strutturata ed estensiva nelle attività ambulatoriali cardiologiche. Il recente decreto della Regione Lazio (SAN_DCA_ U00103_22_07_2020) "Linee di indirizzo per la gestione dei servizi di telemedicina in ambito specialistico e territoriale", rappresenta un tassello fondamentale per l'implementazione delle procedure, regolamentando finalmente le modalità di accesso alle prestazioni e dandone una valorizzazione economica. Al rientro dell'emergenza, gli Ambulatori Cardiologici dovranno infatti fronteggiare contemporaneamente la criticità legata alla necessità di recuperare almeno in parte le prestazioni non eseguite, e la riduzione della possibilità di farlo, a causa delle limitazioni imposte dalle misure di distanziamento, con la concreta possibilità di un significativo prolungamento dei tempi delle liste d'attesa. La risoluzione di questo complesso problema richiederà lo sforzo di coniugare l'appropriatezza con la disponibilità logistica e di personale.

Infine, durante la fase 1 della pandemia da COVID-19, abbiamo assistito a gravi difficoltà nell'approvvigionamento dei presidi di protezione individuale. Questo ha contribuito a creare negli Ospedali inizialmente un clima di insicurezza e di vulnerabilità. Dai risultati della survey nelle Cardiologie del Lazio si evince che la metà dei Cardiologi non aveva percezione di completa sicurezza durante lo svolgimento della propria attività clinica. V



DI MARCO BOTTA, VERED GIL AD E Annamaria Municinò







Update Liguria: il TEAM ha aiutato anche in questa delicata fase pandemica il confronto tra i Cardiologi Liguri

Il valore aggiunto del Direttivo Regionale ANMCO Liguria in epoca Covid-19

Collaborazione e Formazione proseguono tra i Cardiologi in Liguria nonostante il Covid-19

Attività del Direttivo durante la fase critica dell'emergenza

La pandemia Covid-19 ha messo a dura prova la quotidianità di ognuno di noi, la società, il lavoro, le attività ospedaliere e le attività associative. Anche in Liguria, pur se in minor

quota rispetto ad alcune altre regioni italiane, il Sistema Sanitario Regionale ha dovuto affrontare sfide e difficoltà impreviste con riorganizzazioni logistico-gestionali che hanno coinvolto tutti gli Ospedali della regione e tutto il personale sanitario. In tale periodo, come in

tutto il territorio nazionale, le Unità di Terapia Intensiva Coronarica e Post-Intensiva Cardiologica hanno registrato un netto calo di ricoveri per patologia cardiologica e gli stessi Cardiologi, in modalità differenti nelle varie realtà ospedaliere liguri, sono stati impiegati a collaborare in modalità multidisciplinare con altri Specialisti per la gestione clinica dell'emergenza.

Il Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Liguria si è rivelato anche in questa fase delicata un prezioso strumento di confronto organizzativo e culturale. Anche durante i mesi più impegnativi (la cosiddetta fase di "lockdown") il nostro Direttivo ha continuato a riunirsi periodicamente "online" e le modalità telematiche (piattaforme di riunione da remoto e chat) hanno consentito un continuo confronto sulle problematiche logistiche e sugli aspetti clinici relativi all'evoluzione e alla modalità di gestione dell'emergenza nei diversi centri ospedalieri della regione; oltre a costituire un valido strumento per

condividere, analizzare e commentare



Consiglio Direttivo ANMCO Liguria



Giorgio Caretta



Piero Clavario



l ogether

Everyone

Chieves







Martino Cheli





Francesco Mainardi

Katia Paonessa

Federico Sanchez Nicoletta Pingelli

La pandemia ha messo a dura prova anche in Liguria il sistema sanitario regionale e molti Cardiologi si sono messi al servizio delle necessità ospedaliere collaborando in modo multidisciplinare alla gestione dei pazienti affetti da Covid-19

i vari articoli e documenti scientifici che via via risultavano disponibili in letteratura riguardo alla gestione del paziente Covid-19 e per confrontarsi sull'esperienza clinica quotidiana di ognuno, all'interno delle proprie realtà. In linea con la mission ANMCO di collaborazione con le istituzioni sanitarie il Direttivo, attraverso i suoi membri (in quanto espressione plurale di diverse realtà ospedaliere liguri), si è messo a disposizione ed ha interagito con le Strutture di Governo Sanitario regionale e locale, oltre che con gli Ordini dei Medici Provinciali

per coadiuvare nel riconoscere e risolvere le criticità riscontrate anche nella gestione delle normative e dei dispositivi per la protezione individuale degli operatori sanitari.

TEAM: Together Everyone Achieves More

Indipendentemente dalla necessaria ed efficace riorganizzazione ospedaliera effettuata, i Cardiologi in tutta la Liguria hanno assistito nei primi mesi di pandemia (così come in tutta Italia) ad un fenomeno

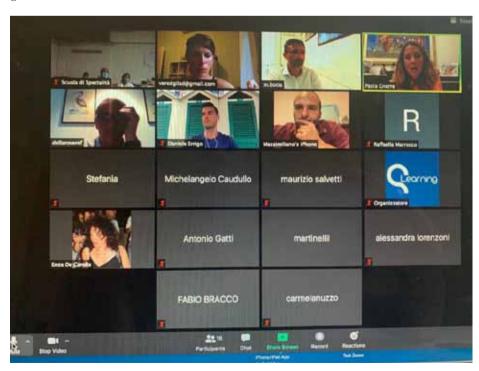
preoccupante: un calo netto (pari almeno al 40% o più) degli accessi in Ospedale per infarto, ictus o urgenze cardiovascolari in genere, per poi assistere ad una fase successiva in cui giungevano in Ospedale pazienti con complicanze tardive dovute ad eventi cardiovascolari acuti occorsi a domicilio e non tempestivamente trattati. Anche su questo aspetto la posizione dei Cardiologi è stata attiva nei confronti della popolazione. È stato prodotto un documento scritto "Coronavirus: avvertimenti dai Cardiologi" diffuso a mezzo stampa in regione per la sensibilizzazione della popolazione sull'importanza della diagnosi e terapia precoce delle malattie cardiovascolari evidenziando i percorsi dedicati e sicuri predisposti per i pazienti cardiopatici all'interno dei vari Ospedali.

Ripresa delle Attività Formative

Percorso UpDate Cardio-Imaging

Il programma delle attività formative proposto per il biennio 2018-2020 era come noto nutrito, il percorso Update Cardio-Imaging (progetto di 6 incontri nato da un'idea di collaborazione con l'Area Cardio-Imaging e l'Area Giovani ANMCO) prevedeva ancora 2 incontri per febbraio e maggio. Come tanti altri convegni i 2 incontri sono stati in un primo tempo rinviati e quindi, in relazione al persistere della situazione epidemica e alle direttive in merito, si è deciso di riconvertirli completamente in Eventi Webinar online.

