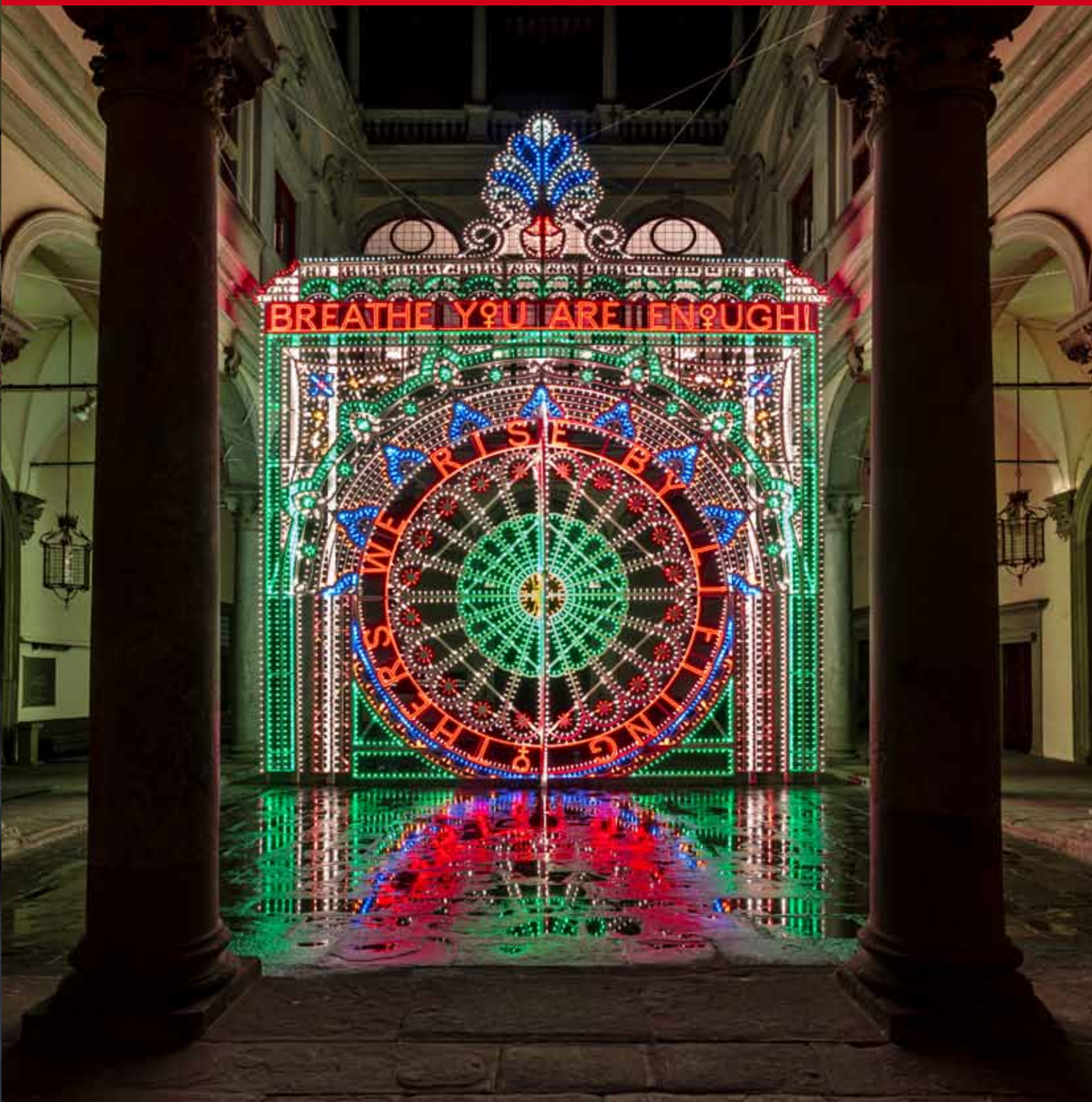
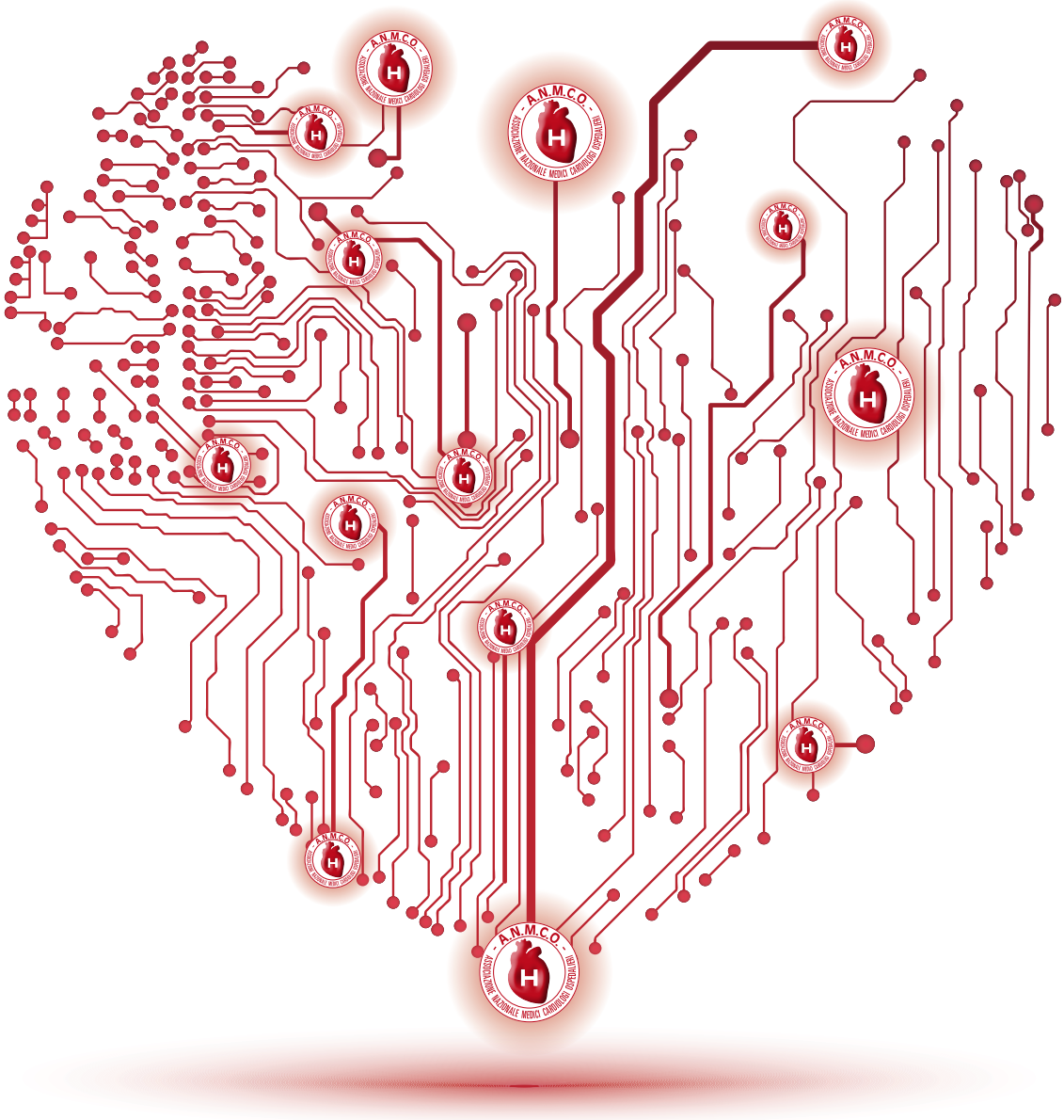
Cardiologia negli Ospedali

NOVEMBRE / DICEMBRE 2020 N° 238

Rivista dell'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri – ANMCO



ANMCO IL PROGRESSO 2021 NEL CUORE



52° Congresso Nazionale

Associazione Nazionale
Medici Cardiologi Ospedalieri

www.anmco.it

PALACONGRESSI
RIMINI
20 • 22
MAGGIO
2021

COME PRIMA, PIÙ DI PRIMA

Marinella Senatore,
"We Rise by Lifting Others", 2020 ©
Photography by Ela Bialkowska,
OKNOstudio.
Courtesy Fondazione Palazzo Strozzi, Firenze

N. 238
novembre / dicembre 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

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

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

Stampa
Tipografia Il Bandino
Firenze

Progetto grafico e
impaginazione
Studio Mirannalti - Fiesole

EDITORIALE
Editoriale p.4
di Manlio Cipriani

DAL PRESIDENTE
Il 2020 non smette di essere un anno critico: aggiornamenti sulle attività ANMCO p.6
di Domenico Gabrielli a nome del Consiglio Direttivo ANMCO

DALLA ITALIAN FEDERATION OF CARDIOLOGY
Dall'anno del COVID-19 cinque lezioni per la gestione della cronicità negli anni '20 p.12
di Stefano Urbinati

DAL CENTRO STUDI DELLA FONDAZIONE PER IL TUO CUORE

Il punto sugli Studi Clinici del Centro Studi della Fondazione per il Tuo cuore p.15
a cura del Centro Studi

DALLE AREE
AREA CARDIOIMAGING

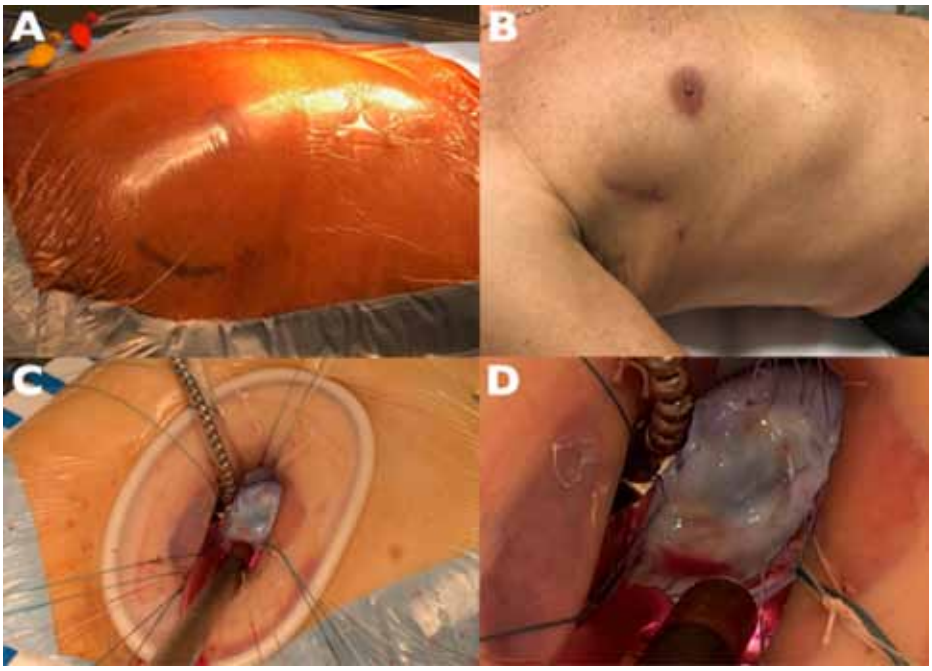
Ecocardiografia e tecniche di riparazione della valvola mitrale: un connubio essenziale p.21
Giovanna Di Giannuario, Jacopo Alfonsi, Paolo Berretta, Marco Campana, Antonello D'Andrea, Pasquale Fratto, Alessia Gimelli, Mauro Iafrancesco, Georgette Khoury, Domenico Mangino, Donato Mele, Michele Murzi, Massimiliano Rizzo, Fabrizio Settepani, Antonella Maurizia Moreo, Marco Di Eusanio
a cura delle Aree CardioImaging e CardioChirurgia ANMCO

AREA NURSING

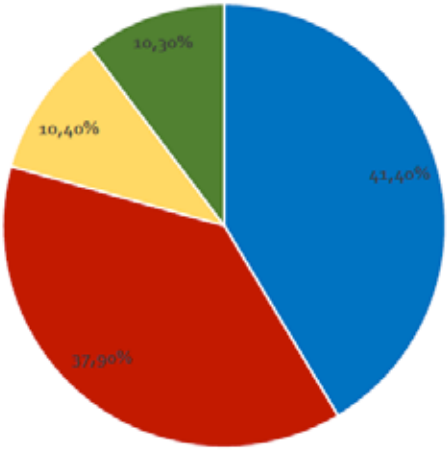
L'infermieristica cardiovascolare italiana in Europa: a tu per tu con ACNAP (Association of Cardiovascular Nursing & Allied Professions) p.24
di Michela Barisone, Donatella Radini, Doriana Frongillo, Rossella Gilardi
a nome del Comitato di Coordinamento dell'Area Nursing

DALLE REGIONI
CALABRIA

Coronavirus, è un luminare calabrese, Luigi Camporota, che ha in cura il primo ministro britannico Boris Johnson p.36
di Cosima Cloro

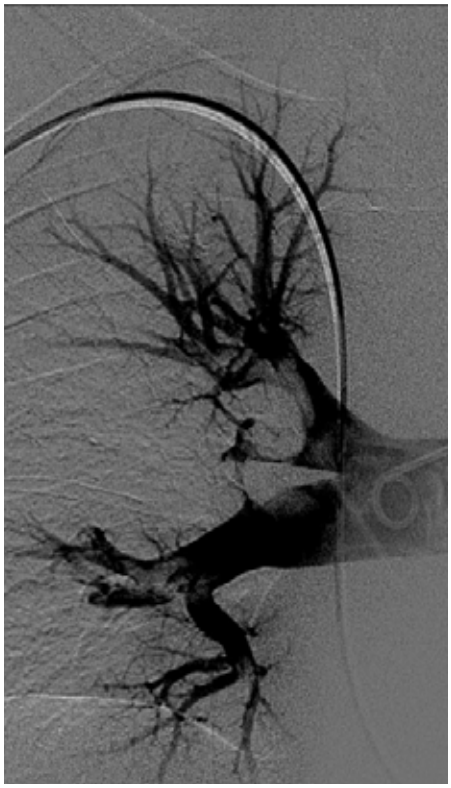


LOMBARDIA
Survey sui Percorsi del paziente Cardiologico in Lombardia, durante la fase post-acuta della pandemia da SARS-COV2 p.39
di Attilio Iacovoni, Luigi Fiocca, Benedetta De Chiara, Roberto Bonatti, Luca Ferri, Oreste Febo, Simona Pierini, Daniele Nassiacos e Giuseppe Di Tano



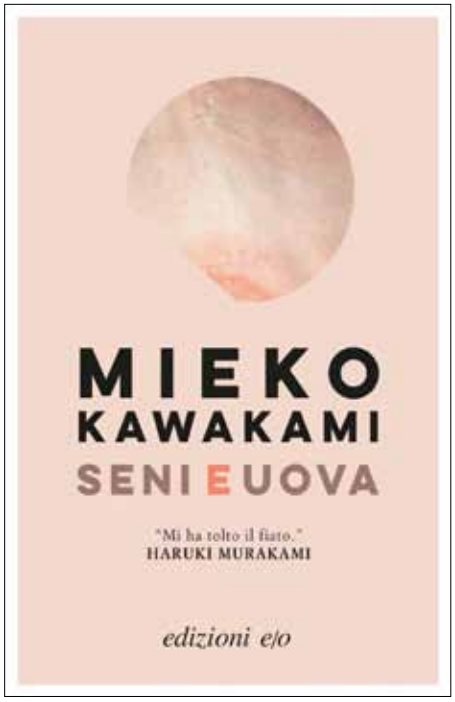
TOSCANA
Congresso Regionale ANMCO Toscana 2020: la cardiologia diventa digitale p.43
di Maria Laura Canale a nome del Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Toscana

LETTO... E COMMENTATO. ECHI DALLA LETTERATURA INTERNAZIONALE
«Pronto, il Cardiologo di guardia? Qui è il pronto soccorso... ho una sospetta embolìa polmonare in donna gravida...» p.46
di Leonardo Misuraca



FLASHBACK
Una FAVOLA p.49
di Franco Plàstina

LETTI PER VOI
Tre donne e i loro desideri nel Giappone contemporaneo p.55
di Beatrice Balduzzo



di Manlio Cipriani

Editoriale

Cari Lettori,
questo terribile e speriamo eccezionale anno sta per volgere al termine. È forse ancora troppo presto per tirare delle somme e guardarsi alle spalle così come è forse inopportuno essere ottimisti, come spesso peraltro è d'uso all'avvicinarsi di una nuova annualità, anche perché la tempesta COVID e tutt'altro che passata. È il tempo di resistere, di non mollare, di rinforzare i ranghi e di appellarsi alle energie residue pur nell'assoluta consapevolezza che la stanchezza, che è molto presente e diffusa e non solo in ambito sanitario, può e deve essere governata. L'ANMCO c'è e resiste insieme a noi. Ce lo testimoniano gli articoli del Presidente Gabrielli che ci dà un rapido aggiornamento sulle numerose iniziative e novità in corso in ANMCO e quello del Presidente IFC Stefano Urbinati per le cinque lucide "riflessioni" che ci porta a fare con lui sulla situazione attuale e sul da farsi. Nell'artico di Urbinati si legge la consapevolezza, che condivido personalmente a tutto tondo, che nulla sarà più come prima e che dobbiamo *inventarci* non solo una nuova sanità in generale nel mondo, ma anche una nuova cardiologia e questo ci riguarda più da vicino. Gli Stati Generali ANMCO di quest'anno, che hanno affrontato il problema della pandemia in corso, sono stati un primo importante inizio forse ancora embrionale e in maturazione ma la consapevolezza di dover esplorare nuove strade era già forte e sicuramente presente in tutte le diverse anime della Società. Pur in un momento in cui ci sembra difficile, inutile e forse anche inopportuno distogliere la nostra attenzione da argomenti che non siano in qualche modo strettamente connessi alla pandemia anche per la devastante e totalizzante forza di quest'ultima, *"Cardiologia negli Ospedali"* pubblica degli interessanti contributi delle nostre Aree su imaging e mitrale e sull'esperienza internazionale dell'Area Nursing a testimoniare una *resilienza* lavorativa encomiabile. Le Regioni ci testimoniano di eccellenze calabresi nella lotta alla pandemia non solo in campo cardiologico e anche la Lombardia, regione tra le più colpite, resoconta in un'interessante survey i propri dati provenienti dalle cardiologie lombarde. Questi importanti dati regionali già raccolti devono essere sicuramente incentivati, tabulati e quindi rielaborati centralmente come è abitutide consolidata ANMCO e possono rappresentare un fondamentale *humus* su cui costruire nuove strategie. Contributi scientifici e culturali incorniciano questo numero di *"Cardiologia negli Ospedali"*. La Redazione e la Segreteria tutta, il suo Direttore ed il suo Editore colgono l'occasione per augurare a tutti Voi un sereno Natale ed un felice anno nuovo.♥

Marinella Senatore,
"We Rise by Lifting Others", 2020 ©
Photography by Ela Bialkowska, OKNOstudio.
Courtesy Fondazione Palazzo Strozzi, Firenze

BREATHE YOU ARE ENOUGH!
WE RISE BY LIFTING THERS

di Domenico Gabrielli

Il 2020 non smette di essere un anno critico: aggiornamenti sulle attività ANMCO

Il Congresso ANMCO 2020

L'annuale appuntamento congressuale, che avevamo dovuto rimandare, è stato posizionato a ridosso del Congresso ESC, per i noti limiti imposti dalle Autorità in 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; la scelta temporale, a posteriori, si è dimostrata la più saggia alla luce della riaccensione epidemica successiva ed è stato un successo nei numeri complessivi, fra presenze fisiche e via web, e nel significato politico - associativo.

Presentazione alle aziende del Congresso 2021

Avvenuta in data 29 ottobre, con numerosissime presenze che stanno a testimoniare l'interesse che riscuote il nostro congresso, speriamo di riuscire al più presto a definire il programma al quale stiamo alacremente lavorando. Il congresso sarà svolto sempre in forma ibrida con aggiornamenti della piattaforma e del programma, tali da renderlo sempre più godibile e fruibile anche per chi volesse partecipare solo da remoto, prevediamo una folta presenza di ospiti internazionali e tanti giovani medici nella faculty e coinvolti a vario titolo nel congresso.

Webinar e FaD

Abbiamo implementato l'offerta formativa via web, sia preparando varie FAD, sia consentendo lo svolgimento di tante attività scientifiche regionali attraverso una piattaforma web dedicata regional.anmco.it, che abbiamo messo a disposizione degli organismi ANMCO affrontando, nonostante i tempi, un investimento importante che riteniamo però necessario per favorire il funzionamento della associazione. Abbiamo prodotto un numero importante di FAD e webinar come si può vedere dall'elenco dei corsi.

Leadership

Continua il corso di leadership con grande successo, purtroppo le ultime sessioni si sono dovute tenere solo in forma web per le restrizioni legislative; le attività riprenderanno il prossimo anno, speriamo de visu.

Campagne Educazionali Nazionali

FAD amiloidosi e Fabry è proseguita seppur in formato FAD, ma con grande successo di pubblico, visto l'interesse dell'argomento.

