

Cardiologia

negli Ospedali

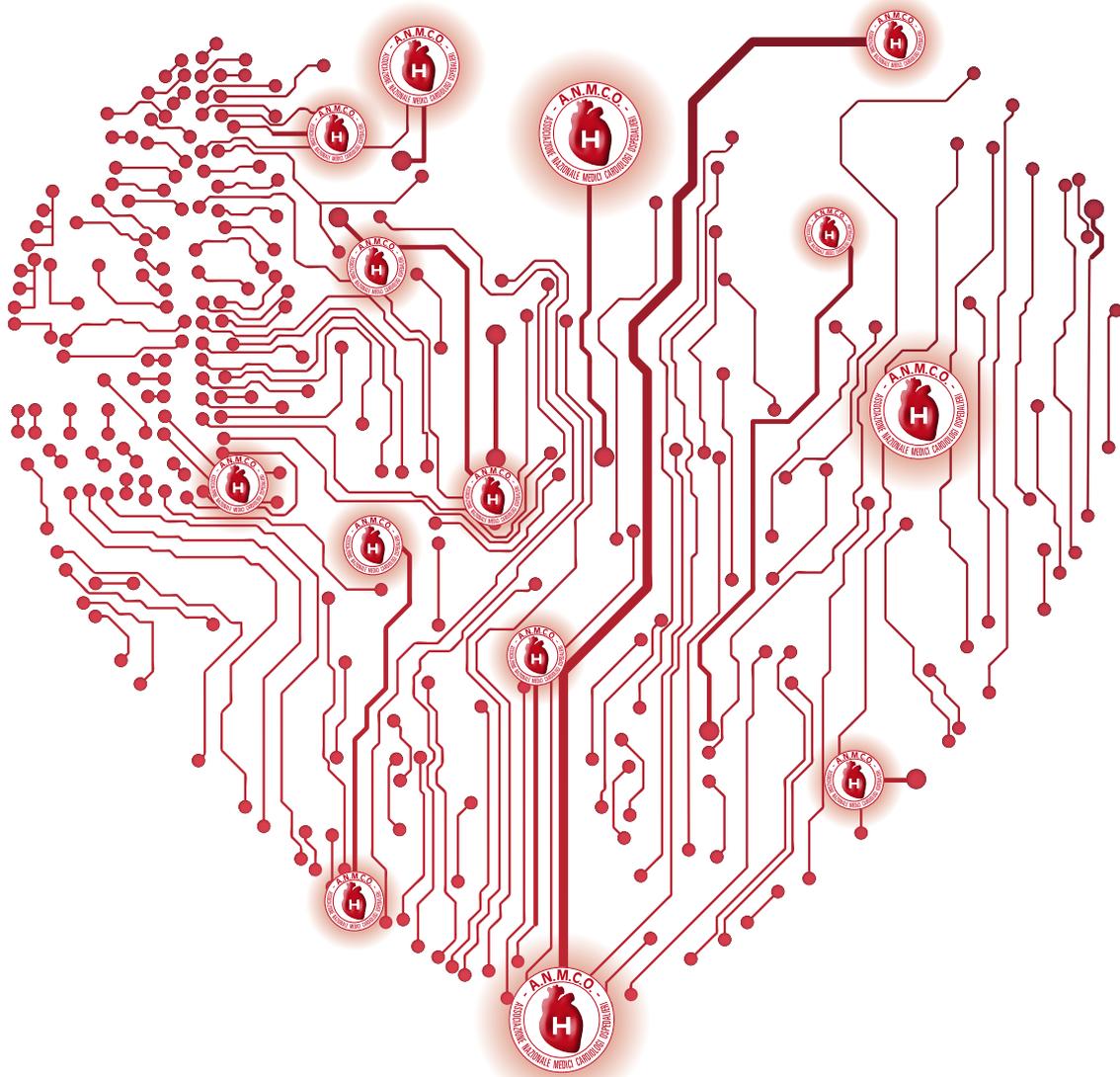


GENNAIO / FEBBRAIO 2021 N° 239

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

R I M I N I

2 0 • 2 2

M A G G I O

2 0 2 1

COME PRIMA, PIÙ DI PRIMA



Valerio Mirannalti
Particolare di "Neve", olio su cartone,
100x70 cm, 2003
COLLEZIONE PRIVATA

N. 239
gennaio / febbraio 2021
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 (FI)

EDITORIALE

Editoriale p.4
di Manlio Cipriani

DAL PRESIDENTE

ANMCO evolve sempre, anche p.6
nelle difficoltà la poderosa
macchina associativa non si arresta
di Domenico Gabrielli a nome
del Consiglio Direttivo ANMCO

DAL CONSIGLIO DIRETTIVO

"Strike" al Covid p.10
di Pasquale Caldarola



**DAL CENTRO STUDI DELLA
FONDAZIONE PER IL TUO CUORE**

La ricerca ai tempi del COVID - 19: p.14
un urgente appello per una
rieducazione metodologica
di Aldo P. Maggioni p.17
Il punto sugli Studi Clinici
del Centro Studi della Fondazione
per il Tuo cuore
a cura del Centro Studi

The screenshot shows the ANMCO TV website interface. At the top, it says 'ANMCO TV LA CARDIOLOGIA A TU PER TU'. Below that is the 'inDeep' logo and the subtitle 'APPROFONDIMENTI SU PATOLOGIE CARDIOVASCOLARI'. The main content area features a grid of video interview thumbnails, each with a title and a small photo of the speaker. Below the grid is a login form with fields for 'Username' and 'Password', and an 'ACCEDI' button. At the bottom, there is a footer with contact information and social media icons.

DAL GIC

50 Candeline per il Giornale Italiano di Cardiologia p.23
di Giuseppe di Pasquale



DALLE AREE

AREA CARDIOIMAGING

Perchè coinvolgere il cardiologo p.26
 in caso di ictus?

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



AREA GIOVANI

Alla scoperta dei modelli anatomici dell'apparato cardiovascolare presenti nella cappella di Sansevero p.36
di Marco Malvezzi e Stefania Angela Di Fusco a nome dell'Area Giovani



AREA SCOMPENSO CARDIACO

La gestione dello scompenso cardiaco dopo la pandemia da COVID 19 p.40

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



DALLE TASK FORCE

TASK FORCE CARDIONCOLOGIA

Cardioncologia e COVID - 19 p.44
 (CO&CO). Le insospettabili affinità elettive

di Irma Bisceglia, Maria Laura Canale e Iris Parrini



TASK FORCE RESPONSABILITA' PROFESSIONALE E SICUREZZA DELLE CURE

Salute, coltivatori, costruttori e mercanti
di *Giovanni Gregorio* p.48



DALLE REGIONI CALABRIA

La Calabria della Prevenzione
di *Fabiana Lucà, Mario Chiatto e Roberto Ceravolo* p.52

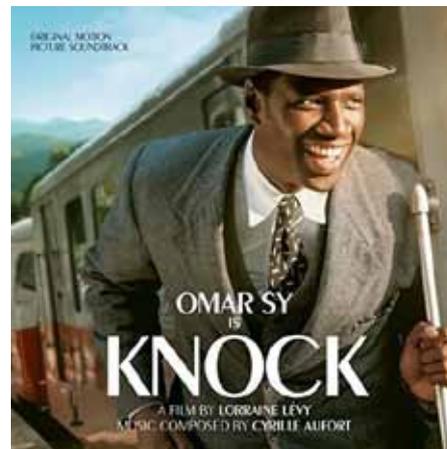


LETTO... E COMMENTATO. ECHI DALLA LETTERATURA INTERNAZIONALE

2020: attacco alla stenosi
di *Leonardo Misuraca* p.53

VIAGGIO INTORNO AL CUORE

Siamo tutti malati e non lo sappiamo?
di *Giuseppe Di Tano* p.55



E se facessimo iscrivere Dr. Google all'ANMCO?
di *Carmine Riccio* p.58

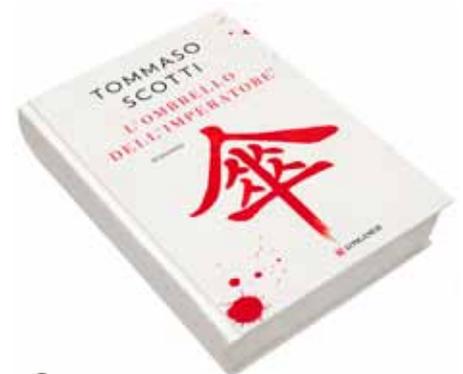
UNO SGUARDO SUL MONDO

Venezia nell'acqua.
Le foto di Roberto Carlon
di *Gianfranco Misuraca* p.63



LETTI PER VOI

Caccia all'ombrello per l'ispettore Nishida
di *Beatrice Balduzzo* p.66





Editoriale

Cari Lettori, è con particolare piacere che Vi presentiamo questo numero di CNO. Ci sono numeri che ti piacciono di più di altri, forse solo perché ti sembrano più riusciti anche se non riesci a coglierne la motivazione; questo è uno di quelli, forse per la varietà degli argomenti trattati, il valore anche emotivo di alcuni suoi articoli, i tanti Soci e Colleghi che ci hanno scritto, sta di fatto che questo numero di CNO ci pare "speciale". Il Presidente ANMCO ci introduce a tre novità: Congresso ANMCO 2021, nuovi Webinar e FAD e nuovo Regolamento Elettorale 2021. Tanto lavoro fatto in questi mesi un po' bui ma come vedrete proficui. L'amico Pasquale Caldarola con coraggio, ci racconta la sua esperienza dall'altra parte della sponda, da paziente. Ci racconta di incertezze terapeutiche che ha dovuto vivere sulla sua pelle, di umanizzazione della medicina, di strutture da potenziare e di nuove collaborazioni da sviluppare. Anche da sdraiato con l'ossigeno nel naso, Pasquale ci fa riflettere. Vede e osserva quello che succede da tecnico e da cardiologo. Nel rinnovargli tutti di auguri di una ancora migliore e più completa guarigione, di questi tempi è bello sentir raccontare le malattie da chi le ha viste sul serio. Aldo Maggioni ci stimola come sempre scientificamente con un bell'articolo di metodologia al tempo

del COVID; ci viene da dire che c'è ancora tanto da fare ma comunque va fatto bene. È un compleanno importante quello dei 50 anni del Giornale Italiano di Cardiologia. Giuseppe Di Pasquale ci racconta della maturità raggiunta di un Giornale che ha attraversato 50 anni di storia della cardiologia italiana guardando ai prossimi 50. Buon compleanno! L'Area CardioImaging e la Task Force di Cardioneurologia lavorano insieme su un percorso clinico orientato in caso di ictus. Come è consuetudine in poche righe un ripasso tutt'altro che scontato. L'Area Giovani ci porta nel cuore di Napoli o se preferite in una Napoli nascosta, che tra leggenda e realtà ci racconta di 2 modelli anatomici del 1700. Di pandemia COVID 19 e scompenso cardiaco ci parla l'articolo dell'Area dedicata all'insufficienza cardiaca ripensando a nuovi modelli assistenziali, telemedicina e assistenza domiciliare, concetti tutt'altro che nuovi in questa malattia ma che possono vedere nella pandemia attuale un'opportunità di rilancio e innovazione. Sulla stessa linea di pensiero si colloca l'articolo della Task Force Cardioncologia scoprendo affinità inattese con il virus! Giovanni Gregorio in maniera incisiva ci mette in guardia contro i mercanti nel tempio della Sanità. Una personale ma interessante ricostruzione nei secoli dei sistemi sanitari fino ai

giorni nostri. Misuraca junior ci parla di TAC coronarica e della complementarità di questo esame rispetto allo studio coronarografico, sfatando un concetto, che per molto tempo ci siamo portati dietro dalle prime esperienze di imaging radiologico coronarico con TAC, ovvero di un esame alternativo e non complementare. Potremmo arrivare a dire più TAC per tutti? Misuraca senior ci porta nel meraviglioso mondo dell'imaging fotografico, con bellissime fotografie dal mondo; un bravissimo cardiologo fotografo ci fa vedere Venezia riflessa nell'acqua <<mutevole ma più spesso mossa dalle onde o da un leggero venticello che crea quelle bellissime increspature, come fossero pennellate di un pittore impressionista...>>. Carmine Riccio, che potremmo definire un moderno cardiologo all'antica, ci parla in maniera tecnica e appunto moderna di telemedicina ed e-health technology, aiutando anche i più scettici di noi ad avvicinarsi ad un mondo che non possiamo più ignorare. Dulcis in fundo due belle recensioni editoriali; la prima dell'amico Giuseppe Di Tano, colta, attenta ai dettagli e piena di spunti riflessivi su temi di sanità attualissimi, la seconda di Beatrice Balduzzo intrigante e misteriosa come si addice ad un giallo da leggersi in zona rossa! Come vi dicevo un numero ricchissimo, buona lettura.♥



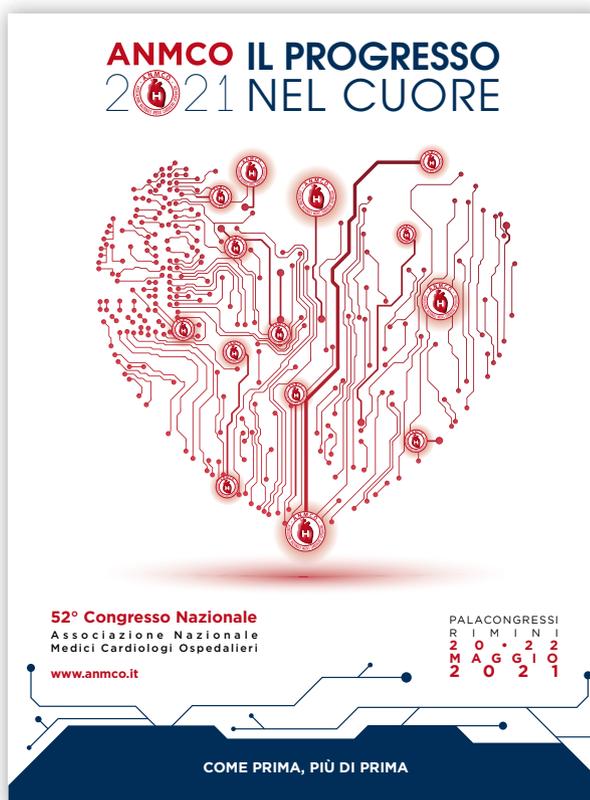
Valerio Mirannalti
“Neve”, olio su cartone, 100x70 cm, 2003
COLLEZIONE PRIVATA



ANMCO evolve sempre, anche nelle difficoltà la poderosa macchina associativa non si arresta

Congresso 2021

L'annuale appuntamento congressuale si terrà, per la parte residenziale, come tutti saprete, a Rimini dal 20 al 22 maggio, salvo limiti imposti dalle Autorità in ragione della situazione pandemica; con il Consiglio Direttivo stiamo alacremente lavorando per completare, siamo ormai ai dettagli, il programma scientifico, sempre puntando sulla formula congressuale innovativa, di tipo ibrido, lanciata lo scorso anno, che prevede sia la parte residenziale, nel pieno rispetto della normativa relativa, sia la partecipazione online, in modalità digitale sulla piattaforma **digital.anmco.it**, con ulteriori innovazioni, dando vita in tal modo al primo *Phyigital* ANMCO. Il coraggio responsabile e la volontà di tutto il Consiglio Direttivo hanno fatto sì che l'emergenza sanitaria non interrompesse la continuità di un appuntamento oramai entrato nella tradizione del mondo cardiologico, anzi sotto certi aspetti sono stati la spinta acceleratrice per implementare maggiormente tutte le tecnologie digitali disponibili, che nella prossima edizione saranno aggiornate e



migliorate e contribuiranno a dare corpo anche al tema ispiratore del Congresso 2021, la **Cardiologia Digitale**.

Il programma scientifico, come sempre, sarà di assoluto rilievo coniugando, in armonico equilibrio, esperienza e aggiornamento, a conferma del ruolo

primario che da sempre la Cardiologia e dunque ANMCO, quale preminente Società Scientifica, svolge a beneficio della classe medica, in particolare cardiologica, con costante attenzione alla crescita scientifico-culturale, in un contesto sociale e sanitario in rapida e continua evoluzione.



SIN&RGIA
CLINICAL COMPETENCE IN CARDIONCOLOGIA
 8 - 10 - 12 marzo 2021

RESPONSABILI SCIENTIFICI
 Irma Bisceglia (Roma), Furio Colivicchi (Roma),
 Domenico Gabrielli (Roma)

PROGRAMMA

8 marzo 2021 ore 17:00-20:30

PRIMA PARTE

17.00	Introduzione e apertura Corso	D. Gabrielli (Roma)
17.00	Moderatori/Tutor: I. Bisceglia (Roma), F. Tonazza (Milano)	
17.40	Cardiotossicità da antiaritmici	A. Oliva (Bari)
17.40	Cardiotossicità da trastuzumab	G. Russo (Pescara)
18.10	Discussione	
18.25	Cardiotossicità da inibitori del VEGF	I. Paroni (Torino)
18.45	Cardiotossicità da fluoropirimidine	C. Lenzi (Livorno)
19.05	Discussione	
19.20	Cardiotossicità da immunoterapia	M.L. Canale (Lido di Camerota)
19.40	Discussione	
20.30	Fine lavori	

10 marzo 2021 ore 17:00-20:30

SECONDA PARTE

17.20	Introduzione e apertura Corso	F. Colivicchi (Roma)
17.20	Moderatori/Tutor: M.L. Canale (Lido di Camerota), I. Paroni (Torino)	
17.30	Eccardiografia in cardiologia	A. Manno (Milano)
18.00	Cardiotossicità da ormonoterapia	L. Tassinari (Belluno)
18.30	Discussione	
18.40	Cardiotossicità da radioterapia	F. Tonazza (Milano)
19.10	Cardiologia in epoca COVID-19	G. Gullucci (Romeo in Valture)
19.40	Costruzione di un PDTA in cardiologia	G. Genesi (Palermo)
20.10	Discussione	
20.50	Fine lavori	

12 marzo 2021 ore 17:30-20:30

TERZA PARTE

17.30	Introduzione e apertura Corso	M.M. Gulizia (Catania)
17.30	Moderatori/Tutor: M.M. Gulizia (Catania), L. Tassinari (Belluno), G. Russo (Pescara)	
17.40	Tromboembolismo venoso in oncologia	I. Bisceglia (Roma)
18.10	Fibrillazione atriale in oncologia	A. Manno (Napoli)
18.40	Discussione	
18.55	Veramenti pericardici neoplastici	C. Lenzi (Livorno)
19.15	QT lungo nei pazienti oncologici	N. Manno (Napoli)
19.35	Sindromi coronariche acute nei pazienti oncologici	I. Bisceglia (Roma)
19.55	Discussione	
20.10	Fine lavori e compilazione questionario ECM	

SECRETARIA SCIENTIFICA, PROVIDER E.C.M. ANMCO
 Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri
 Via A. La Marmora, 35 - 50127 Firenze
 Tel. +39 055 300385 - Fax +39 055 3013050
 segreteria@anmco.it - www.anmco.it

FAD Asincrona
 Evento formativo ANMCO

LE SFIDE DEL CARDIOLOGO NELLA GESTIONE DEL PAZIENTE AD ALTO RISCHIO

Dal 4 GENNAIO 2021 al 31 MAGGIO 2021

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, 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, assorbendo a livello nazionale una rilevante quota parte dei costi in modo da offrire un "prezzo politico" alle nostre sezioni regionali onde favorire il mantenimento di una qualità tecnologica adeguata e in linea con le abitudini ANMCO, a brevissimo sarà disponibile anche la FAD sulla cardiologia, un altro importante sforzo associativo dovuto all'impegno di tanti di noi e in particolare della Task Force di Cardiologia la cui referente è Irma Bisceglia, ma sono tante le FAD ancora attive, a seguire alcune:

- Fad Asincrona "Le sfide del Cardiologo nella gestione del paziente ad alto rischio - II Forum Nazionale

di Cardiologia Clinica - Cardiologia in Progress" (4 gennaio - 31 maggio 2021).

- FaD Sincrona SdA ANMCO "Novità terapeutiche nello Scompenso Cardiaco: il ruolo delle glifozine" (25 febbraio - 26 febbraio 2021).
- Corso Executive per Clinical Leaders della Cardiologia e Cardiochirurgia ANMCO - UNIMI

Il corso riprenderà in modalità residenziale da marzo, se non interverranno ulteriori restrizioni regolatorie. Webinar su ANMCO TV

- La lettera di dimissione nel paziente con embolia polmonare e il corretto

ANMCO Corso ANMCO di Formazione a Distanza (sincrono)

FORMAZIONE FAD SINCRONA A DISTANZA

Seminario di Aggiornamento ANMCO

NOVITÀ TERAPEUTICHE NELLO SCOMPENSO CARDIACO: IL RUOLO DELLE GLIFOZINE

25 | 26 febbraio 2021

Responsabili Scientifici:
 Furio Colivicchi,
 Andrea Di Lenardo,
 Domenico Gabrielli

RAZIONALE
 ANMCO quale preminente società scientifica ha come mission quella di promuovere l'aggiornamento e la conoscenza scientifica a favore delle varie popolazioni di pazienti che esprimono bisogni di salute. La prevenzione e il trattamento dello scompenso cardiaco rappresentano un importante obiettivo della pratica clinica di cardiologi e diabetologi: lo scompenso è infatti la prima causa di ospedalizzazione del paziente diabetico con esito spesso fatale, e comporta il decesso della metà dei pazienti entro 5 anni dalla diagnosi di scompenso. Gli studi sugli inibitori SGLT2 hanno fatto emergere dati di importante riduzione delle ospedalizzazioni per scompenso cardiaco e di riduzione della morte cardiovascolare in pazienti diabetici tipo 2 (DMT2) a elevato rischio cardiovascolare. Questo convegno ha l'obiettivo di contribuire alla formazione degli specialisti sulla gestione ottimale dello scompenso nel paziente diabetico e non, con particolare riferimento all'utilizzo della classe SGLT2 anche in relazione agli ultimi studi pubblicati sull'argomento. Il format, interattivo e coinvolgente stimolerà i partecipanti al confronto costruttivo sugli argomenti proposti. La parte finale sarà dedicata alla discussione e validazione dei punti salienti del Position Paper ANMCO sull'argomento.

CLICCA PER REGISTRARTI


 Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri

Corso ANMCO di Formazione a Distanza

“LA LETTERA DI DIMISSIONE NEL PAZIENTE CON EMBOLIA POLMONARE E IL CORRETTO FOLLOW-UP AMBULATORIALE”

14 DICEMBRE 2020


 Dalle ore 18.00 alle ore 19.00

Piano Formativo 2020

La malattia tromboembolica venosa o tromboembolismo venoso (TEV) è una delle patologie più comuni del sistema circolatorio. Nei paesi occidentali si calcola sia la terza malattia cardiovascolare più frequente dopo la cardiopatia ischemica e l'ictus, con un caso ogni 1.000 abitanti per anno. I quadri clinici principali del TEV sono, dunque, la trombosi venosa profonda (TVP) e l'embolia polmonare (EP). Nella grande maggioranza dei casi (90%) l'EP è causata da una TVP. In una non trascurabile percentuale dei casi, la prima è clinicamente silente e la morte improvvisa per EP può essere la prima ed unica manifestazione del TEV. L'EP può manifestarsi clinicamente con quadri clinici a diverso rischio di mortalità in fase acuta, in rapporto alla compromissione emodinamica che ne deriva ed alla comorbidità del paziente. Per questo motivo, spesso i pazienti vengono ricoverati non solo in ambiente cardiologico e trattati da specialisti diversi, talora con approcci eterogenei. Inoltre, il follow-up a lungo termine dei pazienti con pregressa EP è di particolare importanza, per il rischio di sviluppare nuove temibili complicanze, ad esempio l'ipertensione polmonare cronica tromboembolica (IPCTE). L'Associazione dei Cardiologi Ospedalieri italiani (ANMCO), ha pubblicato nel 2016 un documento di consenso con lo scopo di definire gli standard di follow-up per questi pazienti, come l'esecuzione di uno screening trombofilico, di ecocardiogramma transtoracico alla dimissione per la valutazione di possibile ipertensione polmonare e se presente, la sua ripetizione a tre e sei mesi. Per quanto riguarda l'imaging, gli autori consigliano la scintigrafia polmonare tre mesi dopo l'evento in caso di persistenza di sintomatologia respiratoria o segni ecografici diretti o indiretti di ipertensione polmonare, mentre viene sconsigliato l'uso seriale di angioTC o angioRMN. Viene inoltre suggerita una terapia anticoagulante prolungata qualora l'embolia polmonare sia stata di natura idiopatica, specie nei pazienti ritenuti a basso rischio emorragico. Infine, viene auspicata la presenza territoriale di team multidisciplinari che possano aiutare i medici di medicina generale nel follow-up dei pazienti con pregressa EP, sia isolata che con associata ipertensione polmonare. Tali team dovrebbero prevedere la figura di un cardiologo, di un internista e di uno specialista nel campo delle malattie trombotiche e del monitoraggio delle terapie anticoagulanti. Tali raccomandazioni spiegano quanto siano importanti le informazioni contenute nella lettera di dimissione e la necessità che la stessa venga completata secondo uno standard unico e condiviso. Ciò costituisce la base per la qualità e la continuità delle cure. Tuttavia, le informazioni contenute nella lettera di dimissione sono spesso incomplete e carenti in dettagli rilevanti. L'ANMCO ha pubblicato a luglio 2020 un lavoro scientifico sulla stesura della lettera di dimissione ospedaliera dopo EP che contiene le informazioni principali e necessarie per la corretta pianificazione dei servizi post-ricovero, al fine di garantire una rapida, sicura e agevole transizione dall'ospedale al domicilio o ad altro ambiente di assistenza. Obiettivo del webinar è di analizzare l'evoluzione della riorganizzazione del sistema sanitario sotto i molteplici punti di vista (patologie e operatori sanitari).