Non è stato semplice affrontare e gestire le difficoltà logisticoorganizzative ed economiche che la burocrazia ci ha posto innanzi per la riconversione e il riaccreditamento degli eventi (nonostante i programmi





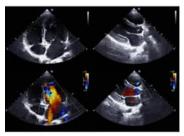
EVENTO ONLINE

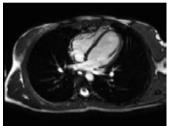
26 maggio • 3 giugno 2020

Up date Cardio ImagingFocus su Auricola - DIA - FOP

3 > 10 settembre 2020

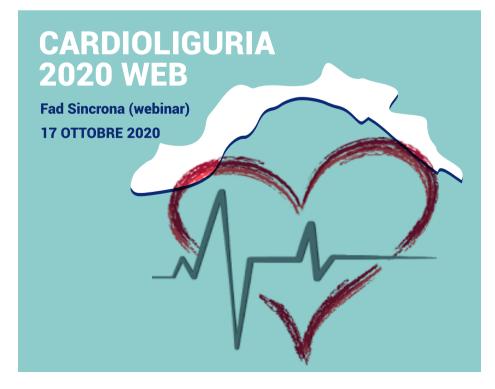
Up date Cardio ImagingFocus su Embolia Polmonare





Segreteria Organizzativa
EtaGamma srl

Via XX settembre, 20 • Genova Tel. 010 8370728 segreteria@etagamma.it Qibli' srl Id Agenas 2007 Id evento Fad 298023 Crediti assegnati 4,5



e i fondi per gli stessi fossero già definiti e stanziati), ma possiamo dire con soddisfazione ed orgoglio di aver colto la sfida ed essere riusciti nell'intento di concludere un percorso tracciato e contribuire al tentativo di ritorno alla normalità per i medici della nostra regione. Tutti ci siamo rapidamente abituati a questa nuova modalità di confronto e formazione "a distanza" e a fine maggio-inizio giugno 2020 si è svolto online, in modalità Webinar, con gran successo di partecipazione ed alto livello scientifico e di confronto il penultimo incontro Update Cardio-Imaging "Focus su Auricola/DIA e FOP". Quindi ad inizio settembre 2020, con le stesse modalità e successo, si è svolto l'ultimo incontro "Focus su Embolia Polmonare".

CardioLiguria 2020

Anche il Meeting Congiunto delle Società Cardiologiche Liguri, un progetto lanciato già da 2 anni a matrice ed idea CDR ANMCO Liguria e proseguito con la collaborazione ed intesa proficua instauratasi tra i Presidenti delle diverse Società Scientifiche Ospedaliere presenti in Liguria (ANMCO – SIC – GISE – AIAC - IAPCR), non è stato abbandonato. Il Convegno già programmato per marzo, ed ovviamente rinviato, è stato posticipato ed anch'esso riconvertito in completa modalità Webinar interattiva. Si svolgerà con il patrocinio di ALISA (Azienda Sanitaria Ligure che comprende le 5 ASL territoriali in regione), dell'Università degli Studi di Genova e delle 5 Società Scientifiche Cardiologiche coinvolte. L'evento è calendarizzato per il 17 ottobre 2020 e sarà fruibile come FAD sincrona in modalità online, sia in Liguria sia in tutta Italia.

Il Futuro in Regione Liguria

Come noto la pandemia ha sovvertito anche le regole di avvicendamento elettorale abituale all'interno della nostra Associazione, sono state assunte a livello nazionale decisioni non facili, tra le quali quella di prorogare di un anno tutte le cariche

Il CDR Liguria è stato
anche in questa fase un
prezioso strumento di
confronto organizzativo
e culturale, non appena
migliorata la situazione
di emergenza non si sono
persi di vista gli obiettivi
formativi adeguando e
proseguendo in differente
modalità gli eventi già in
programma

del mondo ANMCO, rinviando di fatto al prossimo 2021 tutti gli appuntamenti elettivi regionali e nazionale. Decisione che riteniamo inevitabile ma allo stesso tempo saggia e che abbiamo accolto con spirito di servizio e disponibilità associativa. Avvertiamo l'onore e l'onere di questa prolungata fiducia insieme alle difficoltà che ci aspetteranno in questo tempo ancora delicato, ma vogliamo cogliere l'opportunità di proseguire attivamente nel lavoro di un gruppo ormai rodato e davvero coeso. Un gruppo che negli ultimi 4 anni ha modificato ed accresciuto l'attività associativa regionale di ANMCO in Liguria con l'ingresso di molti giovani cardiologi e specializzandi;



un gruppo che ha saputo portare avanti con entusiasmo un periodo di fermento organizzativo e culturale, con coinvolgimento di tanti Cardiologi e soprattutto con rinnovato interesse al confronto multidisciplinare e ad una maggior sinergia tra colleghi con più esperienza e colleghi più giovani. Altre idee stanno bollendo in pentola per questi prossimi mesi che rimangono, per proseguire nel migliore dei modi, nonostante le difficoltà, e poter consegnare nel maggio 2021 ANMCO Liguria al nuovo prossimo Consiglio Direttivo Regionale. Un Caro Saluto a Tutti da parte del Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Liguria.♥



DI LEONARDO MISURACA



Novità nel trattamento dell'NSTEMI

Nuove linee guida sull'infarto miocardico senza sopraslivellamento del tratto ST

La Società Europea di Cardiologia ha pubblicato le nuove linee guida sulla diagnosi e il trattamento dell'NSTEMI Novità molto interessanti sono emerse in particolare nella terapia antipiastrinica

Iuropean Heart Journal pubblica, oltre alle linee guida, alcuni editoriali costituiti da una serie di domande e risposte, corredati da casi clinici real world: è un formato molto utile, che aiuta il lettore a familiarizzare con le linee guida. Il link per scaricarne gratuitamente il pdf è il seguente: https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaa602.

Ecco le principali novità sull'infarto miocardico senza sopraslivellamento del tratto ST.

1. Pretrattamento. "(...) it is not recommended to administer routine pre-treatment with a P2Y12 receptor inhibitor in patients in whom coronary anatomy is not known and an immediate invasive management is planned." Il pretrattamento routinario con inibitori del P2Y12 non è raccomandato nel paziente con NSTEMI, sia perché mancano

dimostrazioni chiare di efficacia, sia per motivi di sicurezza (complicanze emorragiche), sia per possibili ritardi terapeutici nei pazienti candidati a bypass coronarico (necessità di giorni di washout dopo assunzione di inibitori del P2Y12). Sintesi estrema: nel paziente con NSTEMI, prasugrel e ticagrelor vanno somministrati dopo la coronarografia, dopo aver deciso di effettuare l'angioplastica.

2. **Prasugrel**, rispetto a ticagrelor, ha ridotto l'endpoint composito di morte, infarto miocardico o stroke,

Sono esposti 8 punti chiave riguardanti le recenti linee guida sulla diagnosi e la terapia dell'infarto miocardico senza sopraslivellamento del tratto ST senza aumentare le complicanze emorragiche (vedi ISAR REACT-5 trial, scaricabile dal link https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1908973).