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO

Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri

Corso executive in "Leadership e direzione dell'ambito cardiologico: programma avanzato di formazione manageriale per clinical leaders"

III MODULO

LA RAZIONALITÀ ECONOMICA: DECISIONI E MECCANISMI IN SANITÀ
22 - 24 ottobre 2020

Con riferimento all'art. 5 della "Delibera emergenza epidemiologica da Covid-19" del 10 giugno 2020, per motivi inerenti lo stato di emergenza sanitaria ed in ottemperanza a quanto definito dal DPCM in vigore, si discenti è data la possibilità di partecipare all'evento da remoto tramite il link http://ecm.anmco.it/

GIOVEDÌ 22 OTTOBRE 2020

I SESSIONE - 14.00 - 20.00

- **13.30** **Registrazione dei partecipanti**
- **14.00** Introduzione — **Gianfranco Gensini (Firenze)**, **Giovanni Gregorio (Vallo della Lucania)**
- **14.30** Principi di economia sanitaria — **Federico Lega (Milano)**
- **15.50** Discussione
- **16.30** Programmazione ed acquisizione delle attrezzature — **Federico Lega (Milano)**
- **17.10** La Scheda di Dimissione Ospedaliera e i DRG — **Federico Lega (Milano)**
- **18.00** Discussione
- **18.40** Principi di risk management — **Federico Lega (Milano)**
- **19.20** Riflessioni della prima giornata e approfondimenti sui temi tratti — **Giovanni Gregorio (Vallo della Lucania)**, **Federico Lega (Milano)**
- **20.00** Fine lavori

VENERDÌ 23 OTTOBRE 2020

II SESSIONE - 9.00 - 13.00

- **9.00** Economia sanitaria e management — **Federico Lega (Milano)**
- **10.30** Health Tecnology Assessment: principi e applicazioni — **Federico Lega (Milano)**
- **12.00** Discussione

III SESSIONE - 14.00 - 20.00

- **14.00** I costi: misurazione e governo — **Massimo Annicchiarico (Roma)**, **Federico Lega (Milano)**
- **15.00** I sistemi di finanziamento — **Massimo Annicchiarico (Roma)**, **Federico Lega (Milano)**
- **16.00** Discussione
- **17.00** Il controllo di gestione e il budget — **Federico Lega (Milano)**
- **18.00** La misurazione dell'output — **Federico Lega (Milano)**
- **19.00** Riflessioni della seconda giornata e approfondimenti sui temi tratti — **Giovanni Gregorio (Vallo della Lucania)**, **Federico Lega (Milano)**
- **20.00** Fine lavori

SABATO 24 OTTOBRE 2020

IV SESSIONE - 9.30 - 13.00

- **9.30** Testimonianza del Direttore Generale — **Federico Lega (Milano)**
- **11.30** Riflessioni e conclusioni del modulo — **Giovanni Gregorio (Vallo della Lucania)**, **Federico Lega (Milano)**
- **12.30** **Compilazione questionario ECM**

SEGRETERIA SCIENTIFICA, PROVIDER E.C.M. ANMCO E SEDE DEL CORSO
Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri
Via A. La Marmora, 35 - 50121 Firenze
Tel. +39 055 5101365 - Fax +39 055 5101350
segreteria@anmco.it - www.anmco.it

CREDITI E.C.M.
All'evento sono stati assegnati 19 crediti formativi. Per ottenere l'attribuzione dei crediti E.C.M. è necessario **partecipare ad almeno il 90% della durata dei lavori scientifici per i quali è prevista la verifica della presenza, compilare completamente il fascicolo E.C.M., rispondere correttamente ad almeno il 75% delle domande.**

A conclusione dell'attività formativa sarà rilasciato un attestato di partecipazione, mentre il certificato riportante i crediti E.C.M. sarà inviato successivamente al completamento della procedura di validazione.

Con il contributo incondizionato di

Seconda Giornata del Cardiologo Ospedaliero

Abbiamo poi deciso di proclamare per il 10 dicembre la **Seconda Giornata Nazionale del Cardiologo** in concomitanza con il lancio della **Campagna "Contro il COVID - 19 (e) per il Cuore al Servizio del Paese"**. I medici Cardiologi ospedalieri, che in questi mesi hanno saputo fronteggiare la crisi pandemica con professionalità e con coraggio, sono riusciti a dimostrarsi indispensabili anche per il Servizio Sanitario Nazionale, pur se fortemente provati dall'emergenza del virus. Come sappiamo i problemi del cuore, nonostante rappresentino tutt'ora la prima causa di morte nei Paesi industrializzati, rischiano di passare in secondo piano negli ultimi mesi a

Portale del Provider ECM ANMCO dedicato ai corsi di Formazione a Distanza - FaD

CORSI FAD ANMCO 2020 – 2021 http://ecm.anmco.it/

FAD ASINCRONA "**GESTIONE CLINICA DEL LE MALATTIE DEL PERICARDIO**"
Periodo: dal 1/2/2020 al 31/12/2020 - crediti formativi: 10

FAD ASINCRONA "**IMPARARE L'ECO POLMONARE DURANTE LA PANDEMIA DI COVID-19 OVVERO COME FARE L'ECOGRAFIA TORACICA, I QUADRI NORMALI, GLI ASPETTI PATOLOGICI CON CASI CLINICI E L'ANALISI DEI PAZIENTI COVID-19 SOSPETTI O CERTI**"
Periodo: dal 3/6/2020 al 30/3/2021 - crediti formativi: 11.7

FAD SINCRONA "**LA GESTIONE DELLE OPERATIONS IN DISTANCE ANCHE IN CONTESTI PANDEMICI. L'ESPERIENZA COVID-19**"
Periodo: 2-3/7/2020 - crediti formativi: 10,8

FAD SINCRONA "**LA GESTIONE DELLE OPERATIONS IN DISTANCE ANCHE IN CONTESTI PANDEMICI. L'ESPERIENZA COVID-19**"
Periodo: 2-3/7/2020 - crediti formativi: 10,8

FAD ASINCRONA "**AMILOIDOSI & FABRY**" – 1° parte
Periodo: dal 6/7/2020 al 30/4/2021 - crediti formativi: 12

FAD ASINCRONA "**AMILOIDOSI & FABRY**" – 2° parte
Periodo: dal 6/7/2020 al 30/4/2021 - crediti formativi: 13

FAD SINCRONA "**COVID-19 E L'ORGANIZZAZIONE DI OSPEDALI E AMBULATORI. LE PATOLOGIE CARDIOCEREBROVASCOLARI NON RESTANO A CASA...**"
Periodo: 4/8/2020 - crediti formativi: 3.6

FAD SINCRONA "**CUORE VASI E CERVELLO: I DANNI DA COVID-19**"
Periodo: 24/9/2020 - crediti formativi: 3.6

FAD ASINCRONA "**COVID-19: L'ORGANIZZAZIONE DI OSPEDALI E AMBULATORI E I DANNI SU CUORE, VASI E CERVELLO**"
Periodo: dal 1/10/2020 al 31/12/2020 - crediti formativi: 5.2

FAD ASINCRONA "**FA & ANTICOAGULANTI: TRA SETTING DI PAZIENTI NOTI E NUOVI ORIZZONTI DA CONSIDERARE. FOCUS SU DABIGATRAN**"
Periodo: dal 1/10/2020 al 31/12/2020 - crediti formativi: 3

FAD SINCRONA "**BLITZ COVID-19**"
Periodo: 6/11/2020 - crediti formativi: 3.6

FAD ASINCRONA "**BLITZ COVID-19**"
Periodo: dal 10/11/2020 al 15/11/2021 - crediti formativi: 2.6

FAD SINCRONA "**LA LETTERA DI DIMISSIONE NEL PAZIENTE CON EMBOLIA POLMONARE E IL CORRETTO FOLLOW-UP AMBULATORIALE**"
Periodo: 14/12/2020 - crediti formativi: 1.5

FAD SINCRONA "**GESTIONE DELL'NSTEMI IN EPOCA COVID LE NOVITÀ DELLE LINEE GUIDA ESC 2020**"
Periodo: 15/12/2020 - crediti formativi: 3,3

FAD SINCRONA "**NUOVE OPPORTUNITA' DI CURA DIABETOLOGICHE NEL PAZIENTE CARDIOPATICO - II FORUM NAZIONALE DI CARDIOLOGIA CLINICA - CARDIOLOGIA IN PROGRESS**"
Periodo: 18/12/2020 - crediti formativi: 4.5

FAD SINCRONA "**DOAC: PERCORSI DI PRATICA CLINICA ALLA LUCE DELLE EVIDENZE IN PAZIENTI COMPLESSI - II FORUM NAZIONALE DI CARDIOLOGIA CLINICA - CARDIOLOGIA IN PROGRESS**"
Periodo: dal 27/12/2020 al 31/1/2021 - crediti formativi: 3

FAD SINCRONA "**IL PERCORSO DI CURA DEL PAZIENTE CON INSUFFICIENZA CARDIACA - II FORUM NAZIONALE DI CARDIOLOGIA CLINICA - CARDIOLOGIA IN PROGRESS**"
Periodo: dal 27/12/2020 al 31/1/2021 - crediti formativi: 2

FAD SINCRONA "**LE SFIDE DEL CARDIOLOGO NELLA GESTIONE DEL PAZIENTE AD ALTO RISCHIO - II FORUM NAZIONALE DI CARDIOLOGIA CLINICA - CARDIOLOGIA IN PROGRESS**"
Periodo: dal 4/1/2021 al 31/5/2021 - crediti formativi: 4

CORSI FAD CONGRESSO ANMCO 2020 http://ecm.anmco.it/

FAD 1 SINCRONA "**DALLA PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE AL TRATTAMENTO DELLA IPERTENSIONE, CON UN OCCHIO ALLE MALATTIE RARE**"
Periodo: 27 /8/2020 2020 – crediti: 4.5

FAD 2 SINCRONA "**LA RIVOLUZIONE DEGLI ANTICORPO MONOCLONALI ANTIPCSK9: QUALI CONOSCENZE DOPO TRE ANNI DI ESPERIENZA CLINICA**"
Periodo: 27 /8/2020 2020 – crediti: 1.5

FAD 3 SINCRONA "**PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE E RIDUZIONE DEL RISCHIO CLINICO A TUTTO TONDO FINO AL TRATTAMENTO DELLA STENOSI AORTICA**"
Periodo: 27 /8/2020 2020 – crediti: 4.5

FAD 4 SINCRONA "**I DOAC (RIVAROXABAN) NEL PAZIENTE COMPLESSO: PERCORSI DI PRATICA CLINICA ALLA LUCE DELLE EVIDENZE**"
Periodo: 27 /8/2020 2020 – crediti: 1.5

FAD 5 SINCRONA "**SCOMPENSO CARDIACO UNA NUOVA ERA. LE TROPONINE HS: QUESTE SCONOSCIUTE**"
Periodo: 27 /8/2020 2020 – crediti: 3

FAD 6 SINCRONA "**DIABETE, SCOMPENSO CARDIACO E ALTO RISCHIO CARDIOVASCOLARE**"
Periodo: 27 /8/2020 2020 – crediti: 3

FAD 21 ASINCRONA "**CARDIONCOLOGIA: UPDATE 2020**"
Periodo: dal 27/7/2020 al 31/ 2020 3

FAD 7 SINCRONA "**SCOMPENSO CARDIACO, RISCHIO CARDIOVASCOLARE, AMILOIDOSI CARDIACA, SENZA DIMENTICARE L'IMPORTANZA DELLA ADERENZA TERAPEUTICA**"
Periodo: 28 /8/2020 2020 – crediti: 4.5

FAD 8 SINCRONA "**PREVENIRE È MEGLIO CHE CURARE: LE SFIDE DEL CARDIOLOGO NELLA GESTIONE DEL PAZIENTE AD ALTO RISCHIO**"
Periodo: 28 /8/2020 2020 – crediti: 1.5

FAD 9 SINCRONA "**CHRONIC CORONARY SYNDROMES**"
Periodo: 28 /8/2020 2020 – crediti: 1.5

FAD 10 SINCRONA "**VECCHI FARMACI E NUOVE INDICAZIONI, ANTICOAGULANTI ORALI E INDICAZIONI DIFFERENZIATE**"
Periodo: 28 /8/2020 2020 – crediti: 3

http://ecm.anmco.it

FAD 11 SINCRONA **"PROTEZIONE ANTITROMBOTICA PER IL PAZIENTE AD ALTO RISCHIO ISCHEMICO: QUANDO COME E CHI TRATTARE"**
Periodo: 28 /8/2020 2020 – crediti: 1.5

FAD 12 SINCRONA **"IL PASSATO E IL PRESENTE DELLA TERAPIA DELLO SCOMPENSO CARDIACO, CON UNO SGUARDO AL FUTURO DEL SSN"**
Periodo: 28 /8/2020 2020 – crediti: 4.5

FAD 13 SINCRONA **"DIABETE MELLITO E SCOMPENSO CARDIACO: LE STRADE SI INCROCIANO"**
Periodo: 28 /8/2020 2020 – crediti: 1.5

FAD 14 SINCRONA **"ATEROTROMBOSI E COMPLESSITÀ DEL PAZIENTE: DAI TRIAL AL MONDO REALE"**
Periodo: 28 /8/2020 2020 – crediti: 1.5

FAD 15 SINCRONA **"UN TEMA RICORRENTE, LA PERICARDITE RECIDIVANTE E UN TEMA SPERIAMO UNICO NELLA STORIA, LA PANDEMIA DA SARS-CoV2"**
Periodo: 29 /8/2020 2020 – crediti: 3.6

FAD 16 SINCRONA **"FA & ANTICOAGULANTI: TRA SETTING DI PAZIENTI NOTI E NUOVI ORIZZONTI DA CONSIDERARE. FOCUS SU DABIGATRAN"**
Periodo: 29 /8/2020 2020 – crediti: 1.5

FAD 17 SINCRONA **"DALLE PATOLOGIE RARE A QUELLE PIÙ COMUNI: CARDIOMIOPATIE, SINDROMI CORONARICHE CRONICHE E L'ALLEANZA CARDIOLOGO CLINICO-INTERVENTISTA"**
Periodo: 29 /8/2020 2020 – crediti: 6

FAD 18 SINCRONA **"SCOMPENSO CARDIACO, ONCOLOGIA E DIABETE: NON SOLO CARDIOLOGO, ONCOLOGO E DIABETOLOGO"**
Periodo: 29 /8/2020 2020 – crediti: 3

FAD 19 SINCRONA **"GESTIONE PRATICA DELLA TERAPIA ANTICOAGULANTE: LA COMPLESSITÀ DELLA GESTIONE CLINICA"**
Periodo: 29 /8/2020 2020 – crediti: 1.5

FAD 20 SINCRONA **"NUOVE FRONTIERE: MALATTIA DI FABRY, MODULAZIONE DELLA CONTRATTILITÀ MIOCARDICA, AMILOIDOSI DA TRANSTIRETINA, ELETTROSTIMOLAZIONE"**
Periodo: 29 /8/2020 2020 – crediti: 3

CEN ANMCO RESIDENZIALI IN VIDEOCONFERENZA (FAD SINCRONE) 2020

CEN ANMCO "**AMILOIDOSI & FABRY"**
Periodo: 18/11/2020 - crediti formativi: 8

CEN ANMCO "**AMILOIDOSI & FABRY"**
Periodo: 19/11/2020 - crediti formativi: 8

Corso Executive per Clinical Leaders della Cardiologia e Cardiochirurgia

"LEADERSHIP E DIREZIONE DELL'AMBITO CARDIOLOGICO: PROGRAMMA AVANZATO DI FORMAZIONE MANAGERIALE PER CLINICAL LEADERS"

RESIDENZIALE **"LO SCENARIO DEL CONTESTO SANITARIO E LA CARDIOLOGIA"**
Periodo: 20-23/2/2020 - crediti formativi: 19

FAD ASINCRONA **"ORGANIZZARE I SERVIZI E GESTIRE I PROCESSI: LOGICHE E STRUMENTI DI GESTIONE OPERATIVA"**
Periodo: dal 23/10/2020 al 28/2/2021

RESIDENZIALE IN VIDEOCONFERENZA (FAD SINCRONA) "**LA RAZIONALITÀ ECONOMICA: DECISIONI E MECCANISMI IN SANITÀ"**
Periodo: 22-24 ottobre 2020 - crediti formativi: 19

RESIDENZIALE **"LA DISTRIBUZIONE DELLE RESPONSABILITÀ E LE SCELTE DI ORGANIZZAZIONE"**
Periodo: 21-23/1/2021

RESIDENZIALE **"ORIENTARE I COMPORTAMENTI E GESTIRE LE PERSONE"**
Periodo: 18-20/2/2021

RESIDENZIALE **"SCELTE E COMPORTAMENTI STRATEGICI PER LE CARDIOLOGIE E LA COMUNITÀ PROFESSIONALE NEL SUO INSIEME"**
Periodo: 18-20/3/2021

CONGRESSI REGIONALI ANMCO

FAD SINCRONE/ASINCRONE/ RESIDENZIALI IN VIDEOCONFERENZA 2020 https://regional.anmco.it/

FAD SINCRONA **CONGRESSO REGIONALE ANMCO TOSCANA 2020 "LA CARDIOLOGIA OSPEDALIERA TRA UN PASSATO GLORIOSO ED UN SOLIDO FUTURO"**
Periodo: 28-29/9/2020 - crediti formativi: 4.2

FAD SINCRONA **CONGRESSO REGIONALE ANMCO PIEMONTE E VALLE D'AOSTA 2020 "PROIETTATI NEL FUTURO CON LA CONSAPEVOLEZZA DEL PRESENTE E L'ESPERIENZA DEL PASSATO"**
Periodo: 1-15/10/2020 - crediti formativi: 9

FAD SINCRONA **CONGRESSO REGIONALE ANMCO SICILIA 2020 "CON LA SOLIDITÀ DELLA NOSTRA STORIA VERSO LE SFIDE DEL PRESENTE E DEL FUTURO"**
Periodo: 15-16/10/2020 - crediti formativi: 9

FAD ASINCRONA **CARDIONURSING ANMCO SICILIA 2020 "SOLIDI NELLA SCIENZA, CONIUGANDO PASSIONE ED EFFICIENZA"**
Periodo: dal 15/10/2020 al 15/12/2020 - crediti formativi: 3

RESIDENZIALE IN VIDEOCONFERENZA (FAD SINCRONA) **CONGRESSO REGIONALE ANMCO EMILIA ROMAGNA 2020 "LA CARDIOLOGIA E GLI ALTRI"**
Periodo: 13/11/2020 - crediti formativi: 4.2

FAD ASINCRONA **CONGRESSO ANMCO 2020 PUGLIA - BASILICATA**
Periodo: dal 23/11/2020 al 20/12/2020 - crediti formativi: 5

RESIDENZIALE IN VIDEOCONFERENZA (FAD SINCRONA) **CONGRESSO ANMCO LAZIO 2020**
Periodo: 10-11/12/2020 - crediti formativi: 7

causa dell'emergenza COVID; sicché, abbiamo inteso puntare ad accendere nuovamente i riflettori sull'importanza delle patologie cardiovascolari e tornare ad attribuire loro la necessaria attenzione; messaggio questo che sarà anche il cardine su cui si incentreranno i prossimi.

Stati Generali ANMCO

La XIII edizione degli Stati Generali ANMCO 2020 si è tenuta il 18 dicembre scorso mediante strumenti di videoconferenza per ottemperare alle delibere delle Autorità atte ad arginare il contagio da COVID-19. Questa edizione degli Stati Generali ha visto come argomento di discussione la riorganizzazione degli assetti strutturali ed organizzativi della Cardiologia in epoca COVID. La grande partecipazione riscossa in termini di contributi e idee da parte di tutti gli organi ANMCO verrà valorizzata in un documento in corso di stesura.

Regolamento elettorale

In vista del rinnovo delle cariche associative è stato approvato dal Consiglio Direttivo e dal Consiglio Nazionale il **Regolamento Straordinario per le Elezioni 2021** che, a causa del probabile perdurare della pandemia fino al 2021 inoltrato, si svolgeranno via web. È stata inoltre convocata l'**Assemblea Generale Straordinaria dei Soci ANMCO** per il 5 gennaio 2021 per la necessaria approvazione delle modifiche di Statuto funzionali al Regolamento stesso, onde consentire ai Consigli Direttivi Regionali di procedere con tranquillità alla indizione delle Assemblee Regionali elettive e successivamente alle Elezioni Nazionali, da prevedere, a prescindere dal Congresso Nazionale, entro il mese di maggio 2021.

Campagna Educazionale Nazionale ANMCO

Campagna Educazionale Nazionale ANMCO

Position Paper ANMCO

Siamo in corso di redazione di un Position Paper incentrato sulle SCA NSTEMI per consentire una declinazione più vicina alla realtà italiana delle LLGG europee 2020 sull'argomento e dare anche una rete di protezione ai cardiologi per quanto riguarda alcuni punti che sono obiettivamente di difficile attuazione pratica.

Rete Centri Amiloidosi e Fabry

ANMCO e SIC stanno cercando di creare e coordinare una **Rete Italiana dei Centri che si interessano di Amiloidosi Cardiaca e Malattia di Fabry.** Gli scopi della Rete sono scientifici, organizzativi e di ottimizzazione della cura per i pazienti affetti da patologie che, erroneamente ritenuta rare, stanno rivelandosi in realtà più frequenti del previsto, ma sotto diagnosticate.

Gli scopi della Rete sono almeno cinque:

- mettere in contatto fra di loro tutti i clinici e i ricercatori che si interessano di tali patologie per favorire lo scambio di informazioni e di idee;
- creare e gestire attività didattiche di aggiornamento;
- costituire una piattaforma per studi clinici e farmacologici prospettici da gestire autonomamente o in collaborazione con le industrie interessate;
- generare dati epidemiologici (prevalenza e incidenza) necessari per interagire con gli enti regolatori (AIFA) ed ottenere rapidamente le autorizzazioni alla prescrizione rimborsata dei nuovi farmaci "disease modifying";
- interagire in maniera organica con le altre Società Scientifiche coinvolte nella ricerca e nella cura.

I centri ospedalieri hanno risposto entusiasticamente alla nostra richiesta, cosa che ci fa ben sperare per il prosieguo. Chiudo queste brevi note augurando a tutti un sereno santo Natale e un felice anno nuovo, a presto. ♥

Desideriamo augurare a Voi e ai Vostri cari un sereno Santo Natale, pur nella sua particolarità. Che il nuovo anno allontani questo difficile e terribile momento e sia foriero di un ritorno alla vita normale ricca di successi personali e professionali.