REGISTRATI AL CORSO

follow-up ambulatoriale

• inDeep: approfondimenti su patologie cardiovascolari

Interviste a tema predefinito a cura dell'Area Giovani, nelle persone della Chairperson (Dott.ssa Stefania Angela Di Fusco) e del Co - Chairperson (Dott. Filippo Zilio), a seguire quelle previste:

- Le ultime news in tema FA e PCI (AO + AP) - **Leonardo De Luca (Roma)**
- Il futuro nell'HF - **Massimo Iacoviello (Foggia)**
- NAO a basso dosaggio a chi e perché? **Furio Colivicchi (Roma)**

• Fibrillazione Atriale Non valvolare e NOTA 97 - **Roberta Rossini (Cuneo)**

• Fibrillazione Atriale 7 anni dopo: CT, RCP, Linee Guida e aree grigie - **Stefano Urbinati (Bologna)**

• Centri di emostasi e trombosi: COVID-19 e impatto organizzativo - **Elena Faioni (Milano)**

• Fibrillazione Atriale e COVID-19 - **Daniela Aschieri (Castel San Giovanni)**

• Il paziente con FA e

ANMCO TV
LA CARDIOLOGIA A TU PER TU

inDeep
APPROFONDIMENTI SU PATOLOGIE CARDIOVASCOLARI

Il Consiglio Direttivo ANMCO ha ritenuto importante avviare una nuova iniziativa costituita da brevi video interviste rivolte ad Opinion Leader su aspetti epidemiologici, prognostici e di trattamento su patologie cardiovascolari quali: Fibrillazione Atriale/Nota 97 IVE, Linee Guida, Scoppeno Cardiaco e COVID-19.

Le video-interviste, basate sulle ultime evidenze, hanno un approccio diagnostico-terapeutico improntato alla multidisciplinarietà per raggiungere una vasta platea di medici afferenti a diverse specialità, coinvolti nella gestione e cura dei pazienti con patologie cardiache, quali cardiologi, geriatrici, internisti, medici della medicina d'urgenza e medici di medicina generale.

LIBRARY DELLE VIDEO INTERVISTE

 <p>Il paziente con FA con scompenso cardiaco e trattamento anticoagulante Roberta Rossini (Cuneo)</p>	 <p>Il paziente TAVI: le terapie antiproteggitrici e il rischio di sanguinamento postoperatorio Elena Faioni (Milano)</p>	 <p>Il paziente con FA e scompenso cardiaco Roberta Rossini (Cuneo)</p>
 <p>Fibrillazione Atriale e COVID-19 Daniela Aschieri (Castel San Giovanni)</p>	 <p>Centri di emostasi e trombosi COVID-19 e impatto organizzativo Elena Faioni (Milano)</p>	 <p>Fibrillazione Atriale 7 anni dopo: CT, RCP, Linee Guida e aree grigie Stefano Urbinati (Bologna)</p>
 <p>Fibrillazione Atriale non valvolare e NOTAS? Roberta Rossini (Cuneo)</p>	 <p>RNC a basso dosaggio a chi e perché? Furio Colivicchi (Roma)</p>	 <p>Il futuro dell'HF Massimo Iacoviello (Foggia)</p>
 <p>Le ultime news in tema FA e PCI - AO + AP Leonardo De Luca (Roma)</p>		

PROGETTO ANMCO VIDEO INTERVISTE SU PATOLOGIE CARDIOVASCOLARI

L'accesso alla library è riservato ai soli Medici. Per poter accedere è sufficiente inserire le credenziali di accesso personali del sito ANMCO.

Per informazioni contattare info@anmco.it

Recupera Password Registrati

Se vuoi accedere al sito ANMCO TV, ti consigliamo di installare il Browser Google Chrome

ANMCO - Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri
 Via La Sapienza, 26 - 00187 Roma (RM)
 Tel. +39 06 49810000 - Fax +39 06 49810001
 Email: info@anmco.it

Fondazione per il Tavo cuore HEF ONLUS
 Via La Sapienza, 26 - 00187 Roma (RM)
 Tel. +39 06 49810000 - Fax +39 06 49810001
 Email: info@hef.it



compromissione renale - **Maura Ravera** (Genova)

- Il paziente FANV, le terapie anticoagulanti e il rischio di sanguinamento Gastrointestinale

Franco Radaelli (Como)

- Il paziente con FA con compromissione renale e trattamento anticoagulante

Nicola Cosentino (Milano)

Stati Generali del 18 dicembre 2020

Nel mese di dicembre abbiamo tenuto la edizione 2020 dei nostri stati generali, tutta incentrata sulle problematiche organizzative della cardiologia in epoca covid, che ha prodotto un dibattito molto interessante e favorito un briefing associativo di assoluto rilievo, che sta portando alla produzione di un Position Paper dedicato, che utilizzeremo nelle sedi opportune a difesa della Cardiologia e dei pazienti cardiologici, onde evitare che la pandemia possa essere una scusa per scorciatoie organizzative non plausibili.

Regolamento elettorale 2021

Abbiamo licenziato e approvato il regolamento per le elezioni via web, alla luce del possibile perdurare della pandemia fino al 2021 inoltrato e della necessità di procedere al rinnovo delle cariche associative, non più differibili. Un regolamento per noi innovativo e molto importante, formulato in modalità di regolamento straordinario per il 2021 in modo da avere successivamente la possibilità di modificarlo in base alla esperienza di quest'anno. La assemblea straordinaria generale per la modifica di statuto, funzionale al regolamento stesso, si è tenuta il 5 gennaio e ha approvato alla sostanziale unanimità le modifiche suddette. In

ottemperanza a questo regolamento abbiamo recentemente approvato le date dell'Election Day regionale (27 e 28 aprile) e di quelle nazionali (dal 20 al 22 maggio). Stiamo procedendo alla valutazione del partner tecnologico che ci affiancherà per le elezioni e che deve avere le caratteristiche di massima esperienza, affidabilità e imparzialità, entro il mese di febbraio pubblicheremo tale scelta, producendo al contempo una circolare esplicativa che avrà il senso di spiegare e rendere il più facile possibile l'espletamento degli adempimenti elettorali previsti. Siamo consci che per ANMCO questa sia una rivoluzione vera e propria e siamo tutti curiosi di testare

questa nuova modalità di voto, resa necessaria dal quadro pandemico, ma richiesta anche dalla evoluzione tecnologica ormai inarrestabile. Stiamo infine per completare la redazione di un position paper sulle SCA NSTEMI per consentire una declinazione più vicina alla realtà italiana delle LLGG europee 2020 sull'argomento e provare a fornire gli elementi clinici e organizzativi per dare una rete di protezione ai cardiologi per quanto riguarda alcuni punti previsti nelle LLGG suddette che sono obiettivamente di difficile attuazione pratica nella realtà italiana. A questo punto non rimane che salutarci e darci appuntamento al prossimo numero di CNO ♥





“STRIKE” AL COVID

Cosa può insegnare una infezione da SARS Cov2 ad un paziente cardiologo

“Quella vita ch’è una cosa bella, non è la vita che si conosce, ma quella che non si conosce; non la vita passata, ma la vita futura. Coll’anno nuovo, il caso incomincerà a trattar bene voi e me e tutti gli altri, e si principierà la vita felice. Non è vero?”

Giacomo Leopardi, *Operette morali*

Premessa o Antefatto

Da oltre 40 anni sono solito incontrare 13-14 amici, che hanno frequentato il liceo con me, per una cena prenatalizia che si svolge in un locale del centro storico di Bitonto, dalle 21 alle 4-5 del mattino successivo. In questa circostanza si stabilisce un clima goliardico, un’atmosfera da fescennini: un *amarcord* piacevole, impastato di racconti, aneddoti, esperienze vissute, aperto anche a discussioni di carattere politico pseudo intellettuali. Solito menu: antipasto di frutti di mare, fagiolata, capretto preparato in diretta sul caminetto del locale, gamberoni arrosto, frutta, panettone, vino rosso, spumante. “Nunc est bibendum... E noi che amici siamo, beviamo, beviamo; e noi che amici siamo beviamo, beviamo”. Le tradizioni vanno rispettate, ma anche adattate ai tempi, per cui, ai tempi della pandemia COVID, la cena si trasforma in un pranzo di dieci amici che si svolge, nel rispetto delle disposizioni vigenti ed assicurando gli opportuni distanziamenti, presso un agriturismo di Bitonto, sabato



19 dicembre 2020; il menu, pur modificato, contiene i tradizionali fagioli ed il tipico capretto.

La storia

Al rientro dal pranzo del sabato 19 dicembre 2020 comincio ad avvertire brividi di freddo e dolori muscolari diffusi, associati a rialzo termico (38° di TC): la sintomatologia non fa pensare ad una gastroenterite. Paracetamolo e via.

Domenica 20 dicembre: ancora iperpiressia e comparsa di tosse. In una notte insonne, i pensieri corrono al COVID.

Lunedì 21 dicembre: tampone antigenico fortemente positivo, prelievo ematico con esami nella norma, TAC HR normale; conferma di positività COVID al tampone molecolare. Torno a casa abbastanza sereno, pensando ad una forma oligosintomatica di infezione da SARS Cov 2. Intanto sorgono le prime

incertezze: fare terapia? E quale? Cosa consigliano le varie raccomandazioni e le linee guida? Tra i pareri discordi dei colleghi consultati, inizio la terapia con azitromicina e cortisone ed avvio un monitoraggio della saturimetria, costantemente superiore a 95%.

22-23 dicembre 2020: scorrono tranquilli questi giorni prenatalizi in cui continuo gran parte delle mie attività e mi dedico alla lettura del libro “*Socrate indaga. Un racconto Filosofico*”, ultima opera del mio amico Claudio Cuccia, di cui mi accingo a predisporre una recensione. Sereno ed asintomatico, su indicazione dell’infettivologo, sospendo il cortisone, perché potrebbe aumentare la replicazione virale, e continuo l’azitromicina.

24-27 dicembre 2020: di giorno tutto sembra andar bene, ma le notti diventano un incubo: risveglio improvviso verso le due con sensazione di freddo, poi di caldo, mialgie diffuse, difficoltà respiratoria, desaturazione; sintomatologia che migliora dopo assunzione di paracetamolo e defervescenza.

28 dicembre 2020: prelievo di controllo (PCR in aumento); TAC HR: comparsa di addensamenti polmonari bilaterali con aspetto ground glass, ispessimento interstiziale, strie dense di tipo atelettasico; EGA e saturazione discrete.

29-30 dicembre 2020: persiste



la febbre notturna, aumenta la preoccupazione, tende a peggiorare la saturazione (92-93%). Ora sono meno sereno, per usare un eufemismo, perché tutto sembra precipitare: mi sta sfuggendo di mano la situazione! Su consiglio dei colleghi e pressioni della mia famiglia decido di ricoverarmi. Sento palpabile anche la preoccupazione di tutti!

30 dicembre-14 gennaio: ricovero in area medica; avvio di ossigenoterapia ad alti flussi con scarso beneficio su PAO₂, saturazione e P/F; trasferimento in Pneumologia?

In Rianimazione? Questa terribile proposta mi cambia la vita. Si opta per la pneumo e si avvia la CPAP.

Il vissuto e le sensazioni

La CPAP mi fa stare meglio, (non pensavo di tollerarla così bene, con una maschera full face ben adattata), ma mi crea isolamento, attacchi di panico; l'angoscia nasce dalla persistenza della febbre notturna,

dall'immaginazione di un polmone bianco, di una evoluzione verso un quadro di ARDS grave, dalla necessità di ricorrere all'intubazione, dalla notizia acquisita di una mortalità di quasi l'80% dei pazienti intubati. La svolta è rappresentata dalla somministrazione di tre sacche di plasma iperimmune che, verosimilmente, attenuando la tempesta citochinica-infiammatoria, mi tolgono la febbre; non meno determinante per la mia ripresa, soprattutto a livello psicologico, risulta l'assistenza diurna fornitami dal giovane Francesco, specialista tirocinante presso la nostra cardiologia, che mi segue durante la CPAP, mi aiuta nelle normali attività, si trasforma in specialista, infermiere, OSS, mi incoraggia, mi guida, mi allietta con predisposizione su iPad di Sky Go, Rai Play, Netflix, da poter utilizzare durante l'alternanza degli alti flussi alla CPAP. *“Quello che conta*

tra amici non è ciò che si dice, ma quello che non occorre dire” (A. Camus)

Che tragedia gli alti flussi con... 40 l/m per assicurare una FiO₂ di circa 40%, con una PEEP di 5 cm; ti sembra di stare in un aereo in continua fase di decollo, con aria che ti arriva dappertutto; che tragedia gli accessi venosi, i prelievi per EGA... eppure, di tutto ciò non ci accorgiamo quando siamo dall'altra parte!

La ripresa

Gli scambi migliorano, i cicli di CPAP si riducono di durata, si passa all'ossigenoterapia con maschera di Venturi, poi occhialini a 2l/m', poi saturimetria in aria ambiente con miglioramento degli indici di flogosi, riduzione degli addensamenti monitorati all'eco torace, programmazione della dimissione. La piacevole e rilassante lettura della "Misura del Tempo", testo di Gianrico Carofiglio, che il caro collega Mino mi ha portato in stanza.

I messaggi

Tanti i messaggi ricevuti da parenti, colleghi, amici, pazienti. Nel mio caso hanno contribuito a darmi forza, coraggio. Messaggi affettuosi, discreti, premurosi, fraterni, amichevoli, di preoccupazione, di curiosità. Ho nella mia rubrica i più intensi, i più efficaci, i più costanti, associati ai nomi di chi me li ha inviati: Angela, Anna, Antonio, Daniela, Enzo, Ernesto, Fabrizio, Franco, Gaetano, Giacomo, Gianluca, Giorgia, Giovanni, Giulia, Giuseppe, Lavinia, Luigi, Luisa, Mada, Maria, Marino, Mario, Marcello, Marco, Massimo, Michele, Mimmo, Nadia, Nica, Nico, Nicola, Nunzia, Paola, Palma, Patrizia, Roberto, Serena, Silvana, Tommaso, Valentina. Ve ne riporto alcuni che sarete





sicuramente in grado di classificare:
“Caro Pasquale considerami a disposizione come un fratello, mi raccomando di non buttarti giù, pensa positivo, vedrai che presto ne sarai fuori”

“Dai Papi, forza, non fare sforzi e segui la terapia. Lo sappiamo che sei un super eroe, ma qualora ci fosse necessità di qualsiasi cosa, ti prego di dircelo”

“Forza, forza, dai”

“Ti seguo minuto per minuto perché ti voglio bene”

“È solo questione di tempo; dai lottiamo insieme”

“Caro Pasquale come stai, ti senti meglio? Sbrigati ad uscire da quel brutto ambiente”

“Ciao Pasquale, come va? scusami ma voglio starti vicino in questo momento”

“Andrà tutto bene”

“Forza, che come sempre, ne uscirai bene.

Le persone buone sono accompagnate dall'affetto di molti. A presto amico mio. “

“Pazienza e coraggio: scaccia i pensieri cattivi e vedrai che passerà e presto tornerai alle tue due famiglie: quella vera e quella professionale, che hai saputo tenacemente creare, formare e motivare”

“Buongiorno Dott. Caldarola, come sta andando? Io non voglio disturbare, ma non riesco a non pensarti”

“Dai, dai caro Pasquale. Ti vogliamo presto tra noi, efficiente e combattivo. E se no... non sei Pasquale”

“La vita torna a sorriderci. Vivi e goditi questo momento di liberazione e di felicità con l'affetto dei tuoi cari”

La vicinanza

Ho verificato di persona che sentire vicini parenti e amici aiuta nella ripresa. Anche se da lontano **ho avvertito l'amore della mia famiglia**, sentivo i loro baci, le loro carezze, se pur pieni di angoscia. Ho apprezzato le visite di tutti i miei collaboratori che si sono bardati per venire a salutarmi. La vicinanza di tutti gli amici del CD ANMCO. Tanti li ho sentiti vicini non come amici, colleghi o pazienti, ma come figli o fratelli:

“omnia vincit Amor, et nos cedamus Amori” (Virgilio, Bucoliche X, 69).

Gli insegnamenti

1. Le certezze della Cardiologia

In cardiologia, ormai, abbiamo dei percorsi ben definiti, delle traiettorie ben delineate, la capacità di esprimerci in termini prognostici con buona attendibilità. Nonostante in medicina ogni paziente sia un caso singolo e spesso complesso, noi sappiamo:

- come e quando rivascolarizzare, se in maniera completa, staged, ibrida;
- come gestire un cuore “piantato” con FE 15-20%: contropulsatore, inotropi, VAD, Trapianto;

- come gestire uno storm aritmico;
- come e quando effettuare una pericardiocentesi;

- come gestire una endocardite in termini di timing chirurgico.

Tutto ciò non vale per l'infezione da SARS COV2. Bisogna porsi tante domande che corrispondono a tanti dubbi: quale terapia adottare nelle fasi iniziali? Quando avviare terapie più aggressive? Serve il plasma iperimmune? Servono gli antivirali? Gli anticorpi monoclonali? E, soprattutto, come prevedere lo shift verso situazioni irreversibili?

2. Umanizzare, Umanizzare, Umanizzare l'assistenza

Sentire il patto di chi assiste il malato, la sua partecipazione, la sua vicinanza, la sua capacità di comunicare al paziente i piccoli progressi clinici, la dolcezza nell'approccio, la tolleranza e la pazienza di fronte all'impazienza del degente: tutto questo rende meno amara la malattia. *“Le persone capitano per caso/ nella nostra vita, ma non a caso./ Spesso ci riempiono di insegnamenti./ A volte ci fanno volare alto, altre/ ci schiantano a terra insegnandoci/ il dolore... donandoci tutto...”* (A. Merini, da “Le persone capitano per caso”).



3. Potenziare le strutture del sistema sanitario

Per poter garantire assistenza adeguata ed “Umanizzata” servono personale medico, infermieristico, OSS. Purtroppo, stiamo pagando lo scotto di un depotenziamento del SSN, avvenuto negli ultimi anni; da quanto emerge dall'Annuario del SSN, recentemente reso noto, riferito al 2018 e confrontato con i dati del 2013, il Servizio Sanitario Nazionale ha perso negli ultimi anni 74 strutture di ricovero, 413 strutture di specialistica ambulatoriale, circa 13.500 posti letto (di cui 10 mila solo nel pubblico). Si registra, inoltre, un calo di 22.246 unità nel personale; si riducono di oltre 2.000 unità i medici di medicina generale, si registra un calo di pediatri di libera scelta e di altre figure specialistiche (anestesisti, radiologi, infettivologi, pneumologi, cardiologi). È evidente che, in tale contesto, è inevitabile assistere a deficienze organizzative e strutturali non solo per fronteggiare l'emergenza COVID, ma anche per continuare a gestire le patologie no COVID e, tra queste, quelle a maggior impatto epidemiologico e prognostico, come le malattie cardiovascolari e quelle oncologiche e, inoltre, farsi carico della gestione delle cronicità.

4. Dare supporto ai colleghi delle aree COVID

È necessario che noi cardiologi, pur mantenendo le nostre specificità professionali, diamo un supporto stabile all'interno delle aree COVID, per alleggerire la pressione dei colleghi li impegnati a tempo pieno. Quando ci sei dentro, ti rendi conto delle loro difficoltà, della sofferenza, dello stress, dell'impatto emotivo



cui sono sottoposti. Sacrificando qualcuna delle nostre attività, ho messo, perciò, a disposizione un cardiologo che partecipi ogni settimana a turni di servizio in area COVID, oltre ai cardiologi che vi assicurino le consulenze.

Ringraziamenti

A Francesco Lisi, cardiologo tirocinante bravo, buono, affettuoso, premuroso; Angelo custode, determinante per la esecuzione della corretta terapia con CPAP, che non mi ha fatto sentire solo e disperato.
A Marinella Mesto (Pneumologa) e **a Rita Di Stefano** (Internista) che mi hanno seguito con grande professionalità, umanità, impegno, generosità, rispetto, attenzione e tenera partecipazione emotiva; abili a comunicarmi in maniera convinta e convincente messaggi di sicura ripresa.
A Guido Quaranta (Direttore del PS), che mi ha seguito nelle fasi iniziali, che ha percepito la necessità del ricovero, che è stato vicino alla mia famiglia e a me stesso riempiendo il mio comodino di tanti succhi di frutta e che mi ha riportato a casa in ambulanza.

A tutti i colleghi pneumologi

(Antonio Falcone, Luca Gadaleta, Angelamaria Giardinelli, Annamaria Milano, Innocenza Pisani, Valentina Ventura), **rianimatori e medici vari** che mi hanno assistito con grande competenza e professionalità.

Al Dott. Vito Picca (Direttore della pneumologia e Coordinatore dell'area COVID), che ha costantemente seguito il mio decorso clinico con indicazioni appropriate.

Alla mia famiglia che mi ha invaso di tenero amore; l'ho sempre sentita vicina al mio letto, nella mia stanza.

A tutto il personale della mia unità operativa che non mi ha trascurato un attimo, mostrandomi immenso affetto.

All'amico fraterno Mimmo Gabrielli che mi ha rivolto con forza, costanza e determinazione il suo incoraggiamento in tutte le fasi della malattia.

Ai colleghi del CD ANMCO che, con discrezione, ma con evidente affetto mi sono stati sempre vicini.

Ai tanti colleghi e amici che mi hanno costantemente incoraggiato ed aiutato nella mia ripresa psicologica.♥



Il COVID - 19 riapre la discussione sulla metodologia della ricerca

La ricerca ai tempi del COVID - 19: un urgente appello per una rieducazione metodologica

La ricerca clinica deve essere metodologicamente ben condotta per essere etica: il COVID - 19 riapre la discussione su come si devono pianificare gli studi per avere risultati affidabili da trasferire alla pratica clinica

La infezione da coronavirus 2 (SARS-CoV-2) (COVID - 19) ha colpito circa 89 milioni di persone a partire dallo scorso gennaio, ha sopraffatto i professionisti in prima linea per contrastare gli effetti della malattia e ha causato circa 2.000.000 di decessi in tutto il mondo. Al 9 gennaio 2021, 4.410 progetti di ricerca su COVID - 19 risultano registrati su ClinTrials.gov, la gran parte dei quali con l'obiettivo di trovare trattamenti preventivi o curativi efficaci e tali da poter essere trasferiti rapidamente alla pratica clinica. Osservatori autorevoli, tuttavia, hanno notato difetti metodologici in molti di questi progetti, auspicando standard di ricerca più elevati. Per esempio, dei 4.410 studi registrati su ClinTrials.gov, 1.890 (43%) sono osservazionali senza gruppo di controllo, quindi poco adatti a produrre conoscenze

affidabili in termini di profilo di beneficio/rischio di una strategia terapeutica. Una valutazione dei 35 studi approvati in Italia da AIFA e Spallanzani entro la fine di maggio 2020 ha evidenziato la seguente situazione:

- 29 studi (83%) sono randomizzati, ma 22 sono in aperto e più della metà hanno end-point suscettibili di valutazioni soggettive;
- 19 dei 29 studi randomizzati (66%) sono di piccola

**La drammatica
pandemia di COVID - 19
è incompatibile con i
consueti approcci alla
conduzione degli studi
clinici sui farmaci**

dimensione, basati su ipotesi troppo ottimistiche di beneficio, con un alto rischio di risultati inconcludenti, anche per trattamenti che potenzialmente potrebbero essere favorevoli;

- 6 studi (17%) sono osservazionali senza gruppo di controllo;
- solo 5 studi (14%) mostrano una struttura metodologica complessiva adeguata a fornire risultati affidabili.