3. Esiste ora evidenza a supporto dell'interruzione dell'aspirina dopo 3 mesi di doppia antiaggregazione con ticagrelor (Twilight trial, https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/
NEJMoa1908419): ridotta l'incidenza di sanguinamenti a fronte di un tasso di eventi ischemici sovrapponibile tra i pazienti in monoterapia con ticagrelor rispetto a quelli in doppia terapia antiaggregante.

4. In pazienti selezionati, ad alto rischio di trombosi di stent, è stata sdoganata la possibilità di utilizzare prasugrel o ticagrelor in duplice terapia con anticoagulante orale, sebbene classe di raccomandazione e livello di evidenza siano bassi (IIb, C). 5. Retrocessione netta della bivalirudina come anticoagulante



Prasugrel, rispetto a
ticagrelor, ha ridotto
l'endpoint composito di
morte, infarto miocardico
o stroke, senza
aumentare le complicanze
emorragiche

parenterale durante angioplastica, da IA a IIb: è una alternativa all'eparina sodica solo in caso di piastrinopenìa da eparina.

- 6. La **TAC coronarica** entra a pieno titolo (classe IA) nell'algoritmo diagnostico dei pazienti a rischio intermedio-basso e con markers di citonecrosi miocardica non diagnostici.
- 7. Comparsa di una ricca sezione sull'infarto miocardico senza coronaropatia ostruttiva ("MINOCA"). La diagnosi di **MINOCA** non è affatto benigna:

sebbene la prognosi sia migliore rispetto all'infarto causato da coronaropatia ostruttiva, i pazienti affetti da MINOCA hanno tassi di sopravvivenza inferiori in confronto alla popolazione generale. L'eccesso di eventi avversi è riportato sia nel breve che nel lungo termine, per cui è importante seguire nel tempo questi pazienti, senza incorrere nell'imprudenza di

Le novità di maggiore interesse nel trattamento dell'NSTEMI riguardano la terapia antipiastrinica In particolare, è stata posta una pietra tombale sul pretrattamento routinario con inibitori del recettore P2Y12

etichettarli come soggetti a rischio basso. Altrettanto stringente è la necessità di una diagnosi corretta, che dovrebbe basarsi sui criteri definiti dal position paper dell'ESC (diagnosi di infarto miocardico acuto + assenza di stenosi coronariche superiori al 50 % + assenza di cause alternative di incremento della troponina come embolìa polmonare, sepsi, miocardite; pdf scaricabile dal link https://article/38/3/143/2967570).

8. Dissezione coronarica spontanea: responsabile di sindrome coronarica acuta fino al 35 % dei casi nella donna con meno di 60 anni di età. Il trattamento conservativo è quello più appropriato, con angioplastica da riservare solo ai casi con ischemia in atto e instabilità emodinamica. La terapia farmacologica non è ben definita; i beta bloccanti si associano a minore incidenza di recidive.

OSSERVATORIO D DI GIUSEPPE URBANO



Stato ed enti territoriali nella gestione dell'emergenza Covid-19

Sono molto onorato di intervenire sulla Rivista "Cardiologia negli Ospedali" e lo faccio prendendo spunto proprio da un contributo pubblicato sulla stessa nel precedente numero con riferimento al conflitto tra

poteri dello Stato e delle Regioni nella gestione dell'emergenza Covid-19. È utile ritornare su alcune questioni trattate in primo luogo perché conservano attualità in un momento in cui l'emergenza non sembra

ancora contenuta; in secondo luogo, perché non possiamo non trarre un qualche insegnamento dall'esperienza drammatica che abbiamo vissuto e che, in parte, stiamo ancora vivendo con molte incertezze sul futuro.



OSSERVATORIO DI DIRITTO SANITARIO

Credo che il Governo abbia gestito la situazione di emergenza secondo una logica di gradualità e proporzionalità. Il carattere inaspettato della pandemia con riferimento al territorio italiano, la sua progressione e i suoi effetti hanno giustificato, da un lato, l'utilizzo di strumenti eccezionali come le "ordinanze" e, dall'altro, una "centralizzazione" delle decisioni. Quello delle "ordinanze" è un tema molto delicato. Si tratta di provvedimenti amministrativi eccezionali con i quali le autorità amministrative ai vari livelli (Governo, Ministro della salute, Presidenti di Regioni, Sindaci) fronteggiano, all'occorrenza, situazioni di emergenza imprevedibili che possono mettere a rischio interessi fondamentali delle comunità di riferimento (incolumità pubblica, sanità, ecc.). Le ordinanze sono frutto di un'ampia discrezionalità e hanno contenuti imprevedibili, nel senso che devono adattarsi caso per caso alla specifica situazione di emergenza da fronteggiare. Le ordinanze sono state appunto utilizzate anche per gestire l'emergenza epidemiologica da Covid-19. Invero, durante l'emergenza si è parlato più spesso di "DPCM" (acronimo di "Decreto del Presidente del Consiglio dei *Ministri*"), ma tale riferimento è alla forma del provvedimento assunto. Si può dire per semplificare che i DPCM sono le ordinanze adottate dalla Presidenza del Consiglio dei ministri per fronteggiare l'emergenza Covid-19. Le ordinanze – tutte le ordinanze, non solo quelle adottate per gestire l'emergenza Covid-19 – pongono una questione di legalità. In particolare, il rischio è quello dell'autoritarismo perché l'autorità amministrativa può comprimere diritti e creare obblighi

anche molto stringenti in capo alle persone.

È questa la ragione per cui, durante l'emergenza, si è levata qualche voce di insoddisfazione che ha sottolineato l'uso eccessivo di tale strumento amministrativo. Si è trattato, a mio avviso, di voci non condivisibili. La situazione non avrebbe permesso soluzioni alternative e, comunque, avverso le ordinanze non scompaiono le tutele democratiche e in particolare quella giurisdizionale. Si può sempre, infatti, ricorrere dinanzi al giudice amministrativo, laddove le ordinanze siano immotivate o non proporzionate. Se, dunque, il ricorso alle ordinanze è stato necessario, si è posto il problema – e veniamo all'altro profilo sopra accennato - di coordinare gli interventi ordinatori delle varie autorità amministrative (Governo, Regioni, Comuni). Il potere di ordinanza è infatti un potere generalmente riconosciuto alle varie autorità amministrative in relazione alle specifiche situazioni emergenziali dei propri territori. A questo riguardo si è fatto cenno al concetto di "centralizzazione". In sostanza, il Parlamento con disposizioni legislative ad hoc ha attribuito alla Presidenza del Consiglio dei Ministri il potere e la responsabilità di gestire la crisi, limitando i poteri di ordinanza di cui normalmente godono le altre autorità amministrative territoriali (le Regioni e i Comuni).