Buon Natale e sereno anno nuovo

Domenico Gabrielli
Presidente ANMCO a nome del Consiglio Direttivo

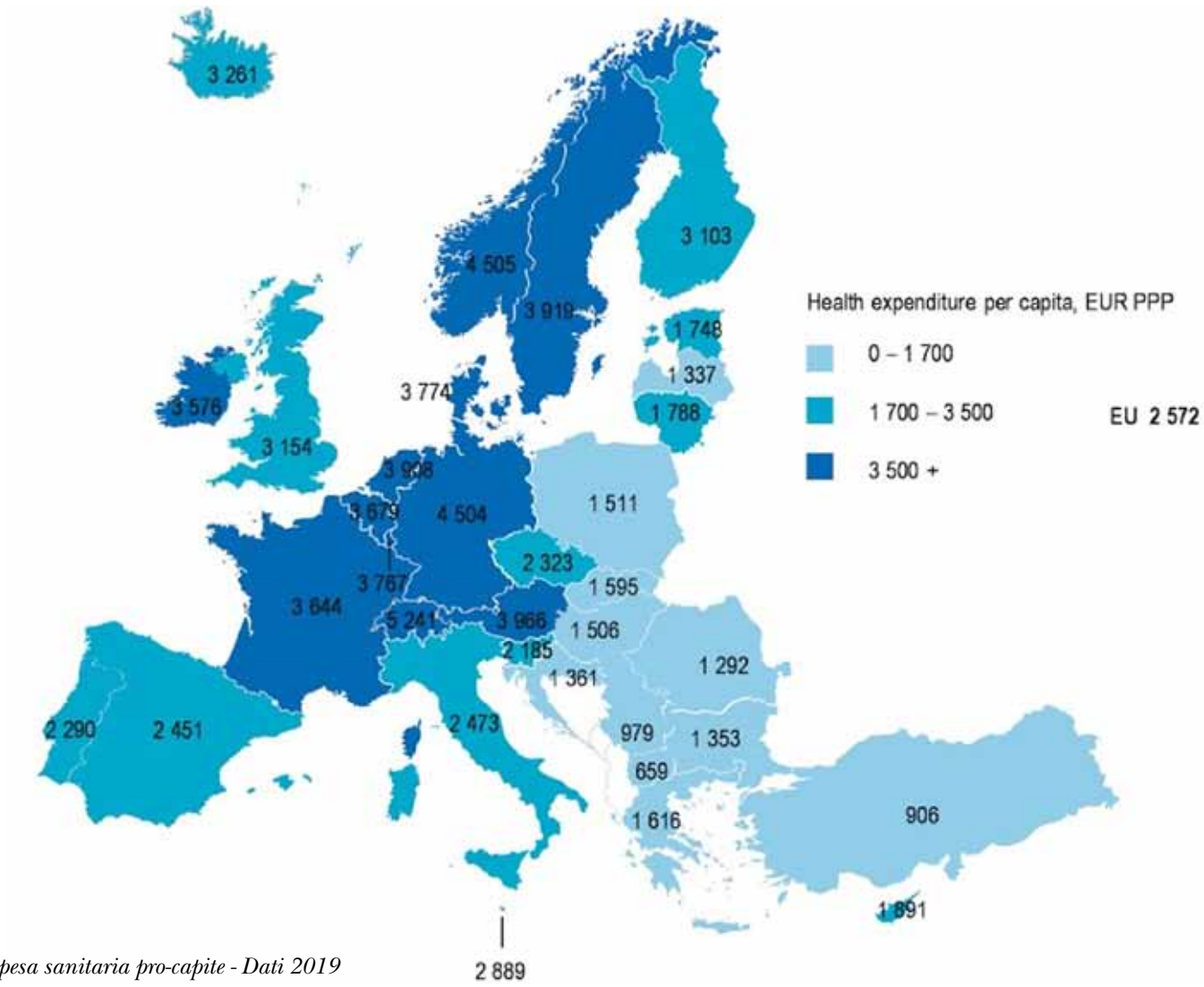
di Stefano Urbinati

Dall'anno del COVID - 19 cinque lezioni per la gestione della cronicità negli anni '20

Il 2020 sta finendo e mai come quest'anno speriamo di voltare pagina, dopo avere vissuto dieci mesi ostaggi del Covid - 19, da quel weekend del 21 febbraio, quando la pandemia scoppiò nel nostra paese segnando uno spartiacque tra un prima e un dopo. Quello che è successo, per tutti i sistemi sanitari, ha rappresentato uno stress test, per usare un termine utilizzato in ambito economico, che ha rivelato punti di forza e di debolezza. Ma, come diceva Winston Churchill <<*Non permettiamo che una crisi vada sprecata*>>, cioè impariamo dalle crisi a correggere i nostri errori e a prepararci per gli anni che verranno, cercando di diventare adeguati rispetto alla realtà e più attrezzati rispetto agli eventi imprevisti. Proviamo ad immaginare, per quando tutto sarà finito, cosa abbiamo appreso e cosa dovrebbe cambiare nella gestione dei pazienti cronici, come quelli con scompenso cardiaco che rappresentano un caso emblematico per l'età elevata, le frequenti riospedalizzazioni (+ 40% negli ultimi 5 anni), la necessità di esami frequenti, di farmaci e di programmi di assistenza. L'esperienza maturata con la loro gestione induce a ripensare il modello di welfare, dato che attualmente, nelle città del nord Italia come Bologna, tra i soggetti con scompenso ed età > 65 anni circa il 60% vive da solo e uno su tre si trova in uno stato di indigenza con ricadute drammatiche sul piano sociale, sanitario e assistenziale.
Se a questo aggiungiamo che la spesa sanitaria pro capite in Italia è una delle più basse dell'Europa occidentale si spiegano tante cose.
La pandemia, come è stato detto, ha accentuato le disuguaglianze sociali e ha comportato conseguenze più gravi proprio nelle fasce di popolazione più fragili come i pazienti con scompenso cardiaco che hanno presentato una mortalità da Covid - 19 più che raddoppiata rispetto alla popolazione di controllo.

Prima lezione. Un sistema sanitario basato sulle prestazioni, anche se eccellenti, non è più adeguato.
Le cose stavano cambiando e la pandemia ha accelerato questo processo. Le eccellenze vanno integrate con le reti cliniche e assistenziali per la gestione del paziente cronico. I pazienti affetti da scompenso cardiaco in Italia sono più di un milione, i ricoveri sono 180.000 l'anno e quando un paziente viene dimesso ha una possibilità su cinque di essere ricoverato una seconda volta entro poche settimane. Il 20% di questi pazienti deve essere seguito in ambulatori dedicati, perché ci sono snodi decisionali da affrontare e trattamenti farmacologici da implementare, mentre negli altri casi, che sono la maggioranza, è necessario che se ne prenda carico il territorio con una medicina proattiva, andando a cercare i pazienti piuttosto che aspettare che si aggravino e, poichè il sistema sanitario non riesce a farsi carico di tutti, dobbiamo formare caregivers che sappiano effettuare una sorveglianza adeguata e interfacciarsi tempestivamente con il sistema sanitario, quando necessario.

Seconda lezione. Non è più rinviabile un adeguamento tecnologico che permetta agli strumenti di telemedicina di integrarsi a pieno titolo con quelli tradizionali. Questi sistemi sono tanti, non sostituiranno mai il rapporto diretto, ma sono necessari per rendere il nostro intervento più efficace e tempestivo, specialmente nei confronti dei pazienti più fragili. Dietro alla parola telemedicina si intendono tante



Spesa sanitaria pro-capite - Dati 2019

cose diverse. C'è la telefonata, che abbiamo utilizzato durante la prima ondata, quando con il lockdown totale si è spezzato il cordone ombelicale con i cittadini, e c'è la videochiamata, che può consentire di visitare i pazienti a distanza, specie i più anziani, evitando viaggi, attese e disagi, ma anche consultare esami e referti. Ci sono i portatori di devices che possiamo monitorare da remoto. E poi, per i più tecnologici, ci sono smartphone e smartwatch con cui è possibile rilevare l'ECG, documentando tempestivamente una fibrillazione atriale, la pressione arteriosa o la saturazione dell'ossigeno, con strumenti, come il telefonino o l'orologio, che non sono stati acquistati per finalità mediche. La pubblicità che le aziende produttrici hanno dato a questi sistemi di monitoraggio stanno portando verso un pericoloso fai-da-te, cioè all'automonitoraggio di parametri non sempre utili e con strumenti spesso non validati. Per questo, nell'impossibilità di governare uno scenario che non è più prerogativa solo del mondo medico, è necessario che venga al più presto aggiornata la normativa a livello europeo sul corretto uso di questi strumenti, mentre a livello nazionale è essenziale definirne gli aspetti amministrativi, assicurativi e medico-legali.

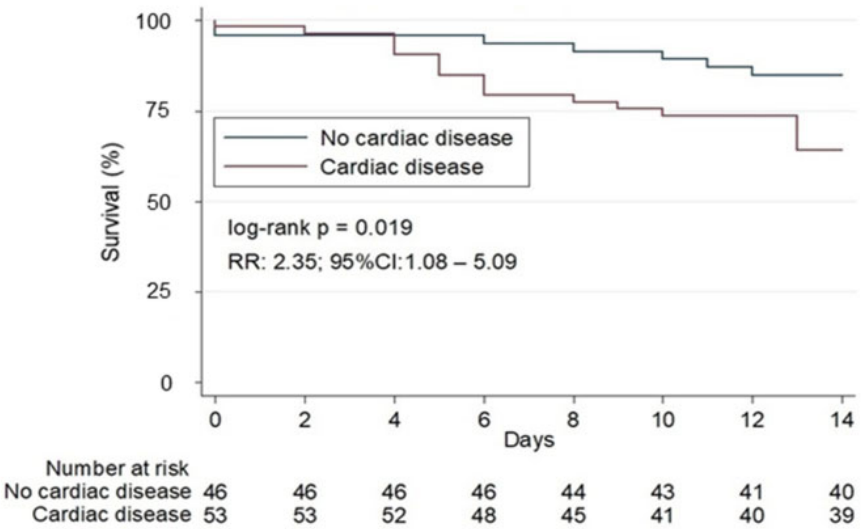
Terza lezione. La pandemia potrebbe aiutarci a dare un colpo importante alla burocratizzazione della sanità che costituisce una barriera nel rapporto tra medici e cittadini.

Opportunamente in questo periodo sono state informatizzate le procedure sulla prescrizione farmaceutica da parte dei medici di medicina generale e, dopo la proroga provvisoria dei piani terapeutici, è stata approvata la nota 97 che liberalizza l'utilizzo dei DOACs, ma c'è ancora molto da fare. Le nostre società scientifiche italiane, l'ANMCO e la SIC, si stanno efficacemente adoperando in questa direzione. È necessario che il lavoro del medico venga snellito, i piani terapeutici previsti per i farmaci innovativi semplificati, i sistemi informatici dovrebbero essere messi nelle condizioni di fare risparmiare tempo piuttosto che perderlo, e soprattutto è essenziale che i medici possano dedicare più tempo ai pazienti e meno agli adempimenti burocratici.

Quarta lezione. È arrivato il momento di lanciare un appello perché, a livello delle Regioni, partano progetti integrati di informatizzazione che permettano ai sanitari impegnati nei percorsi di cura del paziente cronico di avere accesso a tutti i suoi dati, superando l'attuale frammentarietà provocata da sistemi che non dialogano tra di loro e che limitano la continuità assistenziale, soprattutto quando si passa dall'ospedale ai servizi territoriali. D'altra parte una informatizzazione più agile dovrebbe permettere al paziente cronico, opportunamente "flaggato", di accedere in maniera facilitata ai servizi sanitari, ospedalieri e territoriali, abbattendo barriere ormai anacronistiche e permettendo ai pronto soccorso di rinviare più facilmente il paziente a basso rischio a domicilio, evitando il ricovero, se il paziente è già in carico al sistema.

Quinta lezione. Infine dobbiamo comunicare bene con i nostri pazienti per difenderli dagli imprevisti, evitando di ripetere quello che è successo durante la prima ondata della pandemia, e fortunatamente non in occasione della seconda. Infatti il lockdown e la paura, nei mesi di marzo e aprile, hanno portato ad una riduzione non solo dei ricoveri per infarto miocardico, facendo registrare una mortalità extra-ospedaliera ed ospedaliera più alta e un tasso di complicanze meccaniche che non si vedeva da decenni, ma anche quelli con scompenso cardiaco. Nell'area metropolitana di Bologna, nel trimestre marzo-maggio, abbiamo rilevato una riduzione dei ricoveri per scompenso cardiaco del 13%, con un incremento della mortalità intraospedaliera che dal 4.7% è tornata sopra al 7%, e delle riospedalizzazioni. Tutti devono essere consapevoli che la paura, in questo caso legata all'infezione, non deve fare sottovalutare i rischi che si corrono di fronte ad un sospetto infarto miocardico acuto o ad uno scompenso cardiaco. È in corso un'importante campagna di sensibilizzazione sulle gravi conseguenze del ridotto ricorso agli screening oncologici, ma la stessa cosa va denunciata con forza anche per quanto riguarda i mancati controlli in ambito cardiovascolare.

In conclusione l'attuale pandemia ha messo a dura prova il nostro sistema sanitario, dimostrando quanto sia stata imprudente la riduzione della spesa sanitaria perseguita nel corso degli anni, e ha messo in crisi molte nostre certezze, ma se imparando da quello che è successo potremo contribuire a rendere il sistema sanitario più adeguato agli attuali bisogni, questa dura esperienza potrà essere ricordata non solo per il suo impatto drammatico, ma, speriamo, anche per avere creato i presupposti per un futuro migliore.♥



Sopravvivenza in pazienti ricoverati per polmonite da COVID-19 in base alla presenza o meno di una cardiopatia (Inciardi et al. Eur Heart J 2020; 41: 1821-29)

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	5.083	30 giorni	In corso
BLITZ-AF CANCER (osservazionale)	89 (119)	800 (1.500)	633 (816)	1 anno	In corso
EMPA-KIDNEY (randomizzato)	19 (229)	500 (6.000)	15 (4.900)	Event driven	In corso
BLITZ-COVID19 (osservazionale)	47	2.000 (fase prospettica) 2.000 (fase retrospettiva)	114	nessun fw-up	In corso

FIBRILLAZIONE ATRIALE PREVENZIONE SINDROMI CORONARICHE ACUTE OUTLIERS
SCOMPENSO EMBOLIA POLMONARE INSUFFICIENZA RENALE CRONICA TUTTE LE PATOLOGIE

FOCUS ON

Studio DYDA 2 Trial

Steering Committee: Carlo Bruno Giorda (Chairman), Giovanni Cioffi (Co-Chairman), Antonio Amico, Antonino Cimino, Stefano Genovese, Sandro Gentile, Michele Massimo Gulizia, Guerrino Zuin[Ð]

Il DYDA 2 Trial studio indipendente, nazionale, multicentrico di fase III, randomizzato in doppio cieco, promosso dalla Fondazione per il Tuo cuore e dalla Fondazione AMD (Associazione Medici Diabetologi) aveva come obiettivo primario quello di valutare l'effetto di linagliptin 5 mg/die rispetto al placebo sulla funzione sistolica del ventricolo sinistro in pazienti affetti da diabete mellito di tipo 2 con geometria VS concentrica e disfunzione sistolica VS asintomatica.

Obiettivi secondari erano la valutazione della funzione diastolica del VS e della funzione sistolica longitudinale LV misurata mediante Doppler tessutale. Era inoltre prevista una valutazione della funzione sistolica anche con un'analisi effettuata attraverso lo "Speckle-Tracking Echocardiography" che consente la misurazione della contrattilità sia delle fibre circonferenziali centroparietali che longitudinali.

La funzione sistolica del VS è stata valutata con ecocardiografia transtoracica tradizionale (tecnica ecocardiografica M-mode) come percentuale dell'accorciamento delle fibre circonferenziali miocardiche presenti a livello centroparietale [midwall shortening, MFS]. Sono state analizzate le variazioni tra i valori di accorciamento di tali fibre misurati alla valutazione ecocardiografica basale con quelli misurati all'ecocardiogramma finale, effettuato a 48 settimane dalla randomizzazione.

Tra luglio 2015 e aprile 2018 stati randomizzati nel DYDA 2 188 pazienti da parte di 14 Centri diabetologici che hanno lavorato in collaborazione con i rispettivi laboratori di ecocardiografia di riferimento. Il follow-up dello studio, con visite cliniche dopo 2, 12, 24 e 48 settimane dalla randomizzazione, si è concluso ad aprile 2019. Le analisi bioumorali, ECG ed ecocardiografiche sono state effettuate centralmente.

All'ECO basale l'MFS medio è risultato pari a 13.3% ± 2.5 e alla valutazione finale a 48 settimane l'MFS è passato da 13.29 a 13.82 nel gruppo linagliptin (+4.1%) e da 13.58 a 13.84 nel gruppo placebo (+1.8%, analisi della covarianza p=0.86) con un incremento nel gruppo linagliptin 2.3 volte più alto rispetto al placebo anche se non statisticamente significativo. Anche le variazioni della funzione diastolica del VS e della funzione sistolica longitudinale LV non sono risultate diverse tra i due gruppi di trattamento. Gli eventi avversi seri e le sospensioni permanenti del farmaco sperimentale sono stati molto pochi e nella stessa percentuale tra i due gruppi di trattamento.

In conclusione, nei pazienti DYDA2 l'aggiunta del linagliptin ad una terapia antidiabetica stabile dei pazienti si è rivelata sicura ed ha evidenziato un incremento modesto, non significativo, della funzione sistolica del ventricolo sinistro misurata con l'MFS. I pazienti che hanno dimostrato il miglioramento più significativo della funzione sistolica del ventricolo sinistro sono quelli che al basale avevano il peggiore fenotipo ecocardiografico, suggerendo che il linagliptin potrebbe avere un effetto benefico nei pazienti diabetici di tipo 2 con alterazioni della funzione sistolica ventricolare sinistra più severe rispetto ai pazienti che sono stati arruolati nel DYDA 2.

References

- Giorda CB, Cioffi G, Lucci D, et al; DYDA 2 Investigators. Effects of Dipeptidyl Peptidase-4 Inhibitor Linagliptin on Left Ventricular Dysfunction in Patients with Type 2 Diabetes and Concentric Left Ventricular Geometry (the DYDA 2™ Trial). Rationale, Design, and Baseline Characteristics of the Study Population. Cardiovasc Drugs Ther. 2019; 33: 547–555;
- Cioffi G, Giorda CB, Lucci D, et al; DYDA 2 Investigators. Effects of Dipeptidyl peptidase-4 inhibitor linagliptin on left ventricular DYsfunction in patients with type 2 DiAbetes and concentric left ventricular geometry. Results of the double-blind randomized controlled DYDA 2 trial. Eur J Prev Cardiol 2020; First Published July 28, 2020 https://doi.org/10.1177/2047487320939217

Domenico Gabrielli

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

Pasquale Caldarola

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

Adriano Murrone

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

Andrea Di Lenarda

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

Furio Colivicchi

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

Serafina Valente

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

Loris Roncon

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

Vincenzo Amodeo

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

Giuseppina Maura Francese

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

Nadia Aspromonte

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

Massimo Imazio

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

Manlio Cipriani

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

Fortunato Scotto di Uccio

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

Stefano Domenicucci

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

Stefano Urbinati

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

Massimo Zecchin

AREA ARITMIE

Chairperson
Massimo Zecchin (Trieste)
Co - Chairperson
Raimondo Calvanese (Napoli)

Comitato di Coordinamento
Stefano Bardari (Pordenone)
Paolo China (Mestre - VE)
Giosuè Mascioli (Bergamo)
Carlo Pignalberi (Roma)
Consulente
Martina Nesti (Arezzo)
Giuseppe Sgarito (Palermo)

Marco Di Eusanio

AREA CARDIOCHIRURGIA

Chairperson
Marco Di Eusanio (Ancona)
Co - Chairperson
Domenico Mangino (Mestre - VE)

Comitato di Coordinamento
Paolo Berretta (Ancona)
Mauro Iafrancesco (Roma)
Michele Murzi (Massa)
Fabrizio Settepani (Milano)
Consulente
Pasquale Fratto (Reggio Calabria)

Antonella Moreo

AREA CARDIOIMAGING

Chairperson
Antonella Maurizia Moreo (Milano)
Co - Chairperson
Marco Campana (Brescia)

Comitato di Coordinamento
Antonello D'Andrea (Nocera Inferiore - SA)
Alessia Gimelli (Pisa)
Donato Mele (Ferrara)
Massimiliano Rizzo (Civitavecchia - RM)
Consulenti
Giovanna Di Giannuario (Rimini)
Georgette Khoury (Terni)

Roberta Rossini

AREA EMERGENZA - URGENZA

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

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

Stefania Di Fusco

AREA GIOVANI

Chairperson
Stefania Angela Di Fusco (Roma)
Co - Chairperson
Filippo Zilio (Trento)

Comitato di Coordinamento
Marco Malvezzi Caracciolo D'Aquino (Salerno)
Marco Flori (Urbino - PU)
Nadia Ingianni (Marsala - TP)
Luigi Pollarolo (Casale Monferrato - AL)
Consulenti
Giuseppe Galati (Milano)
Annamaria Iorio (Bergamo)

Marco Vatrano

AREA MALATTIE DEL CIRCOLO POLMONARE

Chairperson
Marco Vatrano (Catanzaro)
Co - Chairperson
Claudio Picariello (Rovigo)

Comitato di Coordinamento
Elisabetta De Tommasi (Bari)
Andrea Garascia (Milano)
Egidio Imbalzano (Messina)
Leonardo Misuraca (Grosseto)
Consulenti
Iolanda Enea (Caserta)
Maria Teresa Manes (Cosenza)

Laura Piccioni

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)

Doriana Frongillo

AREA NURSING

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

Rossella Gilardi

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 (Bari)
Consulenti
Donatella Radini (Trieste)
Ilaria Cantarella (Catania)

Daniele Grosseto

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)

Massimo Iacoviello

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)