Studi capaci di produrre risultati validi in questo contesto clinico, e non solo, dovrebbero essere **ampi, semplici, randomizzati**, e, se necessario, **adattivi**.

Perché studi di ampia dimensione?

Gli attuali farmaci in studio su COVID - 19 rappresentano il riutilizzo non specifico di composti disponibili per altre indicazioni. Non ci si può aspettare che trattamenti



non specifici producano benefici sensazionali; piuttosto, nella migliore delle ipotesi, da piccoli a moderati. Per dimostrare un beneficio piccolo/moderato, sono quindi necessarie diverse migliaia di pazienti. Nel contesto di COVID - 19 anche riduzioni piccole o moderate di end-point rilevanti come la mortalità possono produrre un impatto enorme sul numero assoluto di vite salvate. Grandi numeri sono necessari per valutare gli effetti di un trattamento non solo nella popolazione generale

e struttura. In queste circostanze, non è sempre possibile seguire la ormai consueta interpretazione delle GCP-ICH. I principi di base che salvaguardano i diritti e la sicurezza dei pazienti e l'integrità scientifica dello studio devono essere ovviamente mantenuti, mettendo da parte però i dettagli interpretativi spesso ossessivi. Semplicità è la parola chiave. La partecipazione a uno studio "semplice" dovrebbe consistere in niente più che una rapida connessione web per

dei risultati. Quando il profilo di beneficio/rischio di un trattamento è in esame solo la randomizzazione può fornire un risultato affidabile.

Infine, **perché studi adattivi?**

La drammatica pandemia di COVID - 19 è incompatibile con i consueti approcci alla conduzione degli studi clinici sui farmaci. Scienziati e medici dovrebbero trovare modalità immediate di trattamento o di prevenzione per controllare la rapida aggressività dell'infezione. Per una infezione sostanzialmente sconosciuta

Nell'ultimo anno, gli studi su COVID - 19 sono stati molto numerosi. Osservatori autorevoli hanno notato però difetti metodologici in molti di questi progetti, auspicando standard di ricerca più elevati. Una formazione/rieducazione metodologica è necessaria e urgente. Le istituzioni accademiche e di ricerca, pubbliche o private, dovrebbero promuovere iniziative per migliorare la conoscenza dei principi metodologici per la conduzione di una buona ricerca scientifica, ricordando che solo una ricerca scientificamente corretta può essere considerata etica.

ma anche in sottogruppi di pazienti, stratificati, per esempio, per età, sesso, presenza di comorbidità, gravità della infezione, ecc. COVID - 19 è inoltre un problema globale. Sistemi sanitari e condizioni socioeconomiche diverse possono avere un impatto sulla applicabilità e di conseguenza sugli effetti dei trattamenti testati. Queste differenze possono essere rivelate solo da studi ampi e globali.

Perché studi semplici?

Con COVID - 19, ogni paese ha dovuto mettere in atto una propria forma di medicina d'emergenza. Gli ospedali hanno dovuto cambiare, in molti casi, la loro organizzazione

randomizzare il paziente e ricevere l'informazione sul braccio di trattamento. Solo un piccolo numero di variabili rilevanti dovrebbe essere inserito nella CRF web. Gli end-point primari e secondari devono essere semplici da rilevare e indiscutibili nella loro interpretazione, come, ad esempio, la mortalità e/o la necessità di instaurare una ventilazione meccanica. In pratica, non più di 10-15 minuti di attività per ogni paziente incluso in uno studio per completare in maniera adeguata la documentazione dello studio.

Perché studi randomizzati?

La randomizzazione è indispensabile per evitare bias nella interpretazione

fino ad un anno orsono, nessuno può essere sicuro di testare il farmaco giusto al primo tentativo, in termini di effetto clinicamente significativo e di applicabilità universale, quindi può essere ragionevole testare più farmaci in parallelo. Nessuno può essere sicuro delle dosi e della durata del trattamento ottimali per ottenere un effetto favorevole, quindi potrebbe essere necessario avere più di un braccio di trattamento con dosi e durate di somministrazione diverse. Le analisi ad interim dovrebbero monitorare da vicino lo studio per identificare i primi segnali di efficacia o non efficacia o problemi di sicurezza, al fine di



Gli studi su COVID - 19, spesso metodologicamente imperfetti, hanno riaperto la discussione sulla necessità e l'urgenza di una formazione/rieducazione metodologica

prendere decisioni appropriate. In breve, le azioni, di solito pianificate in anticipo, di un disegno adattivo, dovrebbero essere: 1) modificare la dimensione del campione, 2) abbandonare trattamenti non promettenti sostituendoli con altri, 3) modificare le dosi e gli schemi di trattamento, 4) identificare i pazienti che hanno maggiori probabilità di trarre beneficio da un trattamento e concentrare gli sforzi di reclutamento su di loro.

Ad oggi solo alcuni studi sono in linea con quanto espresso sopra: il RECOVERY condotto nel Regno Unito, il SOLIDARITY dello OMS, gli studi ACTIV dello NIH statunitense e pochi altri. Risposte affidabili da questi studi cominciano ad essere disponibili ma purtroppo i risultati non sono sempre favorevoli: solo il desametasone si è dimostrato efficace nel ridurre la mortalità in particolare nei soggetti che necessitano di ventilazione assistita, mentre altri trattamenti come interferone, lopinavir/ritonavir, idrossiclorochina e forse remdesivir non si sono dimostrati in grado di migliorare la sopravvivenza di pazienti ricoverati

per COVID - 19. Anche l'Agenzia Europea per i Medicinali (EMA) ha sottolineato la necessità di condurre studi di dimensioni adeguate in pazienti con COVID - 19 perché possano essere prodotti evidenze da poter essere approvate e utilizzate rapidamente su larga scala. Molti anni orsono, seguendo le raccomandazioni di uno storico articolo di Salim Yusuf, Rory Collins e Richard Peto, la ricerca cardiovascolare cambiò radicalmente, fornendo nel giro di pochi anni risultati affidabili sul trattamento dell'infarto miocardico acuto che modificarono la gestione di una condizione clinica gravata a quei tempi da una elevatissima mortalità. Oggi, nei giorni del COVID - 19, questa lezione sembra essere persa. Una formazione/rieducazione metodologica è necessaria e urgente. Le istituzioni accademiche e di ricerca, pubbliche o private, dovrebbero promuovere iniziative per migliorare la conoscenza dei principi metodologici per la conduzione di una buona ricerca scientifica, ricordando che solo una ricerca scientificamente corretta può essere considerata etica. ♥

G, Maggioni AP. Methodological education in response to the quality of COVID - 19 publications. *Pharmacol Res* 2020;164:105381.

- Collins R, Bowman L, Landray M, Peto R. The magic of randomization versus the myth of real-world evidence. *N Engl J Med* 2020;382:674-8.

- Horby P, Mafham M, Linsell L, et al.; RECOVERY Collaborative Group. Effect of hydroxychloroquine in hospitalized patients with COVID - 19. *N Engl J Med* 2020;383:2030-40.

- WHO Solidarity Trial Consortium. Repurposed Antiviral Drugs for COVID - 19 - Interim WHO Solidarity Trial Results. *N Engl J Med*. 2020 Dec 2;NEJMoa2023184. doi: 10.1056/NEJMoa2023184. Epub ahead of print.

- Yusuf S, Collins R, Peto R. Why do we need some large, simple randomized trials? *Stat Med* 1984;3:409-22.

Scienziati e medici dovrebbero trovare modalità immediate di trattamento per controllare la rapida aggressività dell'infezione

Bibliografia di riferimento

- Maggioni AP, Andreotti F, Gervasoni C, Di Pasquale G. COVID - 19 trials in Italy: a call for simplicity, top standards and global pooling. *Int J Cardiol* 2020;318:160-4.

- Maggioni AP, Rapezzi C, Tavazzi L, Ferrari R. Key words to be adopted for COVID- 19 research. *Eur Heart J* 2020;41:4229-30.

- Andreotti F, Gervasoni C, Di Pasquale

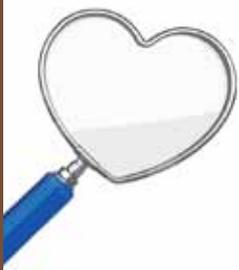
Studi in corso

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
GISSI Outliers CAPIRE (osservazionale)	11	800	544	10 anni	Arruolamento chiuso Follow-up in corso
ISCHEMIA – Extended Follow-up In collaborazione con New York University	14 (351)	378 (5.000-6.000)	208 5.856	Fino al 2025	Arruolamento chiuso Follow-up in corso
Registro G-CHF Long Term Follow-up (osservazionale)	9 (273)	750 (25.000 circa)	576 (23.281)	Fino al 2023	Arruolamento chiuso Follow-up in corso
BLITZ-AF CANCER (osservazionale)	89 (122)	800 (1.500)	759 (1.032)	1 anno	Arruolamento in corso Follow-up in corso
EMPA-KIDNEY (randomizzato)	19 (229)	500 (6.000)	133 (6.032)	Event driven	Arruolamento in corso Follow-up in corso
BLITZ-COVID19 (osservazionale)	110	2.000 (fase prospettica) 2.000 (fase retrospettiva)	2.846 (fase prospettica) 2.370 (fase retrospettiva)	nessun fw-up	Arruolamento in corso

Studi conclusi

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
COPE (osservazionale)	182	5.000	5.213	30 giorni	Arruolamento chiuso Follow-up concluso

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



FOCUS ON

MATADOR-PCI

Steering Committee: Leonardo De Luca (Chairman), Michele Massimo Gulizia, Andrea Di Lenarda, Andrea Rubboli (Co-Chairmen), Leonardo Bolognese, Domenico Gabrielli, Adriano Murrone, Fortunato Scotto di Uccio, Stefano Urbinati

MATADOR-PCI è uno studio prospettico, multicentrico, osservazionale condotto in Ospedali dotati di UTIC e Laboratorio di Emodinamica Interventistica. L'obiettivo dello studio era quello di ottenere un insieme completo di dati nazionali al fine di migliorare le conoscenze sulle strategie antitrombotiche impiegate durante l'ospedalizzazione nei pazienti affetti da sindrome coronarica acuta, trattati con angioplastica coronarica percutanea ed impianto di stent, che presentavano fibrillazione atriale all'ingresso in Ospedale o che la sviluppavano nel corso del ricovero (prima o dopo l'impianto di stent). Lo studio MATADOR-PCI ha concluso l'arruolamento il 31 dicembre 2019, con l'inclusione di 598 pazienti da parte di 76 Centri dislocati sull'intero territorio nazionale. Lo studio prevedeva un follow-up a 6 mesi, che è stato completato ad agosto 2020 con una ottima completezza delle informazioni raccolte (follow-up del 98.5% dei pazienti inclusi). I risultati basali sono stati presentati

al Congresso ANMCO, che si è svolto a Rimini dal 28 al 30 Maggio 2020 e pubblicati a dicembre scorso su *BMJ Open* (De Luca L, Rubboli A, Bolognese L, Gonzini L, Urbinati S, Murrone A, Scotto di Uccio F, Ferrari F, Lucà F, Caldarola P, Lucci D, Gabrielli D, Di Lenarda A, Gulizia MM on behalf of the MATADOR-PCI Investigators. Antithrombotic management of patients with acute coronary syndrome and atrial fibrillation undergoing coronary stenting: a prospective, observational, nationwide study. **BMJ Open. 2020 Dec 22;10(12):e041044. doi: 10.1136/bmjopen-2020-041044**). È stata inoltre pubblicata una scientific letter con il dettaglio delle terapie antitrombotiche prescritte alla dimissione (De Luca L, Bolognese L, Rubboli A, Vetrano A, Callerame M, Rivetti L, Gonzini L, Gabrielli D, Di Lenarda A, Gulizia MM; MATADOR-PCI Investigators. Combinations of Antithrombotic Therapies Prescribed after Percutaneous Coronary Intervention in Patients with Acute Coronary Syndromes and Atrial Fibrillation: Data from the Nationwide MATADOR-PCI Registry. **Eur Heart J Cardiovasc Pharmacother. 2020 Jul 11:pvaa088. doi: 10.1093/ehjcvp/pvaa088. Epub ahead of print.**). Il lavoro con i risultati del follow-up a 6 mesi dello studio è stato da poco sottomesso per la pubblicazione.



Domenico Gabrielli

PRESIDENTE

DOMENICO GABRIELLI

Direttore U.O.C. Cardiologia
Ospedale San Camillo
Circonvallazione Gianicolense, 87
00152 Roma
Tel. 06/58704419 - Fax 06/58704361
presidente_1820@anmco.it



Pasquale Caldarola

VICE-PRESIDENTE

PASQUALE CALDAROLA

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



Adriano Murrone

VICE-PRESIDENTE

ADRIANO MURRONE

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



Andrea Di Lenarda

PAST-PRESIDENT

ANDREA DI LENARDA

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



Furio Colivicchi

PRESIDENTE DESIGNATO

FURIO COLIVICCHI

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



Serafina Valente

SEGRETARIO GENERALE

SERAFINA VALENTE

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



Loris Roncon

TESORIERE

LORIS RONCON

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



Vincenzo Amodeo

CONSIGLIERE

VINCENZO AMODEO

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



Giuseppina Maura Francese

CONSIGLIERE

GIUSEPPINA MAURA FRANCESE

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



Nadia Aspromonte

CONSIGLIERE

NADIA ASPROMONTE

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



Massimo Imazio

CONSIGLIERE

MASSIMO IMAZIO

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



Manlio Cipriani

CONSIGLIERE

MANLIO CIPRIANI

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



Fortunato Scotto di Uccio

CONSIGLIERE

FORTUNATO SCOTTO DI UCCIO

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



Stefano Domenicucci

CONSIGLIERE

STEFANO DOMENICUCCI

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



Stefano Urbinati

CONSIGLIERE

STEFANO URBINATI

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



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 (Padova)

Massimiliano Rizzo (Roma)

Consulenti

Giovanna Di Giannuario (Rimini)

Georgette Khoury (Terni)



Roberta Rossini

AREA EMERGENZA - URGENZA

Chairperson

Roberta Rossini (Cuneo)

Co - Chairperson

Paolo Trambaiolo (Roma)

Comitato di Coordinamento

Daniela Chiappetta (Cosenza)

Marco Ferlini (Pavia)

Simona Giubilato (Catania)

Carlotta Sorini Dini (Livorno)

Consulente

Nicola Gasparetto (Treviso)



Stefania Di Fusco

AREA GIOVANI

Chairperson

Stefania Angela Di Fusco (Roma)

Co - Chairperson

Filippo Zilio (Trento)

Comitato di Coordinamento

Marco Malvezzi Caracciolo D'Aquino (Salerno)

Marco Flori (Urbino - PU)

Nadia Ingianni (Marsala - TP)

Luigi Pollarolo (Casale Monferrato - AL)

Consulenti

Giuseppe Galati (Milano)

Annamaria Iorio (Bergamo)



Marco Vatrano

**AREA MALATTIE DEL CIRCOLO
POLMONARE**

Chairperson

Marco Vatrano (Catanzaro)

Co - Chairperson

Claudio Picariello (Rovigo)

Comitato di Coordinamento

Elisabetta De Tommasi (Bari)

Andrea Garascia (Milano)

Egidio Imbalzano (Messina)

Leonardo Misuraca (Grosseto)

Consulenti

Iolanda Enea (Caserta)

Maria Teresa Manes (Cosenza)



AREA MANAGEMENT & QUALITÀ

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

Laura Piccioni

Comitato di Coordinamento

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



**AREA PREVENZIONE
 CARDIOVASCOLARE**

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

Daniele Grosseto

Comitato di Coordinamento

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



AREA NURSING

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

Doriana Frongillo

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



Rossella Gilardi

Comitato di Coordinamento

Stanislao Accardo (Roma)
 Giovanni Falsini (Montevarchi - AR)
 Maria Cristina Pirazzini (Bologna)
 Gabriella Ricci (Bari)
Consulenti
 Donatella Radini (Trieste)
 Ilaria Cantarella (Catania)



AREA SCOMPENSO CARDIACO

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

Massimo Iacoviello

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)



50 Candeline per il Giornale Italiano di Cardiologia

Una storia luminosa di 50 anni che coincide con quella della cardiologia italiana

Quello dei 50 anni è un compleanno importante e lo è sicuramente per il Giornale Italiano di Cardiologia che quest'anno celebra la ricorrenza dei suoi primi 50 anni.



Giornale Italiano di Cardiologia 1971-2021

Un anniversario che merita di essere celebrato anche perché la storia del Giornale coincide con la storia luminosa della cardiologia italiana che a partire dai primi anni '70 iniziava ad affermarsi come disciplina autonoma, uscendo dall'alveo della medicina interna.

Un po' di storia

Il Giornale nasceva nel 1971 per iniziativa dell'ANMCO della quale divenne l'organo ufficiale con l'ambizioso obiettivo della fusione di tre riviste. *Cuore e Circolazione*, *Folia Cardiologica* e *Malattie Cardiovascolari* per evitare la dispersione dei

contributi scientifici dell'epoca. Fausto Rovelli, uno dei grandi pionieri della cardiologia italiana, fu il suo primo direttore e nel luglio 1971 veniva pubblicato il primo numero del GIC (Figure 1 e 2). All'inizio del nuovo millennio con la nascita della Federazione Italiana di Cardiologia l'ANMCO e la SIC decisero coraggiosamente la fusione dei rispettivi Giornali GIC e *Cardiologia* in un organo ufficiale unico della Federazione, *l'Italian*



Figura 2 - Prof. Fausto Rovelli



Figura 1 - Frontespizio primo numero del Giornale Italiano di Cardiologia

Heart Journal in lingua inglese e *l'Italian Heart Journal Supplement* in lingua italiana. Pier Luigi Prati direttore del GIC 1997-1999 nel numero del dicembre 1999 scriveva con un velo di commozione "il GIC se ne va", ma in realtà si trattava soltanto di un temporaneo cambiamento del nome che durò pochi anni. Nel gennaio 2006 la Federazione fece la scelta dell'internazionalità con il varo del *Journal of Cardiovascular Medicine* del quale Gian Luigi Nicolosi è stato l'infaticabile Founding Editor e all'interno di ANMCO e SIC si aprì un ampio dibattito sull'opportunità di mantenere un Giornale in lingua italiana accanto a quello in lingua inglese. La decisione, a mio parere felice, fu quella di preservare la rivista

GIORNALE ITALIANO DI CARDIOLOGIA

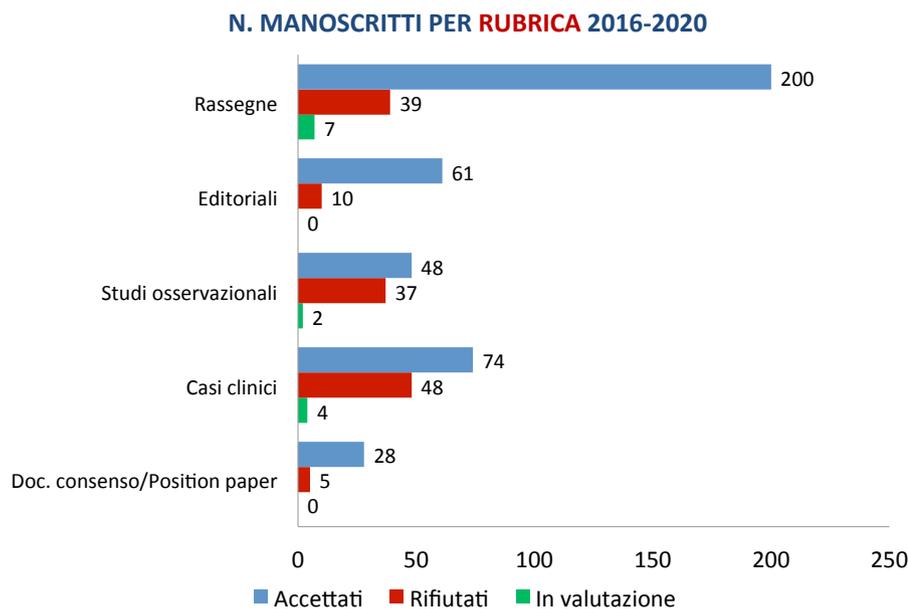


Figura 3 - Manoscritti per rubrica 2016-2020

in lingua italiana che riacquisiva il nome glorioso di *Giornale Italiano di Cardiologia*, organo ufficiale dei cardiologi italiani e da quel momento anche dei cardiocirurghi della Società Italiana di Cardiocirurgia (SICCH). Con la nuova stagione iniziata nel 2006 il GIC consolidava la sua mission educativa e l'identità distintiva di strumento di aggiornamento e comunicazione della cardiologia italiana. Un ruolo complementare e non competitivo rispetto al JCM, con l'obiettivo di una qualità non misurabile attraverso la metrica dell'impact factor ma attraverso l'impatto sulla formazione e sul consolidamento del senso di appartenenza della comunità cardiologica nazionale. È forse presuntuoso, ma non privo di fondamento, pensare che l'elevata qualità delle cure cardiologiche

raggiunta nel nostro Paese è anche in piccola parte merito dell'opera educativa svolta dal GIC a favore di due generazioni di cardiologi operanti nelle strutture cardiologiche italiane.

I Direttori del Giornale e il Publisher

Ognuno degli Editor che in 50 anni si sono avvicendati nella direzione scientifica del Giornale ha cercato di assicurare continuità ed innovazione, ma soprattutto la propria passione, con il comune denominatore di fornire ai lettori un aggiornamento scientifico di qualità e indipendente da condizionamenti esterni. Molti degli Editor che mi hanno preceduto sono stati "padri nobili" della cardiologia italiana e della nostra ANMCO in particolare (**Tabella Direttori del GIC**). Alcuni di loro hanno rappresentato per me

un riferimento importante nella vita professionale e associativa. Non meno importante per la vita del Giornale è il ruolo attivo che ha sempre svolto il comitato editoriale di concerto con l'Editor. Diversi sono i Publisher che in 50 anni si sono succeduti nella pubblicazione della rivista. Dal 2011 il Giornale è pubblicato dal Pensiero Scientifico Editore che ha svolto un'importante opera di promozione della rivista (Cardioinfo, video interviste, Twitter) attuando anche un efficace restyling del Giornale all'inizio della direzione di Leonardo Bolognese. Da oltre 20 anni il prezioso e competente supporto editoriale della Dr.ssa Paola Lucioli costituisce un motivo di sicurezza per chi ha temporaneamente l'incarico della direzione del Giornale.

Il Giornale e l'ANMCO

Il Giornale Italiano di Cardiologia è l'organo ufficiale della cardiologia italiana ma è innegabile che le sue radici siano quelle dell'ANMCO e la fidelizzazione dei suoi soci è testimoniata dal numero prevalente di contributi scientifici sottomessi al Giornale da parte dei cardiologi ospedalieri. Negli ultimi due anni c'è stata una crescita significativa del numero di manoscritti sottomessi al Giornale, con una prevalenza di rassegne, editoriali, studi osservazionali e casi clinici (Figura 3). Dal momento in cui a partire dal 2000 la cardiologia italiana ha rinunciato a pubblicare linee guida autonome dando il proprio endorsement a quelle della ESC è diventato sempre più importante la loro contestualizzazione nella realtà nazionale. In questo il Giornale svolge un ruolo importante attraverso la pubblicazione di



commenti alle linee guida europee a cura di esperti nazionali, oltre a documenti di consenso e position paper dell'ANMCO o intersocietari che rappresentano le rubriche più frequentate nel sito web del GIC. I Position Paper ANMCO in tema di organizzazione funzionale della cardiologia durante la pandemia COVID-19 pubblicati nel Giornale nel 2020 hanno costituito un contributo importante per i cardiologi e anche un utile riferimento per la stesura di documenti di indirizzo regionali ai quali molti di noi hanno collaborato. La penetrazione del Giornale all'interno della comunità cardiologica nazionale è molto alta. Il GIC viene inviato ad oltre 5.600 soci ANMCO e SIC ed in versione online-only a circa 400 soci SICCH. Il numero annuale di accessi al sito web è progressivamente cresciuto nel tempo raggiungendo circa 80.000 accessi e oltre 85.000 download all'anno. Un ringraziamento particolare va a tutti coloro che attraverso i propri contributi scientifici, l'attività di revisione e i commenti anche critici hanno consentito in tanti anni il mantenimento di un'elevata qualità e interesse del Giornale.