Il delineato assetto decisionale non ha evitato contrasti tra Governo ed enti territoriali e tanto che siano state introdotte misure più rigorose che più permissive. Nel primo senso possiamo ricordare il caso dell'ordinanza del Sindaco di Messina che aveva introdotto un obbligo di registrazione

preventiva per chi, proveniente da altre Regioni, transitasse dal territorio comunale; nel secondo senso, invece, l'ordinanza della Presidente della Regione Calabria che aveva disposto la possibilità di effettuare servizio di ristorazione, bar e pasticceria con servizio ai tavoli quand'anche all'aperto, laddove a livello nazionale si prevedeva il solo servizio da asporto. Queste iniziative regionali e locali sono state condivisibilmente bocciate dall'autorità giurisdizionale. In particolare, nel caso calabrese, il giudice amministrativo ha riscontrato l'esistenza di una competenza legislativa esclusiva dello Stato in base a una norma della Costituzione che attribuisce a quest'ultimo la competenza in materia di "profilassi internazionale". Sotto altro profilo, il giudice amministrativo ha evidenziato l'esigenza di una gestione unitaria a livello di Governo, trattandosi di emergenza a carattere internazionale che richiede l'individuazione di misure precauzionali generali e unitarie. Credo in conclusione che l'assetto dell'emergenza sia stato ben congegnato e che il conflitto istituzionale sia dipeso da qualche forzatura a livello regionale e locale. Su questo profilo bisogna riflettere per il futuro al di là dell'emergenza. Al riguardo, ritengo sia utile certamente una revisione delle norme della Costituzione. Esiste però una questione metagiuridica che riguarda l'esercizio delle funzioni istituzionali in modo adeguato e secondo una logica di leale cooperazione. Su questi profili, il diritto può fare ben poco. Molto di più, invece, può fare un'adeguata formazione delle classi dirigenti. \(\nstart \)



- DI ROSA GALLELLI* E ANGELA BALZOTTI**
- DIPARTIMENTO DI SCIENZE DELLA FORMAZIONE, PSICOLOGIA,
 COMUNICAZIONE UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI BARI
- ** CENTRO DI COUNSELING PSICOLOGICO UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI FOGGIA







Pedagogia della salute mentale

🕇 e l'adolescenza è uno snodo cruciale nella traiettoria evolutiva del soggetto, essa oggi appare quanto mai "incerta" proprio perché sviluppata in contesti socioeconomici e tecnologici in profonda trasformazione. L'adolescenza e la prima età adulta appaiono le fasce più a rischio e le più colpite dai disturbi mentali, con valori in termini di DALY (Disability-Adjusted Lost Years: l'indicatore dell'impatto complessivo di una malattia che tiene in considerazione sia disabilità che morte precoce) che vanno dal 27% nella fascia 10-19 anni al 32% in quella 20-29 anni. Inoltre, tra gli adolescenti di età compresa tra

15 e 19 anni nel 2018, secondo i dati dell'OMS, il suicidio è stata la seconda principale causa di morte tra le ragazze (dopo la maternità) e la terza principale causa di morte nei ragazzi (dopo lesioni stradali e violenza interpersonale). Tra i fattori precipitanti vi sono: a) problemi con la scuola, cattivi voti, bocciatura; b) delusioni affettive che si ritengono insanabili e insostituibili; c) problemi con i genitori.

La promozione della salute e, in particolare, del benessere mentale degli adolescenti trova certamente nella Scuola uno dei suoi agenti primari, vero presidio del territorio volto a migliorare la salute degli studenti, delle famiglie e delle comunità a partire dal difficile compito di "comunicare la salute mentale". Comunicare "salute mentale" richiede però un'attenzione particolare: l'oggetto della comprensione è la *mente* e i complicati livelli di analisi del suo funzionamento.

Sistemi di conoscenze diverse dovranno essere messi in relazione tra loro. Le neuroscienze hanno frantumato un quadro riduttivo e approssimativo del rapporto mentecervello, rivelando quanto il nostro pensiero e il nostro comportamento siano determinati, più che da un preordinato assetto organico, dallo spessore di situazioni sociali in cui ciascuno di noi è coinvolto. Si tratta di una visione del rapporto tra salute e malattia mentale che, superando "determinazioni univoche", opta piuttosto per un "pluriverso" dove la salute mentale dell'individuo appare il risultato di prospetti interattivi genotipo-ambiente estremamente complessi e dinamici, i cui fenomeni evolvono, si esplicitano o vengono soppressi a seconda del verificarsi o meno di alcune condizioni nell'attualità del soggetto. In questo senso, la scuola e la formazione possono davvero imprimere un'accelerazione significativa a processi di cambiamento cognitivi e comportamentali importanti per il benessere degli studenti: motivando, offrendo setting, supportando con progetti trans-disciplinari i principali ed emergenti bisogni di cura espressi all'interno di ogni specifica area locale. Occorre, tuttavia, che la scuola sfugga al rischio di incedere in indebiti processi di "medicalizzazione" dei vissuti di disagio e malessere presentati dai propri giovani utenti. Occorre cioè puntare su una lettura dinamica delle situazioni problematiche che emergono in classe e puntare a un approccio "morbido". Un approccio in cui gli insegnanti si facciano "sensibili al contesto" e capaci, di concerto con gli esperti, di tessere quella rete di intese intra-istituzionali (in cui tutti gli insegnanti si sentano coinvolti in una ristrutturazione significativa delle relazioni con il ragazzo con problemi) e inter-istituzionali (in cui tale ristrutturazione viene a coinvolgere, insieme alla scuola, la famiglia del ragazzo con problemi, il medico di

medicina generale, ecc.) alla luce delle quali modificare il "contesto" di studio e di vita nella direzione più favorevole alla risoluzione (parziale o totale) del problema.

Sulla base delle indicazioni generali fornite dall'Organizzazione Mondiale della Sanità – ma anche in piena sintonia con quanto affermato al comma 16 della legge 107/2015 (16) –, i principali obiettivi a cui la scuola dovrà rivolgersi al fine di promuovere la salute mentale dei propri studenti sono i seguenti:

- individuare precocemente, segnalare alle agenzie del territorio eventuali maltrattamenti e *neglect* nell'infanzia e trattarle di concerto;
- ridurre i rischi di quegli adolescenti esposti a sostanze psicoattive, con informazioni e pratiche educative adeguate:
- ridurre i rischi di abusi fisici
 e sessuali nei bambini e negli
 adolescenti, con informazioni e
 pratiche educative adeguate;
 ridurre sino ad azzerare lo stigma
 verso quei ragazzi che vivono
 particolari condizioni sessuali come
 giovani adolescenti gay, transgender
 e bisessuali al fine di disincentivare
 e combattere discriminazioni e
 violazioni dei diritti;
- proteggere e favorire l'integrazione multietnica delle persone che per l'esposizione a conflitti e guerre, emergenze naturali eccezionali o altre emergenze umanitarie sono immigrate e vanno inserendosi nel nostro Paese e nelle realtà culturali locali.