Giovanna Di Giannuario, Jacopo Alfonsi, Paolo Berretta, Marco Campana, Antonello D'Andrea, Pasquale Fratto, Alessia Gimelli, Mauro Iafrancesco, Georgette Khoury, Domenico Mangino, Donato Mele, Michele Murzi, Massimiliano Rizzo, Fabrizio Settepani, Antonella Maurizia Moreo, Marco Di Eusanio
a cura delle Aree CardioImaging e CardioChirurgia ANMCO

Ecocardiografia e tecniche di riparazione della valvola mitrale: un connubio essenziale

La Cardiochirurgia nacque negli anni '50 con i primi interventi di correzione di cardiopatie congenite a cuore aperto ed in circolazione extracorporea. Nei due decenni successivi vennero sviluppate le tecniche cardiochirurgiche per il trattamento delle valvulopatie e della patologia coronarica. La ricerca e lo sviluppo nell'ambito della chirurgia mitralica è iniziata con l'introduzione di tecniche di commissurotomia per il trattamento della stenosi reumatica ed è proseguita con gli interventi di sostituzione valvolare con diversi tipi di protesi, meccaniche e biologiche. Da lì in poi il progresso nell'ambito della chirurgia mitralica è segnato dall'introduzione degli interventi di riparazione valvolare e dallo sviluppo di accessi mini-invasivi (ministernotomia, minitoracotomia anteriore destra e trans-ascellare) volti a ridurre il trauma chirurgico e a velocizzare il recupero post-operatorio del paziente (Figure 1 - 2). Infatti, parallelamente allo sviluppo delle metodiche ecocardiografiche, una sempre più dettagliata comprensione del meccanismo

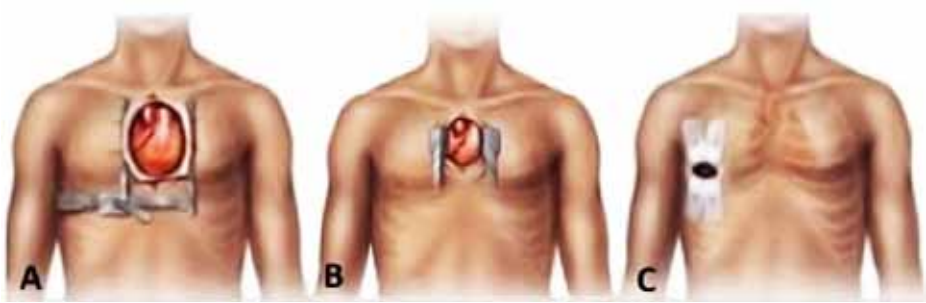


Figura 1 - Immagini dell'evoluzione delle incisioni chirurgiche dalla classica sternotomia (A) alle ministernotomia (B) e minitoracotomia destra (C)

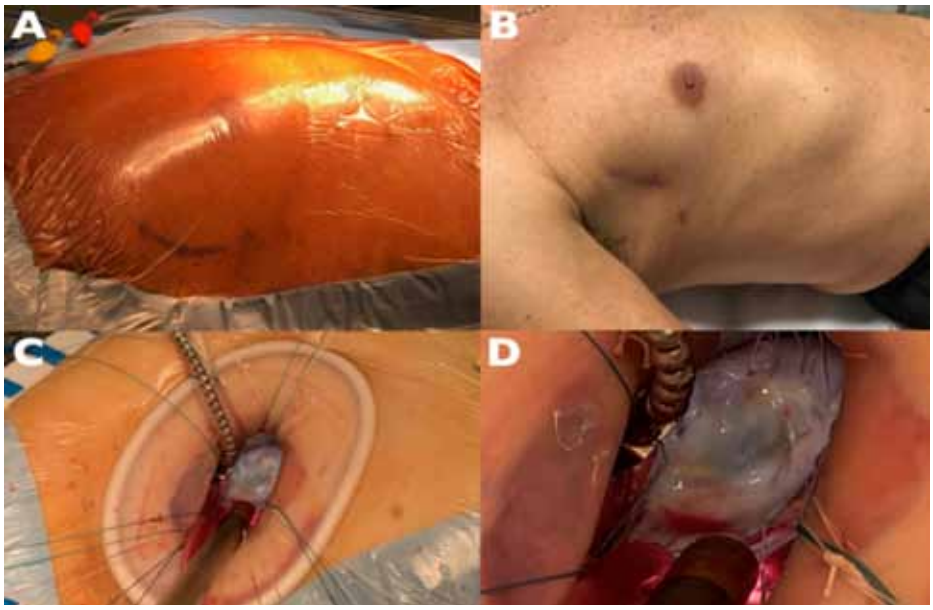


Figura 2 - Approccio chirurgico in minitoractomia destra trans-ascellare (A-B), con esposizione ottimale e visualizzazione diretta della valvola mitrale (C-D)

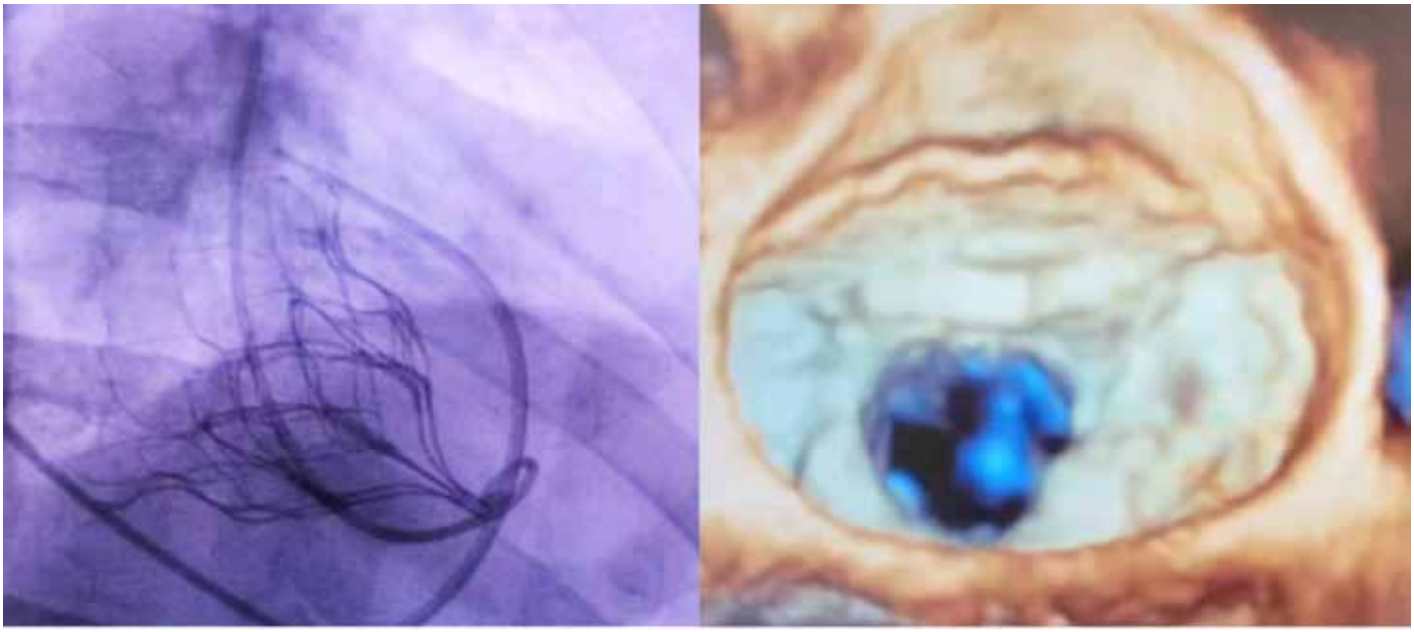


Figura 3 - Impianto di protesi mitralica per via trans - apicale

dell'insufficienza mitralica ha reso possibile lo sviluppo di numerosissime tecniche di riparazione valvolare con gesti eseguiti sull'anello valvolare, sui lembi e sull'apparato sottovalvolare (corde e muscoli papillari). Più di recente, si è assistito alla rapidissima ascesa di nuove metodiche trans-catetere a cuore battente senza circolazione extracorporea per la riparazione con clip, anello e corde e per l'impianto di protesi valvolari a mitrale (Figura 3). Di pari passo dagli anni '70 in poi anche l'ecocardiografia con le sue tecnologie e software ha assistito ad una evoluzione continua si è passati dallo m-Mode al Color Doppler, dal bidimensionale al tridimensionale e le sonde Transesofagee da monoplane sono diventate 2D multiplane fino alle più moderne sonde a matrice TEE tridimensionali. Lo sviluppo dell'imaging ecocardiografico delle valvulopatie ha seguito con innovazioni continue lo sviluppo delle nuove tecniche cardiochirurgiche e di nuovi device percutanei tanto che oggi possiamo dire che i due campi appaiono in maniera inesorabile indissolubili e complementari. Infatti per programmare la migliore scelta terapeutica di un'insufficienza mitralica di grado severo è necessario eseguire uno studio di imaging accurato, che permetta una corretta programmazione. L'ecocardiografia è sicuramente la tecnica di imaging più versatile che permette la prima analisi del paziente con insufficienza mitralica attraverso un esame ecocardiografico transtoracico. Il primo step prevede l'identificazione del tipo di insufficienza se primitiva o organica (degenerativa) o secondaria di tipo funzionale[2]. L'identificazione del meccanismo è fondamentale per scegliere la opzione terapeutica migliore per il tipo di insufficienza. L'ecocardiogramma transesofageo permette una visione più accurata dei dettagli anatomici ed i nuovi software permettono di calcolare in maniera automatica molte dimensioni e valori di riferimento (anulus, lunghezza dei lembi e angoli). Grazie alla funzione zoom 3 D è possibile osservare la valvola mitrale così come la vede il cardiochirurgo in sala operatoria con la visione cosiddetta chirurgica ("surgical view", Figura 4), che ha migliorato e reso più semplice la comunicazione tra cardiologi e cardiochirurghi. Il secondo Step prevede nel delineare bene le caratteristiche morfologiche

Figura 4 - Visione chirurgica o surgical view, immagine realizzata grazie ad una ricostruzione tridimensionale con applicazione 3D zoom sul piano valvolare mitralico, perfettamente corrispondente alla visione anatomica diretta del cardiochirurgo sul tavolo operatorio.

dell'apparato valvolare che possono influenzare la scelta terapeutica e impattare sull'out-come della terapia. Ad esempio nel caso dell'insufficienza di tipo degenerativo è importante definire se la lesione è semplice (localizzata in un solo lembo o scallop) o complessa (bi - lembo, multi.scallop, presenza di calcificazioni, tendenza all'ostruzione dinamica SAM et al) questo per orientare sul tipo di riparazione ove possibile e sul tipo di tecnica da utilizzare. Molto importante anche nella insufficienza mitralica di tipo funzionale determinare se la lesione è riparabile o non suscettibile di riparazione, determinando con l'ecocardiografia parametri importanti quali il meccanismo eziologico, gli angoli di tethering dei lembi, le calcificazioni e l'area di apertura della valvola. Anche nell'ipotesi di un trattamento percutaneo, valutando il quadro clinico del paziente ad alto rischio per la chirurgia convenzionale, l'ecocardiografia deve stabilire, l'eziologia dell'insufficienza, il grado di severità, l'anatomia dell'apparato valvolare, identificando la lesione in semplice, complessa o non suscettibile di riparazione percutanea. In un mondo in continua evoluzione sia per tecniche cardiochirurgiche che per produzione di Device innovativi per il trattamento percutaneo della valvulopatia mitralica, il ruolo dell'imaging diventa centrale con l'utilizzo degli ultimi software tridimensionali e l'ausilio qualora necessario della TAC o RMN cardiaca, per selezionare il paziente candidato ideale al miglior trattamento possibile. Infine diventa fondamentale per una corretta programmazione dell'intervento, alla luce delle possibili diverse opzioni terapeutiche, un dialogo continuo di confronto in gruppo ("Heart Team") tra: cardiochirurgo, cardiologo interventista e cardiologo esperto di imaging. ♥

Referenze

1. Cardiac valve surgery–the "French correction". Carpentier A. J Thorac Cardiovasc Surg. 1983 Sep; 86(3):323-37.
2. Serendipity and innovation: history and evolution of transthoracic echocardiography Antonino Di Franco1, Lucas B. Ohmes2, Mario Gaudino2, Lisa Q. Rong3, Leonard N. Girardi2, Filippo M. Sarullo4, Ylenia Salerno4, Silvia Sarullo5, Jonathan W. Weinsaft1, Jiwon Kim

di Michela Barisone, Donatella Radini, Doriana Frongillo e Rossella Gilardi
a nome del Comitato di Coordinamento dell'Area Nursing

L'esperienza dell'Area Nursing ANMCO

L'infermieristica cardiovascolare italiana in Europa: a tu per tu con ACNAP

L'Italia e l'Area Nursing ANMCO presentano le attività svolte alla prima riunione degli Stati membri ACNAP (Association of Cardiovascular Nursing & Allied Professions) del biennio 2020-2022

Il 2020 è un anno contrassegnato da una emergenza sanitaria che sta duramente mettendo alla prova il Sistema Sanitario Nazionale. Ma seppur nelle criticità e difficoltà organizzative, i professionisti stanno dimostrando una grande spirito resiliente nell'affrontare questa emergenza, al meglio delle loro capacità e risorse. In questo clima, così difficile e complesso, tra Aprile e Giugno di quest'anno si sono svolte le elezioni, per il rinnovo delle cariche di rappresentanza al board europeo ACNAP (Association of Cardiovascular Nursing & Allied Professions), associazione che fa capo alla Società Europea di Cardiologia (European Society of Cardiology - ESC). In questi anni, grazie all'importante lavoro svolto da colleghi competenti come Donatella Radini, l'Italia si è dimostrata essere capace e pronta, nel supportare iniziative, progettualità e attività congressuali in collaborazione con il Board europeo ACNAP.

L'Area Nursing ANMCO si è dimostrata essere capace e pronta, nel supportare iniziative, progettualità e attività congressuali in collaborazione con il Board europeo ACNAP

Michela Barisone, attualmente Co-Chairperson dell'Area Nursing è stata eletta Councillor Representing Nursing per il biennio 2020-2022. Per la prima volta dall'istituzione dell'Associazione, l'Italia ottiene il conferimento di un incarico importante in rappresentanza degli infermieri in ambito cardiovascolare di tutta l'Europa e degli Stati membri (Figura 1). Questo ruolo prevede nello specifico di mantenere le relazioni e gli aggiornamenti sulle progettualità e iniziative di ACNAP con i rappresentanti delle principali Società scientifiche degli Stati membri, al fine di allineare le competenze infermieristiche in ambito cardiovascolare. La mission dell'Associazione ACNAP per il biennio 2020-2022 è quello di

Figura 1 - Mappa dei paesi membri ACNAP

costruire l'eccellenza nell'assistenza cardiovascolare attraverso il supporto nella pratica, formazione e ricerca dell'infermieristica e delle professioni alleate. Le azioni vengono quindi sinergicamente convogliate, attraverso specifiche task force, per il raggiungimento di questo importante obiettivo (Figura 2). Il 19 e 20 Ottobre 2020, si sono svolti i primi incontri, in via telematica a causa dell'emergenza sanitaria, con i Paesi degli Stati membri. In queste due giornate, è stato formalmente effettuato il passaggio di presidenza da Lynne Hunterbuchner (Austria) Past President Councillor Nurse a Michela Barisone, nuova Presidente per il prossimo biennio. Sempre in questa occasione è stata presentata l'Area Nursing ANMCO, nelle sue attività e progettualità attuate fino ad oggi e le principali iniziative svolte nei congressi annuali in questi ultimi anni, sottolineando l'importanza di mantenere aggiornate le competenze degli infermieri di cardiologia attraverso le sessioni di Clinical Competence. La formazione e il mantenimento delle competenze e il relativo aggiornamento è infatti un punto di unione con il board europeo e uno dei punti focali su cui si concentra l'attività dell'Associazione Europea. Per gli iscritti infatti sono organizzate diverse iniziative, tra cui i webinar, per sostenere il confronto e l'apprendimento di alcune aree specifiche come lo scompenso cardiaco, strategie di prevenzione primaria e secondaria per le malattie cardiovascolari, l'importanza di uno stile di vita sano, il coinvolgimento del paziente nel piano di cura, strategie educative per i pazienti, diabete, ecc. Questi sono solo alcuni dei topics affrontati e discussi con gli specialisti del settore. Una ulteriore opportunità messa in campo da ACNAP è quella di supportare la ricerca infermieristica attraverso momenti di confronto (attività di peer review) con degli esperti, professori che insegnano e svolgono le loro attività scientifiche nelle più importanti e prestigiose Università europee ma non solo. Tra le più rilevanti citiamo l'Università di Oxford (UK), l'Università di Adelaide (Australia), l'Università di Linköping (Svezia),

L'Italia e l'Area Nursing ANMCO a pieno titolo nel board europeo ACNAP

Il 2020 a livello globale è un anno particolarmente critico e difficile, non solo per i cittadini ma anche per i professionisti della salute a causa dell'emergenza sanitaria da SARS-COV-2 più nota come COVID-19

In questo clima di alta pressione organizzativa e criticità assistenziale, le attività scientifiche vanno avanti con forza e l'Italia già rappresentata, entra per la prima volta dall'istituzione di ACNAP (Association of Cardiovascular Nursing & Allied Professions) ufficialmente nel board europeo

Position	Name	Country
Councillor representing nursing	Michela Barisone	Italy
Councillor representing allied professions	Sotiris Antoniou	United Kingdom
Congress Programme Committee Chair	Jennifer Jones	United Kingdom
Membership Pilar Chair	Catherine Ross	United Kingdom
Education Committee Chair	Lynne Hinterbuchner	Austria
Science Committee Chair	Julie Sanders	United Kingdom
Advocacy Committee Chair	Tina Hansen	Denmark
Communication Committee Chair	Leonie Klompstra	Sweden
YoCo Committee Chair	Lien Desteghe	Belgium
Task Force on Allied Professions, Ex-officio	Maria Back	Sweden
ESC CEO, Ex-officio	Isabel Bardinet	France

Figura 2 - Introduzione dei nuovi Presidenti di commissione per il biennio 2020-2022

l'Università di Leuven (Belgio), ecc. Attraverso questi incontri denominati "speed mentoring", che vengono svolti abitualmente anche durante le sessioni dei congressi ESC, si possono discutere idee e progetti di ricerca che hanno come focus la fibrillazione atriale, scompenso cardiaco, emodinamica ed elettrofisiologia, prevenzione e riabilitazione, cure palliative e patient engagement. Questi sono solo alcuni dei focus con cui è possibile confrontarsi. È importante quindi favorire la divulgazione di queste iniziative, attraverso le Società scientifiche nazionali al fine di favorire la cultura dell'infermieristica cardiovascolare in un'ottica di integrazione e visione europea. La sezione Nursing ANMCO attraverso la sua costante attività di collaborazione con le Task Force dell'ANMCO ha contribuito alla stesura di importanti paper e documenti di consenso molto apprezzati dagli altri paesi degli Stati membri. Questo risultato di gradimento del lavoro svolto costituisce un momento di rinforzo per l'Area Nursing in quanto totalmente in linea con quello che è l'obiettivo principale dell'Area, cioè promuovere iniziative e documenti scientifici rivolti ai professionisti per favorire buone pratiche sanitarie nel campo dell'assistenza infermieristica, cura, prevenzione e riabilitazione delle malattie cardiovascolari. Attraverso progetti e iniziative finalizzate all'organizzazione della cura, formazione, promozione e realizzazione di studi e ricerche, nell'applicazione e implementazione di standard e linee guida, l'Area intende, così come il Board europeo sostenere la formazione e aggiornamento dei professionisti, sempre con lo sguardo rivolto alle migliori evidenze a disposizione. L'area si propone per il futuro di divulgare a livello internazionale le pubblicazioni e i Documenti ANMCO di interesse anche infermieristico traducendoli in Inglese. Un ringraziamento particolare a Donatella Radini per l'ottimo lavoro svolto in Europa e in "bocca al lupo" a Michela Barisone per il suo mandato in ACNAP. ♥

La formazione e il mantenimento delle competenze e il relativo aggiornamento è infatti un punto di unione con il board europeo

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

Cosimo Napoletano

ABRUZZO
Presidente
Cosimo Napoletano - Teramo
Consiglieri
Carlo Alberto Capparuccia - Chieti
Vincenzo Cicchitti - Lanciano (CH)
Massimo Di Marco - Pescara
Daniele Forlani - Pescara
Alberto Lavorgna - Teramo
Maurizio Porfirio - L'aquila
Francesco Santarelli - Teramo
Gianluca Tomassoni - Teramo

Giacinto Calculli

BASILICATA
Presidente
Giacinto Calculli - Matera
Consiglieri
Maria Antonella Ciccarone - Matera
Salvatore Gubelli - Melfi (PZ)
Pasqualino Innelli - Potenza
Maria Giuseppina Veglia - Matera

Roberto Ceravolo

CALABRIA
Presidente
Roberto Ceravolo - Lamezia Terme (CZ)
Consiglieri
Caterina Patrizia Ceruso - Reggio Calabria
Cosima Cloro - Cosenza
Nicola Cosentino - Cariati (CS)
Alfredo De Nardo - Vibo Valentia
Eduardo Scotti - Catanzaro
Antonio Sulla - Crotone

Cesare Baldi

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

Gabriele Guardigli

EMILIA ROMAGNA
Presidente
Gabriele Guardigli - Ferrara
Consiglieri
Daniela Aschieri - Castel San Giovanni (PC)
Samuela Carigi - Rimini
Maria Alberta Cattabiani - Parma
Rossella Ferrara - Imola (BO)
Francesco Manca - Reggio Emilia
Andrea Pozzati - Bazzano (BO)
Giulia Ricci Lucchi - Ravenna
Stefano Tondi - Modena

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)

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

Marco Botta

LIGURIA
Presidente
Marco Botta - Savona
Consiglieri
Daniele Bertoli - Sarzana (SP)
Giorgio Caretta - La Spezia
Martino Cheli - Genova
Piero Clavario - Arenzano (GE)
Vered Gil Ad - Genova
Francesco Mainardi - Genova
Katia Paonessa - Pietra Ligure (SV)
Federico Ariel Sanchez - Sanremo (IM)

Giuseppe Di Tano

LOMBARDIA
Presidente
Giuseppe Di Tano - Cremona
Consiglieri
Roberto Bonatti - San Fermo della Battaglia (CO)
Benedetta Carla De Chiara - Milano
Oreste Carlo Febo - 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)

Marina Angela Viccione

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

Federico Nardi

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

Massimo Grimaldi

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

Marco Corda

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

Giovanna Geraci

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

Giancarlo Casolo

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

Edoardo Bonsante

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

Gianfranco Alunni

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

Sakis Themistoclakis

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

ANMCO

Associazione **N**azionale **M**edici **C**ardiologi **O**spedalieri

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

AREE ANMCO CHI È INTERESSATO?