Gli editoriali del cinquantenario

Avendo il privilegio della direzione del Giornale nell'anno del cinquantenario, insieme al comitato editoriale abbiamo valutato possibili iniziative per celebrare l'anniversario. La decisione è stata quella di prevedere in ogni fascicolo del 2021 un editoriale su uno specifico ambito cardiologico affidato ad un personaggio autorevole della cardiologia italiana che abbia vissuto

da protagonista l'evoluzione della specialità. In ogni articolo vengono evidenziati i progressi che in 50 anni sono avvenuti in ciascuna area della cardiologia (scompenso cardiaco, infarto miocardico acuto, aritmie, imaging cardiovascolare etc.), con un'attenzione particolare a quello che è avvenuto in Italia, insieme ad una visione delle prospettive future. In abbinamento ad ogni editoriale è inoltre prevista la riproduzione di un articolo sullo stesso tema pubblicato nei primi numeri del Giornale. Un flashback su "come eravamo". La collana degli editoriali del cinquantenario del GIC è iniziata con il numero di gennaio 2021 che ha ospitato l'eccellente editoriale di Luigi Tavazzi sui progressi nella gestione dello scompenso cardiaco insieme alla riproduzione di un articolo pubblicato in uno dei primi numeri del GIC che riporta la sintesi di un Simposio della ESC sull'insufficienza cardiaca iniziale tenutosi nel 1970.

Il futuro del Giornale

L'augurio in occasione del compleanno dei 50 anni è quello di lunga e felice vita al *Giornale Italiano di Cardiologia* con la speranza che possa continuare anche nel futuro ad essere percepito come la casa comune della cardiologia italiana. Sono certo che a fronte della grande mole di prestigiose riviste internazionali di cardiologia con alto impact factor e di siti internet dedicati il nostro Giornale sarà capace di continuare a svolgere la propria mission di aggiornamento e osservatorio nazionale soprattutto a vantaggio delle nuove generazioni. ♥

I Direttori del Giornale Italiano di Cardiologia 1971-2021

Fausto Rovelli	1971-1972
Giorgio Antonio Feruglio	1973-1975
Vincenzo Masini	1976-1978
Antonio Masoni	1979-1981
Paolo Rossi	1982-1984
Eligio Piccolo	1985-1987
Pier Filippo Fazzini	1988-1990
Enrico Geraci	1991-1993
Carlo Vecchio	1994-1996
Pier Luigi Prati	1997-1999
Pantaleo Giannuzzi	2000-2001*
Giuseppe Ambrosio	2002-2005* 2006-2007
Leonardo Bolognese	2008-2013
Maria Frigerio	2014-2016
Giuseppe Di Pasquale	2017-2021

* Italian Heart Journal Supplement

Quali sono le basi fisiopatologiche che legano la patologia cerebrale a quella cardiaca

Perché coinvolgere il cardiologo in caso di ictus?

Rassegna nosografica di possibili fonti cardioemboliche a cura dell'Area
CardioImaging e della Task Force Cardioneurologia

La definizione di ictus è clinica, basata sulla improvvisa perdita di una funzione neurologica focale, dovuta ad infarto o emorragia in una sede congrua dell'encefalo, della retina, del midollo spinale.

L'ictus ischemico è caratterizzato dal riscontro, in fase subacuta o cronica, di lesione alla valutazione con neuro-imaging (TC o RM ecenfalo). Secondo la classificazione Oxford Community Stroke Project (OCSP), le sindromi cliniche ischemiche sono definite:

- Sindrome lacunare del circolo anteriore (occlusione di piccola arteria perforante)
 - › Emisindrome deficitaria sensitiva/motoria/atassica
- Sindrome totale del circolo anteriore (occlusione di arteria cerebrale media)
 - › Deficit di una funzione corticale superiore
 - › Emianopsia laterale omonima
 - › Emisindrome deficitaria sensitiva/motoria omolaterale
- Sindrome parziale del circolo anteriore (occlusione branca di cerebrale media/anteriore)
 - › 2 criteri su 3 della sindrome totale
- Sindrome del circolo posteriore

(lobo occipitale/tronco dell'encefalo/cervelletto)

- › Deficit di uno o più nervi cranici
- › Deficit motorio/sensitivo controlaterale o deficit campimetrico visivo.

I tipici quadri neuroradiologici dell'ictus cardioembolico sono lesioni ischemiche triangolari corticali o sottocorticali in multipli territori vascolari, o lesioni ischemiche multifocali, con manifestazioni cliniche da sindrome parziale

L'esame di imaging cardiaco più adatto allo studio dell'auricola sinistra è l'ecocardiogramma transesofageo

o totale del circolo anteriore o sindrome del circolo posteriore. Oltre al meccanismo cardioembolico, le possibili vie fisiopatologiche all'ischemia cerebrale sono:

- Malattia dei grandi vasi (aterotrombosi).
- Malattia dei piccoli vasi (leucoaraiosi, necrosi fibrinoide).

- Miscellanea di cause rare (dissezione vascolare, uso di sostanze esotossiche/droghe; coagulopatie congenite o paraneoplastiche; collagenopatie; CADASIL e amiloidosi).

Il cardioembolismo è caratterizzato da occlusione arteriosa di uno o più vasi cerebrali da parte di un embolo a partenza da una cavità cardiaca (più frequentemente atrio o ventricolo sinistro, ma anche dall'atrio destro in caso di embolia paradossa attraverso il Forame Ovale) oppure dalla porzione prossimale dell'aorta (nei tratti ascendente e/o arco) e dei tronchi sovraortici.

Le condizioni cliniche più frequentemente associate a cardioembolismo sono:
1) Fibrillazione atriale, 2) Valvulopatie, 3) Masse intracardiache, 4) Ateromasia complicata di aorta ascendente/ arco aortico.

1) **La fibrillazione atriale (FA)** è l'aritmia più frequentemente coinvolta nella tromboembolia cerebrale e sistemica, con un rischio 5-7 volte maggiore rispetto alla popolazione generale. Il meccanismo fisiopatologico prevede il rallentamento del flusso in auricola



**Il ricorso alle
cardioimmagini deve
far parte di un percorso
clinico orientato alle
scelte terapeutiche e
basato su un approccio
standardizzato e
condiviso dal team
neurocardiologico**

sinistra (velocità < 40 cm/sec) con possibile formazione di trombi ad elevato rischio di embolizzazione. L'ipercoagulabilità correlata alla FA ha meccanismi eziologici multifattoriali, introdotti più di 150 anni fa da Rudolf Virchow: modifiche nelle dimensioni delle cavità, alterazioni del flusso e dei costituenti ematici). Attualmente tale triade è stata aggiornata, individuando alla base dell'ipercoagulabilità la disfunzione endoteliale, la stasi ematica e un anomalo equilibrio tra emostasi e fibrinolisi. In almeno un terzo di tutti gli ictus ischemici in fase acuta viene riscontrata la FA, con incidenza anche maggiore durante il monitoraggio elettrocardiografico post-stroke. L'esame di imaging cardiaco più adatto allo studio dell'auricola sinistra è l'ecocardiogramma transesofageo (ETE) (Figura 1).

2) **Valvulopatie.** Diverse valvulopatie possono essere responsabili di cardioembolismo. La più comune è la stenosi mitralica reumatica, istologicamente di natura fibrocalcifica, che può causare embolia anche in ritmo sinusale, e in cui la FA può significativamente aumentarne



Figura 1 - Valutazione ecocardiografica transesofagea della fibrillazione atriale

l'incidenza.

Le **protesi valvolari biologiche**, hanno ridotta trombogenicità ma sono prone a deterioramento più precoce rispetto a quelle meccaniche, più trombogeniche ma più durature. Il potenziale tromboembolico delle protesi biologiche è per lo più in relazione alla degenerazione fibrocalcifica e alla possibile insorgenza di endocardite (Figura 2), causa non infrequente di embolizzazione settica anche cerebrale.

Le **protesi meccaniche** condividono la possibile natura infettiva della degenerazione, ma possono causare tromboembolia soprattutto in caso di non ottimale gestione della terapia anti-coagulante.

3) **Masse intracardiache.** Sono in prevalenza trombosi endoventricolari o masse di natura neoplastica. Quelle di **natura trombotica** sono per lo più correlate a stasi ematica in contiguità di segmenti acinetici/discinetici,

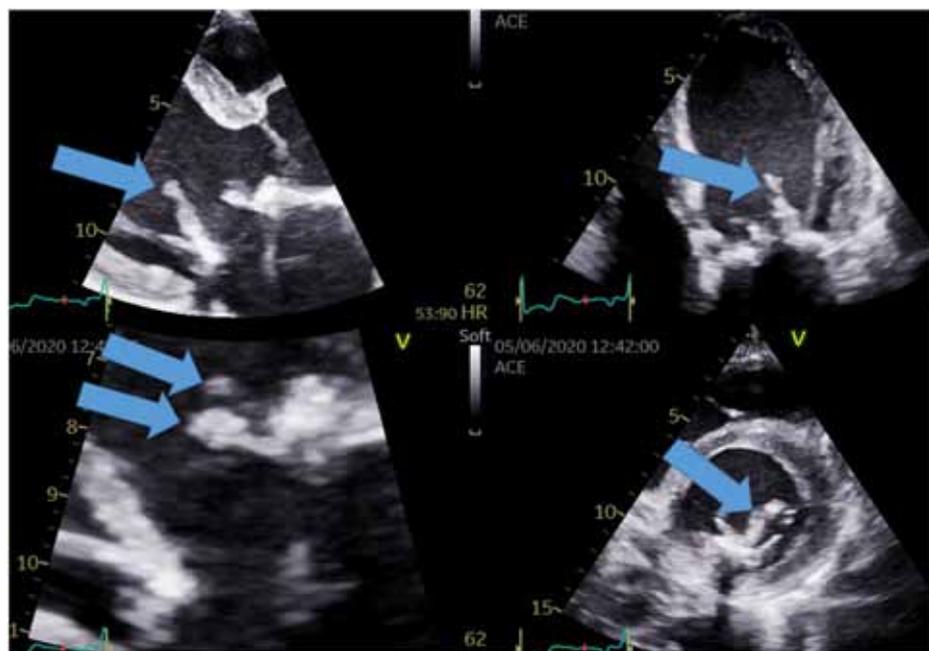


Figura 2 - Vegetazione su protesi biologica mitralica

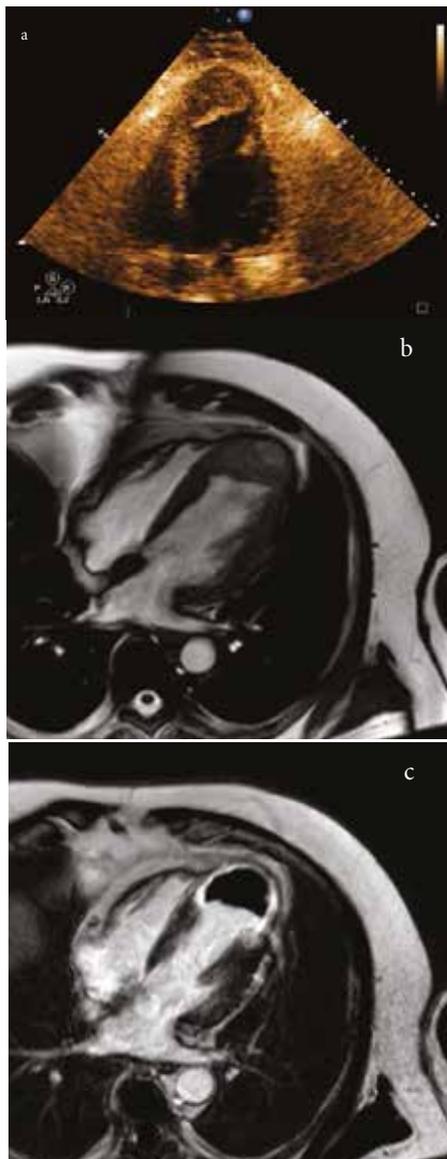


Figura 3 - Immagini di trombosi endocavitaria sinistra

*a. Ecografia transtoracica; trombosi stratificata in apice ventricolare, zona di pregressa necrosi miocardica.
b. Frame di Sequenza T2-cine con evidenza di trombosi stratificata in apice ventricolare sinistra, nel contesto di regione miocardica acinetica e significativamente assottigliata.
c. Sequenza tardiva T2 dopo somministrazione di gadolinio: evidenza di trombosi endocavitaria in apice ventricolare, contiguo a pareti miocardiche assottigliate, caratterizzate da late-gadolinium-enhancement a distribuzione transmurale*

ischemici, post-ischemici o cronici; più raramente si possono trovare eziologie correlate ad infiammazione di natura autoimmune (M. di Loeffler) o post-infettiva (Fibrosi endomiocardica, M. Chagas). Per lo studio delle masse, le metodiche di imaging si prestano spesso ad uno studio multimodale, alla ricerca di utili informazioni morfo-funzionali che si integrino tra loro. Particolare attenzione occorre prestare alla possibile ridondanza delle informazioni, che possono comportare uno spreco di risorse preziose (Figura 3).

Le **masse neoplastiche** intracardiache sono caratterizzate da un'incidenza estremamente ridotta nella popolazione generale (0.001-0.03% nella maggioranza delle serie autoptiche) e sono più frequentemente di natura metastatica; i tumori cardiaci primitivi sono più spesso di natura benigna e, tra questi, il più frequente nella popolazione adulta è il mixoma atriale, mentre il rabdomioma è la neoplasia cardiaca benigna più riscontrata in età pediatrica. Il fibroelastoma cardiaco rappresenta nella popolazione adulta circa il 20% dei tumori cardiaci non-mixomi.

Le complicanze emboliche di tipo neurologico sono le più frequenti tra quelle sistemiche in corso di patologia neoplastica cardiaca, e spesso ne rappresentano il quadro clinico di esordio. Il materiale embolico è costituito più frequentemente da materiale tumorale, talvolta coesistente con materiale trombotico, a testimonianza di una probabile reazione infiammatoria nella zona di impianto della neoplasia (Figure 4 e 5).



Figura 4 - Mixoma Atriale Sinistro



Figura 5 - Fibroelastoma mitralico

Le neoplasie maligne rappresentano solo il 15% delle neoplasie cardiache, e sono più frequentemente localizzate nelle cavità destre. In relazione alle elevate velocità di crescita sono caratterizzate da una significativa invasività locale e da versamento pericardico concomitante, di prevalente natura ematica.

4) **Ateromasia complicata di aorta ascendente/ arco aortico.**

Un altro possibile meccanismo tromboembolico cerebrale riguarda le placche aterosclerotiche complicate in aorta ascendente/ arco aortico, per instabilizzazione (es. ulcerazione con sovrapposta trombosi) oppure trombosi/frammentazione, di natura iatrogena, in corso di cateterismo arterioso o di clampaggio aortico. La sede più frequente di embolizzazione è, in questo caso, il territorio vertebrobasilare, con manifestazioni



Figura 6A



Figura 6B

cliniche quali cecità corticale, deficit campimetrici, segni di tronco, confusione, amnesia.

Nel 20-25% dei casi di ictus non viene evidenziata una causa etiologica tra quelle sopracitate. In questo caso si configura la condizione di “ictus criptogenetico”, condizione imprescindibile per la ricerca di una ulteriore fonte di possibile cardioembolismo legata alla pervietà del forame ovale. Il forame ovale pervio (FOP) è riscontrabile nel 20-25% della popolazione adulta,

associato ad un maggior rischio di una varietà di quadri clinici, tra cui l'ictus ischemico. Il FOP più spesso funge da tunnel attraverso cui transita l'embolo. Diversamente, l'coesistenza di FOP e di aneurisma del setto interatriale (ASA) può comportare lo stretching del setto interatriale, con possibile insorgenza di multiple fenestrature e shunt anche bidirezionali, condizioni predisponenti alla formazione di microemboli oppure fattori trigger per aritmie sopraventricolari di per sé emboligene (Figura 7).

Poiché non tutti i FOP riscontrati nell'ictus criptogenetico sono patogenetici, è stato introdotto nella pratica clinica l'indicatore Risk of Paradoxical Embolism (RoPE) score, che varia da 0 a 10 e permette di stabilire il grado di probabilità nel coinvolgimento eziologico del FOP in corso di ictus criptogenetico (Figura 8).

Ecocolordoppler transcranico con test per la diagnosi di Shunt Destro>Sinistro (SDS). Lo studio dello SDS si pratica valutando con metodica doppler un'arteria cerebrale media durante l'iniezione,

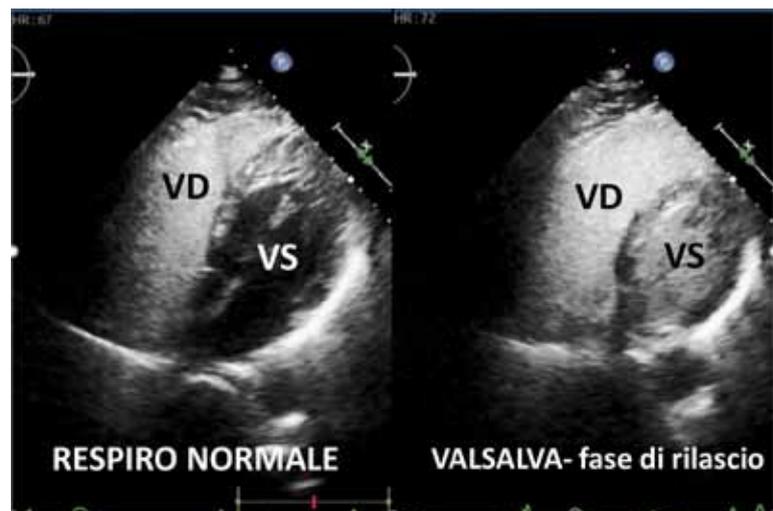


Figura 7 - Ecodoppler transtoracico: nessun transito di bolle in ventricolo sinistro in condizioni basali, transito massivo con manovra di Valsalva



in condizioni basali e/o al termine della manovra di Valsalva (fase di rilascio), di alcuni cc di soluzione fisiologica/glucosata 5%/emagel + 1 ml di sangue+1cc di aria, miscelati vigorosamente e iniettati in una vena antecubitale. Il test può anche essere eseguito con metodica ETT ed ETE. Il passaggio delle microbolle all'eco transcranico è rilevato all'analisi doppler come segnale transitorio ad alta intensità (HITS); il numero di HITS precoci (rilevati entro 4-5 cicli cardiaci dal termine dell'infusione

della soluzione) rilevati è codificato secondo la scala logaritmica di Spencer in 5 gradi (0, 1-10, 11-30, 31-100, 101-300, > 300) (Figura 9). Cardiologo e Neurologo cooperano nella cura del paziente sin dall'inquadramento etiopatogenico dell'ictus. Il ricorso alle cardiimmagini deve far parte di un percorso clinico orientato alle scelte terapeutiche e basato su un approccio standardizzato e condiviso dal team neurocardiologico. ♥

RoPE Score

- Non storia di ipertensione (+1)
- Non storia di diabete (+1)
- Non storia di ictus o TIA (+1)
- Non fumatore (+1)
- Infarto corticale alle neuroimmagini (+1)
- Età
 - 18-29 (+5)
 - 30-39 (+4)
 - 40-49 (+3)
 - 50-59 (+2)
 - 60-69 (+1)
 - >70 (0)

RoPe score totale 0-10

Figura 8

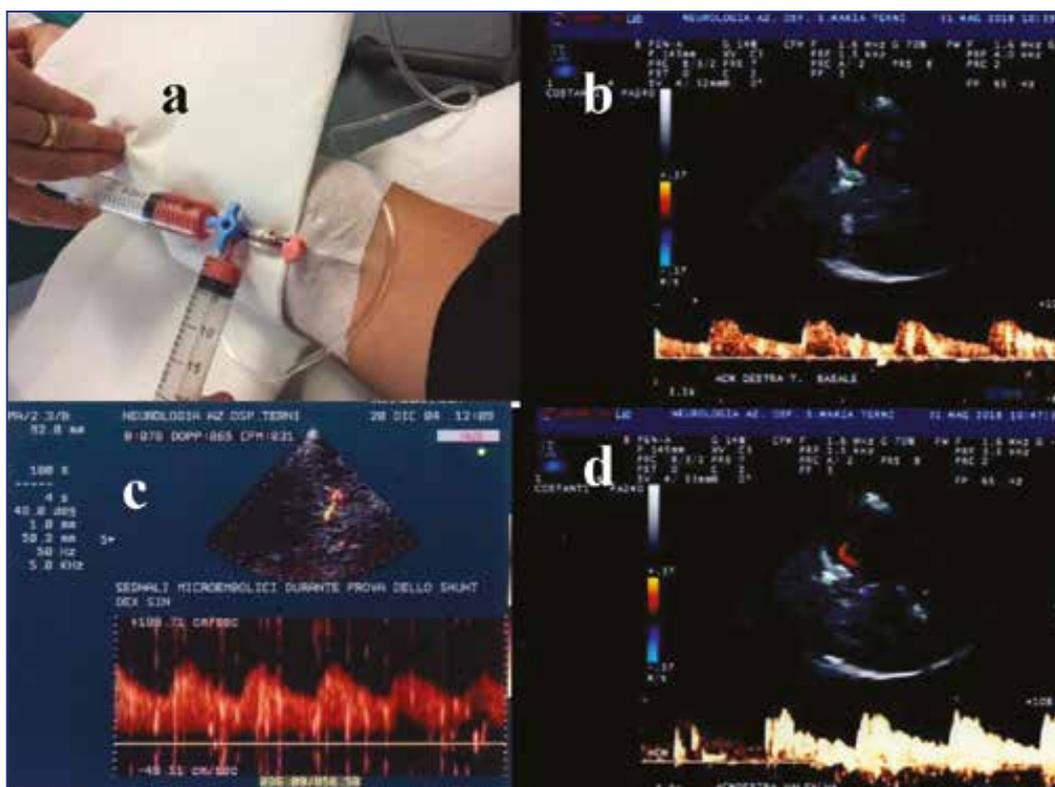


Figura 9 - EcocolorDoppler Transcranico con test per lo shunt destro-sinistro. La soluzione fisiologica agitata con aria e sangue (a) viene iniettata durante l'ecocolorDoppler della arteria cerebrale media di destra, con evidenza di scarsi segnali iperintesi (b); durante manovra di Valsalva possono essere riscontrati numerosi segnali con effetto "shower" (c) o "curtain" (d).

Le immagini 1, 3, 4, 5, 6a, 6b, 8 e 9 riprodotte nell'articolo sono tratte dalla pubblicazione
LA NEUROCARDIOLOGIA QUANDO CUORE E CERVELLO SI INCONTRANO

Georgette Khoury e Stefano Caproni

Roma, 2018

CIC Edizioni Internazionali



ANMCO

Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri

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

AREE ANMCO CHI È INTERESSATO?

Il presente modulo scaricabile 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.

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

SONO INTERESSATO ALLA SEGUENTE AREA

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

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

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

1. Finalità e modalità del trattamento.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4. Diritti dell'Interessato.

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

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

L'Interessato ha inoltre il diritto:

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

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

5. Durata del Trattamento

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

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



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

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

- modulo apposito, debitamente compilato;
- foto in formato elettronico;
- breve curriculum vitae (formato europeo);
- documentazione libera comprovante l'attività nei campi di interesse ritenuti qualificanti dal Candidato;
- 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;
- 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);
- 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);
- 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 recusare 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/chiamo/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.