È evidente, su questo sfondo, quanto la salute mentale sia collegata, più che a semplici precondizioni organiche, a complesse configurazioni relazionali e sociali nonché, parallelamente, ad

uno sviluppo mentale della persona innervato di capacità di conoscenza e monitoraggio degli stati mentali propri e altrui. Fonagy e Target (1997), sulla base delle scoperte di Mary Main sulle narrazioni esplicitate dagli adulti circa l'"attaccamento", asseriscono che il concetto di "consapevolezza dell'individuo" sui propri stati mentali riguarda quella specifica capacità che possediamo di compiere "riflessioni" sul nostro e l'altrui comportamento, tali da costruire inferenze corrette su noi stessi e gli altri, in termini di stati mentali. A tal proposito, questi studiosi parlano esplicitamente di "information processing control system".

In questa prospettiva, i saperi essenziali necessari a promuovere il paradigma della salute mentale come frutto complesso della inscindibile connessione fra "mente" e "ambiente" di vita del soggetto (dalle neuro-scienze alla pedagogia, dalla psichiatria alla psicologia clinica, dalla psicobiologia alla epidemiologia) andranno a costruire nuovi assetti concettuali per le scuole promotrici di salute. Scuole che, rileggendo e problematizzando questi nuovi reticoli concettuali in modo aperto e partecipato, sapranno favorire nei ragazzi (e, ovviamente, prima di tutto negli insegnanti), da una parte, l'acquisizione dell'idea che la "metacognizione affettiva" è una competenza che si acquisisce, al pari delle altre, con la conoscenza e con l'esercizio; e, dall'altra parte, l'acquisizione di una migliore conoscenza del funzionamento della mente e dell'insorgenza di malattie mentali.♥

di Agnese Maria Fioretti e Francesco Giotta



L'arte in Istituto: i 10 webinar

Condivisioni culturali social per pazienti oncologici

9 arte in Istituto è una comunità di pazienti oncologici, familiari, amici, medici e volontari per umanizzare le cure in Oncologia con "il bello". Da maggio 2020 a seguito del lockdown abbiamo convertito le nostre iniziative di socializzazione "de visu" con i webinar per poterci allontanare dalla malattia oncologica con una sana evasione culturale da remoto. Il primo webinar ha visto protagonista Lina Al Bitar, ingegnere agronomo e ricercatore, sull'evoluzione della nutrizione nella storia dell'uomo: da semi e piante spontanee, siamo passati agli attuali cibi troppo ricchi di zucchero fino ad aspettarci un futuro di insetti, barrette e meduse; ha messo, inoltre, a nostra disposizione la sua piattaforma virtuale per tutti i successivi appuntamenti quale donatore di cultura. Il secondo webinar è stato condotto da Pietro Paradiso, stilista d'alta moda pugliese di fama internazionale, che ci ha presentato l'inaspettato rapporto tra moda e spiritualità: abbiamo ammirato i suoi abiti di seta monotaglia, i caftani con le ispirazioni orientali; a ciò ha fatto seguito un laboratorio di moda per le nostre pazienti con tumore al seno che si concluderà con una sfilata dei loro stessi modelli.

Il terzo webinar ha avuto ancora protagonista Pietro Paradiso, apprezzatissimo dalle nostre partecipanti, e questa seconda volta ci ha parlato del colore viola, della sua relazione ai chakra, dell'importanza di volersi bene qualunque sia il nostro aspetto esteriore e come i colori che indossiamo siano il risultato di scelte profonde del nostro inconscio. Nel quarto webinar abbiamo invitato le truccatrici dell'azienda francese di cosmesi vegetale Yves Rocher per spiegarci come superare i danni visibili dei chemioterapici sul volto come alopecia, gonfiori e rossori mediante la ginnastica facciale e le tecniche di trucco base; le nostre pazienti collegate hanno in contemporanea ripetuto i preziosi movimenti delle insegnanti collegate da Milano, utilissimi al miglioramento del loro aspetto estetico.

Il quinto webinar è stato condotto da me, in qualità di cardiologo che si occupa di medicina di genere: ho passato in rassegna le diverse malattie cardiache e vascolari nella peculiarità di presentazione, risposta alla terapia e consigli preventivi, destando grande attenzione e curiosità tra gli amici collegati.

Il sesto webinar è stato dedicato a S. Nicola nell'arte: il Prof. Miche Loconsole, docente, saggista e teologo, ci ha illustrato le immagini del nostro santo patrono su icone e dipinti, approfondendo col suo fare istrionico la vita ed i miracoli del vescovo di Mira come la storia di Ario, le tre fanciulle, Adeodato, i tre generali ed altri episodi unici della vita eccezionale del santo più venerato al mondo. Nel settimo webinar abbiamo goduto delle note di un grandissimo contrabbassista pugliese, Giuseppe Bassi, animate dalla collega e moglie Sherù, che si è esibito in duetti

virtuali sulla musica del Tuca Tuca in versione jazz assieme ad altri musicisti d'eccezione come il sassofonista Gaetano Partipilo ed il fisarmonicista Vince Abbracciante.

L'ottavo webinar ha riguardato ciò che resta del bello: Silvana Khutz di Poesia in Azione ci ha mostrato fotografie di città, luoghi, animali, fiori, notti che nella loro massima semplicità si mostrano come inattese opere per emozionarci, come il silenzio di una pausa sullo spartito di un musicista. Il nono webinar è stato sul Caviardage, tecnica di espressione creativa, spiegata dalla poetessa Margherita Diana in arte Letizia Cobaltini, che ci ha condotto assieme alla scultrice Maria Pierno in un percorso artistico per realizzare nostre composizioni di frasi assemblate per "cantare la vita": è stata l'occasione per confrontarci su cosa è cosa non è poesia. L'ultimo e decimo webinar l'abbiamo

voluto intitolare ad un grande artista pugliese, Pino Pascali: il Dott. Antonio Frugis, curatore senior della fondazione omonima di Polignano, ci ha mostrato la vita privata con i genitori, le poesie e le opere più originali ed inedite dell'eclettico uomo sempre rimasto bambino, oggi ancora molto presente nella Galleria Nazionale di Arte Moderna a Roma. In conclusione, la rassegna dei dieci webinar, organizzati come offerta culturale per i pazienti oncologici, ha mostrato una modalità moderna per godere della bellezza in tutte le sue forme e sollevare l'animo verso la piacevolezza di colti incontri artistici.♥







Mattia Labadessa. l'uomo uccello, e la maschera del fanciullino



volta nel 1897 sulla rivista Il Marzocco e poi ripubblicato nel 1903. Secondo Pascoli, dentro ciascuno di noi c'è un fanciullino, ossia uno spirito puro,