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

DATI ANAGRAFICI

Nome ..... Cognome .....

Indirizzo .....

Città ..... Prov. ___ CAP _____

Cell. ..... Tel. /Fax .....

e-mail .....

DATI PROFESSIONALI

Denominazione Ospedale .....

Denominazione Struttura .....

Indirizzo .....

Città ..... Prov. ___ CAP _____

Cell. ..... Tel./Fax .....

e-mail .....

Nome Primario o F.F. .....

☐ Socio ANMCO ☐ Non Socio ☐ Direttore di struttura complessa

☐ Responsabile di struttura semplice ☐ Dirigente ☐ Infermiere ☐ Altro

SONO INTERESSATO ALLA SEGUENTE AREA

☐ **AREA ARITMIE - AR**

☐ **AREA CARDIOCHIRURGIA - ACH**

☐ **AREA CARDIOIMAGING - ACI**

☐ **AREA EMERGENZA - URGENZA - AEU**

☐ **AREA GIOVANI - GIO**

☐ **AREA MALATTIE DEL CIRCOLO POLMONARE - MCP**

☐ **AREA MANAGEMENT & QUALITÀ - AMQ**

☐ **AREA NURSING - ANS**

☐ **AREA PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE - AP**

☐ **AREA SCOMPENSO CARDIACO - AS**

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

L'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri – ANMCO (di seguito, "**ANMCO**", il "**Titolare**" o l'"**Associazione**"), con sede in Firenze, Via La Marmora n. 36, telefono 055-51011, fax 055-5101350 ed email **aree@anmco.it**, in qualità di Titolare del trattamento, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del Regolamento UE n. 679/2016 (di seguito, il "**Regolamento privacy**") e successive modificazioni ed integrazioni, raccoglie e successivamente tratta i dati personali[1] di coloro che intendono manifestare il proprio interesse (di seguito, l'"Interessato") ad una o più Aree ANMCO (di seguito, le "Aree").

1. Finalità e modalità del trattamento.
I dati personali dell'Interessato sono trattati nell'ambito dell'attività istituzionale di ANMCO, per il perseguimento delle seguenti finalità:
1. raccolta e archiviazione delle preferenze in materia di Aree;
2. adempimento di specifici obblighi previsti dalla legge, da un regolamento o dalla normativa comunitaria;
3. invio periodico della documentazione ANMCO su tutti i progetti, le iniziative e gli eventi promossi dalla medesima in relazione alle Aree prescelte.

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

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

3. Soggetti o categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati e ambito di comunicazione.
In relazione alle finalità del trattamento sopra indicate, e nei limiti strettamente pertinenti alle medesime, i dati personali dell'Interessato saranno comunicati in Italia, o comunque all'interno della UE, ai seguenti soggetti, ai fini dell'attuazione del rapporto associativo:
(i) alle pubbliche Autorità, ove imposto dalla legge o su loro richiesta;
(ii) alle strutture e/o società esterne di cui ANMCO si avvale, preposte allo svolgimento di attività connesse, strumentali o conseguenti all'assolvimento della richiesta dell'Interessato di ricevere la documentazione afferenti le Aree prescelte (ad esempio, per la spedizione di detto materiale, ecc.);
(iii) alla società Centro Servizi ANMCO S.r.l. Società Benefit e alla Fondazione "per il Tuo cuore" Onlus, quali soggetti facenti parte del mondo ANMCO.

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

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

4. Diritti dell'Interessato.
Gli artt. 15 e segg. del Regolamento privacy conferiscono all'Interessato il diritto di ottenere:
• la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile;
• l'indicazione dell'origine dei dati personali, delle finalità e modalità del trattamento, della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici, degli estremi identificativi del titolare;
• l'aggiornamento, rettifica, integrazione, cancellazione, trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge – compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono raccolti o successivamente trattati – l'attestazione che tali operazioni sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si riveli impossibile o comporti un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.

L'Interessato ha inoltre il diritto:
• di opporsi, in tutto o in parte, per motivi legittimi, al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
• di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali nei casi previsti dal Regolamento privacy.

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

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

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

ANMCO

Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri

MODULO PER LA DOMANDA DI FELLOWSHIP ANMCO

• da presentare entro il 28 febbraio 2021 •

Il presente modulo può essere inviato per posta (Via A. La Marmora, 36 - 50121 Firenze), per fax (**055 5101350**) o per e - mail (**fellowship@anmco.it**)

DATI ANAGRAFICI

NOME E COGNOME ..... SESSO F ❑ M ❑

DATA E LUOGO DI NASCITA .....

INDIRIZZO .....

CITTÀ / PROVINCIA / CAP .....

TELEFONO / CELLULARE / FAX .....

E-MAIL .....

DATI PROFESSIONALI

DENOMINAZIONE OSPEDALE .....

DENOMINAZIONE STRUTTURA .....

INDIRIZZO .....

CITTÀ / PROVINCIA / CAP .....

TELEFONO / CELLULARE / FAX .....

E-MAIL .....

ANNO DI LAUREA ..... ANNO DI ISCRIZIONE ALL'ANMCO .....

STATUS DI FELLOW DI ALTRE SOCIETÀ MEDICHE .....

LINGUE CONOSCIUTE .....

Livello di Conoscenza: ❑ Eccellente ❑ Buono ❑ Mediocre

DOCUMENTAZIONE (BARRARE I DOCUMENTI PRESENTATI)

- ❑ Lettera di presentazione del Presidente Regionale, di un Chairperson o di un Co-Chairperson Aree ANMCO e di 1 Fellow;
- ❑ Lista sintetica dei soli titoli delle pubblicazioni scientifiche utili alla valutazione, così ordinate: articoli pubblicati su riviste internazionali censite dall'Index Medicus, articoli pubblicati su altre riviste nazionali censite dall'Index Medicus, articoli pubblicati su altre riviste, abstract a congressi internazionali, abstract a congressi nazionali, capitoli di libri;
- ❑ Attestati comprovanti l'attività nei campi di interesse e ritenuti qualificanti dal candidato;
- ❑ Breve curriculum vitae (formato europeo);
- ❑ Foto in formato elettronico.

CAMPI DI INTERESSE IN CUI IL CANDIDATO SI RITIENE ESPERTO

- ❑ Aritmologia ed elettrostimolazione (AES)
- ❑ Aterosclerosi, emostasi e trombosi (AET)
- ❑ Biologia cellulare del cuore (BCC)
- ❑ Cardiochirurgia (CCH)
- ❑ Cardiologia Clinica (CCL)
- ❑ Cardiologia Nucleare e Risonanza Magnetica in Cardiologia (CNR)
- ❑ Cardiologia Pediatrica (CPO)
- ❑ Cardiopatie valvolari (CAV)
- ❑ Circolazione polmonare e funzione ventricolare destra (CPF)
- ❑ Ecocardiografia (ECO)
- ❑ Emodinamica e Cardiologia Interventistica (EMC)
- ❑ Epidemiologia e prevenzione (EPR)
- ❑ Farmacologia in Cardiologia (FCA)
- ❑ Informatica (INF)
- ❑ Insufficienza cardiaca (INC)
- ❑ Ipertensione arteriosa sistemica (IPR)
- ❑ Malattie del miocardio e del pericardio (MMP)
- ❑ Sindromi Coronariche Acute (SCA)
- ❑ Terapia Intensiva Cardiologica (TIC)
- ❑ Valutazione funzionale e riabilitazione del cardiopatico (VFR)

FELLOWSHIP ANMCO

• Termine di presentazione della domanda 28 febbraio 2021 •

REGOLAMENTO FELLOWSHIP ANMCO

Requisiti minimi necessari

1. Essere Soci ANMCO in regola con le quote associative;
2. Avere dimostrato costante impegno nel campo scientifico-didattico-editoriale:

- partecipando come autore di almeno 5 pubblicazioni scientifiche, su riviste censite dall'Index Medicus negli ultimi 5 anni,

oppure

- partecipando come primo autore ad almeno 5 abstract negli ultimi 5 anni (comunicazioni o poster in convegni o riunioni scientifiche a livello nazionale o internazionale), purché in associazione **ad almeno una delle seguenti 3 condizioni**:
  1. primo autore o co-autore di almeno 3 pubblicazioni per esteso (riviste scientifiche indicizzate in Index Medicus, capitoli di libri, etc.);

  oppure
  2. almeno 5 pubblicazioni negli ultimi 10 anni, su riviste censite in Index Medicus, derivate da studi multicentrici ANMCO o non ANMCO in qualità di partecipante allo studio, con partecipazione documentata in appendice al lavoro oppure in apposita certificazione;

  oppure
  3. documentando l'attività continua di Revisore per almeno una rivista recensita su Index Medicus negli ultimi 3 anni.

Domanda di ammissione alla Fellowship

La domanda di accesso alla Fellowship in campo scientifico-didattico-editoriale dovrà essere inviata per email (fellowship@anmco.it) oppure tramite submission online corredata dai seguenti documenti:

a. modulo apposito, debitamente compilato;
b. foto in formato elettronico;
c. breve curriculum vitae (formato europeo);
d. documentazione libera comprovante l'attività nei campi di interesse ritenuti qualificanti dal Candidato;
e. lista sintetica dei soli titoli delle pubblicazioni scientifiche degli ultimi 5 anni così ordinate: articoli pubblicati su riviste internazionali censite dall'Index Medicus, articoli pubblicati su altre riviste nazionali censite dall'Index Medicus, abstract a Congressi internazionali, abstract a Congressi nazionali, capitoli di libri;
f. segnalazione dei campi di particolare interesse in cui il Candidato si ritiene esperto e delle attività che è disposto a svolgere (tali campi sono dettagliati nel modulo);
g. lettere di presentazione: del Presidente Regionale; di un Chairperson/Co-Chairperson Aree ANMCO; di 1 Fellow (l'elenco dei Fellow è consultabile sul sito www.anmco.it nell'Area riservata ai Soci);
h. ove presente, a scelta del Candidato, documentazione comprovante la Fellowship ad altre Società Scientifiche.

Per i Soci che abbiano già conseguito la Fellowship della Società Europea di Cardiologia, dell'American College of Cardiology o dell'American Heart Association entro i 5 anni precedenti la presentazione della richiesta di Fellowship ANMCO, considerati gli elevati criteri di selezione di queste Fellowship si concede, qualora il Candidato lo desideri e lo dichiari nella domanda, di evitare di produrre la documentazione di quanto dettagliato ai punti e), e g), presentando in alternativa la certificazione di una delle suddette Fellowship, aggiornata all'anno in corso.
Perché il Candidato sia eleggibile nell'anno solare la sua domanda, completa della documentazione richiesta, deve pervenire al Dipartimento Soci-Regioni ANMCO all'indirizzo email: fellowship@anmco.it entro l'ultimo giorno del mese di febbraio dell'anno in cui si intende essere eletti, in modo da lasciare il periodo di tempo necessario alla Commissione giudicante per procedere alle nomine prima del Congresso Nazionale.

Domande presentate dopo la scadenza e/o incomplete non verranno considerate dalla Commissione giudicante.

Mantenimento della Fellowship

I Fellow ricevono l'avviso di pagamento della quota annuale (€100.00) entro il mese di novembre la quale dovrà essere versata entro il 20 dicembre e copre il periodo dal 1° gennaio al 31 dicembre dell'anno successivo.
Qualora il Fellow non regolarizzasse i pagamenti della quota annuale di Fellowship entro le date indicate verranno sospesi i privilegi dovuti ai Fellow ANMCO in regola.
I privilegi saranno riattivati dopo il pagamento degli arretrati.

Benefici Fellowship

I Fellow sono riconosciuti come un Gruppo ristretto di esperti ANMCO a cui verrà chiesto di operare attivamente in diversi ruoli all'interno dell'Associazione.

Congresso Nazionale ANMCO
Registrazione gratuita al Congresso;
Desk Fellow dedicato nell'Area di registrazione per ritirare il kit congressuale incluso il badge dorato e/o per qualsiasi altra informazione;
Accesso esclusivo alla Fellow ANMCO Lounge: collegamento internet, computer, catering, consultazione riviste e programma Congresso;
Possibilità di prenotazione alberghiera 15 giorni prima degli altri iscritti.

Diploma Fellowship ANMCO
I nominativi dei neo-eletti Fellow verranno annunciati durante il Congresso Nazionale ANMCO i quali potranno ritirare il Diploma e la spilla Fellow ANMCO al Desk dedicato.

ANMCO Fellow Club – accesso online
Nominativi Fellow online con indirizzi e informazioni di contatto, data elezione Fellowship.
I Fellow potranno, ove possibile, usufruire di una riduzione della quota d'iscrizione agli eventi ANMCO.

Fellow Emerito

Lo status di Fellow Emerito sarà conferito dalla Commissione Giudicante al Fellow in quiescenza dal S.S.N e in regola sia con la quota associativa ANMCO sia con la quota Fellowship, entrambe relative all'anno in corso, dal raggiungimento del 65° anno di età in quiescenza con S.S.N.

I Soci ANMCO che hanno ricevuto la Targa d'Oro e i Past-President ANMCO, in regola con la quota associativa ANMCO e con la quota annuale Fellowship, verranno considerati Fellow Emeriti e usufruiranno dei benefici a loro dedicati.

Il Fellow Emerito è esentato dal versamento sia della quota annuale per la Fellowship sia della quota associativa ANMCO e ha diritto alla partecipazione gratuita al Congresso Nazionale ANMCO.

Commissione giudicante

La Commissione giudicante è composta da 8 Membri e si riunisce una volta l'anno, in primavera, così che la nomina dei nuovi Fellow avvenga durante il Congresso Nazionale ANMCO.
Viene convocata dal Presidente dell'ANMCO ed ha facoltà di decidere se sono presenti almeno 5 Membri; la decisione è a maggioranza assoluta (5 voti favorevoli). Qualora si giunga ad un voto di parità, prevale il voto del Presidente della Commissione.

I 4 Componenti di diritto sono:
Il Presidente dell'ANMCO in carica;
Il Direttore di nomina ANMCO di una delle riviste della Federazione Italiana di Cardiologia (Giornale Italiano di Cardiologia e Journal of Cardiovascular Medicine);
I due Vice Presidenti dell'ANMCO in carica.

I 4 Componenti di nomina sono:
Quattro Fellow indicati dal Consiglio Direttivo dell'ANMCO.

I 4 Componenti della Commissione di nomina durano in carica per il periodo di tempo di due anni e possono essere rinnovati per un solo mandato consecutivo.

La Commissione ha facoltà di ricusare una domanda di ammissione alla Fellowship, motivando il rifiuto per iscritto.

La Commissione ha il compito di verificare la documentazione comprovante l'appartenenza ad altre Fellowship eventualmente prodotta dal Candidato.

INFORMATIVA E CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

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

ANMCO Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (di seguito, il "**Titolare**" o "**ANMCO**"), con sede in Firenze, Via La Marmora n. 36, telefono 055-51011, fax 055-5101350 ed email: fellowship@anmco.it, in qualità di Titolare del trattamento, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del Regolamento UE n. 679/2016 (di seguito, il "**Regolamento privacy**") e successive modificazioni ed integrazioni, raccoglie e successivamente tratta dati personali dei Soci richiedenti la c.d. "Fellowship" (di seguito, l'"**Interessato**").
L'elenco aggiornato dei Responsabili del trattamento, ove designati, può essere fornito su richiesta da parte dell'Interessato.
I dati identificativi del Responsabile della Protezione dei Dati (ai sensi dell'art. 37 del Regolamento privacy) sono reperibili sul Sito al seguente link: www.anmco.it/pages/entra-in-anmco/chi-siamo/contatti.

1. Finalità e modalità del trattamento.
I dati personali dell'Interessato sono trattati nell'ambito dell'attività istituzionale di ANMCO, per il perseguimento delle seguenti finalità:
1. previa verifica dei requisiti necessari richiesti, l'iscrizione nella Fellowship e la fruizione di tutti i benefici da ciò derivanti;
2. l'adempimento di specifici obblighi previsti dalla legge, da un regolamento o dalla normativa comunitaria;
3. l'invio, ove prevista, della documentazione dell'Associazione specificamente dedicata all'aggiornamento del Socio Fellow.

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

2. Base giuridica del trattamento, natura del conferimento e conseguenze di un eventuale rifiuto.
2.1) Finalità di cui al precedente paragrafo 1, punti 1., 2. e 3.
Con riferimento alle finalità di cui al precedente paragrafo 1, punti 1., 2. e 3., il conferimento dei dati personali è obbligatorio e costituisce requisito necessario per l'iscrizione, previa verifica dei requisiti necessari richiesti, nella Fellowship, nonché l'aggiornamento su tutte le eventuali future iniziative ad esso specificamente dedicate; pertanto, la base giuridica del relativo trattamento è l'iscrizione nella Fellowship di ANMCO, ai sensi dell'art. 6, comma 1, lett. b) del Regolamento privacy.

3. Soggetti o categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati e ambito di comunicazione.
In relazione alle finalità del trattamento sopra indicate, e nei limiti strettamente pertinenti alle medesime, i dati personali dell'Interessato saranno comunicati in Italia, o comunque all'interno o all'esterno della UE, ai seguenti soggetti, ai fini dell'iscrizione nella Fellowship
(i) all'Amministrazione finanziaria e/o ad altre pubbliche Autorità, ove imposto dalla legge o su loro richiesta;
(ii) alle strutture e/o società esterne di cui ANMCO si avvale, preposte allo svolgimento di attività connesse, strumentali o conseguenti all'iscrizione nella Fellowship;
(iii) ai consulenti esterni, se non designati per iscritto Responsabili del trattamento;
(v) alla società Centro Servizi ANMCO S.r.l. Società Benefit e alla Fondazione "per il Tuo cuore" Onlus, quali soggetti facenti parte del mondo ANMCO.

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

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

4. Diritti dell'interessato.
Gli artt. 15 e segg. del Regolamento privacy conferiscono all'Interessato il diritto di ottenere:
• la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile;
• l'indicazione dell'origine dei dati personali, delle finalità e modalità del trattamento, della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici, degli estremi identificativi del titolare;
• l'aggiornamento, rettifica, integrazione, cancellazione, trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge – compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono raccolti o successivamente trattati – l'attestazione che tali operazioni sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si riveli impossibile o comporti un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.

L'Interessato ha inoltre il diritto:
• di opporsi, in tutto o in parte, per motivi legittimi, al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
• di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali nei casi previsti dal Regolamento privacy.

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

5. Durata del Trattamento.
Fatti salvi gli obblighi di legge, i dati personali degli Interessati saranno conservati per la durata del dell'iscrizione dei medesimi nella Fellowship di ANMCO. Nonostante quanto precede, ANMCO potrà conservare taluni dati personali degli Interessati anche dopo la cessazione del trattamento e ciò esclusivamente per difendere o far valere un proprio diritto ovvero nei casi previsti dalla legge o per effetto dell'ordine di un'autorità giudiziale o amministrativa.

ANMCO

Associazione **N**azionale **M**edici **C**ardiologi **O**spedalieri

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

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

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

RIFERIMENTO MANDATO: .....(da completare successivamente da ANMCO)

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

Codice Identificativo del Creditore (Creditor Identifier): **IT41003000000013011304 88**

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

Nome e Cognome Socio .....

Indirizzo .....

Comune ..... Prov. ___ CAP _____

Telefono ..... Codice Fiscale .....

Titolare/i del conto corrente .....

IBAN[1] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Presso la Banca .....

Codice SWIFT (BIC) .....

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

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

Luogo e data ..... Firma del sottoscrittore .....

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

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

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

di Cosima Cloro

Cosima Cloro intervista Luigi Camporota

Coronavirus, è un luminare calabrese, Luigi Camporota, che ha in cura il primo ministro britannico Boris Johnson

Luigi Camporota, stimato professionista con anni di esperienza, è un vero luminare delle malattie polmonari ed è oggi uno dei medici più famosi del Regno Unito. Ormai da molto tempo si è trasferito oltremanica ed ha un curriculum a dir poco strabiliante. Nato a Catanzaro il 2 aprile 1970, Luigi Camporota è cresciuto con la sua famiglia in via Buccarelli, nel cuore della città calabrese. Tutti lo descrivono come un ragazzo studioso e con la testa sulle spalle, che già da giovane aveva ben chiaro ciò che avrebbe voluto fare. Si è laureato in Medicina e Chirurgia nel 1995 presso l'Università di Reggio Calabria, per poi specializzarsi in Medicina respiratoria. La sua carriera è decollata subito dopo il tirocinio, svolto al Policlinico Mater Domini di Catanzaro. È stato infatti in quel momento che il Dottor Camporota ha deciso di trasferirsi in Inghilterra, dove ha lavorato presso il General Hospital di Southampton. Dopo alcuni anni di gavetta, è approdato nel reparto di terapia intensiva del St. Thomas Hospital di Londra, dove lavora ancora oggi. È anche professore presso il King's College di Londra, dove tiene dei seminari. Fa parte di un team che il Times ha definito «Un'eccellenza nel campo della Terapia Intensiva», lo stesso team che ha curato il premier Boris Johnson ricoverato nell'ospedale londinese a causa del Coronavirus.