● DALLE AREE - GIOVANI

DI MARCO MALVEZZI E STEFANIA ANGELA DI FUSCO
A NOME DELL'AREA GIOVANI



Realtà e leggende racchiuse nel cuore di Napoli

Alla scoperta dei modelli anatomici dell'apparato cardiovascolare presenti nella cappella di Sansevero



Cappella Sansevero - Foto di Marco Ghidelli © Archivio Museo Cappella Sansevero



Nel cuore della Napoli più affascinante si trova la Cappella Sansevero, un gioiello barocco incastonato nel centro storico della città partenopea, dove lo splendore dell'arte figurativa, scultorea e pittorica, è arricchito da miti e leggende attorno alla figura enigmatica del suo ideatore, Raimondo di Sangro, settimo principe di Sansevero. La Cappella è stata fatta costruire tra la fine del 1500 e l'inizio del 1600, su iniziativa di Giovan Francesco di Sangro, come *ex voto* per la propria guarigione da una grave malattia. Le tre sculture più celebri della Cappella Sansevero sono La Pudicizia, Il Disinganno ed Il Cristo velato veri e propri capolavori che sembra impossibile siano opera della mano di un uomo, fosse anche dell'artista più virtuoso. I protagonisti di questo articolo sono, però, i due modelli anatomici, meglio conosciuti come Macchine anatomiche, posti nella cripta sotterranea della Cappella. Si tratta di due corpi scarnificati, un uomo ed una donna, da cui è stato asportato lo strato cutaneo e muscolare al fine di rivellarne l'anatomia sottostante e, in particolare, l'apparato cardiovascolare. Molte delle discussioni sorte attorno alla poliedrica figura del Principe di Sansevero, definito anche *“l'Archimede dei nostri tempi”* scaturiscono da queste due enigmatiche opere, fatte realizzare da lui intorno agli anni 1763 - 1764. La leggenda popolare, ripresa anche dall'illustre filosofo e critico letterario, Benedetto Croce, nella sua opera *“Scritti di storia letteraria e politica”*, narra di come il Principe avesse fatto *« [...] uccidere due suoi servi, un uomo e una donna, e*



*Macchina anatomica – Donna, part. (Giuseppe Salerno, 1763-64)
Foto di Massimo Velo © Archivio Museo Cappella Sansevero*

imbalsamarne stranamente i corpi in modo che mostrassero nel loro interno tutti i visceri, le arterie e le vene». In realtà

nella stessa opera, qualche riga dopo, Benedetto Croce parla di *«due scheletri, che non sono poi corpi*



Macchina anatomica – Uomo (Giuseppe Salerno, 1756 circa)

Foto di Massimo Velo © Archivio Museo Cappella Sansevero

imbalsamati ma “macchine anatomiche”: tutte cose che dovevano colpire le immaginazioni e far parlare di magia e di aiuti diabolici e di azioni delittuose da ateo che sfida il cielo». In effetti, sempre Benedetto Croce nel descrivere il Principe di Sansevero parlava

dell'incarnazione del Dottor Faust, che aveva fatto il patto col diavolo per diventare diavolo lui stesso, e conoscere e manipolare i più nascosti segreti della natura. Nella *“Breve nota”* un opuscolo settecentesco che illustrava ciò che si poteva ammirare nella dimora dei di Sangro, forse scritta dal Principe stesso, riguardo la procedura di cristallizzazione del sistema cardiovascolare delle Macchine anatomiche, si parla di iniezione di una sostanza “metallizzante”. Affinché però tale sostanza potesse raggiungere tutte le più fini diramazioni artero - venose ed i capillari, la somministrazione sarebbe dovuta avvenire quando ancora il cuore fosse stato pulsante, quindi con i soggetti ancora in vita. Tuttavia, nonostante Raimondo di Sangro sia stato grande studioso e visionario sperimentatore, come riferisce, tra gli altri, l'illustre poeta napoletano Salvatore di Giacomo, in un passo in cui si legge di come il Principe « [...] non era un accademico, ma un' accademia intera e a ragione pretendeva di esser chiamato, con vocabolo peruviano “Haravec” cioè inventore ... delle sue scoperte scientifiche e delle sue invenzioni io non so che cosa sia rimasto nel dominio pubblico. Come tutti gl'inventori, il principe teneva segrete le sue ricette... »^[1] la credenza secondo cui la realizzazione dei due modelli fosse avvenuta mediante una sostanza metallizzante inventata dallo stesso Principe ed iniettata in due persone ancora viventi nel corso di un esperimento alchemico, resta solo una oscura leggenda. In realtà i due modelli anatomici furono realizzati dall'anatomopatologo palermitano Giuseppe Salerno a metà del 1700. Secondo fonti del XVIII secolo,

Raimondo di Sangro avrebbe acquistato il modello maschile dopo averlo visto ad una esposizione che l'anatomista siciliano tenne a Napoli. Il modello femminile sarebbe stato realizzato successivamente dal Salerno su commissione del Principe, dopo che questi assunse il medico a lavorare direttamente presso il proprio laboratorio. Sempre dalla *“Breve nota”* si apprende che, originariamente, ai piedi del modello femminile fosse posto il corpo di un feto, collegato alla donna dal cordone ombelicale, ma questi ultimi elementi sono andati perduti alcuni decenni or sono. La scuola medica palermitana era all'avanguardia negli studi anatomici e nella realizzazione di modelli da utilizzare a fini accademici. Una tradizione iniziata da Giuseppe Mastiani e continuata anche dopo la sua morte. Come si apprende da fonti settecentesche, un allievo di questa scuola siciliana era proprio *«Giuseppe Salerno da Palermo, che nel 1756 espose agli occhi di tutti, prima in quest'Accademia, e poi in Napoli uno scheletro artefatto con tutte le vene e le arterie, e loro intralciamenti, e ramificazioni con tal maestria lavorato, che vero e naturale pareva, e fu in Napoli acquistato dal principe di San Severo, il quale un'annua pensione diede al Salerno. E si veggono ancora non senza ammirazione i due scheletri l'uno maschile, di femmina l'altro, che il feto porta di quattro mesi, ed opera furono di Paolo Graffeo da Palermo, che fornì il primo nel 1753, e nel 1758 il secondo»*. A conferma di queste ultime fonti, l'anatomista siciliano Giovanni Gorgone, docente presso l'Università di Palermo, nel corso del 1800, a proposito dei modelli anatomici realizzati dal Salerno scriveva: *«Tutti i*



*Macchina anatomica – Uomo, part.
(Giuseppe Salerno, 1756 circa)*

Foto di Massimo Velo © Archivio Museo Cappella Sansevero

vasi risultano da delicati fili di ferro attorno a cui ne sono rivolti altri di lino, e sopra di questa lucida sostanza viene sparsa or rossa ed or nera. Per costruire i tronchi molti fili riuniti, che separava nel bisogno delle secondarie divisioni, o pure ai primi altri ne aggiungeva onde poterle con migliore agio formare. Simili filamenti più o meno voluminosi si piegano in varj sensi [...]; la prima base è semplice cera colorita o con nero fumo, o con solfuro rosso di mercurio ed al di sopra coperta con una vernice che difende la base medesima. In ogni modo il composto supera di assai la semplice cera e molti ne sono i vantaggi: puossi maneggiare, e ripiegare in mille direzioni, resiste agli urti nel trasporto da un luogo all'altro». Si tratta di una nota di grande importanza, in quanto aggiunge importanti dettagli tecnici sulla fattura delle opere oggetto di questa dissertazione. Arrivando, infine, a fonti più recenti, uno studio microscopico condotto nel 2007 da ricercatori dello University College di Londra, su campioni delle Macchine anatomiche, ha evidenziato che i modelli sono costituiti da scheletri umani, contornati da un apparato circolatorio realizzato artificialmente. I vasi hanno un'anima costituita da fili di ferro intrecciati con fibre di seta, ricoperta da cera d'api di diverso colore, a seconda che si tratti di arterie o di vene. È d'obbligo citare, a conclusione di questa rassegna, le osservazioni del Prof. Paolo Capogrosso, attuale direttore dell'U.O.C. Cardiologia/



UTIC dell'Ospedale San Giovanni Bosco di Napoli, che dopo aver effettuato un esame fotografico delle Macchine anatomiche della Cappella Sansevero, non solo si è soffermato a descrivere la struttura certamente artificiale dell'apparato cardiovascolare dei modelli, ma ha anche espresso seri dubbi sulla compatibilità con la vita delle connessioni tra cuore e grossi vasi, così come appaiono rappresentate nelle opere del Salerno. Ad oggi, ancora rimane oggetto di dibattito il procedimento con cui oltre tre secoli fa siano state realizzate con tanta perizia delle eccezionali riproduzioni

dell'apparato cardiocircolatorio. Il fascino indiscutibile della Cappella Sansevero, fulgida espressione dell'arte barocca del Settecento borbonico, ideata da un uomo poliedrico e da mille interessi come Raimondo di Sangro, è un vero e proprio invito ad una visita tra i vicoli del centro storico partenopeo, patrimonio mondiale dell'UNESCO. La leggenda del Principe, che vede le sue radici nell'alchimia, nutrendosi delle credenze popolari del tempo, che avevano individuato nello stesso principe una figura misteriosa e temibile, anche per i suoi trascorsi nella Massoneria napoletana, di cui fu primo Gran Maestro, arriva a tingersi di nero quando raggiunge la realizzazione delle Macchine anatomiche.

Ad un'analisi attenta dei documenti storici, tuttavia, la leggenda lascia spazio ad una realtà assai meno *noir*, che parla di un uomo certamente dedito alla sperimentazione, che amava circondarsi di persone dalle grandi capacità artistiche e scientifiche e che, grazie alla sua propensione all'innovazione, riuscì a creare un originale connubio di cui ancora oggi possiamo godere i magnifici frutti. ♥

1. O' principe "haravec": le "macchine anatomiche" (aispes.net) di Paolo Aldo Rossi

Le lezioni dalla pandemia

La gestione dello scompenso cardiaco dopo la pandemia da COVID 19

Le opportunità offerte dalla telemedicina

Stiamo vivendo un periodo che ha sconvolto le nostre abitudini di vita. L'epidemia da COVID-19 ha limitato la nostra mobilità, la nostra vita sociale, le nostre attività lavorative e formative ma anche la nostra attività assistenziale. Abbiamo visto reparti di Cardiologia assorbiti dai reparti dedicati al COVID, i nostri pazienti con sindrome coronarica acuta giungere in ritardo o, a volte, non giungere affatto. Abbiamo visto sospendere e poi ridurre la attività ambulatoriale dedicata ai pazienti cronici. È venuta meno o è stata fortemente condizionata la attività degli ambulatori su cui era basata l'assistenza del paziente con scompenso cardiaco cronico.

Modelli assistenziali e telemedicina

I modelli assistenziali che abbiamo proposto negli ultimi anni si sono incentrati sulla attività degli ambulatori scompenso cardiaco, dedicati al completamento dell'iter diagnostico, alla stratificazione prognostica, all'ottimizzazione della terapia medica ed elettrica, all'educazione del paziente e dei familiari. In questo setting assistenziale la telemedicina era

La pandemia da COVID 19 ha comportato pesanti ripercussioni nell'assistenza dei pazienti con scompenso cardiaco

La telemedicina può offrire rilevanti soluzioni

ritenuta come un'attività di supporto, anche se sempre in secondo piano rispetto all'approccio tradizionale basato sulle valutazioni ambulatoriali e/o i ricoveri ospedalieri. La epidemia da COVID-19 ci ha portato a ripensare a questi modelli, a riconsiderare un approccio assistenziale "a distanza" che è caratteristica peculiare della telemedicina. È il momento di cogliere questa opportunità per rendere più flessibile il nostro approccio assistenziale allo scompenso cardiaco implementando sin da ora l'uso della telemedicina e sviluppando le tecnologie utili a tal fine.

Quale telemedicina

Quando pensiamo a come calare

la telemedicina nella nostra realtà quotidiana, non possiamo fare a meno di considerare la sua eterogeneità, la varietà di approccio e tecnologia utilizzata, così come le diverse figure professionali che possono essere coinvolte (Figura 1). Sono sicuramente telemedicina i controlli telefonici che abbiamo utilizzato per sopperire alla mancanza dei controlli in presenza nel periodo di lockdown. Prestazioni che non avevano riconosciuta la rimborsabilità, ma che hanno rappresentato una risorsa utile per tamponare la carenza assistenziale di quel periodo. Sono, invece, diventate sempre più rilevanti le televisite, la cui rimborsabilità è stata riconosciuta da diverse regioni e che rappresentano il primo step per implementare un programma di telemedicina. Una televisita, che dovrebbe essere eseguita attraverso portali istituzionali di videochiamata, può essere risorsa preziosa per raccogliere le principali informazioni anamnestiche, visionare le valutazioni laboratoristiche eseguite dal paziente, controllare il monitoraggio domiciliare di peso e pressione arteriosa. Un momento nel quale verificare la



L'epidemia da COVID 19 ci ha portato a ripensare all'approccio assistenziale dei pazienti con scompenso cardiaco cronico

Tipologia di teleassistenza	Figura professionale coinvolta	Setting assistenziale	Strumentazione	Parametri clinici da valutare	Cadenza temporale
Monitoraggio telefonico	- Infermiere - Medico Specialista (gestione allarme)	-Domicilio	- Telefono	- Sintomi clinici - Verifica terapia - Pressione arteriosa, peso	Quindicinale/mensile sec. Severità clinica
Monitoraggio remoto continuo parametri vitali	- Infermiere - Medico specialista (gestione allarme)	-Domicilio -RSA/RSSA	- Device parametri vitali - Control room - Software controllo web-based	- Pressione arteriosa - Saturimetria - Peso corporeo	Secondo caratteristiche del sistema
Monitoraggio device implantabili	- Infermiere - Medico specialista	-Domicilio -RSA/RSSA	- Sistemi in dotazione ICD/PM/CRT - Control room - Software controllo web-based - Eventuali device aggiuntivi	- Aritmie sostenute - Funzionalità device - Parametri di instabilità clinica	Giornaliero (lunedì-venerdì)
Televisita	- Medico Specialista - Infermiere	-Domicilio	- Web-cam - Device rilevazione parametri vitali	- Sintomi clinici - Revisione terapia - Pressione arteriosa - Saturimetria - Trend peso corporeo	Mensile/trimestrale sec. Severità clinica dei pazienti
- con ECG e valutazioni ematochimiche	- Infermiere a domicilio	-Domicilio -RSA/RSSA	-Device ECG - POCT	- Creatinina, Natremia, Kaliemia, Emoglobina, Ematocrito, NT-proBNP	Mensile/trimestrale sec. Severità clinica dei pazienti
- con ecocardiogramma	- Sonographer a domicilio		- Ecocardiografo portatile	- Funzione cardiaca	Semestrale/Annuale sec. Severità clinica dei pazienti

terapia assunta dal paziente cui apportare eventuali modifiche, un momento nel quale confrontarsi ed educare il paziente e i care giver ad una adeguata aderenza ai consigli terapeutici ed allo stile di vita. Ma la telemedicina si può arricchire di una valutazione strumentale più complessa. Non possiamo non pensare alla possibilità di eseguire un *elettrcardiogramma a domicilio* del paziente con uno dei tanti dispositivi portatili oggi disponibili, o anche un ecocardiogramma con un apparecchio portatile. Non possiamo non pensare alle informazioni che possiamo ottenere da *sensori esterni* capaci di misurare e trasmettere i valori di pressione arteriosa, peso corporeo, glicemia, saturazione arteriosa così come da quelli capaci di rilevare l'attività fisica giornaliera o altri parametri utili ad individuare

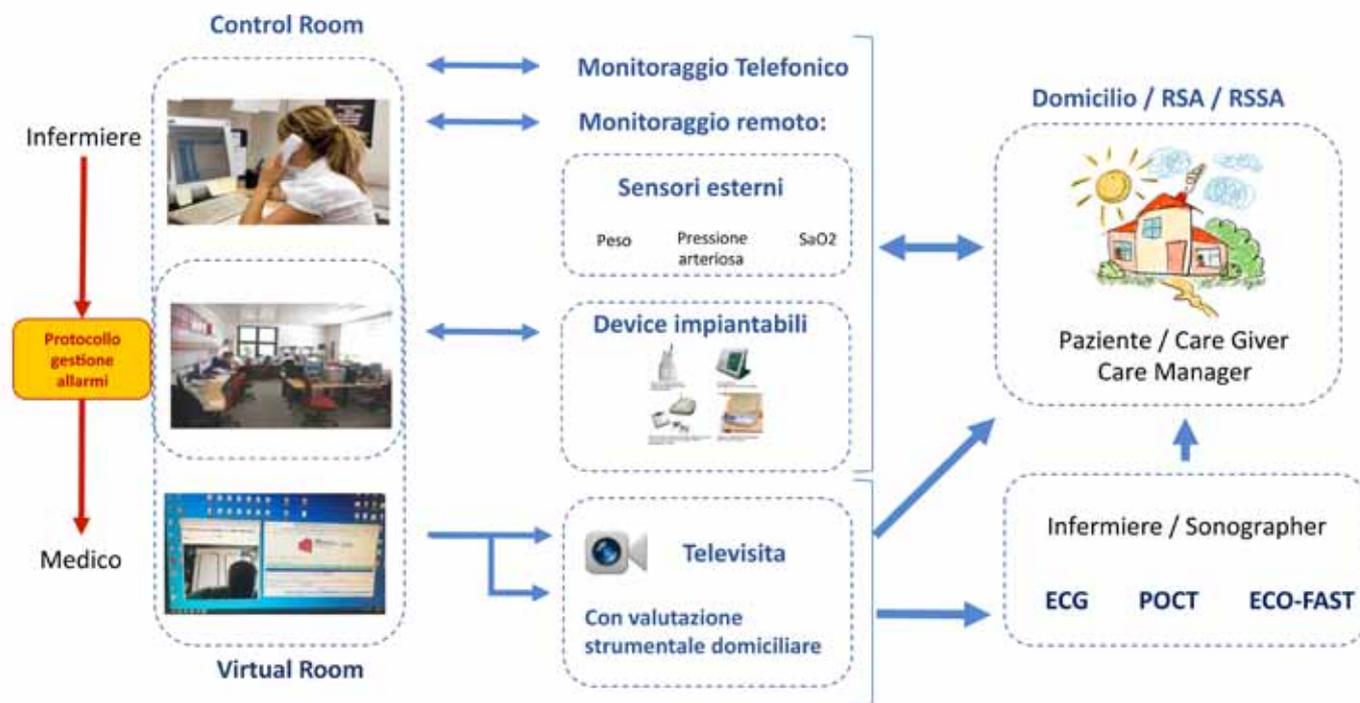
precocemente un deterioramento emodinamico. In questo contesto, non possiamo non ricordare anche le informazioni dei dispositivi impiantabili, dalla rilevazione delle aritmie, all'attività fisica giornaliera, sino alla impedenziometria ed all'elaborazione di indici che riflettono la stabilità complessiva del paziente. Così come non possiamo non ricordare le novità che il futuro ci riserverà per un monitoraggio remoto ancor più accurato attraverso sensori esterni o impiantabili. Ogni ambulatorio scompenso, a seconda

La telemedicina rappresenta una risorsa per l'assistenza dei pazienti con scompenso cardiaco cronico

delle tecnologie disponibili e della sua organizzazione potrà avvalersi di uno o più di questi sistemi per gestire in remoto i pazienti riducendo l'accesso alle strutture ambulatoriali e/o ospedaliere.

Ripensare all'organizzazione dell'ambulatorio scompenso ed alla assistenza domiciliare

L'implementazione dei programmi di telemedicina non può prescindere da una riorganizzazione dell'attività dell'ambulatorio. L'ambulatorio non sarà più solo il luogo in cui visitare in presenza i pazienti ma anche un luogo in cui medico e paziente si incontrano online. L'eventuale presenza di monitoraggio del paziente attraverso sensori esterni e/o dispositivi impiantabili impone anche la necessità che venga organizzata una *control room*, ovvero un luogo in cui i



segnali inviati dal paziente vengano visionati ed, in caso di anomalie rilevate, vengano poste in essere tutte quelle azioni utili a prevenire o a gestire tempestivamente gli eventi clinicamente rilevanti. Anche la assistenza territoriale e l'assistenza domiciliare non possono non essere ripensate. Rappresentano le nuove frontiere da raggiungere la possibilità di portare al domicilio del paziente strumentazioni diagnostiche come elettrocardiografi, ecocardiografi, point-of-care per valutazioni ematochimiche, la possibilità che il medico di medicina generale possa avvalersi di consulenze specialistiche a distanza e/o di un infermiere care manager.

Le professionalità della telemedicina

Ambulatorio scompenso, control room, assistenza domiciliare, tutti setting assistenziali che enfatizzano l'importanza dell'approccio

L'epidemia da COVID-19 ha influenzato profondamente l'assistenza dei pazienti con scompenso cardiaco ma ci ha anche offerto un'opportunità per sfruttare al meglio la telemedicina

multiprofessionale. Non solo medico specialista dello scompenso cardiaco e medico di medicina generale, non solo l'infermiere dell'ambulatorio scompenso, ma anche l'infermiere o care manager che gestisce a domicilio il paziente, il sonographer che potrebbe eseguire ecocardiogrammi a domicilio, l'infermiere o altra figura professionale, come i tecnici perfusionisti, per la control

room e la gestione dei parametri monitorati e degli allarmi correlati. Un'articolazione più complessa dell'attività assistenziale multiprofessionale che dovrebbe contraddistinguere i nostri nuovi percorsi diagnostico-terapeutici.

Conclusioni

Il COVID-19 sarà sicuramente ricordato come un evento che ha modificato la nostra storia e cambiato radicalmente il nostro stile di vita. Questo cambiamento, pur caratterizzato da rilevanti effetti negativi nella gestione dello scompenso cardiaco cronico, ci offre anche l'opportunità di ripensare ai nostri modelli assistenziali, valorizzando la gestione remota del paziente attraverso la telemedicina, le nuove tecnologie e l'apporto rilevante di professionalità la cui rilevanza appare sempre più evidente. ♥



REFERENTI TASK FORCE

CARDIOGERIATRIA

**GIUSEPPE ZUCCALÀ**

Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli - Roma

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

CARDIOLOGIA DI GENERE

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

CARDIOLOGIA PEDIATRICA

**MARIA GIOVANNA RUSSO**Università della Campania "Luigi Vanvitelli", Ospedale Monaldi
Napoliwww.anmco.it/pages/entra-in-anmco/aree-anmco/task-force-cardiologia-pediatria

CARDIOMETABOLICA

**EDOARDO GRONDA**

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-cardioneurologiaRESPONSABILITÀ
PROFESSIONALE E
SICUREZZA DELLE CURE**GIOVANNI GREGORIO**

Ospedale San Luca - Vallo della Lucania (SA)

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



● DALLE TASK FORCE - CARDIONCOLOGIA

DI IRMA BISCEGLIA, MARIA LAURA CANALE
E IRIS PARRINI



«È nei contrattempi, soprattutto, che conosciamo tutte le nostre risorse,
per poter far uso di loro» (Orazio)

Cardioncologia e COVID - 19 (CŌ&CŌ)

Le insospettabili affinità elettive

La pandemia COVID - 19 non ha intaccato la relazione tra cardiologia e oncologia ma si è inserita in essa rendendola “mutata, nuova, inattesa”

L'alchimia tra cardiologia e oncologia

La cardioncologia è una disciplina relativamente giovane ma essendo cresciuta in assenza di raccomandazioni o linee guida ha avuto da sempre in sé una attitudine alla flessibilità e alla

multidisciplinarietà. In questi anni il compito dei cardioncologi è stato faticoso ma entusiasmante perché la mission non è stata solo quella di collaborare con gli oncologi che ci aspettavano a braccia aperte ma soprattutto quella di convincere i nostri colleghi cardiologi a investire

in risorse e tecnologie su una popolazione storicamente ritenuta “perdente”. I dati incoraggianti a nostra disposizione ci hanno sostenuti. Negli ultimi due decenni infatti c'è stato un rapido aumento della sopravvivenza al cancro, con più di 400.000 nuovi sopravvissuti ogni



«Quelle sostanze che, incontrandosi, subito si compenetrano e si influenzano reciprocamente, le chiamiamo affini. Nel caso degli alcali e dei sali, che, seppur opposti, e forse proprio perché opposti, si cercano e si associano col massimo vigore, modificandosi e formando insieme un nuovo corpo, questa affinità è palese. Bisogna vedere in azione davanti ai propri occhi queste sostanze all'apparenza inerti, e tuttavia intimamente sempre disposte, ed osservare con partecipazione il loro cercarsi, attirarsi, distruggersi, divorarsi, consumarsi, e poi il loro riemergere dalla più intima congiunzione in forma mutata, nuova, inattesa».