Tutto inizia dal Pascoli, o meglio, da Platone che a sua volta cita Socrate. Nel Fedone di Platone, Socrate, dopo aver parlato dell'importanza dell'anima, afferma che i suoi discepoli hanno paura della morte come se in loro vi fosse un fanciullino che prova questo timore. Prendendo spunto da questo passaggio, Giovanni Pascoli, da alla luce Il fanciullino, un testo saggistico pubblicato per la prima

Il fenomeno Mattia Labadessa si estrinseca in tutta la sua complessità nel nuovo libro Piccolo. edito da Feltrinelli Comics

giocoso, legato all'osservazione della realtà. Il fanciullino è colui che dà il nome alle cose, che si stupisce continuamente ("tiene fissa la sua antica segreta meraviglia"), così riesce anche ad andare oltre il reale, riuscendo a piangere e ridere senza

un perché "di cose che sfuggono ai nostri sensi e alla nostra ragione". C'è un bambino dentro ognuno noi. Che ruolo ha questa presenza sui nostri impulsi, sui nostri istinti, sul nostro comportamento? Alcuni studi sostengono un possibile legame tra la teoria del Fanciullino e la così detta Sindrome di Peter Pan. Tale patologia, scientificamente chiamata neotenia psichica, è quella situazione psicologica in cui si trova una persona che si rifiuta, o è incapace di crescere, di diventare adulta e di assumersi delle responsabilità. La sindrome è una condizione psicologica patologica in cui un soggetto rifiuta di operare nel mondo "degli adulti" in quanto lo ritiene ostile e si rifugia in comportamenti ed in regole comportamentali tipiche della fanciullezza. Si tratta di una sindrome che non è presente nell'attuale Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, ma il termine è entrato nell'uso comune in seguito alla pubblicazione nel 1983 di un libro di Dan Kiley, intitolato The Peter Pan Syndrome: Men Who Have Never Grown Up. Trae ovviamente il proprio nome dal personaggio principale del romanzo (e testo teatrale) Peter Pan, o il ragazzo che non voleva crescere scritto da James Matthew Barrie

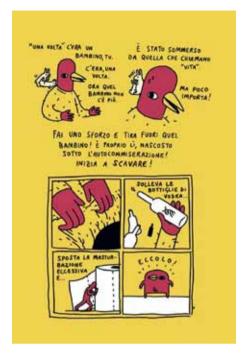




nel 1904. Dunque, ricominciamo: c'è un bambino in ognuno di noi, a volte prende il sopravvento e ci impedisce di crescere. Ma quanto sappiamo di quel bambino? Che domande ci siamo posti in relazione

Tutto inizia dal Pascoli, o meglio, da Platone che a sua volta cita Socrate

alla sua esistenza e, soprattutto, abbiamo mai cercato di dialogare con il nostro coinquilino dell'anima? A questa domande può rispondere positivamente Mattia Labadessa, autore di Piccolo, interessante opera pubblicata sotto il marchio Feltrinelli Comics. Chi è costui? Lui si definisce un giovane napoletano, classe '93, sognatore, che ha sempre creduto in sé stesso e mai in tutto il resto. Dopo gli studi in graphic design, nel 2016 apre la sua pagina Facebook chiamata semplicemente "Labadessa" e in breve raccoglie un enorme seguito grazie a l'Uomo Uccello, pennuto antropomorfo ben poco disneyano. Shockdom



ha pubblicato Le cose così (2016), Mezza fetta di limone (2017) e Calata Capodichino (2018). Per Feltrinelli Comics, Bernardo Cavallino (2019) e, da qualche settimana, Piccolo. L'incipit del volume è molto lineare, per quanto lo possa essere un'opera dell'istrionico autore partenopeo: l'uomo uccello di Labadessa ha un bambino. Prima dentro di sé e poi anche fuori. È tutto rosso, minuscolo e fonte di grandi riflessioni sul senso della vita, ammesso e non concesso che la vita ne abbia uno. Come sempre i libri dell'autore hanno diversi piani di lettura. Labadessa ce la mette tutta per ostentare una filosofia di vita che sfugge da ogni catarsi, ma che si rinnova vignetta dopo vignetta in un tentativo di comunicare al lettore che l'autore, per primo, non si prende sul serio. Eppure è tutta una maschera, magari quella di un Uomo Uccello. Dietro di essa c'è una voglia di capire la vita, l'universo e tutto il resto che racconto dopo racconto, graphic novel dopo graphic novel, segue un proprio percorso, che è lo stesso che porta l'autore a porre a sé stesso alcune domande. C'è chi parla da solo, c'è

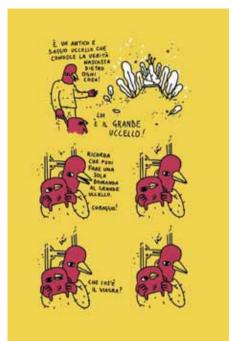


chi, come Mattia, sceglie una carta giallo ocra (o forse è più senape?) e da sfogo ai suoi pensieri, in questo caso creando un interlocutore immaginario che altro non è se non sé stesso, magari infante, magari all'inizio di un percorso di vita che ci permette una visione ancora neutrale della realtà, ma allo stesso tempo portatore sano di quelle domande che da sempre ci accompagnano nel nostro peregrinare su questa biglia di terra scagliata nel vuoto siderale. Per spiegare la vita al sé stesso bambino, Labadessa sceglie il meccanismo narrativo della fiaba, del racconto, che stacca, anche graficamente

Mattia Labadessa è un autore giovane che ha al suo attivo diverse pubblicazioni con prestigiosi editori
Nasce come fenomeno del web ma conquista presto l'attenzione di grandi realtà editoriali

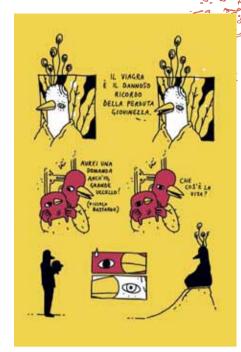


dalla gabbia grafica consolidata, con tavole di ampio respiro. T di tempo, A di amore, S di soldi sono i tre argomenti intorno ai quali ruotano le domande che l'infante pone e a cui l'adulto, che si autodipinge con i colori dell'irresponsabilità, risponde non tanto attraverso la condivisione di una propria esperienza personale, ma con storie di personaggi terzi, indugiando con piacevolezza sulla consuetudine grazie alla quale ai più piccoli si insegna più con l'esempio, pur anche narrativo, che con la realtà. Quale sensazione resta nel lettore, chiusa l'ultima pagina? Per chi non ha mai letto Labadessa, il giudizio sarà sicuramente positivo. Il libro scorre con una cuba libre preparato con passione, da bere attraverso il ciuccio di un biberon, lasciando quel retrogusto di prospettiva e di voglia di entrare in contatto con sé stessi. Chi invece non ha mai perso un'opera dell'autore, al di là della soddisfazione nella lettura o della mancanza della stessa che il volume può generare, sicuramente si accorgerà di un fenomeno di continuità: Mattia Labadessa sta crescendo, come autore, ma non solo. Le sue opere si spostano,



C'è un bambino dentro ognuno noi. Che ruolo ha questa presenza sui nostri impulsi, sui nostri istinti, sul nostro comportamento?





con lentezza ma inesorabilmente, da un nevrotico nichilismo alla necessità di una maggiore comprensione di sé stesso, tendenza che se prima era una necessità oggi è un'impellente esigenza. Non resta che aspettare la prossima opera per capire quali saranno le nuove domande che verranno poste e le nuove risposte che verranno date, dall'Uomo Uccello all'Uomo Uccello.