Quanto è pericoloso il COVID - 19 per la popolazione generale e cosa distingue l'infezione da COVID - 19 dalle altre infezioni dell'apparato respiratorio?

Il virus SARS-CoV 2 ha una predilezione particolare per l'endotelio polmonare. Questo porta ad una serie di eventi che si manifestano con immuno - trombosi (micro e macro-trombi, elevati ferritine e d-dimeri), alterazioni della perfusione polmonare e quindi dello scambio gassoso. I pazienti nelle fasi iniziali hanno poche alterazioni

radiologiche polmonari, ma con il tempo la radiologia cambia: da "ground glass" a distribuzione periferica, gradualmente il polmone diventa più denso e poco ventilato. Queste caratteristiche alterazioni della perfusione sono adesso ben dimostrate sia con "dual energy CT" e angiografia polmonare, che con istologia post mortem. L'associazione di ridotta perfusione nelle zone di polmone normale, eccesso di perfusione nel polmone poco aerato con neo-vascolarizzazione e diffusa microtrombosi sembra essere la caratteristica tipica del polmone da COVID - 19. Per fortuna, la maggior parte dei pazienti che contraggono SARS CoV 2 rimangono con sintomi minimi, ma una percentuale sviluppa insufficienza respiratoria. La mortalità è bassa per la insufficienza respiratoria lieve (anche se ventilati), ma aumenta in maniera significativa per ARDS severo. È comunque interessante notare che pazienti che richiedono supporto extracorporeo (ECMO), hanno una buona sopravvivenza. Nelle nostre casistiche al St Thomas' Hospital a Londra la sopravvivenza è del 76 - 78%. Questi dati si riferiscono alla "first wave". Il confronto tra la prima e la seconda fase sarà molto interessante da esaminare e capire.

Quali gruppi di pazienti sono a maggior rischio di mortalità, ha notato differenze in termini di età, comorbidità tra la popolazione del Regno Unito e l'Italia?

Certamente i pazienti più anziani (> 70 anni) e quelli con patologie croniche (particolarmente se immunocompromessi) sono quelli più a rischio. Nonostante il body mass index sia considerato uno dei fattori di rischio l'associazione non è chiara, particolarmente nella nostra casistica. In Paesi con popolazioni di diversa etnia sembra che ci possa essere un rischio superiore per quei pazienti cosiddetti BAME (black, asian and minority ethinic) e più svantaggiati da un punto di vista socio - economico. Queste associazioni sono multifattoriali.

Come spiega la differenza in termini di diffusione del contagio tra le popolazioni del Nord e Sud Italia? Ad esempio la Calabria sua terra natale ha sempre presentato sia nella prima ondata sia nella seconda ondata una minore diffusione del contagio.

È stato interessante osservare questo forte fattore geografico in Italia (cosi come in altri Paesi, incluso il Regno Unito). Alcuni dati suggeriscono che circa il 70% dell'eccesso di mortalità attribuito al COVID - 19 si è verificato in tre regioni del Nord Italia (Lombardia, Veneto e Emilia - Romagna). Alcune provincie hanno visto un eccesso di mortalità dell'800%. Alcune di queste differenze possono essere attribuite a vari fattori incluso: il periodo di trasmissione in relazione al picco pandemico (il Nord Italia è stato colpito prima e la diffusione del virus avviene anche durante i periodi asintomatici); la facilità di diffusione dovuto alle connessioni interazionali; l'implementazione delle misure di lockdown più o meno restrittive, e la percentuale della popolazione già infettata prima del lockdown; l'abilità di praticare "social distancing" un periodo di pandemia più breve nell'Italia centrale e del sud; accesso a ospedali e strutture sanitarie, particolarmente il fatto che gli ospedali e le risorse sanitarie in Nord Italia, Lombardia in particolare, hanno fatto fatica a gestire i malati particolarmente gravi che richiedevano terapia intensiva.

Nella cosiddetta seconda ondata la malattia è la stessa di quella osservata nella scorsa primavera?

Questa è una domanda interessante. In primavera, si sapeva poco del COVID - 19 e come gestire i pazienti con patologia più grave. La pandemia è accaduta rapidamente, lasciando poco tempo per accumulare il materiale necessario incluso PPE, ventilatori, medicinali e espandere il numero di letti particolarmente in ICU. Il tutto ha causato un grande stress nei sistemi sanitari (questo è un fattore importante per mortalità, altrettanto quanto il tipo di trattamento disponibile). Adesso, una serie di studi randomizzati e migliaia di studi osservazionali hanno fatto sì che i pazienti vengano trattati in maniera più tempestiva con steroidi, anticoagulanti, ecc. Inoltre, almeno nel Regno Unito, la seconda ondata è meno ripida, per cui gli ospedali hanno tempo di espandere e fare meno ricorso a ospedali - fiere come per esempio Nightingale Hospital a Londra. In aggiunta, pazienti vengono trattati con ventilazione non - invasiva nelle terapie intensive o nei reparti il che diminuisce la richiesta di letti di terapia intensiva. Comunque, i pazienti che arrivano in terapia intensiva (questa è la mia specializzazione) sono più severi, non hanno risposto agli antivirali, agli steroidi e agli anticoagulanti, ecc., per cui la mortalità in terapia intensiva per i pazienti che necessitano di ventilazione invasiva potrà essere superiore di quella nella prima ondata.

In un momento in cui tutta l'Europa sta fronteggiando la seconda ondata del COVID - 19, che lezione abbiamo imparato dalla prima ondata?
Io credo che abbiamo imparato che queste patologie si combattono insieme con lo scambio di informazioni tra medici e ricercatori di nazioni diverse. L'importanza di misure legislative tempestive e proporzionate e la cooperazione dei cittadini.
Che ruolo ha avuto o può avere l'inquinamento ambientale?
Questa domanda è difficile, non saprei rispondere con precisione, ma dati epidemiologici dalla Cina e USA sembrano suggerire che "particulate air pollution" può contribuire per ~ 15% della mortalità con grandi variazioni geografiche. Abbiamo bisogno di dati più precisi e misure di controllo che tengano in considerazione gli effetti su COVID - 19 così come altre patologie (e.g., cardiovascolari e respiratorie).
Le misure attualmente adottate sono efficaci?
Vista la seconda ondata, chiaramente non sufficienti. Comunque, le nuove terapie e il numero di vaccini già disponibili e in via di sperimentazione avranno un ruolo importante per la riduzione della trasmissione virale.
Quale terapia utilizzare?
Ci sono una serie di farmaci che sono utilizzati per le varie fasi della patologia per ridurre la replicazione virale (e.g. remdesivir); l'infiammazione (e.g. dexamethasone o immunomodulatori per bloccare IL-6 tocilizumab) e anticoagulanti per trombosi. Altre terapie ad esempio uso di convalescent plasma non sembra essere efficace; mentre tante altre sono in fase di studi clinici randomizzati che si spera portino risultati positivi.
Non abbiamo ancora sconfitto il virus, doveroso chiederle cosa pensa dei vaccini e degli anticorpi monoclonali.
Come dicevo prima, chiaramente il vaccino (o i vaccini) sono una speranza e uno sforzo enorme tra accademia e industrie farmaceutiche. Nel Regno Unito, MHRA (l'agenzia regolatrice) ha appena approvato un vaccino che utilizza mRNA con microparticelle lipidiche. Ma tanti altri sono in preparazione e aspettano approvazione (e.g. Oxford/AstraZeneca; e altri). Per questi vaccini, la mia opinione è che bisogna bilanciare la necessità di avere un vaccino al più presto con la necessità di essere convinti dell'efficacia e sicurezza. Al di là dell'efficacia il vaccino deve anche essere semplice da somministrate (preferibilmente dose unica, senza boost) e che possa essere conservato a temperature più alte (da frigorifero). Come per tutte le malattie infettive, alla fine dei conti, è importante la proporzione della popolazione a rischio che si vaccina. Questo concetto è intrinseco al quello del R0. Il movimento internazionale delle persone avverse ai vaccini, può rappresentare un problema politico e sanitario.
Lei che vive nel Regno Unito e conosce molto bene l'Italia come giudica l'approccio nei diversi stati?
Trovo veramente difficile giudicare a distanza.
Come mai la ricerca è così differente tra Italia e Regno Unito tanto da essere causa della cosiddetta "fuga di cervelli"?
In Italia si fa tanta e ottima ricerca. Credo che alla fine, come per tutte le cose, sia un problema di organizzazione e priorità politica ed economica. L'elenco dei premi Nobel non è sufficiente per misurare la differenza tra le Nazioni.
Quanto le manca l'Italia e la Calabria sua terra natale, si parla di far tonare in Calabria grandi professionisti che hanno e portano lustro alla regione, lei ritornerebbe?
Molto volentieri. Per adesso, mi piacerebbe lavorare con medici calabresi giovani anche come collaborazioni Italia - UK. Purtroppo, al momento ricopro tanti ruoli accademici e organizzativi nel sistema inglese, per cui un ritorno immediato sarebbe molto complicato. ♥

di Attilio Iacovoni, Luigi Fiocca, Benedetta De Chiara, Roberto Bonatti, Luca Ferri, Oreste Febo, Simona Pierini, Daniele Nassiacos e Giuseppe Di Tano

Survey sui Percorsi del paziente Cardiologico in Lombardia, durante la fase post - acuta della pandemia da SARS - COV2

L'infezione da Sars-CoV-2 ha avuto un impatto devastante sul Sistema Sanitario Nazionale che ha dovuto affrontare l'improvvisa pandemia, ristrutturando i percorsi di cura ed apportando nuove modifiche di accesso ed assistenza non solo ai pazienti COVID-19, ma anche ai pazienti non infetti. Tra tutte le regioni la Lombardia è stata quella con il tasso di malati più alto, ma soprattutto è stata la prima area colpita in Europa, per cui province come Bergamo, Cremona, Mantova e Brescia hanno dovuto stravolgere l'intero sistema sanitario ospedaliero al fine di assicurare la migliore assistenza possibile ai pazienti. Gli effetti positivi del lockdown di marzo sul numero di pazienti COVID - 19 hanno permesso di ridurre gli accessi in Pronto Soccorso, di decongestionare i reparti e soprattutto le Terapie Intensive, permettendo una migliore gestione della pandemia. Si è passati così, da una prima fase in cui bisognava gestire l'aumento esponenziale dei pazienti, ad una seconda fase in cui bisognava riprendere i normali percorsi di cura gestendo nello stesso momento sia i pazienti COVID - 19 positivi che quelli COVID - 19 negativi, assicurando aree protette e percorsi differenziati. Le strutture cardiologiche hanno quindi dovuto rimodularsi nuovamente al fine di poter assicurare un percorso di cura completo rivolto a tre tipologie diverse di pazienti: i pazienti COVID - 19 positivi, i pazienti COVID - 19 sospetti in attesa di una diagnosi molecolare definitiva, e i pazienti COVID - 19 negativi. Le informazioni diagnostiche e terapeutiche della fase acuta della pandemia hanno permesso di modulare la gestione dei pazienti, organizzando percorsi dedicati e differenziati mirati ad eliminare la diffusione intraospedaliera dell'infezione. Tale riorganizzazione interna è stata definita in base alle capacità strutturali e soprattutto in base alla classificazione regionale delle strutture ospedaliere divise in ospedali COVID - 19 Hub, Spoke e di supporto. Durante il lockdown l'attività del Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Lombardia non si è interrotta ed attraverso riunioni in remoto si è proposta, tra l'altro, una Survey regionale al fine di descrivere la riorganizzazione interna ed i percorsi di cura delle Cardiologie Ospedaliere lombarde dopo la prima fase della pandemia. La Survey intitolata "*Il percorso del paziente cardiologico in era COVID - 19, strategie di ricovero a confronto*", inviata tramite web con il supporto della Segretaria Soci a tutti i Direttori delle Unità Complesse di Cardiologia, è stata strutturata tramite un questionario composto da due domande generali iniziali mirate ad identificare la ripresa di una attività esclusivamente cardiologica e la eventuale presenza nelle strutture di posti COVID-19 dedicati. Le successive 5 domande prevedevano risposte multiple, dando comunque la possibilità di aggiungere personali considerazioni o specificare scenari locali non adeguatamente previsti dalle domande alla luce della prevedibili difficoltà di sintetizzare realtà disomogenee o situazioni

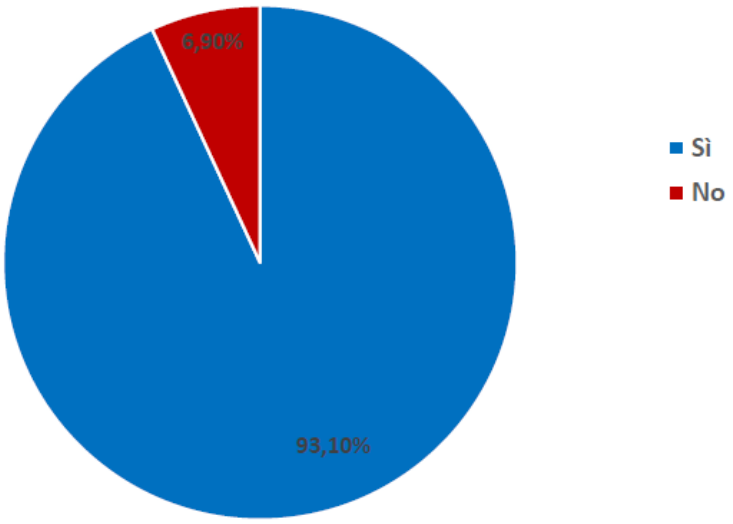


Figura 1

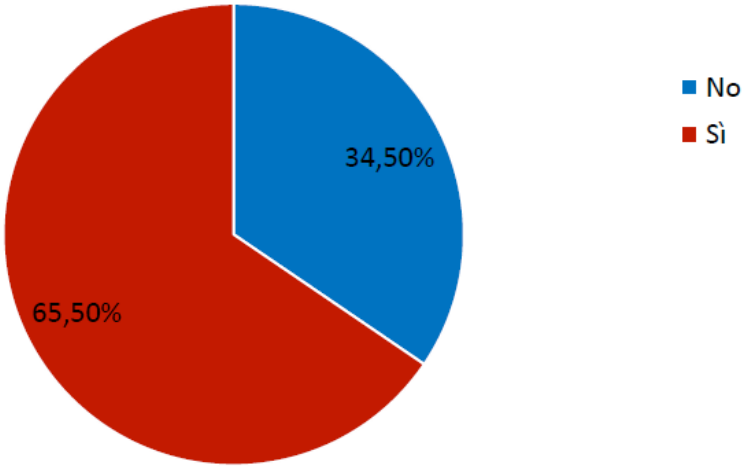


Figura 2

in comprensibile evoluzione. Gli argomenti delle domande indagavano rispettivamente: il percorso del paziente dal PS-OBI al reparto di Cardiologia, il percorso del paziente instabile (TEP, AIV, SC acuto) dal Pronto Soccorso all'UCC, il percorso del paziente con SCA/STEMI che necessitava di procedura coronarica invasiva urgente, il percorso del paziente con SCA che non necessitava di procedura invasive urgenti e il percorso per i pazienti elettivi. L'elaborazione e l'analisi dei risultati della Survey, relativi alle risposte di 29 Cardiologie Ospedaliere, sono state sintetizzati in una serie di grafici che di seguito analizzeremo brevemente e comunque inviati a tutte le Cardiologie, in modo che, al di là dei limiti insiti nella analisi, potessero essere utilizzati per ulteriori riflessioni-considerazioni nelle proprie realtà come riferimento, considerando comunque la variabilità delle imprevedibili dinamiche temporali della fase di riorganizzazione. All'inizio di giugno, superata la fase dello tsunami pandemico, la quasi totalità delle Cardiologie (93,1%) aveva ripreso una normale attività di ricovero di pazienti con patologie cardiache COVID - 19 negativi (Figura 1), e il 65,5% dei reparti era in grado di gestire anche pazienti COVID - 19, mentre il 34,5% delle Cardiologie hanno risposto di non riuscire all'epoca a gestire anche i pazienti infetti da Sars-CoV-2 (Figura 2). La prima domanda ha riguardato la tipologia di esami richiesti al paziente giunto in PS, prima del ricovero in Cardiologia. La maggioranza degli intervistati si è quasi equamente divisa tra coloro che si basavano sul solo tampone (41,4%) e chi considerava anche l'Rx del torace (37,9%). Il restante 20% è diviso tra coloro che hanno fatto ricorso alla TC torace (10,3%) e chi, con atteggiamento più prudenziale, ha atteso un secondo tampone di conferma a 48h (10,4%) (Figura 3). La seconda domanda ha riguardato il percorso del paziente instabile (TEP, AIV, SC acuto) dall'arrivo in PS. La maggioranza dei centri ha dichiarato di non attendere l'esito del tampone prima del trasferimento in una zona grigia che poteva essere l'UCC (48,3%), la rianimazione (17,2) o, in un singolo caso (3,5%) il reparto di Cardiologia. Nel 31% degli ospedali i pazienti venivano trattati in PS-OBI e quindi trasferiti in Cardiologia "pulita" solo

in caso di esito negativo del tampone (Figura 4). La domanda riguardante il paziente con SCA senza necessità di invio urgente in Emodinamica, ha visto una divisione tra chi lascia il paziente in PS-OBI in attesa dell'esito del tampone e dell'Rx-Torace (44,8%) e chi lo trasferisce subito (55,2%) in una zona grigia dell'UCC (27,6%) o della Cardiologia (27,6%) (Figura 5). Il percorso dello STEMI, dopo l'angioplastica primaria ha previsto nel 69% dei centri l'invio in zona grigia dell'UCC, in zona grigia della Rianimazione nel 13,8% e direttamente in cardiologia grigia nel 6.95% dei centri partecipanti alla survey. Il 10,3% degli intervistati hanno risposto di far tornare il paziente, dopo l'angioplastica, in PS o in zona grigia della Rianimazione se instabile, in attesa dell'esito del tampone, che veniva effettuato comunque in tutti i casi prima della procedura (Figura 6). La quinta ed ultima domanda ha riguardato la gestione dei pazienti elettivi. In questo caso la stragrande maggioranza dei centri (82,8%) ha dichiarato di eseguire un prericovero con esami di laboratorio e tampone, procedendo, in caso di esito negativo, al ricovero entro 24 - 48h. Il restante 17,2% dei centri ha eseguito anche una TC al prericovero, prevedendo la ripetizione del tampone a 48h in caso di positività o esito dubbio della stessa (Figura 7).

Conclusioni

La conoscenza e la condivisione delle modalità organizzative ed operative delle Cardiologie è una prerogativa che ANMCO, sia in ambito nazionale che regionale considera storicamente prioritaria. L'organizzazione sanitaria Lombarda