Johann Wolfgang von Goethe, Le Affinità Elettive



La telemedicina ha un ruolo privilegiato per cambiare gli orizzonti della cardioncologia sia in corso di pandemia che nel futuro

anno e gran parte di questo risultato è stato determinato dall'introduzione dei nuovi trattamenti con oltre 160 nuove terapie approvate dal 2000. La cardiologia ha fatto la sua parte confutando vecchi assiomi secondo i quali il danno cardiaco in un paziente oncologico era senza ritorno. Si è riusciti a lavorare su ogni complicanza senza arrenderci mai fin quando questo minuscolo e infaticabile virus ha minacciato di sconvolgere tutte le nostre neonate certezze. Cancro e malattie cardiovascolari si stavano finalmente unendo in un rapporto complesso, modificandosi reciprocamente ma l'entrata in scena della pandemia COVID - 19 ha sferrato un duro attacco alla scoperta di questa affinità.

Ma anche COVID 19 ha rivelato la sua affinità con la cardioncologia

Eppure, inaspettatamente, ci si è trovati di fronte a una ulteriore affinità: quella tra COVID - 19 e cardioncologia! Affinità tra tossicità cardiovascolare indotta dai

È necessario promuovere iniziative che consentano una copertura più ampia per la telemedicina con il supporto delle nostre società scientifiche al fine di prepararci ad affrontare future crisi sanitarie

trattamenti antineoplastici e dal COVID - 19 come cardiomiopatie, ischemia, aritmie, miocardite, Tako - Tsubo; in particolare si è osservata affinità nella tossicità da immunoterapia e da terapia CAR - T. Basti pensare che quest'ultima attiva monociti e macrofagi, che portano al rilascio di citochine infiammatorie che sono potenziali mediatori di uno storm simile a quello che si realizza nei pazienti con COVID - 19. Esiste poi un'affinità nella fisiopatologia sottostante che comprende infiammazione, rilascio di citochine, stress metabolico, attivazione del sistema renina - angiotensina - aldosterone, coagulopatia, trombosi, disfunzione microvascolare. Infine si sono sorprendentemente

osservate strategie comuni di gestione farmacologica tra COVID - 19 e terapie antitumorali quali cortisonici, immunomodulatori come tocilizumab, bemcentinib e altri analoghi per mitigare l'ambiente infiammatorio indotto da SARS - CoV - 2. Vanno infine ricordate le affinità nell'utilizzo di terapie anticoagulanti, antagonisti del sistema neuroormonale, senza dimenticare la gestione delle interazioni farmacologiche tra trattamenti oncologici e cardiologici, così come tra terapie per il COVID - 19 e terapie cardiologiche.

Come ha "abbracciato" il COVID - 19 la cardioncologia

L'impatto del COVID - 19 sui pazienti affetti da cancro e malattie cardiovascolari ha immediatamente evidenziato la particolare vulnerabilità di queste popolazioni. Infatti fin da subito si è registrato un rischio più alto di contrarre l'infezione ma anche la possibilità di un decorso più severo e di esiti infausti. Al di là delle immediate complicanze da infezione COVID - 19 la pandemia ha avuto un impatto enorme sui sistemi sanitari globali. Infatti si è assistito a un rinvio degli esami di screening non urgenti con l'inevitabile ricaduta di ritardi nella diagnosi del cancro; i trattamenti non urgenti sono stati rinviati e la sperimentazione clinica è stata, in molti casi, interrotta. La cardioncologia, non essendo vincolata da tradizionali e inflessibili percorsi di cura del paziente, si è mossa prontamente mediante modifiche dei percorsi tipici e strutturazione di protocolli di monitoraggio che prevedono un impiego più mirato dell'imaging, un utilizzo maggiore dei biomarcatori

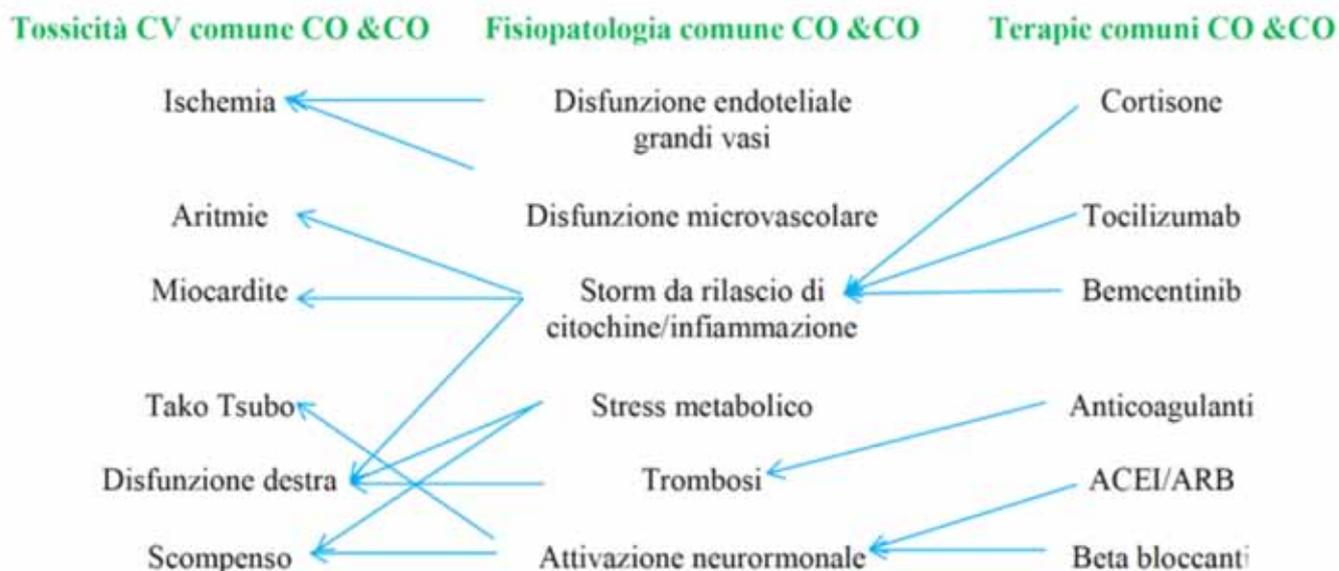
La cardioncologia ha scoperto affinità inattese con il COVID 19 sia per i comuni effetti tossici cardiovascolari, meccanismi fisiopatologici, che per le terapie utilizzate. Essendo una disciplina caratterizzata dalla flessibilità la cardioncologia ha rapidamente ristrutturato i percorsi tipici e i protocolli di monitoraggio

ma soprattutto portando alla ribalta l'utilizzo della telemedicina, fino ad oggi appannaggio della popolazione con scompenso cardiaco. L'obiettivo di questi adeguamenti strategici è stato quello di ridurre al minimo il rischio di infezione senza diventare negligenti nei confronti del trattamento del cancro e delle malattie cardiovascolari. In una survey internazionale condotta di recente in 43 paesi per valutare l'impatto della pandemia in cardiologia e oncologia oltre l'85% dei cardiologi e degli

oncologi ha adottato la telemedicina durante la pandemia, e l'utilizzo di telemedicina è stato segnalato dall'82% degli intervistati in marzo e del 91,5% in aprile. Questi risultati ci incoraggiano a promuovere iniziative che consentano una copertura più ampia per la telemedicina con il supporto delle nostre società scientifiche al fine di prepararci ad affrontare future crisi sanitarie. Le principali limitazioni includono i confini giurisdizionali della pratica medica, la necessità di formazione



Da sinistra: Iris Parrini, Irma Bisceglia, Maria Laura Canale e Aldo P. Maggioni



mod. da Brown SA Front Cardiovasc Med 2020

sugli strumenti di telemedicina che possono essere limitati in un contesto pandemico, la limitazione dell'esame fisico e le questioni relative ai rimborsi.

In ogni crisi c'è l'opportunità di riflettere e migliorare

Mentre viviamo la pandemia di COVID - 19, non dobbiamo lasciarci sfuggire le opportunità di apprendimento che si celano nello studio dei nostri pazienti. Le innumerevoli sovrapposizioni di tossicità cardiovascolare,

Di fondamentale importanza è garantire l'equità nella nostra distribuzione di speranza, salute e guarigione durante e dopo la pandemia

fisiopatologia e terapie innovative in cardiologia durante pandemia forniscono molteplici percorsi di esplorazione che potrebbero portare ad una maggiore comprensione sia del COVID - 19 che della tossicità cardiovascolare rilevata in cardiologia. Di fondamentale importanza è garantire l'equità nella nostra distribuzione di speranza, salute e guarigione durante e dopo la pandemia, perché questo avvenimento ha disvelato ancora una volta una disparità etnica con percentuali sproporzionate di afro-americani gravemente e fatalmente colpiti da COVID - 19 oltre che a una maggiore suscettibilità alla tossicità cardiovascolare in corso di terapie anti neoplastiche. Gli obiettivi sono ambiziosi ma da questa relazione apparentemente distruttiva si può riemergere come afferma Goethe in forma mutata, nuova, inattesa. ♥

La pandemia COVID - 19 non ha frenato l'attività della cardiologia ma anzi ha permesso di confrontarsi con una realtà, per molti versi affine, secondo nuove modalità



Salute, coltivatori, costruttori e mercanti

12 Gesù entrò nel tempio, e ne scacciò tutti quelli che vendevano e compravano; rovesciò le tavole dei cambiamonete e le sedie dei venditori di colombi.

13 E disse loro: «È scritto: “La mia casa sarà chiamata casa di preghiera”, ma voi ne fate un covò di ladri».

14 Allora vennero a lui, nel tempio, dei ciechi e degli zoppi, ed egli li guarì.

15 Ma i capi sacerdoti e gli scribi, vedute le meraviglie che aveva fatte e i bambini che gridavano nel tempio: «Osanna al Figlio di Davide!», ne furono indignati.

16 e gli dissero: «Odi tu quello che dicono costoro?» Gesù disse loro: «Sì. Non avete mai letto: “Dalla bocca dei bambini e dei lattanti hai tratto lode”?»

17 E, lasciatili, se ne andò fuori della città, a Betania, dove passò la notte.

Matteo 21,12-17, Gesù scaccia i mercanti dal tempio

Ogni essere umano, nel corso della propria esistenza, può adottare due atteggiamenti: costruire o piantare. I costruttori possono passare anni impegnati nel loro compito, ma presto o tardi concludono quello che stavano facendo. Allora si fermano, e restano lì, limitati dalle loro stesse pareti. Quando la costruzione è finita, la vita perde di significato. Quelli che piantano soffrono con le tempeste e le stagioni, raramente riposano. Ma, al contrario di un edificio, il giardino non cessa mai di crescere. Esso richiede l'attenzione del giardiniere, ma, nello stesso tempo, gli permette di vivere come in una grande avventura.

Paulo Coelho, da “Brida

All'alba della umanità le prime forme di assistenza consistevano in aiuti agli indigenti elargite da privati benestanti. In Egitto, in Grecia ed a Roma alcune leggi prevedevano che, in situazioni di emergenza, lo stato erogasse generi di prima necessità per prevenire lo scoppio di sommosse e garantire l'ordine pubblico. Nel IV secolo San Basilio costruì una città assistenziale non molto distante da Cesarea di Cappadocia, dove già si delineavano attività assistenziali, organizzate in:

- xenodochium, per l'assistenza ai forestieri e agli stranieri;
- nosocomium che dava assistenza ai malati;
- ptocheion che assisteva ai poveri;
- orfanotrophium che accoglieva gli orfani;
- brefotrophium che assisteva i bambini abbandonati;

- gerontocomium per la cura e l'assistenza dei vecchi. Tale modello approdò in parte anche a Roma che fu organizzata dai pontefici in diaconie per provvedere ai bisognosi e ai malati. Queste strutture furono di fatto i primi strumenti con compiti di assistenza in grado di garantire la continuità delle cure, la assistenza religiosa e sanitaria, lasciando intravedere che il futuro dell'umanità sarà sempre più legato ad un sentimento di sacralità che cercherà di coniugare assistenza, salute, umanità e religiosità. Tali sentimenti hanno quotidianamente aleggiato durante la stagione della pandemia, nella ricerca di costruttori come la massima espressione di efficienza, e i molti personaggi (Figura 1) che, dimenticando le tante cose che non si sono fatte o fatte

Figure che hanno assistito o contribuito allo smantellamento del S. S. N.





Cose non fatte o fatte male

Mancanza di competenza, comunicazione lacunosa e imprecisa, Normativa approssimativa, Piano Vaccinazione inadeguato, superficiale, tardivo. Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza inconcludente e incompleto. Interventi discutibili, spesso esempio di sperpero di denaro pubblico e mancanza di strategia.

Ignoranza degli insegnamenti delle Epidemie succedutesi nel secondo dopoguerra (nel '57 - '58 l'asiatica, nel '68 - '69 l'influenza cinese H3N2, nel novembre 2002 la Sars, nel triennio 2004-2007 l'influenza suina H1N1 e l'influenza aviaria H5N1).

Smantellamento Rete ospedaliera e desertificazione servizi territori, autentica macelleria sanitaria.

Mancata protezione del capitale umano rappresentato dagli Operatori Sanitari e omesso obbligo di sorveglianza sulla sicurezza del personale sanitario. Disattesa l'indicazione e la tempistica per l'esecuzione dei tamponi naso-orofaringei. Assenza formazione e reclutamento personale.

Assenza o inadeguatezza dei Piani Pandemici Nazionali, Regionali, Aziendali.

Mancato isolamento dei contagiati e carenza dei protocolli di sicurezza negli Ospedali, nelle Case della Salute, nelle ex RSA, nelle USCA. Carenza, inadeguatezza o mancanza dei DPI per categoria a rischio, maschere FFP2 e FFP3, occhiali/visiere, sovra-camici/tute idrorepellenti, guanti, calzari e sovracalzari, copricapi, Respiratori etc.

Figura 2

male (Figura 2 e 3), hanno assistito o contribuito allo smantellamento del S.S.N. Quello che di certo non dovrebbe accadere è che il tempio (la Sanità) fosse preda di

tanti mercanti che continuano a spadroneggiare nel tempio, senza che vi sia nessuno che li cacci via (Figura 4 - Cecco del Caravaggio, *Cacciata dei mercanti dal tempio*, 1610-1615), nella

consapevolezza che se i costruttori e i coltivatori possono essere buoni o cattivi, ***i mercanti sono certamente sempre cattivi*** ed è ora che vengano espulsi dalla Sanità. ♥



Figura 3

miglioramento strutturale in materia di sicurezza delle strutture ospedaliere

Il progetto intende delineare un percorso di miglioramento strutturale in materia di sicurezza delle strutture ospedaliere, che rivestono un ruolo cruciale e strategico nelle situazioni di emergenza, con l'obiettivo di allinearle alle più moderne normative sismiche ...

A tal fine, il Ministero della Salute ha rilevato nel 2020 un fabbisogno complessivo di interventi in materia di antisismica ospedaliera nelle diverse Regioni di circa **10 miliardi** e ha individuato **675** interventi finanziabili a valere sulle risorse del Recovery Fund, ripartendo l'ammontare disponibile di **2,3 miliardi** di euro in misura proporzionale tra le Regioni per quota di accesso *il periodo di esecuzione previsto è 2021-2026*. Questo intervento beneficia di risorse complementari per **680 milioni** dagli stanziamenti della Legge di Bilancio.

Dove si troveranno i 2.980 milioni per completare il progetto?



Figura 4 - Cecco del Caravaggio, *Cacciata dei mercanti dal tempio* (1610-1615)



Cosimo Napoletano

ABRUZZO

Presidente

Cosimo Napoletano - Teramo

Consiglieri

Carlo Alberto Capparuccia - Chieti

Vincenzo Cicchitti - Lanciano (CH)

Massimo Di Marco - Pescara

Daniele Forlani - Pescara

Alberto Lavorgna - Teramo

Maurizio Porfirio - L'aquila

Francesco Santarelli - Teramo

Gianluca Tomassoni - Teramo



Serena Rakar

FRIULI VENEZIA GIULIA

Presidente

Serena Rakar - Trieste

Consiglieri

Maria Grazia Baldin - Palmanova (UD)

Marzia De Biasio - Udine

Gerardina Lardieri - Gorizia

Elvira Loiudice - Pordenone

Cristina Lutman - Udine

Carmine Mazzone - Trieste

Rosa Pecoraro - Pordenone

Alberto Roman Pognuz - Tolmezzo (UD)



Giacinto Calculli

BASILICATA

Presidente

Giacinto Calculli - Matera

Consiglieri

Maria Antonella Ciccarone - Matera

Salvatore Gubelli - Melfi (PZ)

Pasqualino Innelli - Potenza

Maria Giuseppina Veglia - Matera



Giuseppe Pajes

LAZIO

Presidente

Giuseppe Pajes - Albano Laziale (RM)

Consiglieri

Stefano Aquilani - Roma

Alessandro Danesi - Roma

Silvio Fedele - Roma

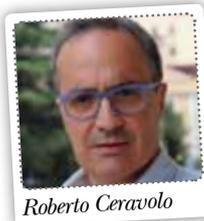
Paride Giannantoni - Roma

Fabio Menghini - Roma

Giovanni Pulignano - Roma

Vittoria Rizzello - Roma

Luigi Sommariva - Viterbo



Roberto Ceravolo

CALABRIA

Presidente

Roberto Ceravolo - Lamezia Terme (CZ)

Consiglieri

Caterina Patrizia Ceruso - Reggio Calabria

Cosima Cloro - Cosenza

Nicola Cosentino - Cariati (CS)

Alfredo De Nardo - Vibo Valentia

Eduardo Scotti - Catanzaro

Antonio Sulla - Crotona



Marco Botta

LIGURIA

Presidente

Marco Botta - Savona

Consiglieri

Daniele Bertoli - Sarzana (SP)

Giorgio Caretta - La Spezia

Martino Cheli - Genova

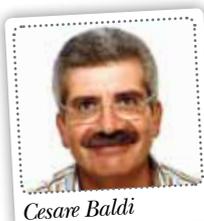
Piero Clavario - Arenzano (GE)

Vered Gil Ad - Genova

Francesco Mainardi - Genova

Katia Paonessa - Pietra Ligure (SV)

Federico Ariel Sanchez - Sanremo (IM)



Cesare Baldi

CAMPANIA

Presidente

Cesare Baldi - Salerno

Consiglieri

Roberta Ancona - Pozzuoli (NA)

Luigi Di Lorenzo - Sessa Aurunca (CE)

Dario Formigli - Benevento

Alfredo Madrid - Napoli

Raffaele Merenda - Napoli

Vittorio Palmieri - Avellino

Fabio Pastore - Eboli (SA)

Pasquale Spadaro - Napoli



Giuseppe Di Tano

LOMBARDIA

Presidente

Giuseppe Di Tano - Cremona

Consiglieri

Roberto Bonatti - San Fermo della

Battaglia (CO)

Benedetta Carla De Chiara - Milano

Oreste Carlo Febo - Milano

Luca Angelo Ferri - Lecco

Luigi Fiocca - Bergamo

Attilio Iacovoni - Bergamo

Daniele Nassiacos - Saronno (VA)

Simona Pierini - Cinisello Balsamo (MI)



Gabriele Guardigli

EMILIA ROMAGNA

Presidente

Gabriele Guardigli - Ferrara

Consiglieri

Daniela Aschieri - Castel San Giovanni

(PC)

Samuela Carigi - Rimini

Maria Alberta Cattabiani - Parma

Rossella Ferrara - Imola (BO)

Francesco Manca - Reggio Emilia

Andrea Pozzati - Bazzano (BO)

Giulia Ricci Lucchi - Ravenna

Stefano Tondi - Modena



Luigi Aquilanti

MARCHE

Presidente

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



Marina Angela Viccione

MOLISE

Presidente

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



Federico Nardi

PIEMONTE E VALLE D'AOSTA

Presidente

Federico Nardi - Casale Monferrato (AL)
Consiglieri
 Carlo Budano - Torino
 Enrica Conte - Fossano (CN)
 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 - Siena



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)



La Calabria della Prevenzione

Una Calabria compatta, provata dai colpi sferrati dalla pandemia, ma sempre più tenace e propositiva, anche quest'anno ha lavorato con alacre entusiasmo in nome della prevenzione cardiovascolare per continuare la lotta contro le malattie cardiovascolari, anche durante l'emergenza pandemica COVID, schierandosi al fianco della Fondazione per il Tuo Cuore dei Cardiologi Ospedalieri ANMCO. Dall'8 al 16 febbraio infatti la nostra regione ha dato un congruo e appassionato contributo alla Campagna Nazionale per il Tuo cuore partecipando a Cardiologie Aperte 2021, che quest'anno ha utilizzato un format improntato alle norme

di contenimento della pandemia da Covid-19, rimboccandosi le maniche e lavorando insieme al Prof. Michele Gulizia, Presidente della Fondazione per il Tuo cuore, in prima linea da oltre venti anni nella ricerca e nella prevenzione in ambito cardiovascolare. La campagna, coordinata in Calabria dal Presidente Regionale ANMCO Dott. Roberto Ceravolo, ha visto la partecipazione capillare dei cardiologi di quasi tutta la regione. Le Cardiologie coinvolte sono state quelle dell'Ospedale Annunziata di Cosenza, dell'Ospedale Civile Pugliese di Catanzaro, dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Materdomini di Catanzaro, dell'Ospedale Giovanni

Paolo II di Lamezia Terme, dell'Ospedale Soverato di Soverato, dell'Ospedale Civile San Giovanni di Dio di Crotona, dell'Ospedale Tiberio Evoli di Melito di Porto Salvo, dell'Ospedale Santa Maria degli Ungheresi di Polistena, del Grande Ospedale Metropolitan Bianchi Melacrino di Reggio Calabria e della Casa di Cura Villa dei Gerani di Vibo Valentia. Soddisfatti degli alti numeri registrati anche quest'anno, la Calabria rilancia la sfida alle malattie cardiovascolari con l'obiettivo di ampliare sempre più l'intervento territoriale regionale dei Cardiologi ANMCO nell'ambito della prevenzione cardiovascolare. ♥





Commento allo studio osservazionale danese che analizza l'impatto prognostico della stenosi coronarica e del burden aterosclerotico nel paziente stabile

2020: attacco alla stenosi

La TAC coronarica fornisce informazioni accurate sul burden aterosclerotico, che possono avere ricadute importanti sulla pratica clinica

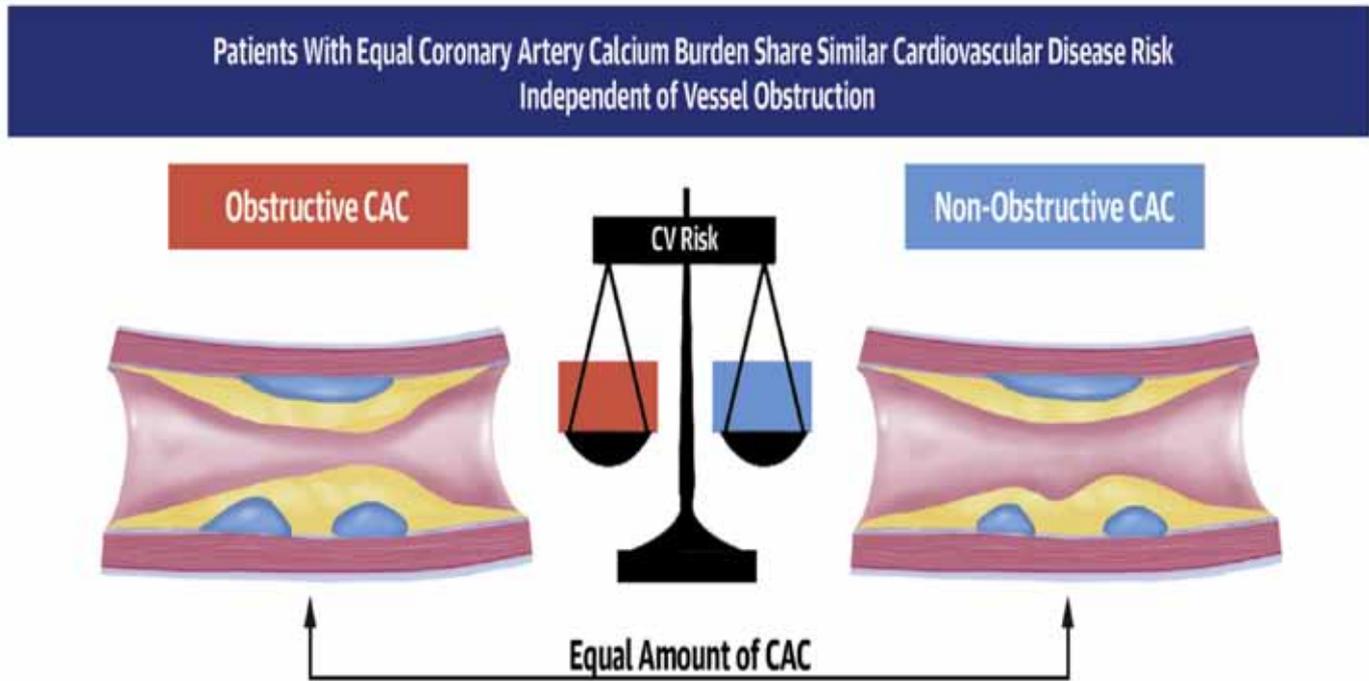
"... bene Signor Rossi, l'angioplastica è terminata, abbiamo impiantato uno stent. L'arteria era ristretta al 90! Ora può stare tranquillo..."