DI GIANFRANCO MISURACA



Antonio e Giuseppe Tartarini uniti dalla passione per la fotografia

Non ho seguito le orme di mio padre in ambito professionale, ma da Lui ho ereditato la passione per la fotografia

e foto di questo numero sono di Antonio Tartarini, giovane avvocato conosciuto a Pisa. Mi erano piaciute molto le sue foto, e quando ho saputo che era figlio di Giuseppe Tartarini, un nostro collega, gli ho proposto di pubblicarle sulla nostra rivista e lo ringrazio per avere accettato.

Mi chiamo Antonio Tartarini e sono nato a Pisa nel marzo 1984. Mio padre, Giuseppe, era nato a La Spezia nel 1946; dopo aver conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia a Pisa si iscrisse all'Ordine dei Medici della Spezia e scelse di proseguire con la specializzazione in Cardiologia sempre all'ombra della Torre Pendente.

Nel corso della sua carriera ha avuto modo di crescere, confrontarsi, ed affiancare numerosi professionisti di prim'ordine che hanno dato lustro alla



cardiologia ospedaliera pisana. Alla fine degli anni '70 ha iniziato a prestare servizio presso l'Ospedale Santa Chiara, per poi trasferirsi al nuovo Ospedale di Cisanello dove ha lavorato fino alla fine degli anni '90. Successivamente, fino alla pensione, ha ricoperto il ruolo di responsabile del reparto di cardiologia presso l'Ospedale "Lotti" di Pontedera. Non ho seguito le sue orme in ambito professionale, svolgo la professione

Grazie per avermi offerto la possibilità di ricordare mio padre ai tanti cardiologi che lo hanno conosciuto



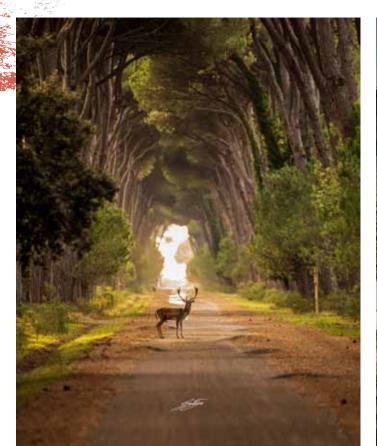
forense, ma da Lui ho ereditato, tra le altre cose, la passione per la fotografia e adesso, che purtroppo da più di due anni è venuto a mancare, il mio ricordo va alle sue diapositive floreali che amava inserire nelle presentazioni congressuali. Custodisco gelosamente la sua reflex Nikon con la quale da piccolo cercavo,

con poco successo, di scattare qualche foto mentre lui mi osservava lasciandomi sbagliare per imparare.

Da tre anni ho ripreso a scattare foto con continuità cercando di mettere in atto quanto mi ha insegnato mio padre. Uso una Canon 5D con un buon corredo di ottiche intercambiabili. Sono felice che il Dr. Gianfranco Misuraca mi abbia proposto di pubblicare le mie foto su "Cardiologia negli Ospedali" perché a "un fotografo" fa piacere che si apprezzino i suoi scatti, ma sono contento soprattutto per la possibilità di ricordare mio padre ai tanti cardiologi che lo hanno conosciuto.♥















DI BEATRICE BALDUZZO



La protagonista Bergljot vuole rompere il silenzio familiare e far sentire la propria voce per far sì che un passato difficile e doloroso non venga rimosso e dimenticato

Dare voce all'indicibile

L'autrice Vigdis Hjorth, scrive un romanzo duro e introspettivo sulle relazioni che interessano una famiglia alle prese con la spartizione di un'eredità e del terribile passato che questa porta con sé



redità", della scrittrice norvegese Vigdis Hjorth, è un romanzo familiare duro, tagliente e fuori dal comune soprattutto per lo stile asciutto ed efficace dell'autrice che dà grande potenza alla storia e a Bergljot, la protagonista riflessiva e dolente che rende il lettore un confidente partecipe delle sue vicende fin dal primo istante. I personaggi coinvolti sono quattro fratelli che si trovano ad affrontare una disputa per

l'eredità di due case al mare che vengono intestate solo a due delle sorelle, Astrid e Åsa; Bård e Bergljot, il fratello e la sorella maggiori, vengono esclusi dall'assegnazione dell'eredità e per questo iniziano a far sentire la propria voce e a richiedere con sempre maggior forza di essere ascoltati, non per ottenere giustizia da un punto di vista prettamente economico, ma per far sì che un passato difficile e doloroso che incombe ancora sul presente, non venga rimosso e dimenticato. Se l'eredità non venisse divisa equamente, soprattutto per Bergljot, ciò equivarrebbe a negare ciò che è stato; la protagonista, interiormente distrutta per un fardello indicibile che si porta dentro fin da quando è bambina, alterna momenti di lucidità ad altri di ossessive reminiscenze, capaci di svelare progressivamente a chi legge che cosa sia realmente successo nel suo passato e come questi accadimenti abbiano condizionato tutta la sua esistenza, dal suo matrimonio conclusosi anzitempo al rapporto con la sua famiglia. La disputa intorno alla divisione dell'eredità diviene così l'occasione per rompere il silenzio, per raccontare la storia

che i familiari per anni hanno rifiutato di sentire. Sarà necessario e catartico, sia per il lettore, sia per la protagonista, arrivare a metà del libro per capire che cosa è accaduto a Bergljot nel passato. Questo tempo di lettura è il tempo interiore della protagonista che poco alla volta svela se stessa togliendosi una maschera di anaffettività e freddezza per mostrare una verità rimossa che improvvisamente emerge nella sua evidenza chiara e dolorosa. Le relazioni tra i personaggi galleggiano in un silenzio che dovrebbe rappresentare una sola illusoria e quieta accettazione degli eventi. I fratelli, per comunicare preferiscono affidarsi a messaggi, email e lettere