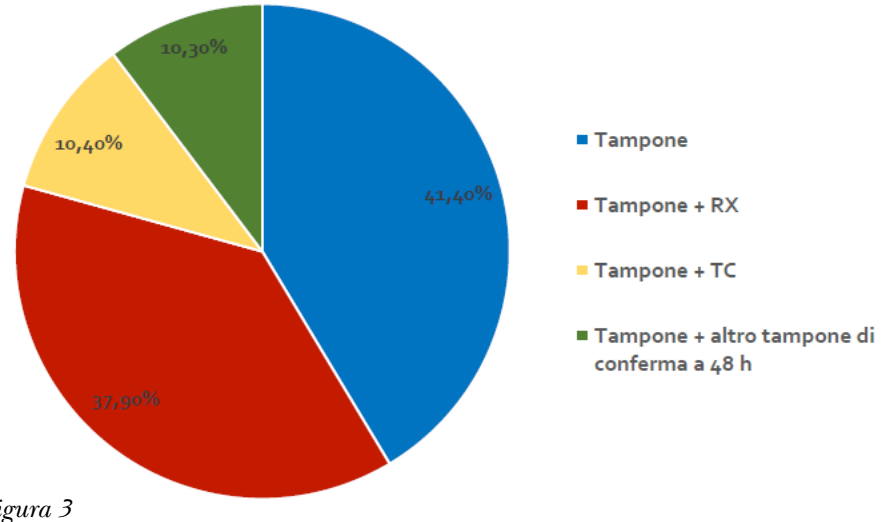


Figura 3

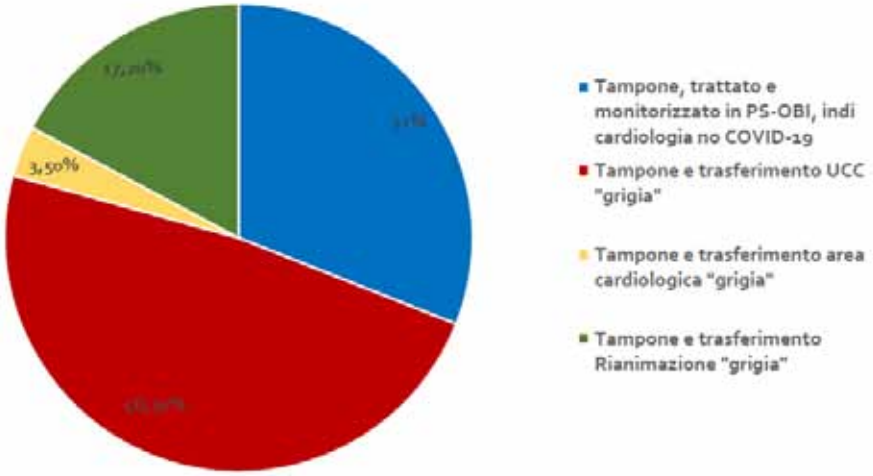


Figura 4

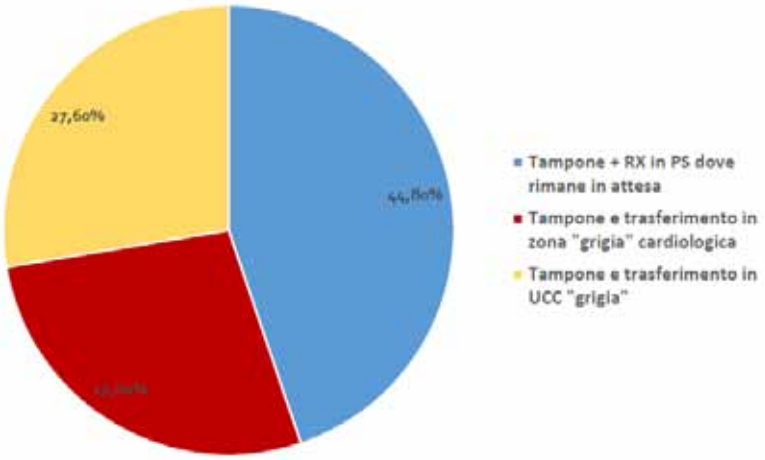


Figura 5

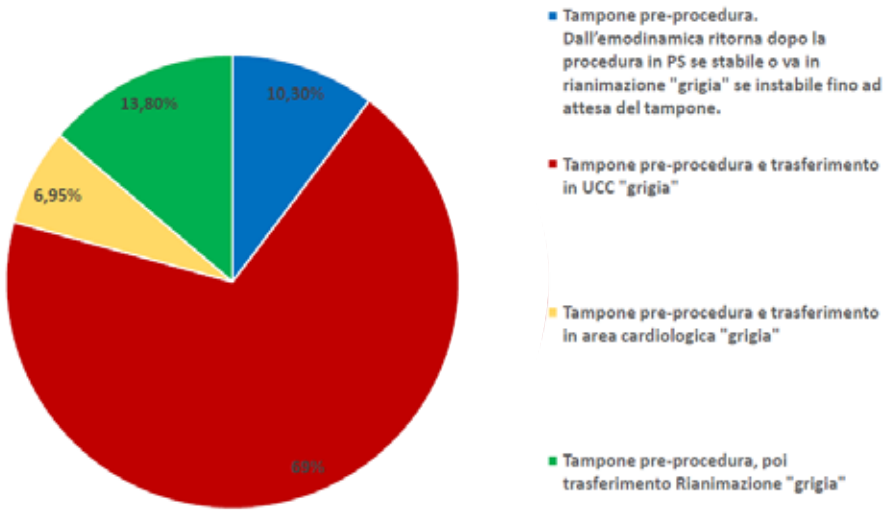


Figura 6

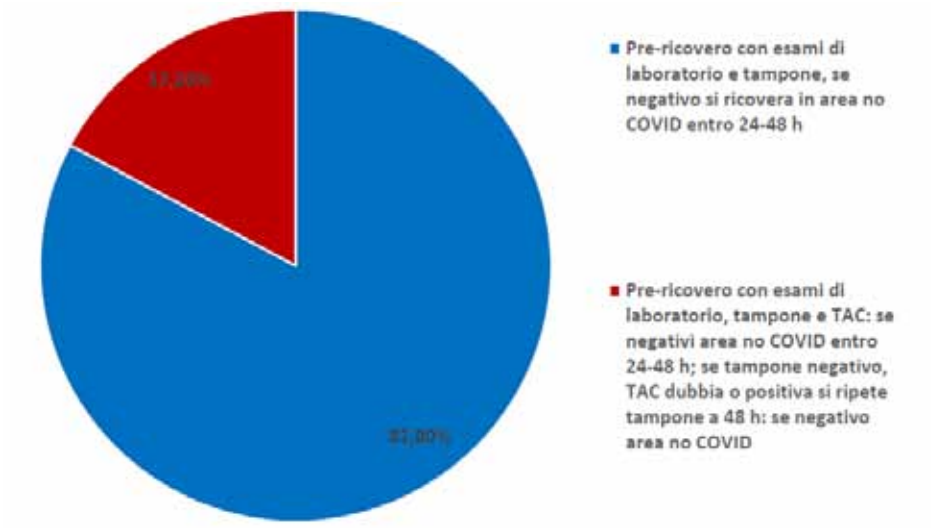


Figura 7

è stata stravolta in seguito all'intensità della pandemia e l'immediata fase post-acuta è stata caratterizzata da un lenta e articolata ripresa in quanto si è dovuto conciliare sia la gestione delle perdurante fase infettiva, temporaneamente e apparentemente attenuta, che la necessaria riapertura verso la gestione delle patologie specialistiche che durante la fase acuta hanno, come noto, subito un obbligato ridimensionamento. I nuovi percorsi che le Cardiologie ospedaliere hanno adottato sono state improntate alla contemporanea necessità di conciliare l'esigenza di "protezione" con la necessità di ri-erogare prestazioni cardiologiche cliniche, diagnostiche e terapeutiche adeguate. Le osservazioni raccolte, condizionate dalla presenza di una indubbia e forzata disomogeneità organizzativa, potranno a nostro avviso essere comunque utili, anche se l'attuale nuovo trend della pandemia ri-impone comportamenti e modelli gestionali che sembrano purtroppo allontanare i tempi dell'atteso "ritorno alla normalità" nella gestione del paziente cardiopatico. ♥

di Maria Laura Canale
a nome del Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Toscana

«L'innovazione distingue un leader da un follower» (Steve Jobs)

Congresso Regionale ANMCO Toscana 2020: la cardiologia diventa digitale

In questo annus horribilis abbiamo imparato a ripensarci, a rimodulare la nostra professione e anche il nostro modo di aggiornarci ed interagire
Siamo andati full digital!

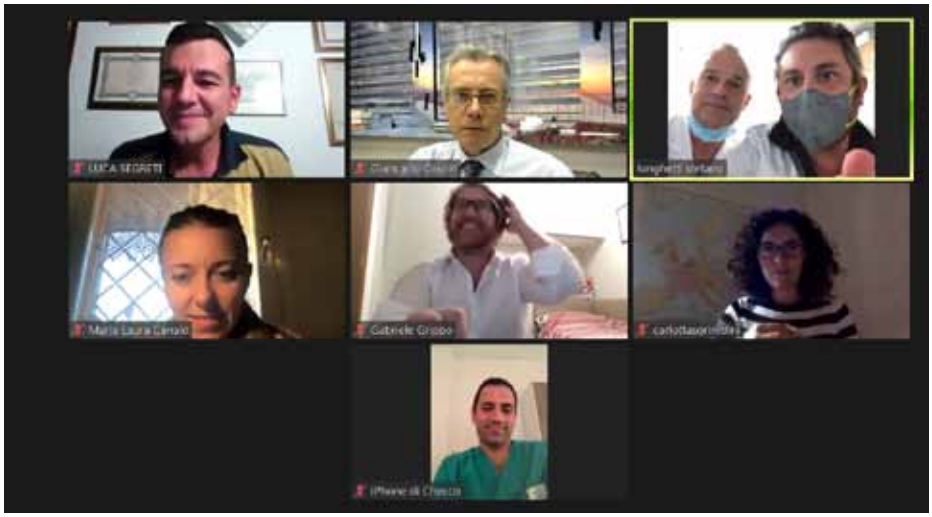
«Mamma diceva sempre: la vita è uguale a una scatola di cioccolatini, non sai mai quello che ti capita!»
(Tom Hanks)
Dal film *Forrest Gump*

Prendiamo in prestito questo celebre aforisma pronunciato da Tom Hanks nei panni di Forrest Gump per iniziare il racconto di quello che è diventato il primo evento regionale ANMCO interamente svolto in live streaming con FAD simultanea. Tutti i congressi hanno una gestazione lunga (a volte travagliata) e il Consiglio Regionale aveva già impostato nell'autunno del 2019 il futuro Congresso Regionale per la primavera del 2020. Poi è arrivato lo tsunami che ha cambiato il mondo e la vita di tutti noi. Il primo riflesso istintivo è stato quello di spostare l'evento in autunno confidando che tutto sarebbe passato e saremmo tornati ad una sorta di normalità.

La decisione digitale

Con il passare del tempo ci siamo però resi conto che ciò non sarebbe successo e settembre diventava un mese carico di incognite. Con l'estate è arrivato il tempo delle scelte non più rimandabili. In un torrido pomeriggio di luglio, durante un nostro web meeting, che aveva ormai sostituito da mesi le riunioni in presenza del Consiglio Regionale, è stata presa la decisione di fare un piccolo salto nel buio: go full digital! Anche se il caldo era opprimente, il gelo è sceso tra di noi. Il Congresso Regionale non è una piccola riunione tra colleghi, non è un meeting di aggiornamento su un progetto in corso o un veloce up-to-date di un trial recentemente pubblicato. Voleva dire ripartirequasi da zero e ricostruire il programma adattandolo a tempi e modi diversi. I dubbi erano tanti: i colleghi sarebbero stati interessati a questa modalità ed avrebbero partecipato? Come mantenere i challenge su ECG ed imaging? Come stimolare l'interattività? Come tenere incollati allo schermo i partecipanti? Ma non c'era tempo per i dubbi! In poche settimane abbiamo ridisegnato il programma; sono state necessarie scelte, tagli e adattamenti che miravano a creare un programma snello su due pomeriggi. In un alternarsi "andante" di letture, casi clinici interattivi multidisciplinari, challenge e relazioni, il tempo della connessione è volato via con una partecipazione sentita ecompiaciuta. Non nascondiamo che una crescente

L'evoluzionismo premia non il più forte ma l'individuo più capace di adattarsi all'ambiente



soddisfazione ci ha pervaso man mano che il congresso si sviluppava e procedeva senza intoppi.

La riflessione digitale

Il nostro Congresso Regionale, che ha cambiato pelle così velocemente, suggerisce una serie di riflessioni più ampie su come la nostra Cardiologia (o la medicina in generale) si sia dovuta adattare alla realtà e sull'impatto che i cambiamenti, imposti senza possibilità di replica, hanno portato nel nostro processo di cura. Forse l'aspetto più importante è la capacità di adattarsi rapidamente ai cambiamenti. L'evoluzionismo premia non il più forte ma l'individuo più capace di adattarsi all'ambiente. Abbiamo sperimentato in prima persona nei nostri reparti e nei nostri ospedali come sia cambiata la nostra assistenza quotidiana e, allo stesso modo, in questo periodo è stato necessario cambiare temporaneamente la nostra formazione ed il nostro aggiornamento. Ma la rapidità di adattamento dipende da una organizzazione "elastica" che permette variazioni. Un sistema rigido esplode a contatto con le difficoltà. Anche eventi drammatici come quelli che stiamo vivendo in questo *annus horribilis* possono funzionare come acceleratori di cambiamento purché il cambiamento venga gestito da chi in prima persona ne è coinvolto. In una visione prospettica di medio-lungo periodo le modalità on-line non devono essere intese come sostitute della formazione o aggiornamento di persona. Possono integrare le modalità classiche puntando a forme miste di apprendimento con la possibilità, ad esempio, di scelta tra presenza fisica o a distanza. Il valore della formazione

In momenti di difficoltà, per salvaguardare la continuità formativa o l'aggiornamento, le modalità on-line possono essere la chiave del successo

Il Congresso Regionale ANMCO rappresenta un momento irrinunciabile della nostra vita associativa e della nostra professione. Nell'anno dello tsunami abbiamo fortemente voluto mantenere questo appuntamento riscrivendolo, per primi, in formato completamente digitale per adattarsi al nostro mondo che era stato stravolto

L'aggiornamento e la formazione sono momenti fondamentali della nostra professione e per assicurarne la continuità è necessario adattarsi rapidamente al cambiamento

sul campo e dell'interattività di persona non sono in discussione. Ma in momenti di difficoltà, per salvaguardare la continuità formativa o l'aggiornamento, le modalità on-line possono essere la chiave del successo. Sono necessarie però alcune precisazioni. La riuscita di un "lungometraggio" digitale come è un evento di portata regionale o nazionale si deve basare su un supporto informatico di spessore. La piattaforma dedicata ANMCO ne rappresenta un esempio e cogliamo l'occasione per ringraziare tutto lo staff ANMCO. È inoltre fondamentale la forza della rete. L'interattività è maggiore quando i professionisti già fanno parte di una rete collaborativa e, quindi, l'ambito regionale rappresenta probabilmente un ottimo ambiente per eventi digitali. In conclusione possiamo dire, con un pizzico di vanità, di essere orgogliosi di aver per primi creato e condotto in porto con successo il primo Congresso Regionale ANMCO interamente digitale e, magari, di aver fatto da apripista per altre future esperienze. ♥

DI LEONARDO MISURACA

Diagnosi, profilassi e terapia del TEV in gravidanza

«Pronto, il Cardiologo di guardia? Qui è il pronto soccorso... ho una sospetta embolìa polmonare in donna gravida...»

JACC pubblica un Focus Seminar sulla gestione del TEV nella donna gravida

Protagonista principale del numero di Ottobre di JACC è il tromboembolismo venoso (TEV), cui sono dedicati quattro *Focus Seminar*. Delle *review* a matrice U.S.A., colpisce la capacità di sintetizzare e di saper "zoomare" su questioni che catturano l'attenzione. Condivido con Voi i punti che più mi hanno colpito leggendo il *Focus Seminar* sul TEV associato a gravidanza. Potete scaricarlo copiando e incollando il seguente link: https://www.jacc.org/doi/10.1016/j.jacc.2020.06.090.
L'aumento dei fattori della coagulazione determina uno stato protrombotico che contrasta il rischio di sanguinamento correlato al parto. La ridotta velocità del flusso venoso e la compressione cavale da parte dell'utero gravido facilitano la formazione di trombi nelle vene prossimali degli arti inferiori. Il rischio di TEV è massimo dopo il parto (aumenta fino a 80 volte), soprattutto nelle gravide con storia di TEV, per le quali la Società Americana di Ginecologia e Ostetricia consiglia lo screening della sindrome da anticorpi antifosfolipidi e delle trombofilìe congenite. Un secondo gruppo di soggetti a rischio è costituito dalle donne che si sottopongono a tecniche di riproduzione assistita. I livelli sovrafisiologici di estradiolo determinano emoconcentrazione e attivazione della cascata coagulativa. La possibilità di sviluppare TEV aumenta enormemente (fino a 100 volte!) in caso di sindrome da iperstimolazione ovarica.
È interessante la spiegazione fisiopatologica del dato clinico: il drenaggio di liquido ascitico ricco di estrogeni nel dotto toracico, e da qui nelle vene degli arti superiori, spiega la ragione per cui in queste pazienti la sede preferenziale di trombosi siano le vene degli arti superiori. La profilassi del TEV è sempre indicata in gravidanza? Decisamente no. Allo stato attuale delle conoscenze, se non è presente alcun fattore di rischio tra quelli elencati nella Tabella 1, o se ne è presente uno soltanto, che non sia storia di TEV o di trombofilìa, la profilassi non è indicata. D'altra parte, è sufficiente la sola anamnesi di TEV pregresso o di trombofilìa per imporre la terapia profilattica, che

Il tromboembolismo venoso costituisce una situazione relativamente frequente in gravidanza Gli algoritmi diagnostici e terapeutici presentano alcune peculiarità che è doveroso imparare a utilizzare

TABLE 1 VTE Risk Factors in Pregnancy
Personal history of VTE
Thrombophilia
Age >35 yrs
Body mass index >30 kg/m^2
Immobility
Nulliparity
Multiple gestation
Gestational diabetes
Pre(eclampsia)
Cesarean section
Antepartum hemorrhage
Postpartum infection
Hypertension
Diabetes
Smoking
Sickle cell disease
Systemic lupus erythematosus
VTE = venous thromboembolism.

Tabella 1

La terapia di scelta del TEV in gravidanza è costituita dall'eparina a basso peso molecolare; la trombolisi sistemica può essere utilizzata nei casi caratterizzati da instabilità emodinamca, al di fuori del periodo peripartum

riduce significativamente le recidive tromboemboliche (fino al 75%), senza incrementare significativamente emorragie maggiori, osteopenìa e piastrinopenìa da eparina. L'eparina a basso peso molecolare è l'agente di scelta. L'eparina sodica, somministrabile per via sottocutanea, è una valida alternativa soprattutto in caso di insufficienza renale con clearance della creatinina inferiore a 30 ml/min. Quando il medico di guardia si imbatte in un sospetto TEV in donna gravida, molti sono i timori e le domande. Si ha che fare con due vite. Le conseguenze

L'algoritmo YEARS associato, in casi selezionati, all'angio-TC, consentono di confermare o escludere con accuratezza la diagnosi di TEV

cliniche e medico-legali di una scelta inappropriata possono essere importanti. Quali sono gli strumenti diagnostici e terapeutici a nostra disposizione? Il Dr. Menno Huisman, internista olandese col pallino del tromboembolismo, ci viene in aiuto. È lui il creatore dell'algoritmo YEARS, applicabile anche in gravidanza: l'aumento del D-dimero viene associato a tre parametri clinici (segni di TVP, emottisi, embolìa polmonare come diagnosi più probabile), dalla combinazione dei quali emerge l'indicazione a iniziare o meno la terapia anticoagulante oppure a eseguire una angio-TC. È imprudente affidarsi fideisticamente all'algoritmo YEARS, ma il suo supporto decisionale è valido. Le tecniche di imaging con radiazioni ionizzanti sono controindicate? Benché l'irradiazione del tessuto mammario materno e del feto aumentino il rischio di cancro, ridotto accrescimento e microcefalìa, con i moderni protocolli di acquisizione possono essere utilizzati sia la scintigrafia polmonare che l'angio-TC. Quest'ultima è la metodica più vantaggiosa per accuratezza diagnostica, disponibilità, facilità di esecuzione e irradiazione

Il seminario pubblicato da JACC fornisce un percorso razionale sulla gestione del TEV nella donna gravida, dalla diagnosi alla profilassi al trattamento

fetale. L'algoritmo YEARS può suggerirci quando è conveniente sottoporre la paziente ad angio - TC. Di quali armi terapeutiche disponiamo? Nelle pazienti senza instabilità emodinamica, l'eparina a basso peso molecolare è l'agente di scelta: non oltrepassa la placenta, non aumenta il rischio di emorragia fetale, ha una risposta prevedibile. L'eparina sodica è una valida alternativa in caso di insufficienza renale. Nel caso di embolìa polmonare associata a instabilità emodinamica (ad "alto rischio", secondo gli europei; "massiva", come invece amano definirla gli americani) la trombolisi sistemica con alteplase può essere impiegata con relativa sicurezza: non oltrepassa in maniera significativa la barriera placentare e può rappresentare una terapia salvavita sia per la madre che per il feto. Una possibilità è quella dell'utilizzo di dosaggi sistemici "safe" (50 mg anziché 100 mg), sebbene non vi siano dati sufficienti per trarre conclusioni definitive. Una situazione estremamente complessa è l'embolìa polmonare con instabilità emodinamica nel *post-partum*. In questo caso la controindicazione alla trombolisi sistemica è assoluta e si entra nel terreno oscuro di terapie iperspecialistiche, disponibili solo in pochi centri e non validate in maniera adeguata: trombectomia percutanea, embolectomìa chirurgica, trombolisi locoregionale a bassa dose.

Dopo questa breve disamina, può essere utile sintetizzare i messaggi salienti:

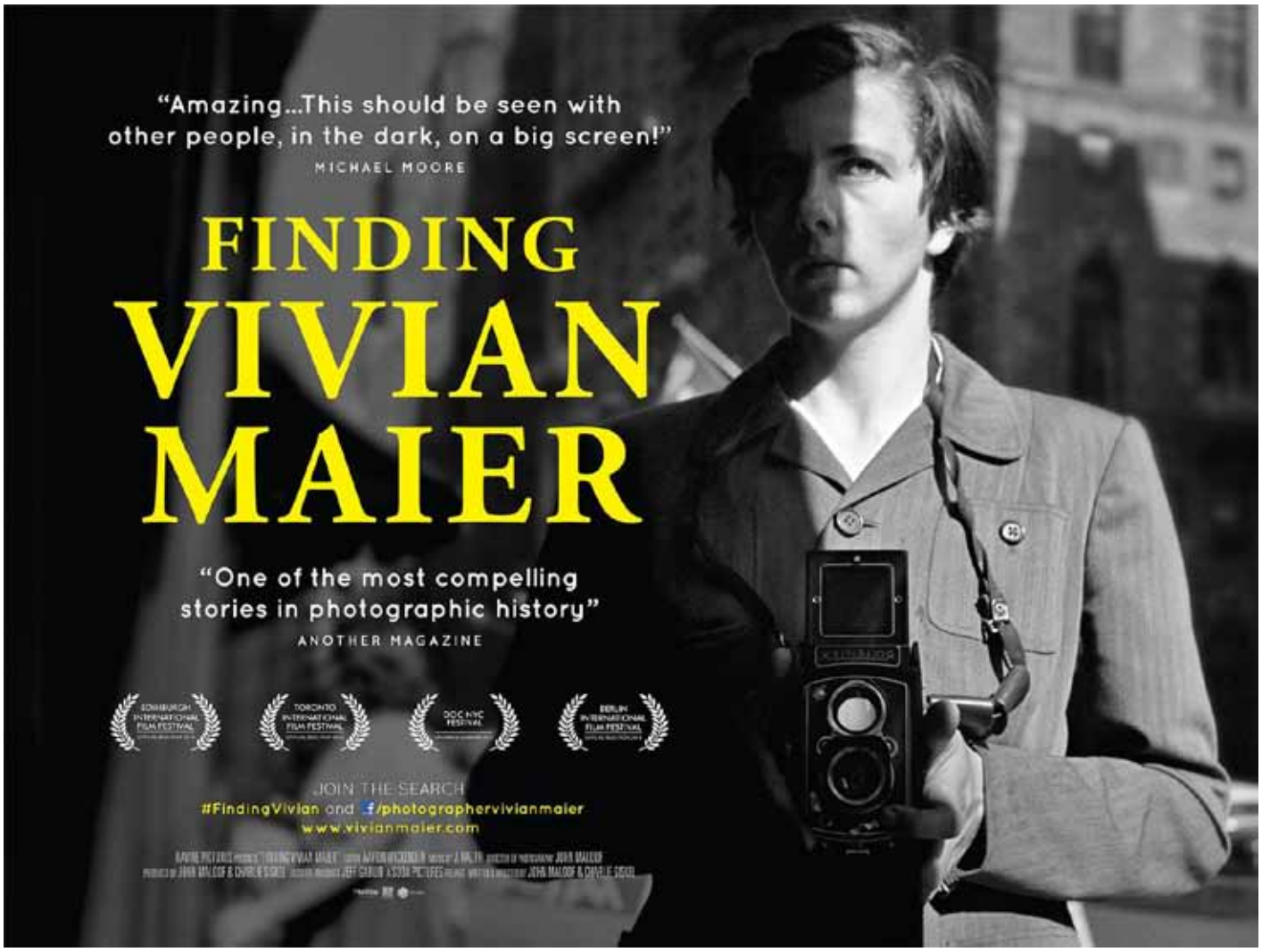
1. È consigliato escludere sindrome da anticorpi antifosfolipidi e trombofilìe ereditarie nella gravida con storia di TEV.
2. La gravidanza conseguente a riproduzione assistita si associa ad aumentato rischio di TEV e a essere coinvolte dalla trombosi sono preferenzialmente le vene degli arti superiori.
3. La profilassi del TEV è indicata in caso di storia di TEV o di trombofilìa.
4. L'algoritmo YEARS associato, in casi selezionati, all'angio-TC, consente di confermare o escludere con accuratezza la diagnosi di TEV.
5. La terapia di scelta del TEV in gravidanza è costituita dall'eparina a basso peso molecolare; la trombolisi sistemica può essere utilizzata nei casi caratterizzati da instabilità emodinamica, al di fuori del periodo peripartum. ♥

DI FRANCO PLÀSTINA

Una FAVOLA

Da Vivian Maier a John Maloof
Dalla Fotografia al Film

Nel 2013 il film documentario *Alla ricerca di Vivian Maier*, regista e produttore rispettivamente John Maloof e Charlie Siskel, ci racconta la storia - "favola" di Vivian Maier e John Maloof. Il film ha ottenuto una candidatura a Premi Oscar e una candidatura a BAFTA. John Maloof figlio e aiutante di un rigattiere, nel 2007 è alla ricerca di foto riferite a Chicago, con il progetto di farne un libro. Ad un'asta acquista un voluminoso box che, insieme ad oggetti tra i più disparati, contiene una enorme quantità di negativi, appartenenti ad una tale Vivian Maier, sconosciuta, non rintracciabile. Il materiale le sarebbe stato sequestrato in quanto aveva smesso di pagare da anni i canoni di affitto.