"... al 90%??? Quindi se l'arteria si chiudeva rischiamo l'infarto, dottore???!!"

"Non si preoccupi: il più è fatto!"

Il burden aterosclerotico aumenta il rischio di eventi cardiovascolari in misura maggiore rispetto alla stenosi

Possiamo affermare che la parte più difficile inizia ora. Le evidenze supportano con forza il concetto, anzi, la realtà, che rimuovere una stenosi con l'angioplastica è il punto di inizio della terapia del paziente con malattia coronarica stabile. Nel trial ISCHEMIA, la strategia



Mortensen, M.B. et al. J Am Coll Cardiol. 2020;76(24):2803-13.

La TAC coronarica fornisce informazioni impagabili in termini di carico di placca e calcio coronarico, più accurate della coronarografia; tali informazioni possono avere ricadute terapeutiche importanti. Per livelli simili di carico aterosclerotico e di calcio coronarico, i pazienti con malattia non stenotante hanno un rischio sovrapponibile rispetto a quelli con malattia stenotante

conservativa iniziale, in soggetti affetti da coronaropatia stabile con ischemia moderato-severa, conferiva una prognosi sovrapponibile rispetto ai soggetti randomizzati a strategia invasiva precoce. Spesso ci si adagia sull'idea che la strategia conservativa consista semplicemente nel non eseguire l'angioplastica. Oltre a richiedere il coraggio di NON dilatare una stenosi, la strategia conservativa richiede un impegno incommensurabilmente superiore rispetto a quella invasiva precoce: è difficile convincere un paziente (specie se giovane) ad assumere molti farmaci, seguire una dieta adeguata, intraprendere un programma appropriato di esercizio fisico, monitorare gli effetti collaterali

della terapia (che spesso riducono la compliance del paziente). JACC ha pubblicato a dicembre 2020 uno studio osservazionale a matrice danese che ha valutato la prognosi, in termini di eventi cardiovascolari, di circa 24.000 pazienti sottoposti a TAC coronarica per angina pectoris. Il lavoro è consultabile cliccando sul seguente link: <https://www.jacc.org/doi/10.1016/j.jacc.2020.10.021>. Ecco i messaggi principali degli Autori, traslabili alla pratica clinica: 1) il burden (potremmo tradurlo "carico") aterosclerotico aumenta il rischio di eventi cardiovascolari in misura maggiore rispetto alla stenosi; 2) un paziente con albero coronarico diffusamente aterosclerotico, calcifico, ma senza stenosi significative, ha un rischio cardiovascolare maggiore di un paziente che ha una stenosi "critica" ma senza aterosclerosi coronarica diffusa; 3) dire a un paziente con aterosclerosi diffusa, ma senza stenosi significative, "stia tranquillo, non ci sono restringimenti critici", è altamente fuorviante: quel paziente non è a basso rischio; 4) la TAC coronarica fornisce informazioni impagabili in termini di carico di placca e calcio coronarico, più accurate della coronarografia (quando questa non sia implementata con metodiche di imaging intravascolare); tali informazioni possono avere ricadute terapeutiche importanti; 5) per livelli simili di carico aterosclerotico e di calcio coronarico, i pazienti con malattia non stenotante hanno un rischio sovrapponibile rispetto a quelli con malattia stenotante. Tutto ciò contribuisce a spiegare il

Per livelli simili di carico aterosclerotico e di calcio coronarico, i pazienti con malattia non stenotante hanno un rischio sovrapponibile rispetto a quelli con malattia stenotante

perché nei trial COURAGE, FAME-II e ISCHEMIA la rivascolarizzazione non ha ridotto gli eventi cardiovascolari maggiori nei pazienti con coronaropatia stabile. La malattia coronarica viene solo "alleviata" dalla rivascolarizzazione, e anche questo è appropriato e ha senso, ma la terapia vera e propria è farmacologica-comportamentale, l'unica che impatta sulla prognosi. Ovviamente, il riscontro di aterosclerosi coronarica non ostruttiva alla TAC non ci autorizza a bombardare immediatamente il paziente con antiaggreganti, statine, beta bloccanti e ace-inibitori: qui si sconfinava nel campo della prevenzione primaria, argomento diverso. Ritorniamo ora al nostro paziente sul tavolo di emodinamica, al termine dell'angioplastica. Forse, anziché "Non si preoccupi, il più è fatto!" è più onesto dirgli: "Bene Sig. Rossi, abbiamo appena iniziato la terapia!"♥

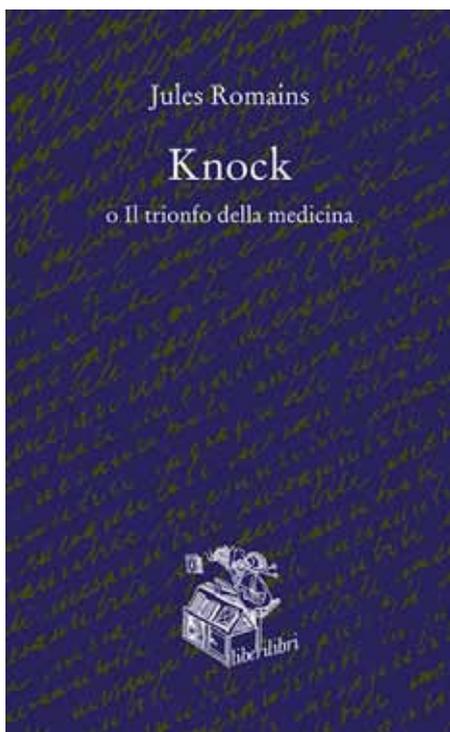
Il burden aterosclerotico aumenta il rischio di eventi cardiovascolari in misura maggiore rispetto alla stenosi.



Medicina per tutti?

Siamo tutti malati e non lo sappiamo?

Commedia o realtà? Una lettura apparentemente leggera e divertente, consigliata a tutti i Dottori per riflettere su temi immortali e attuali..., su approcci sanitari, decisioni, obblighi professionali e non solo



Qualcuno ha già ipotizzato che Jules Romains, scrittore e commediografo francese del primo novecento, si godrebbe questi tempi di pandemia, incredulo che quanto da lui raccontato un secolo fa in una brillante commedia in tre atti, **Knock o il trionfo della medicina** (il copione è contenuto in un piccolo ed agile libretto riedito da Liberilibri

Editore), sia oggi il protagonista delle nostre giornate, dei tanti talk show televisivi dove clinici, virologi, scienziati ed intellettuali, scettici dei lockdown o dell'uso delle mascherine, fautori del confinamento protettivo al proprio domicilio o della vaccinazione obbligatoria di massa, si confrontano, litigano, su come garantire la salute, quali le scelte più opportune, più efficaci, più liberali per la "popolazione tutta". La trama è semplice. Il giovane Knock è il nuovo medico condotto del piccolo villaggio di Saint-Maurice. Subentra

«lo non conosco gente sana. Sa cosa diceva Pasteur? "Coloro che si credono sani sono malati senza saperlo"»

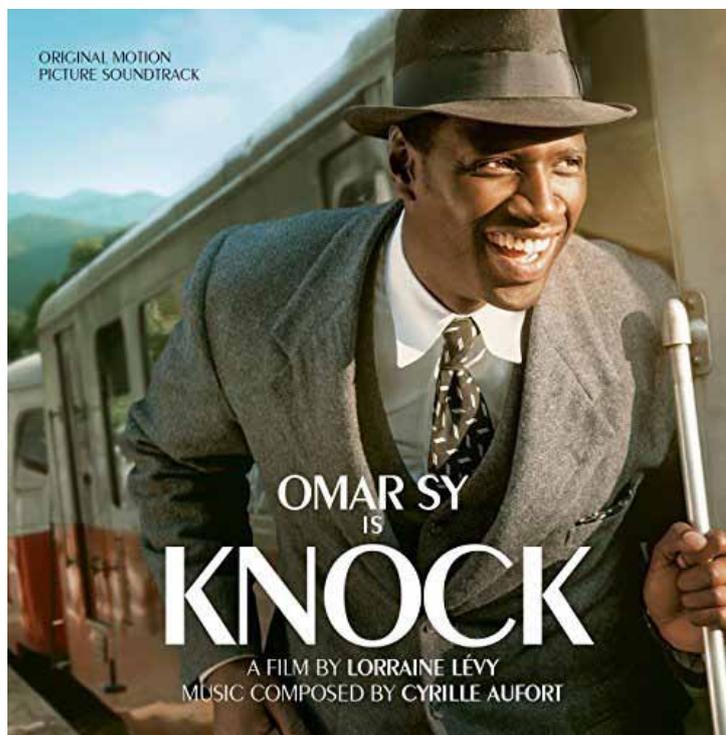
all'ormai stanco Dottor Parpalaid che se ne va a Lione, e nel cedergli la sua clientela (a pagamento...) e passargli le consegne, gli prospetta una vita tranquilla, poco lavoro perché in paese stanno tutti benone, nessuno ha davvero bisogno di cure. Nessuno va dal medico per



Federico Collino, Nietta Zocchi e Sergio Tofano in un adattamento televisivo del 1956

Una commedia scritta quasi un secolo fa appare di straordinaria attualità in tempi di pandemia, di necessità di garantire protezione, salute, medicalizzazione e libertà individuali

curarsi i reumatismi, la malattia più comune in paese. «Credetemi, caro collega, voi troverete qui il miglior genere di clientela: quella che vi lascia la vostra libertà e tranquillità» gli dice il Dottor Parpalaid. Il Dottor Knock è di un'altra generazione, per lui la Medicina è una religione fatta di verità assolute e strumenti liturgici. Non riesce a credere a quanto gli racconta il suo predecessore, anzi gli assicura che a breve tutto cambierà: «L'era della scienza medica può finalmente vedere la sua alba. Niente mi esaspera di più di questo essere né carne né pesce che vuoi chiamate individuo sano» gli dice, aggiungendo «La salute non è che una parola che si potrebbe tranquillamente cancellare dal nostro vocabolario. Io non conosco gente sana. Sa cosa diceva Pasteur? "Coloro che si credono sani sono malati senza saperlo". Per parte mia io conosco solo gente più o meno affetta da malattie, più o meno numerose ad evoluzione più o meno rapida. Naturalmente se Voi andate a dir loro che stanno bene... non chiedono di meglio che credervi, ma Voi li ingannereste. Nelle vene di ogni uomo c'è il germe della malattia. Noi dobbiamo organizzare gli abitanti di questo paese come un grande esercito... un esercito di ammalati e ciascuno con il suo grado... ammalati lievi, gravi, gravissimi, mortali... così come in un esercito ci sono i soldati, i graduati, gli ufficiali, i generali». Parpalaid ridacchia scettico, e sfidandolo gli anticipa che tra tre mesi sarebbe tornato nel villaggio per constatare i risultati del lavoro del collega e verificare il suo sicuro fallimento. Alla scadenza del periodo, la scena che si mostra ai suoi occhi è sconcertante: un intero paese di malati, pazienti in viaggio dalle contrade vicine, l'albergo trasformato in ospedale. La gente ansiosa se non



sente qualche dolore, un malessere. Il “gregge” che gli è stato affidato è un insieme di “malati che ignoravano di esserlo”: soggetti sanissimi che però, sottoposti ad approfondite visite solo inizialmente gratuite, si convincono di essere infermi, rottami da confinare in un letto (in qualche caso meglio se a digiuno). Gente che, alla fine, spera solo nella medicina di Knock, diventato un idolo. Il giovane Dottore è convintissimo, e lo dice con serafica tranquillità, che la sua missione sia quella di convincere le persone di essere malate affinché sentano il bisogno d'essere curate. È quello che oggi chiameremmo la *panmedicalizzazione*. Parpalaid è senza parole: Knock è abilmente riuscito ad insinuare in tutti l'idea di essere ammalati e di aver bisogno del suo aiuto, della necessità di avere prescritto una terapia. Il farmacista Mousquet

in affari con il medico, tanto da quintuplicare i suoi guadagni, e il banditore del paese, utilizzato come “primo strumento d'informazione e di pubblicità”, si sentono finalmente realizzati: lavorando con il nuovo Dottore riescono a rendersi utili, a farsi rispettare e soprattutto ad arricchirsi. Si può dire che il Dottor Knock persegue i suoi intenti con metodi che oggi definiremmo di efficace marketing sanitario, attuando una medicalizzazione certamente esagerata, ma con esempi concreti di utile prevenzione (ad esempio l'igiene, anche dentale, l'eliminazione del fumo o alcool, sane norme alimentari). Oramai sacerdote della Dea Medicina, lo porrà davanti alla realtà: «Voi mi avete consegnato un villaggio popolato da individui evanescenti, indefiniti. Il mio compito è stato di renderli reali, di condurli a un'esistenza medicalizzata. Li metto a



letto, e resto a osservare che cosa ne potrà risultare. Queste persone “non sospettando di niente”, avrebbero continuato a bere, a mangiare e a commettere cento altre imprudenze» dice ad un sorpreso e sempre più confuso Parpalaid. E, a dimostrazione di come i dialoghi siano a distanza di quasi un secolo, attualissimi, non ancora soddisfatto, aggiunge: «Vi ho dimostrato, chiaro come il giorno, che si può portare a passeggio una faccia rotonda, una lingua rosa, un eccellente appetito e nascondere in ogni piega del proprio corpo trilioni di bacilli dell'ultima virulenza capaci di infettare un dipartimento. Forte della teoria e dell'esperienza, ho il diritto di sospettare il primo venuto di essere un portatore di germi. Voi, per esempio, assolutamente nulla mi prova che Voi non siate uno di quelli!». Alla fine anche Parpalaid lo scettico (o il normale, diremmo noi?), finirà per farsi ammaliare dalla religione di Knock, e afflosciato su una sedia confesserà al collega: «Da qualche tempo m'accade di osservare su me stesso ora un sintomo ora un altro... e per un interesse puramente scientifico sarei

curioso di capire se le mie osservazioni personali coincidono con una diagnosi». Knock è riuscito nel suo intento. Far sentire ammalati tutti i sani, proprio tutti.

In coda (ma non solo)

Knock ou Le triomphe de la médecine è la più conosciuta opera teatrale di Jules Romains, scritta nel 1923. Nei quattro anni successivi alla prima, venne replicato circa 1.400 volte. In lingua italiana ci sono stati diversi adattamenti radiofonici e televisivi tra cui uno con protagonista Alberto Lionello reperibile su YouTube. E anche alcuni film: il più noto *Knock, ou le triomphe de la médecine* (1933) con Louis Jouvet, fino all'ultimo del 2017 dal titolo *Dr. Knock*. La pièce ebbe subito fortuna per diversi motivi. Prima di tutto a causa della satira sui medici, ma soprattutto per il fatto che Romains, in un'epoca dove l'utilizzo della pubblicità iniziava ad essere importata in Europa da oltre Atlantico, ipotizzava di applicarla alla medicina, sortendo esiti anche comici. Ulteriore risonanza ebbe nel periodo storico successivo: la capacità retorica di Knock e l'abilità volta a piegare a piacimento la mente dei popolani, persino del suo vecchio collega Parpalaid, sembrava funesta predizione della prossima salita al potere della dittature nei diversi Stati europei. Come capita alle opere di valore, la commedia nonostante una apparente semplicità, affronta temi complessi e costantemente moderni. Dall'uso della suggestione, alle modalità di creare unanimi “bisogni”. E per rimanere in ambiti a noi più “familiari”, alla propensione degli umani ad essere convinti ed illusi, specie quando si tratta di Malattia e Salute, ai labili

«Nelle vene di ogni uomo c'è il germe della malattia. Noi dobbiamo organizzare gli abitanti di questo paese come un grande esercito... un esercito di ammalati e ciascuno con il suo grado... ammalati lievi, gravi, gravissimi, mortali... così come in un esercito ci sono i soldati, i graduati, gli ufficiali, i generali»

limiti e interconnessioni tra salute e mercato, al terrorismo sanitario, al salutismo ossessivo. Per non parlare delle insidie della globalizzazione mediatica della medicina, o delle cosiddette “spinte gentili”, che come è noto apparentemente non costringono a fare, e apparentemente salvaguardano la libertà di scelta di ognuno, ma che influenzano le decisioni: esempi anche recenti riguardano alcune scelte governative fatte in nome del benessere collettivo ma che implicano condizionamenti discutibili su diete, fitness, ecc. Conciliare sicurezza, oggettività scientifica, obbligatorietà sanitarie, protezione sociale con le libertà individuali è tema complesso, in cui anche i metodi persuasivi, giustamente preferiti a quelli impositivi (vedi questione vaccini) potrebbero non essere immuni da condizionamenti di sorta. ♥



Dalla telemedicina alla e-health: un mondo da scoprire

E se facessimo iscrivere Dr. Google all'ANMCO?



È giunto il momento di utilizzare la tecnologia oggi disponibile per migliorare l'informazione dei pazienti, controllare parametri clinici a distanza, favorendo l'appropriatezza delle cure e l'equità del sistema

“Baldi giovani”

È una sera di inizio dicembre, mi chiama Cesare Baldi, il nostro Presidente Regionale, chiedendomi di preparare una relazione per un evento FAD dell'ANMCO Campania. Mi dice *«Sai Carmine non è proprio uno dei tuoi cavalli di battaglia, non parleremo di prevenzione o riabilitazione, ma dovresti trattare della telemedicina nel monitoraggio della fibrillazione atriale, ai tempi del Covid»*. La prima reazione è quella di inventarmi una scusa, un viaggio, altri impegni, ma sarei poco credibile ai tempi delle zone rosse, poi, prima che potessi obiettare di non essermi mai interessato della faccenda, Cesare, con i suoi modi gentili, conclude dicendomi che è sicuro, vista la mia passione per la tecnologia che sono

«la persona giusta al posto giusto». Gli faccio presente che forse sarebbe più indicato per questo argomento un giovane socio ANMCO, ma non ottengo risultato e quindi accetto l'incarico. Come sempre, quando dobbiamo preparare una relazione su un argomento mai trattato, la prima reazione è *“chi me lo ha fatto fare”*, poi piano piano, comincio ad appassionarmi a quello che, via via, riesco a scoprire.

La telemedicina nasce nello spazio

La telemedicina, è ritornata agli onori della cronaca come strumento per risolvere alcuni seri problemi legati all'emergenza Covid. La paura del contagio, la riconversione dei posti letto della cardiologia in posti

letto Covid, ha fatto sì che i tempi di accesso per sindrome coronarica acuta siano aumentati quasi del 40%, i ricoveri si siano ridotti del 60%: tutto ciò ha portato ad una mortalità per infarto triplicata rispetto allo scorso anno. A questo si è aggiunta la quasi completa sospensione di tutte le prestazioni ambulatoriali con gravi conseguenze per la prevenzione e la riabilitazione. Si è pensato quindi di ricorrere alla telemedicina che non nasce oggi: le prime esperienze risalgono alla fine degli anni '50, ed i primi esperimenti erano indirizzati al monitoraggio del sistema cardiocircolatorio degli astronauti nello spazio. Tra i primi esperimenti, molto spesso di interesse cardiologico, sono



Piu di 100,000 health apps disponibili

64% degli adulti possiede uno smartphone

42 milioni di smartwatch venduti nel 2019

Ogni anno gli italiani conducono su Google oltre 4 miliardi di ricerche in ambito sanitario

In oltre i due terzi dei casi le informazioni fornite non sono attendibili

il numero di persone che utilizzano applicazioni terapeutiche e di benessere passerà da 627 milioni nel 2020 a più di 1,4 miliardi nel 2025.

La paura del contagio, la riconversione dei posti letto della Cardiologia in posti Covid, ha fatto sì che i tempi di accesso per SCA siano aumentati quasi del 40%, i ricoveri si siano ridotti del 60%: tutto ciò ha portato ad una mortalità per infarto triplicata rispetto allo scorso anno

Tabella 1 - I numeri in gioco

da annoverare quelli eseguiti dai Laboratori Bell, per la trasmissione di elettrocardiogrammi su linea telefonica ed il collegamento fra il Massachusetts General Hospital e l'ambulatorio dell'aeroporto di Boston. In Italia le prime esperienze di trasmissione di segnali bio-medicali vennero realizzate nel 1970 dalla Facoltà di Medicina dell'Università degli Studi di Roma "La Sapienza" con la sperimentazione di un prototipo di Cardiotelefono. Il mio primo ricordo personale risale agli anni '90 quando con Amerigo Giordano e Carmine Chieffo si cominciava a ragionare sulle opportunità che la telemedicina avrebbe potuto offrire per garantire un percorso di cardiologia riabilitativa a distanza, nei pazienti impossibilitati ad accedere a programmi all'epoca quasi esclusivamente degenziali e realizzati solo in pochi centri, con una disomogenea diffusione sul territorio nazionale. E poi ricordo bene l'espressione emozionata ed

un po' sorpresa dei proff. Correale e Tritto, in occasione degli Studi Gissi, all'arrivo in UTIC del primo ECG trasmesso a distanza.