La protagonista Bergljot svela se stessa poco per volta, togliendosi una maschera di freddezza, per mostrare una verità rimossa che improvvisamente emerge nella sua evidenza chiara e dolorosa La disputa di quattro fratelli intorno alla divisione dell'eredità diviene l'occasione per rompere il silenzio, per raccontare la storia che i familiari per anni hanno rifiutato di sentire

che a volte vengono cancellate prima della lettura o, peggio ancora, travisate. È di grande impatto il modo in cui sono delineati i rapporti tra Bergliot e due personaggi femminili a lei vicini, ovvero la madre e la sorella Astrid. Bergljot si sente inascoltata all'interno della propria famiglia e il sentimento di solitudine si amplifica ancor di più quando cerca di parlare con le due donne, le quali si comportano esattamente come se Bergljot non si rivolgesse loro esplicitando profonde riflessioni o considerazioni sulle relazioni riguardanti la loro famiglia. Astrid è un personaggio molto interessante per la posizione terribile che occupa nel nucleo familiare, dal momento che, pur non riuscendo a farlo, si è sentita costretta a prendere le parti della sorella o del padre rispetto

a vicende dolorose che risalgono all'infanzia; Astrid, scegliendo di non scegliere, si è posta in un'ottica impossibile, rimanendo intrappolata nello sforzo e nel tentativo di salvare una famiglia ormai sgretolata. Non ci sono prove su ciò che sia accaduto in passato ma, non prendendo le parti di Bergljot e non potendo non avere fiducia nel padre, Astrid ha accolto la richiesta paterna del silenzio per non aprire voragini senza fine. All'interno del romanzo vi sono alcune considerazioni intime di grande sensibilità e che per essere esplicitate ricorrono a interessanti paralleli con l'Arte; ne è un esempio l'idea della protagonista di non sentirsi accettata per il dolore che è stato inflitto proprio a lei e che sfocia nella vergogna non esplicitata tra i componenti della famiglia, per descrivere il quale l'autrice fa un calzante riferimento all'artista Marina Abramović. Il rinvio/ parallelo artistico più efficace e comprensibile è quello al grande drammaturgo norvegese Henrik Ibsen e al suo "Casa di bambola", pièce nella quale la protagonista Nora, proprio con la stessa forza di Bergljot, trova il coraggio di ribellarsi e intraprendere la propria esistenza. Nonostante le sofferenze subite infatti, Bergljot riesce a galleggiare

Le relazioni tra i personaggi sono fatte di silenzio che rappresenta la quieta accettazione degli eventi

e ad essere felice quando, grazie alla Natura e all'Arte, ha la forza per non essere nuovamente coinvolta nelle dinamiche familiari e nel suo dramma. Vigdis Hjort si affida a scelte stilistiche precise e convincenti, come la quasi totale assenza di dialoghi diretti e la ripetizione ossessiva di frasi e pensieri che, in una spirale senza fine, riportano il lettore a riflessioni che pensava di aver superato qualche pagina prima e ad una partecipazione emotiva che fa da cassa di risonanza all'angoscia della protagonista e al suo bisogno di riempire i silenzi. È un romanzo affascinante e discreto. composto di brevi capitoli intessuti di richiami alla letteratura al teatro e alla psicoanalisi, efficaci nel far emergere la storia familiare dall'abisso di reticenza che la stessa famiglia ha costruito. È un libro che diventa un sofisticato esempio di come il romanzo e la rappresentazione teatrale siano due aspetti spesso intrecciati e indissolubili. Y

È un romanzo affascinante e discreto nel quale la ripetizione quasi ossessiva di frasi e pensieri trascinano il lettore in una spirale senza fine che lo porterà a comprendere il passato della protagonista e le vicende che hanno caratterizzato una storia familiare drammatica e taciuta



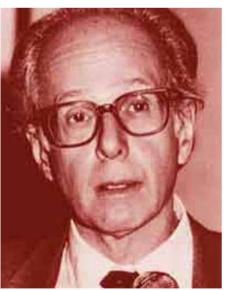
DI FRANCO PLASTINA

Il mio ricordo di Sergio Dalla Volta

ristezza, sul finire di agosto, nell'apprendere la notizia della scomparsa del Prof. Sergio Dalla Volta. Tristezza ancora più profonda nel leggere la dolente testimonianza di una delle figlie, che descrive la morte in solitudine dell'illustre Cardiologo, nell'epoca della pandemia. I ricordi mi riportano alla metà degli anni '60. Medico in un Reparto di Medicina di un Ospedale veneto, ascoltai una lezione di elettrocardiografia di Sergio Dalla Volta. Fu istantaneo il desiderio di dedicarmi alla Cardiologia. Dalla Volta, nella elettrocardiografia, seguiva i metodi dell'Istituto di Cardiologia di Città del Messico, che aveva frequentato. In particolare il metodo razionale, analitico di Enrique Cabrera. Gli specializzandi, nel pomeriggio a Padova, erano invitati ad analizzare e diagnosticare 10 ecgrammi, sottoposti alla fine al giudizio di esperti dell'Istituto. La Cardiologia del Policlinico Universitario di Padova rivolgeva particolare attenzione alle cardiopatie congenite, trascurate nella maggioranza degli Ospedali generali italiani. In tre anni si osservavano gran parte delle più comuni, ma persino più

rare, cardiopatie congenite. Il Prof. Sergio Dalla Volta raccomandava attenzione per la prevenzione e la diagnosi della embolia polmonare, affezione anch'essa trascurata in quel periodo. Il cateterismo cardiaco era, ovviamente, ampiamente impiegato nell'Istituto cardiologico padovano. Nel mio ricordo non posso trascurare certamente la vasta cultura generale di Sergio Dalla Volta. In una pausa dei lavori scientifici, in Egitto - Il Cairo -, prima della visita al Museo Egizio, fu sua una breve elegante illustrazione (ricordo le sue parole) di "una antica civiltà che anticipa la nostra civiltà". L'ho avuto ospite in due Convegni Cardiologici organizzati a Cosenza, la mia città. Gli ho fatto omaggio di un libro sulla Calabria ("Old Calabria" di Norman Douglas). Il Prof. Dalla Volta lo ha decisamente e sinceramente gradito. Ma già lo conosceva, persino nei particolari. Rimpiangiamo e ricordiamo un Maestro. Nella didattica, per la facilità e semplicità con cui ha trasmesso il suo pensiero e le sue conoscenze. Per la tempestività con cui ha applicato nella pratica clinica i progressi scientifici e tecnologici, rispettando sempre rigorosamente la "metodologia clinica".♥





www.digitalanmco.it

51° Congresso Nazionale Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri





AGENDA

FACULTY & PRESENTER

PARTNER

STAMPA

ANMCO WORLD

Acced

51° Congresso Nazionale ANMCO

La Cardiologia di Genere





02 0





COSA C'È DI NUOVO7

Al via il 51° Congresso dell'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri



TRA I RELATORI DI ANMCO 2020



DOTT. SALVATORE DI ROSA

AGRIGENTO



DOTT. ALBERTO AIMO

PISA



DOTT. MASSIMILIANO VISCONTI

TORINO

AGENDA DEL CONGRESSO

27

28

Venerdi

29

Sabato