Maloof trova le fotografie di grande interesse e due anni dopo, nel 2009, cerca con decisione e impegno notizie sulla Maier: una giornalista? Una fotografa professionista? Apprende da un necrologio che è morta poco tempo prima in una casa di cura. Inizia la ricerca di Maloof. Tra le tante cianfrusaglie contenute nel box, si trovano scontrini, ricevute, numeri telefonici. Dopo svariate telefonate a vuoto un Signore risponde: <<*Si, la ricordo, era la mia bambinaia*>>. Una bambinaia? Non una fotografa? Non una giornalista? Le ricerche hanno ben motivo di intensificarsi. Si viene a conoscenza di alcune persone che hanno avuto rapporti con Vivian e che si lasciano intervistare. Si chiariscono i dati anagrafici della Maier. Intanto Maloof riesce a recuperare altro materiale venduto all'asta e alla fine si trova in possesso di uno sterminato archivio con più di 150 mila negativi, una enorme quantità di pellicole non sviluppate, stampe, film in Super 8 e 16 millimetri, registrazioni audio e altri documenti del tipo più svariato, compresi cumuli di giornali dell'epoca. Materiale custodito gelosamente dalla Maier nelle stanze in cui aveva vissuto. Vivian Maier era nata a New York nel 1926. Aveva trascorso i primi anni della sua vita, sino ai 12, in Francia, a Saint - Bonnet dello Champsaur (Dipartimento delle Hautes - Alpes), paese natale della mamma. Tornata in America era vissuta tra New York e, soprattutto, Chicago. All'inizio dell'età lavorativa si era occupata per un brevissimo periodo di una industria tessile. Successivamente e definitivamente per quarant'anni aveva lavorato come bambinaia presso numerose famiglie

Autoritratto con Rolleiflex

benestanti di Chicago e New York. Era tornata in Francia per riscuotere una piccola eredità. Aveva interrotto per sei mesi la sua attività di bambinaia per realizzare un lungo viaggio in tutto il mondo. Gli intervistati, in gran parte uomini e donne che l'avevano avuta come tata, ricordano come si presentava fisicamente. Molto alta, portava cappelli a larghe falde, un aspetto un po' mascolino. Camminava con passo lungo oscillando rapidamente, in alto e in basso, le braccia, con una andatura di tipo militare. La macchina fotografica Rolleiflex sempre appesa al collo, le giungeva sino all'addome. Da quella posizione, dal basso, scattava dovunque foto. Custodiva gelosamente, quasi ossessivamente, i suoi ricordi in una stanza o in un garage, a seconda della disponibilità dei datori di lavoro, chiudendo i locali con una serratura, e impedendo che chiunque potesse entrarvi. Con le casse, e tutte le cianfrusaglie, riempiva a volte i locali sino al soffitto. Fotografava tutti gli

Due bambine a Chicago

eventi che le apparivano straordinari, anche neri e cupi. Custodiva anche giornali che trattavano questi argomenti. Fu vista fotografare persino depositi di spazzatura. Ha fotografato un bambino, di cui era la tata, riverso sul terreno, investito da una auto, nel momento di apprensione dei presenti in attesa di una ambulanza. Una donna che l'aveva incontrata varie volte in un parco, dove i bambini giocavano, afferma che era diventata una delle sue poche amiche, forse l'unica, e ricorda che i bambini affidati a Vivian dovevano passare il tempo con lei e seguire i suoi percorsi a volte strani, ma amava teneramente i suoi bambini. Pareri discordi a questo proposito. Altri infatti ricordano che, a tratti, risultava scontrosa, nervosa e cattiva, forzando a mangiare in fretta sino a spingere il cibo in bocca. E ancora, altra testimonianza, portò una bambina in un mattatoio per fotografare, e qui la piccola ebbe cognizione della morte, per la prima volta, restandone terrorizzata. Probabilmente episodi marginali, limitati, non dimostrativi del comportamento e dedizione complessivi. Non si può trascurare che Vivian Maier è rimasta per molti anni, accudendo due bambini, a casa della famiglia Gensburg a Chicago, disponendo di una grande stanza e di un bagno personale, che le servì anche da "camera oscura". Nelle ultime fasi della vita, ridotta alla indigenza, furono i suoi "bambini" Gensburg a pagarle l'alloggio e poi la degenza in casa di cura, ove trovò la morte. In riconoscenza dell'affetto ricevuto dalla loro tata tanti anni prima. Nessuno ha saputo della sua famiglia, del suo passato. Non risultano rapporti con uomini. Non aveva amici. A volte non diceva neppure il suo nome e si firmava "Smith". Gli intervistati da Maloof forniscono per lei, con una sola parola, definizioni diversificate e contrastanti: Paradossale - Coraggiosa - Misteriosa - Eccentrica - Una donna molto riservata. Il film documentario *Alla ricerca di Vivian Maier* è condotto con ammirevole abilità. Alterna il racconto della ricerca, interpretato dallo stesso Maloof, con le testimonianze partecipi, appassionate, di quanti avevano conosciuto la Maier, impiegando un montaggio incalzante, che ne fa quasi una inchiesta poliziesca, un thriller avvincente per lo spettatore.
All'esordio negli USA ha incassato un milione di dollari in novanta Sale, in tre settimane. Vivian Maier la

Una bimba davanti a una vetrina

Elegante Signora in elegante quartiere di una metropoli

misteriosa bambinaia fotografa, scoperta casualmente. Maloof cominciò a parlarne sui siti internet dal 2009. Negli anni successivi, convinto del valore di quell'archivio fotografico, cercò di interessare varie gallerie per allestire una mostra, compreso il celebre MOMA, ricevendo sempre dinieghi. Sino a quando finalmente una Mostra allestita nel Centro Culturale di Chicago conseguì successo e aprì la strada ad una consacrazione mondiale. Otre cinquanta Mostre sono state realizzate nel mondo su Vivian Maier. Quindici negli ultimi anni in Italia, con un successo straordinario per la qualità delle fotografie e, forse in parte, per il mistero che circonda la sua vita. Vivian Maier bambinaia - fotografa, una strana combinazione. Bambinaia probabilmente per disporre di maggiore tempo libero, accudire i bambini, uscire con loro nelle strade delle metropoli e scattare foto. La macchina fotografica, il grande amore della sua vita. Prima la leggendaria Rolleiflex, sempre appesa al collo, negli ultimi decenni anche una Leica. Per la cura dei bambini, nelle famiglie in cui è rimasta occupata per molti anni, come i Gensburg, ha fatto pensare a Mary Poppins. La Mary Poppins d'America della seconda metà del XX secolo. Come fotografa conosciuta soltanto dopo la morte. Lo stesso destino della poetessa Emily Dickinson. Ha fotografato in gran parte sulle strade e la sua opera è collocata nel gruppo della "Street Photography". Il "fotografo di strada" deve possedere capacità acuta di osservazione, catturare immagini significative dello scorrere mutevole della vita nelle vie delle città, cogliere scambi fugaci, non farsi notare, dotarsi di una buona macchina fotografica, scattare con prontezza di riflessi. Vivian Maier sembra avere dimostrato un istinto naturale per la fotografia sin dalla adolescenza in Francia, ancora prima del trasferimento negli Stati Uniti. Vivian ha fissato con la sua macchina momenti lieti e momenti tristi che si alternano nelle strade, cogliendo anche le bizzarrie, le incongruenze della vita. Non ha raccontato storie, ma quasi un dramma continuo. Ha rivolto particolare attenzione ai bambini. Il fotografo professionista Joel Meyerowitz, specializzato in

Un clochard in una grande metropoli

Un abbraccio tra la folla

"fotografia di strada", afferma che dalle foto di Vivian: <<*Emerge la sua sensibilità, attenzione per le tragedie umane, ma anche momenti di tenerezza, generosità e dolcezza*>>. Non ha mai fotografato le stesse persone. Soltanto più volte se stessa. Tanti autoritratti colti da superfici riflettenti, come specchi e vetrine. L'aspetto sorprendente, straordinario, e conseguentemente affascinante, di tutta la storia è che l'intera, enorme produzione fotografica di Vivian Maier è venuta alla luce solo dopo la sua morte. Del tutto sconosciuta in vita. Per decisione della autrice che ha custodito le proprie esperienze in locali rigorosamente chiusi e invalicabili. Si potrebbe concludere che Vivian ha realizzato un personale diario segreto con foto, piuttosto che con parole scritte, osservando attentamente gli avvenimenti con il suo occhio, selezionando con l'occhio della macchina fotografica quanto trovava di interessante, rimarchevole. Ha tuttavia stampato appena il dieci per cento dei negativi. Per difficoltà economiche, per scarsa organizzazione o per compiere una ulteriore selezione del "vissuto"? *Alla ricerca di Vivian Maier* suscita riflessioni su John Maloof. Un giovane aiuto rigattiere, che cerca fotografie su Chicago e acquista all'asta un box per 380 dollari. Gli cambia la vita. Scrive un libro. Realizza un film del quale è regista, direttore della fotografia, sceneggiatore e produttore. Organizza mostre. Conosciuto in tutto il mondo, diviene probabilmente milionario. Due destini si incrociano. Senza Maloof i negativi della Maier sarebbero finiti forse al macero. Senza Vivian forse John Maloof sarebbe ancora un

Vivian Maier la Mary Poppins con la macchina fotografica

rigattiere. Una storia vera che si avvicina ad una favola. Per favola si intende comunemente una vicenda costruita con il fine di far comprendere in modo facile e piano una verità morale. La storia di Vivian può suggerire che l'arte della fotografia, non semplice, può essere acquisita da una dilettante, con una occupazione lavorativa del tutto diversa, che non ha seguito corsi di apprendimento, non ha avuto maestri o critici. Anzi ha tenuto gelosamente segreti i suoi tesori. Aveva talento, una dote naturale, che ha conservato e alimentato con tenacia, dedizione, passione. La storia di John Maloof suggerisce che la validità delle personali convinzioni, come il giudizio sul valore artistico del lavoro di Vivian, va difesa con lungimiranza e fermezza, per vincere incomprensioni, superficialità e cecità di uomini e istituzioni. Seguendo il percorso artistico e umano di Vivian Maier sorgono numerosi interrogativi. Ha scelto di nascondere la sua produzione per una estrema riservatezza, oppure era vittima di un "lato oscuro", di turbe psicologiche che causavano repulsione verso gli altri, verso gli uomini in particolare, vivendo come persona in disagio, in fuga da se stessa? *<<Non entrate nella mia camera>>* era solita raccomandare. Estranei vi sono entrati: collezionisti come Maloof hanno tratto grandi vantaggi, di immagine ed economici, dalla sua produzione. Hanno tradito i suoi desideri? Le mostre allestite hanno incantato gli Stati Uniti, poi l'Europa e altre parti del mondo. Vivian Maier ha fissato scene che alimentano sentimenti universali. Il fascino della sua opera continua, accresciuto dal mistero che avvolge la sua esistenza. La bambinaia - fotografa, morta in miseria, continuerà ad accumulare curiosità, ammirazione e successi. ♥

Poliziotti trascinano un poveraccio abbandonato su una strada

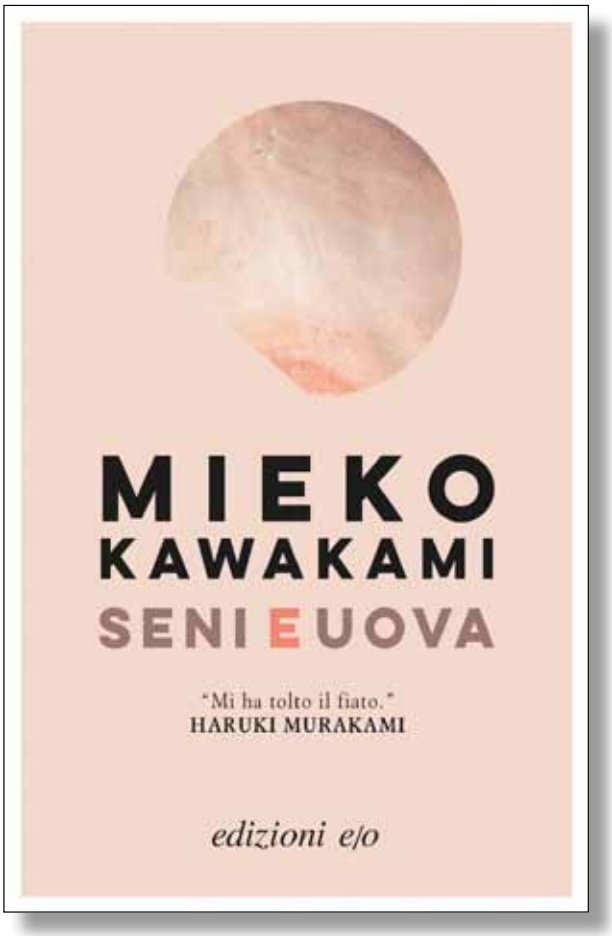
Una carrozza a New York

DI BEATRICE BALDUZZO

Un romanzo corale, denso e corposo, ci restituisce un racconto sulla condizione femminile nel Giappone patriarcale di oggi

Tre donne e i loro desideri nel Giappone contemporaneo

Natsuko, Midoriko e Makiko vengono in contatto con i loro desideri più reconditi legati alla femminilità in una società spesso troppo rigida e ostile nei confronti delle donne



Mieko Kawakami è una delle scrittrici più importanti e più vendute in Giappone ed è molto apprezzata dal maestro Haruki Murakami, che la considera una delle più interessanti scrittrici contemporanee giapponesi. Nata a Ōsaka nel 1976, Mieko Kawakami ha iniziato la sua carriera come cantante e cantautrice prima di fare il suo debutto letterario nel 2006. Con il libro "Seni e uova" ha vinto il premio Akutagawa, il più prestigioso premio letterario giapponese. Il racconto corale denso e corposo, incardinato sulla condizione femminile nel Giappone di oggi, patriarcale e dispotico, ci conduce nella descrizione e nell'analisi del desiderio e delle trasformazioni, soprattutto corporee, di tre donne. Le storie raccontate in questo romanzo, fatto di voci femminili, sono due: la prima si svolge nel 2008 e la seconda nel 2016. Le vicende hanno in comune, oltre ai personaggi, l'esigenza urgente di affrontare temi senza tempo, quali il rapporto con il proprio corpo, la maternità, la malattia, il sesso e anche il denaro e la povertà. Le tre protagoniste hanno, ognuna a proprio modo, una personale ossessione che la attraversa, sempre strettamente connessa al proprio corpo. La voce narrante è quella di Natsuko, una giovane trentenne

Il romanzo descrive i legami familiari di tre donne che si trovano a fare i conti ognuna con le proprie ossessioni e trasformazioni corporee e psicologiche

Le tre protagoniste hanno, ognuna a proprio modo, una personale ossessione che le attraversa, sempre strettamente connessa al proprio corpo

Le vicende hanno in comune, oltre ai personaggi, l'esigenza urgente di affrontare temi senza tempo, quali il rapporto con il proprio corpo, la maternità, la malattia, il sesso e anche il denaro e la povertà

aspirante scrittrice trasferitasi a Tokyo per tentare il successo e allontanarsi dalla sua famiglia di origine. Le altre due donne, di cui Mieko Kawakami ci racconta le vicissitudini e i pensieri più reconditi, sono Makiko, la sorella maggiore di Natsuko, e Midoriko, figlia di Makiko e nipote di Natsuko. Le tre donne, unite da legami familiari, sono i personaggi attraverso cui Kawakami mette in luce i ruoli di genere della contemporaneità giapponese, mondo in cui il rapporto delle donne con il corpo che cambia e la difficoltà degli uomini a comprenderne la psiche e le esigenze sono all'ordine del giorno, in una società fortemente dominata dal patriarcato. La sorella di Natsuko, Makiko, modesta hostess in un locale di periferia, intraprende un viaggio pieno di speranza da Osaka a Tokyo, alla ricerca di una clinica che realizzi il suo sogno di rifarsi il seno, in un inquietante parallelismo con la madre morta tanti anni prima di tumore. La figlia di Makiko, Midoriko, è un'adolescente che scarica le sue frustrazioni non parlando più, ed è ossessionata, oltre che dal ciclo mestruale in tutte le sue manifestazioni pratiche, anche dai cambiamenti fisici che caratterizzano la fase della vita che sta attraversando. Midoriko è entrata in un mutismo per un tempo indefinito poiché si sente disgustata dal desiderio di sua madre di rifarsi il seno. Sarà proprio nei tre giorni che trascorreranno insieme a Tokyo a venire allo scoperto e agli occhi di Natsuko la decisione della sorella maggiore di farsi operare per ottenere un seno più bello e più grande di quello che ha, al cospetto dell'incredulità di Natsuko, e dell'afasia della nipote adolescente. Nella seconda parte Natsuko raggiunge il successo come autrice e verrà all'improvviso colta da un irrefrenabile desiderio di maternità, conducendo il lettore in un mondo, quello della fecondazione assistita, denso di sorprese, nel quale sarà costretta ad affrontare preconcetti profondamente radicati nella società giapponese. Un altro aspetto rilevante che viene affrontato è quello del denaro, tema anch'esso legato a quello principale della femminilità perché è dalla mancanza di denaro o di un reddito che scaturisce il disagio sociale delle donne forzate alla subalternità. Il libro si apre peraltro proprio con un'inconsueta riflessione di Natsuko riguardante la povertà e in particolare in merito alla correlazione tra ricchezza e numero di finestre nella propria abitazione; qui viene esplicitato come chi possiede più finestre si possa classificare su un piano socio-economico più elevato, mentre chi ne possiede meno o nessuna è da considerarsi povero ed emarginato. Questo tema sarà un motivo ricorrente in tutto il testo, assumendo via via forme diverse. Natsuko stessa è stata cresciuta in povertà dalla mamma divorziata e dalla nonna e poi dalla sorella. Entrambe hanno iniziato a lavorare da molto giovani facendo anche lavori poco gratificanti; altre figure femminili del romanzo in taluni casi si rassegnano a vivere con mariti che non amano e che non le onorano come donne, pur di garantirsi una stabilità economica. Mieko Kawakami ha svelato in un'intervista che il romanzo è in parte autobiografico e che, ad accomunarla alle tre protagoniste, c'è la forza di saper affrontare la vita anche con ironia e leggerezza pur dovendo far fronte a difficoltà economiche e a scelte difficili o sensazioni di malinconia e solitudine. I due registri espressivi utilizzati nel testo, a tratti colloquiale e a tratti più figurato ed elaborato, restituiscono proprio questa attitudine alla vita. Scritto con uno stile rapido e senza fronzoli, "Seni e uova" è un libro vivido ed emozionante, consigliato a chi vuol fare un viaggio contemporaneo nella femminilità giapponese ed esplorare il tema del cambiamento in una società in cui le donne tentano di attuare strenuamente comportamenti nuovi per contrastare un sistema sociale, a detta dell'autrice stessa, spesso troppo rigido e ostile. ♥

Mieko Kawakami ha svelato in un'intervista che il romanzo è in parte autobiografico e che, ad accomunarla alle tre protagoniste, c'è la forza di saper affrontare la vita anche con ironia e leggerezza

A.N.M.C.O.
ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDIOLOGI OSPEDALIERI
Natale 2020
Auguri a tutti i nostri lettori

BREATHE YOU ARE ENOUGH!
BY LIFTING HERS WE RAISE THE WORLD