Il mondo dell'e - health

Oggi, entrando nel mondo della trasmissione dei dati, risulta evidente che la telemedicina è solamente un tassello, sicuramente quello più semplice dell'e - health, un mondo ben più complesso e stimolante. Sul sito del Ministero della Salute l'e - health viene definito come «L'utilizzo di strumenti basati sulle tecnologie dell'informazione e della comunicazione per sostenere e promuovere la prevenzione, la diagnosi, il trattamento e il monitoraggio delle malattie e la gestione della salute e dello stile di vita». Sicuramente nel mondo della tecnologia e - health gli strumenti più diffusi sono gli smartphone e gli smartwatch E qui ci affacciamo su uno scenario con numeri impressionanti (Tabella 1). Le possibilità offerte da questi sistemi sono molteplici: attraverso i segnali rilevati con una metodica

fotopletismografica dalle telecamere degli smartphone si possono registrare i battiti cardiaci e monitorare il ritmo. Esistono varie tecniche che vanno da quella facciale a quella rilevata con un dito posizionato sulla telecamera. Alivecore, un sistema, che si interfaccia con l'app dedicata, Kardia, è in grado di rilevare episodi di fibrillazione atriale con una altissima sensibilità e specificità, posizionando due dita su appositi sensori e registrando una traccia elettrocardiografica (Figura 1). Il sistema, per la sua affidabilità, è stato certificato dalla FDA come dispositivo medico. Una vera rivoluzione avviene il 9 Settembre del 2014, quando Tim Cook lancia da Cupertino il primo smartwatch, prodotto dall'azienda della mela (Figura 2). È un successo clamoroso, con incrementi di vendite che in un solo anno, tra il 2018 ed il 2019, hanno raggiunto il 36%, superando con il solo modello di quella azienda tutte le vendite di orologi prodotti in Svizzera nel 2019. Nel solo ultimo anno si calcola che



Figura 1 - Sistema Alivecore: posizionando due dita su un sensore, il segnale viene trasmesso sullo smartphone

siano stati venduti oltre 42 milioni di smartwatch, che, da costi molto contenuti fino ai modelli più costosi, sono in grado di rilevare e trasmettere dati sulla frequenza cardiaca, la pressione arteriosa, il monitoraggio della qualità del sonno, le calorie consumate, il numero dei passi effettuati, la saturazione di ossigeno, il numero di atti respiratori, ecc. Negli ultimi modelli è possibile registrare

una derivazione elettrocardiografica, in grado, mediante un algoritmo, di identificare gli episodi di fibrillazione atriale con una alta sensibilità e specificità, al punto che la FDA ha certificato, per alcuni di essi, il loro uso come dispositivo medico (Figura 3). Immaginate la possibilità di condurre uno screening della fibrillazione atriale in popolazioni ad alto rischio o nei pazienti over 65,



Figura 2 - 9 settembre 2014: Tim Cook presenta il primo smartwatch prodotto dalla azienda della Mela

Il ricorso alla telemedicina per superare alcune criticità emerse durante l'emergenza Covid può costituire una opportunità per sfruttare al meglio le possibilità offerte dall'e-health, soprattutto dai devices più diffusi, quali smartphone e smartwatch. Si aprono nuovi scenari, finalmente regolati da leggi ad hoc, che possono favorire un ricorso appropriato alle cure ospedaliere, l'assistenza domiciliare di pazienti anziani, fragili, una corretta informazione per tutti gli utenti del web alla ricerca di informazioni sanitarie

sfruttando ad esempio il momento della vaccinazione anti Covid. Una mole impressionante di dati, facendo poggiare un dito su uno smartphone per 30 secondi! Un progetto del genere, se inserito in un sistema che sia in grado poi di gestire i pazienti in cui viene rilevata l'aritmia, viene considerato in classe 1B dalle LLGG dell'ESC sulla fibrillazione atriale. Oltre la fibrillazione atriale altri campi di applicazione sono lo scompenso cardiaco e la riabilitazione



Figura 3 - L'Apple Watch 4 è in grado di registrare un tracciato elettrocardiografico

cardiologica. Nello SMARTAMI, uno studio condotto dal gruppo del Prof. **Ciro Indolfi**, si segnala la possibilità

attraverso uno smartwatch di fare diagnosi precoce anche di sindrome coronarica acuta STEMI o nSTEMI

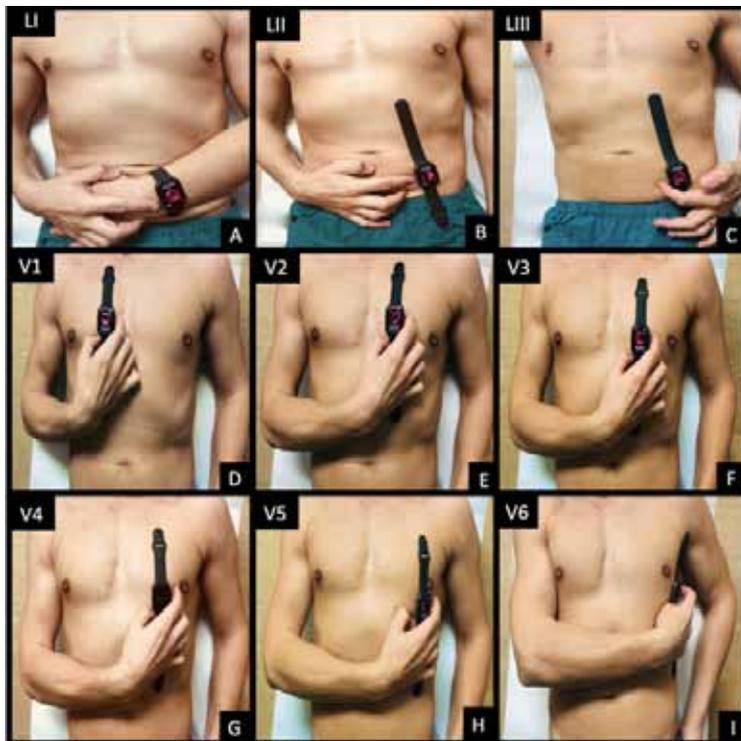


Figura 4 - Studio SmartAmi: i diversi punti in cui viene posizionato lo smartwatch per ricostruire una traccia a 12 derivazioni

(Figura 4). Gli studi finora condotti evidenziano una buona affidabilità di alcuni di questi sistemi, per altri siamo a livello di gadget o giocattoli.

Dr. Google, da problema a risorsa

Il famoso Dr. Google, da noi guardato con un certo distacco, ha in realtà assunto dimensioni gigantesche che riflettono la necessità di informazioni che l'attuale organizzazione del nostro sistema sanitario non riesce evidentemente a colmare. Il problema nasce dalla inappropriata di gran parte delle informazioni sanitarie fornite attraverso il web, non corrispondenti al vero in oltre i due terzi dei casi. Volendo considerare solo le app dedicate alla fibrillazione atriale, uno studio che ne ha preso in rassegna oltre 1.400, alla fine ne ha considerate sufficienti solamente 12! È necessario, quindi, operare una accurata selezione che consenta di certificare quelli da considerare dispositivi medici. E qui arriviamo ad uno degli snodi cruciali del problema: la governance del sistema. Per rendere questi sistemi affidabili, per far sì che le informazioni fornite dalle app siano appropriate, bisogna investire tempo e risorse per arrivare ad un sistema certificato che garantisca all'utente una informazione corretta e al medico a cui arriva un dato che questo dato sia veritiero. Dobbiamo scrollarci di dosso lo snobismo e lo scetticismo con cui affrontiamo l'argomento Dr. Google, per evitare che ricadano su di noi solamente le conseguenze nefaste di una cattiva informazione, in termini di ansia prodotta e di accessi inappropriati in ospedale per segnalazioni erronee di eventi.

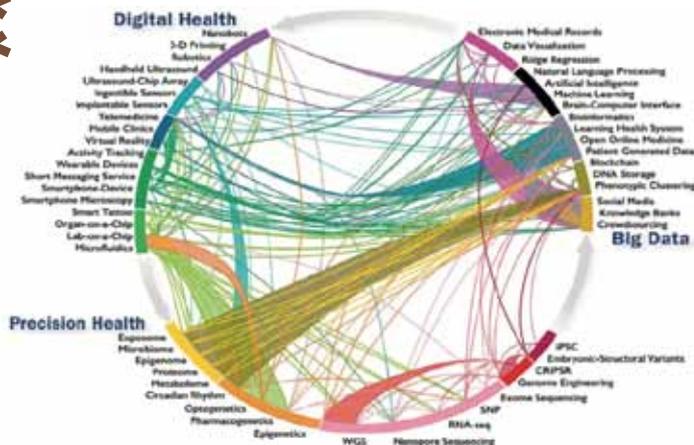


Figura 5 - Le complesse interrelazioni tra e - health, medicina di precisione e Big Data

E il nostro Sistema Sanitario Nazionale? Ancora al bianco e nero ma qualcosa comincia a muoversi

È ovvio che una rivoluzione organizzativa del genere non può prescindere da una presa d'atto del SSN. Esiste un mondo di informazioni digitali che il nostro sistema sanitario fa fatica a gestire. Siamo ancora in tempi di cartelle cliniche compilate a mano, di folli circuiti per il rilascio di una prescrizione, della necessità di rinnovare certificazioni per patologie per le quali non è ipotizzabile una regressione. Un esempio ci viene dal rinnovo dei piani terapeutici, che negli ultimi tempi, ha costituito un carico assistenziale tale da assorbire ingenti risorse di personale; il problema potrebbe risolversi definitivamente, come sperimentato durante la pandemia, mediante la trasmissione telematica degli esami di laboratorio propedeutici al rinnovo consentendo, in caso di presenza degli opportuni requisiti, il rilascio direttamente sul web del piano terapeutico rinnovato. Dopo i primi documenti sull'e - health disponibili sul sito del Ministero della salute e risalenti al 2014, c'è stato un lungo periodo di oblio, dal quale l'emergenza Covid ha costretto ad uscire. A testimonianza di ciò, solamente pochi mesi fa, ad ottobre 2020, la Conferenza Stato - Regioni ha prodotto un documento su definizione,

organizzazione e ambiti della telemedicina che identifica finalmente quali siano le prestazioni erogabili, quali le strutture coinvolte e quale la remunerazione, altro problema finora mai affrontato. Ad ulteriore conferma di questa improvvisa accelerazione delle iniziative rivolte verso il mondo della trasmissione telematica delle informazioni sanitarie, nell'ultima legge di bilancio dello stato viene stanziato un fondo di 10 milioni di euro per la telemedicina, sicuramente insufficiente ma che almeno fornisce un segnale di attenzione ed inversione di tendenza. D'altra parte il mondo della ospedalità privata, molto più rapido nel cogliere le nuove opportunità, già pubblicizza sui più diffusi canali social, la prestazioni di teleconsulto che è in grado di offrire in tutte le specialità mediche.

Riflessioni conclusive

L'e - health contribuisce alla disponibilità di informazioni essenziali quando e dove necessario e assume crescente importanza con l'aumento della circolazione internazionale dei cittadini e del numero di pazienti, migliorando l'accesso alle cure e

ponendo il cittadino al centro dei sistemi sanitari; inoltre, contribuisce ad accrescere l'efficienza generale e la sostenibilità del settore sanitario consentendo l'accesso anche a chi per motivi di età, di fragilità, di lontananza geografica ha difficoltà a recarsi in ospedale e, al tempo stesso, la selezione dei casi più urgenti per i quali è consigliabile un rapido accesso alla struttura ospedaliera. Oggi, confrontando le informazioni che ci vengono dall'e - health con quelle che ci vengono dalla medicina di precisione ed inviando i dati ai sistemi di gestione ed elaborazione dei Big Data, abbiamo una occasione unica per affinare le nostre tecniche di ricerca volte ad individuare in maniera più precisa i pazienti nei quali le strategie di prevenzione, diagnosi e terapia saranno più efficaci (Figure 5 e 6). ♥

Ringrazio Arturo Cesaro e Marco Malvezzi Caracciolo per il prezioso aiuto

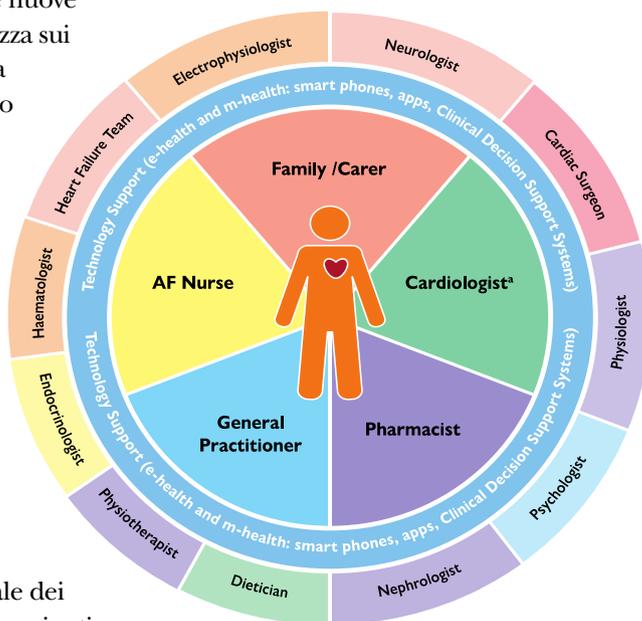


Figura 6 - Sistema integrato per la fibrillazione atriale



Venezia nell'acqua

La città vista alla rovescia



Roberto Carlon è nato a Venezia nel 1956. Responsabile della UOS di Valutazione Funzionale e Cardiologia Riabilitativa del Presidio Ospedaliero di Cittadella sino al 29 febbraio 2020, attualmente svolge attività libero professionale. Ha partecipato a numerosi concorsi fotografici nazionali e internazionali, ottenendo premi e pubblicazione di foto su riviste fotografiche. È autore del libro fotografico “Venezia nell’acqua. Riflessi”, Edizioni Biblos, Cittadella 2016.







Fotografare Venezia è apparentemente facile...

«La passione per la fotografia è iniziata con una vecchia Koroll II regalata dai genitori. Nel 1976, dopo aver partecipato ad un corso di fotografia subacquea, questo hobby è diventato quasi una necessità. Mi sono formato principalmente studiando i grandi fotografi e leggendo molte riviste specializzate, libri di tecnica, di composizione e critica fotografica. Mi piace poter fissare su pellicola/sensore attraverso modi diversi di “vedere” ed “interpretare” il soggetto in base alla mia creatività. Fotografare Venezia è apparentemente facile perché ci sono mille opportunità, dalle persone di tutte le razze, agli scorci di impareggiabile bellezza e suggestione. Ma fotografare Venezia è nello stesso tempo difficilissimo, soprattutto se si vuole creare qualcosa di originale. C'è sempre il rischio del già visto, della foto - cartolina o di copiare altri fotografi. Per questo motivo da moltissimi anni, ogni volta che torno nella mia città ho sempre con me la mia Pentax, per scrutare l'acqua e vedere in essa la città, i palazzi, le barche, le persone. Le possibilità sono innumerevoli perché l'acqua è mutevole, raramente calma, più spesso mossa dalle onde o da un leggero venticello che crea quelle bellissime increspature, come fossero pennellate di un pittore impressionista». ♥

Ma è nello stesso tempo difficilissimo... c'è sempre il rischio del già visto, della foto - cartolina o di copiare altri fotografi

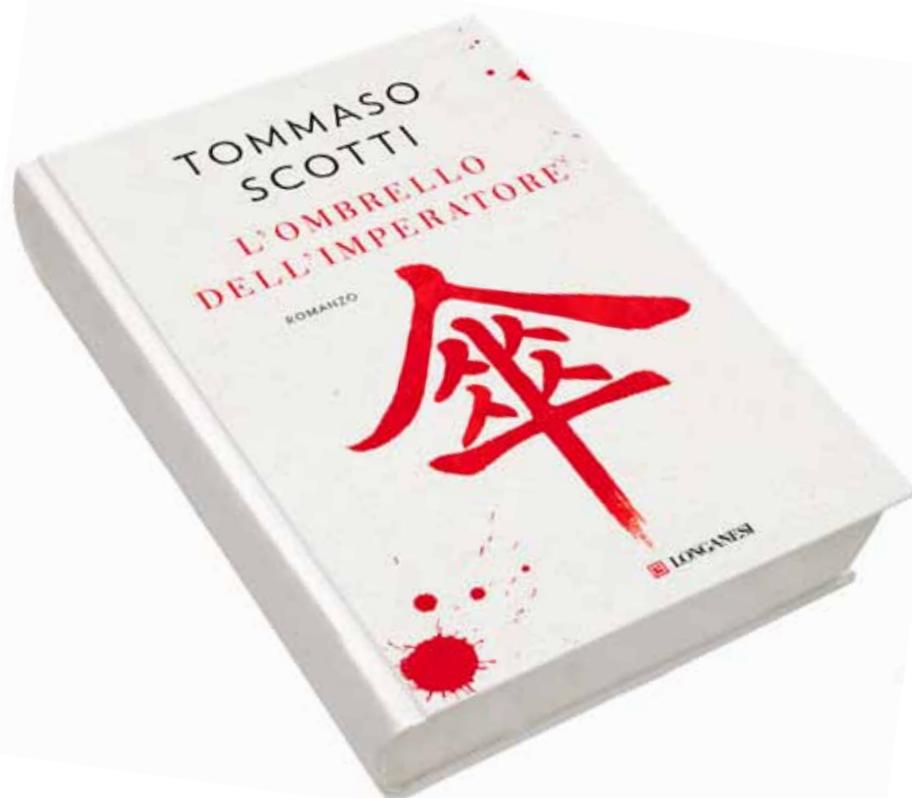


Un delitto efferato si consuma nella città di Tokyo
e sarà l'ispettore Takeshi Nishida ad occuparsi del caso

Caccia all'ombrello per l'ispettore Nishida

L'ispettore Takeshi Nishida, dal momento in cui scopre di chi sono le impronte digitali sull'arma del delitto, inizia instancabilmente a ripercorrere a ritroso le vicissitudini dei personaggi coinvolti nel caso, fino alla brillante risoluzione

“L'ombrello dell'imperatore” è il primo riuscitissimo romanzo (edito da Longanesi) di Tommaso Scotti, giovane e promettente scrittore originario di Roma. L'autore vive e lavora a Tokyo da una decina d'anni e, per questo motivo, il suo romanzo ambientato nella capitale del Paese del Sol Levante restituisce un racconto realistico e appassionato di quei luoghi. Con una laurea in matematica e una grande passione per le arti marziali, Tommaso Scotti, una volta trasferitosi in Giappone, ha conseguito un dottorato e ha continuato a dedicarsi con eclettismo alle sue passioni, dalla calligrafia al pianoforte, per citarne alcune, le cui tracce aleggiano anche sulla storia. Il romanzo è un giallo dallo sviluppo coinvolgente e dalla tensione palpabile che tiene il lettore con il fiato sospeso fino alle ultime pagine per il suo ritmo incalzante che non dà tregua fino alla risoluzione del caso. Il libro è ambientato a Tokyo, una città di cui si evidenziano la bellezza e le contraddizioni attraverso lo sguardo disincantato e curioso del commissario Takeshi James Nishida, il protagonista ben tratteggiato nei



vari aspetti del suo carattere così peculiare, che sovente si scontra con l'inflessibilità e le rigidità del Giappone contemporaneo. È lo stesso sangue che scorre nelle vene di Takeshi Nishida che lo fa essere un uomo per sua natura dominato da sentimenti contrastanti nei confronti

della comunità e della città nella quale vive e che percorre in lungo e in largo in tutti i suoi quartieri; le sue origini, infatti, sono miste e di conseguenza anche il suo sguardo sulla cultura e la società giapponesi diviene duplice (o molteplice) e contraddittorio. Il commissario è un

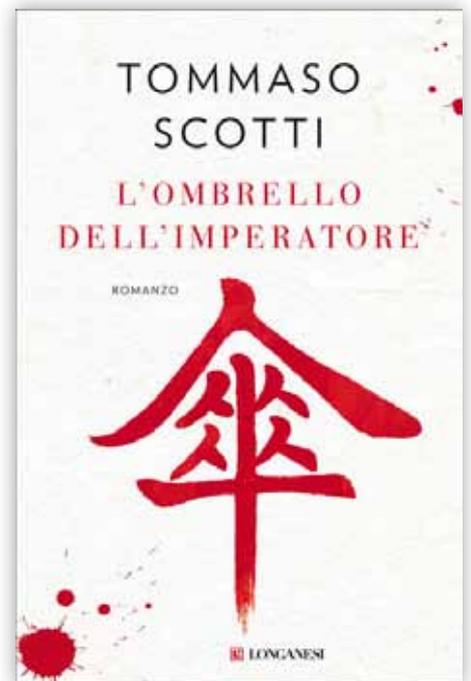


“hafu” - termine derivante dall’inglese *half* (metà) - perché discende da padre giapponese e madre italo-americana, elementi che determinano una personalità sfaccettata e spesso orientata a mettere in discussione le rigidità culturali che gli vengono imposte dalla società in cui vive. Il commissario è un uomo scrupoloso e dedito al proprio lavoro come solo un giapponese può essere, ma al contempo non sopporta le modalità “canoniche” di lavorare perché le vive come una costrizione in schemi precostituiti.

La vicenda prende il via proprio dalla scena del crimine, un delitto efferato avvenuto a danno di un uomo ritrovato morto a causa di un’arma insolita, ovvero un ombrello di plastica, sul quale vengono ritrovate delle impronte digitali del tutto inaspettate

Il giallo riesce pienamente a soddisfare due intenti precisi: il primo è quello di coinvolgere il lettore con una trama appassionante e ben congegnata; il secondo è quello di sviluppare in modo didascalico quello che appare quasi come un compendio di cultura e società del Giappone contemporaneo destinato al lettore. Lo scrittore, infatti,

impiegando un felice espediente ed un efficace meccanismo narrativo, riesce a fornirci una visione dall’alto su molti aspetti culturali e sui più disparati caratteri giapponesi, aiutando lo sguardo occidentale ad affrancarsi da una visione spesso stereotipata del Sol Levante. La vicenda prende il via dalla scena del crimine, un delitto efferato, in cui un uomo viene ritrovato morto a causa dell’impiego di un’arma alquanto insolita, ovvero un comune ombrello di plastica, sulla quale vengono ritrovate delle impronte digitali a dir poco inaspettate. Lo sgomento e la curiosità di Nishida nel momento in cui viene a conoscenza di chi sono le impronte lo portano a ripercorrere a ritroso le vicissitudini dell’ombrello, che, si scopre è passato con ritmo incessante di mano in mano, svelando un passo alla volta la risoluzione del caso. Seguendo l’ombrello, inoltre, l’autore ha l’opportunità di descrivere personaggi diversi, con l’intento preciso di raccontarcene la storia e la personalità, per fare emergere riflessioni interessanti e offrire una visione più realistica su un paese la cui conoscenza spesso si basa su semplificazioni e luoghi comuni. Il lettore “incontra” e impara quindi a conoscere molti e diversi tipi umani, a partire da Makoto Ogawa, manager indefesso, o Nanami, giovane donna che lavora nei locali notturni, per citarne due tra i tanti che vivono nella Tokyo e nel Giappone contemporanei. Uno dei principali temi affrontati nel libro è quello della Giustizia in Giappone, dalla quale l’autore è rimasto colpito e su cui si è ampiamente documentato; viene così fornito un interessante racconto, che si intreccia



peraltro in modo stretto con gli stessi accadimenti della storia, sul modo di condurre “interrogatori che durano giornate intere in stanze minuscole senza finestre” o sull’impiego di tecniche di interrogatorio incalzanti e che minano il morale del sospettato, pur di ottenere una firma su uno straccio di confessione. Come viene detto in modo forte in quarta di copertina, infatti, “in Giappone sei colpevole fino a prova contraria” e il lettore scoprirà come proprio questo aspetto lasci spesso Takeshi Nishida, pur dalla sua posizione di ispettore di polizia, scettico e deluso rispetto ai modi di praticare e applicare il

Il libro è un giallo coinvolgente dalla tensione palpabile che non dà tregua fino alla risoluzione del caso

È il sangue che scorre nelle vene del commissario Takeshi Nishida che lo fa essere un uomo per sua stessa natura dominato da sentimenti contrastanti nei confronti della città nella quale vive

diritto nel suo paese. La città di Tokyo è descritta nei suoi vari quartieri come una città con due anime perché il progresso e la tradizione coesistono e coabitano: in questa città troviamo il palazzo imperiale con il suo bellissimo giardino, ma anche i grattacieli moderni e il nuovo che avanza. L'autore ha voluto descrivere la spaccatura evidente tra due tendenze che convivono nella stessa realtà, facendo così emergere anche una lacerazione tra generazioni diverse, una legata alla tradizione e una sempre più votata al progresso. Ecco le sue

parole: "Internet e la globalizzazione ormai, hanno distrutto confini che sembravano invalicabili" e ancora "La cultura non cambia allo stesso passo della tecnologia. Cambia molto più lentamente. Internet è uno specchio di illusioni che riflette solo il presente". Tommaso Scotti sembra volerci esprimere il suo sentimento e la percezione che ha della città in cui vive anche attraverso uno stile di vita che lo vede inserito in un contesto lavorativo attuale, ma che lo tiene legato a passioni che vanno alla scoperta del Giappone più tradizionale, come la passione

per la calligrafia e le arti marziali. Dal libro e soprattutto dai suoi personaggi, permea quindi lo spirito con il quale Tommaso Scotti svolge la propria esistenza in Giappone, come se l'autore avesse frammentato e riuscisse ad esprimere tutto ciò che ha acquisito ed imparato attraverso una serie di tipi umani ai quali affida spiegazioni, espressioni e comportamenti caratteristici del Paese per come è oggi. Quest'opera e la storia hanno tutti gli elementi per avere un seguito; speriamo che l'Autore voglia fare di Takeshi Nishida un personaggio seriale. ♥



Lo sgomento e la curiosità di Nishida nel momento in cui scopre di chi sono le impronte lo portano a rincorrere le vicissitudini dell'ombrello, che, con ritmo incessante, è passato di mano in mano tra i quartieri di Tokyo



Convenzione **Esclusiva**



PROFESSIONAL MALPRACTICE
INSURANCE

Polizze conformi **Legge GELLI** vigente
R.C. Professionale e Tutela Legale

riservate

Medici
CARDIOLOGI

Dipendenti
Liberi Professionisti
Ambulatoriali
Specializzandi

compreso

Rischio COVID-19 • Somministrazione vaccino anti**COVID-19**



ATTIVAZIONE
PAGAMENTO RATEIZZATO

EasyDoc 

www.assita.com

 **800-237220**

medicaldivision@assita.com

