

# Cardiologia

negli Ospedali



NOVEMBRE / DICEMBRE 2021 N° 244

Rivista dell'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri – ANMCO



# XIV

EDIZIONE



## STATI GENERALI ANMCO

ROMA, 17 DICEMBRE 2021

*"La cardiologia di valore ed il valore della cardiologia: verso il piano strategico per la cardiologia nazionale"*

*Senato della Repubblica  
Palazzo Giustiniani, Sala Zuccari*



Valerio Mirannalti  
Particolare di "Neve sulle Alpi"  
olio su tavola, 39x14 cm, 2004  
www.valeriomirannalti.com.

**N. 244**  
**novembre / dicembre 2021**  
**Rivista ufficiale dell'Associazione**  
**Nazionale Medici Cardiologi**  
**Ospedalieri**

Editor  
**Manlio Cipriani**  
Co - Editor  
**Attilio Iacovoni**  
Direttore Responsabile  
**Mario Chiatto**  
Comitato di Redazione  
**Stefania Angela Di Fusco**  
**Giuseppe Di Tano**  
**Giuseppina Maura Francese**  
**Gianfranco Misuraca**  
**Gian Luigi Nicolosi**  
**Fortunato Scotto di Uccio**  
**Francesca Simonelli**  
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 per ANMCO p.6  
ANMCO CERT il programma  
di NEXT GENERATION ANMCO  
*di Furio Colivicchi*

**DAL PRESIDENTE E DAL PAST PRESIDENT**

Introduzione p.10  
*di Domenico Gabrielli e Furio Colivicchi*  
La metamorfosi di pigiami p.10  
e camici  
*di Giovanni Gregorio*



**DALLA FONDAZIONE PER IL TUO CUORE**

Lettera di invito per p.14  
Cardiologie Aperte 2022  
Scheda di adesione p.16  
Cardiologie Aperte 2022

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

Il punto sugli Studi Clinici p.17  
del Centro Studi della Fondazione  
per il Tuo cuore  
*a cura del Centro Studi*

**DAL DIRETTIVO**

"Next Generation ANMCO:  
a clinical research network" p.21  
*di Stefania Angela Di Fusco*





**DALLE AREE**  
**AREA GIOVANI**

Area Giovani 2019 - 2021: p.24  
report di un triennio vissuto  
intensamente

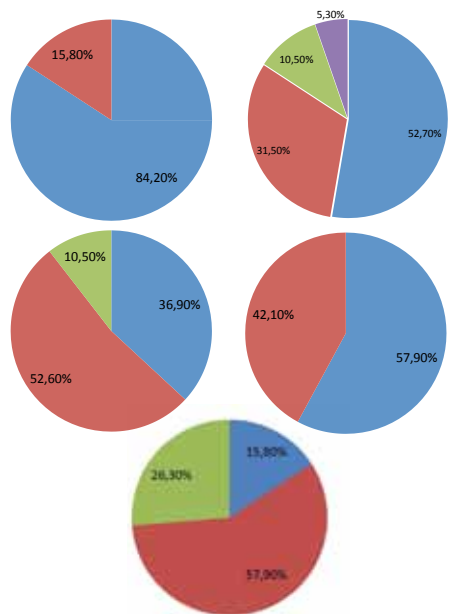
*di Stefania Angela Di Fusco, Marco Malvezzi Caracciolo D'Aquino, Luigi Pollarolo, Marco Flori, Nadia Ingianni, Filippo Zilio*



**AREA MANAGEMENT&QUALITA'**

PDPA: Raccomandazioni p.27  
guida per un'adeguata stesura

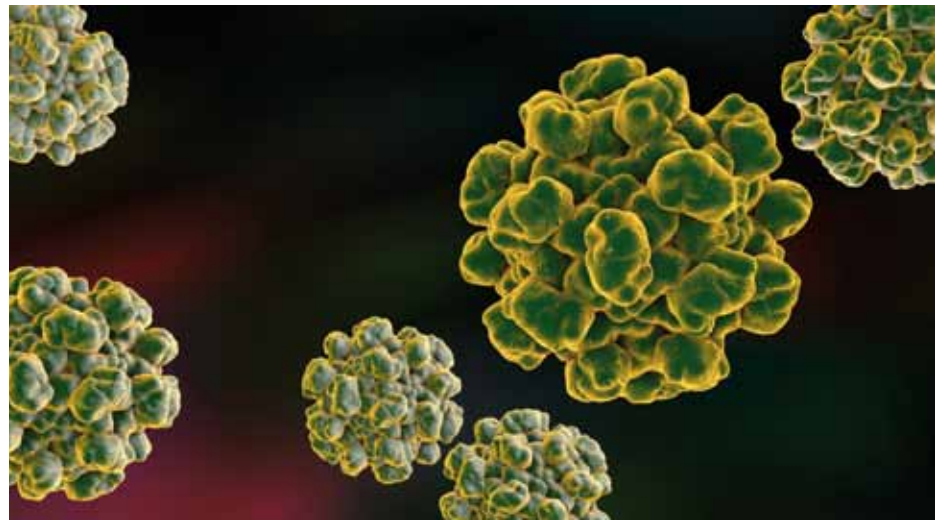
*di Laura Lalla Piccioni, Vittorio Palmieri, Alessandra Chinaglia, Vincenzo Lopriore, Damiana Fiscella, Fabiana Lucà, Alberto Deales, Gilberto Gentili*



**DALLE REGIONI**  
**ABRUZZO**

Ruolo degli epatovirus nella p.33  
precoce insorgenza del processo  
di aterosclerosi e di disfunzione  
valvolare

*di Massimo Di Marco, Roberta Magnano, Laura Pezzi, PierGiusto Vitulli, Alberto D'Alleva, Daniele Forlani, Leonardo Paloscia*



**LOMBARDIA**

ANMCO Lombardia: p.36  
work in progress

*di Caterina De Carlini, Chiara Vecchio, Roberto Bonatti, Benedetta De Chiara, Oreste Febo, Luigi Fiocca, Attilio Iacovoni, Annalisa Turco e Giuseppe Di Tano*



**VENETO**

La Rete Veneta delle UTIC: p.43  
siamo già a buon punto!

*di Claudio Picariello, Ada Cutolo e Claudio Bilato*



**FORUM SULLA INTELLIGENZA  
ARTIFICIALE**

Introduzione p.46

*di Gian Luigi Nicolosi*

I buoi e la stalla p.46

*di Marco Bobbio*

L'Intelligenza Artificiale applicata p. 49  
all'Ecocardiografia Clinica

*di Luca Dell'Angela*

Intelligenza Artificiale p.51

e Network di Ospedali

*di Marco Mazzanti*





**FORUM**

**I NEED HELP** p.55  
 Lo scoppio cardiaco avanzato una nuova sub specialità?  
*di Attilio Iacovoni*

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

**Trombolisi locoregionale** p.57  
 assistita da ultrasuoni nell'embolia polmonare, importanti novità  
*di Leonardo Misuraca*



**COME ERAVAMO**

**Il cuore negli anni Quaranta (1941-1950)** p.60  
*di Maurizio Giuseppe Abrignani*



**STORIA DEGLI OSPEDALI D'ITALIA**

**L'Ospedale Civile** p.64  
 dell'“Annunziata” di Cosenza: ricordo di una passato glorioso  
*di Cosima Cloro e Roberto Caporale*



**LETTI PER VOI**

**Le sospensioni** p.67  
*di Mario Chiatto*



**I “no” che cambiano la Storia** p.68  
*di Beatrice Balduzzo*

**IN MEMORIA DI...**

**Attilio Maseri,** p.70  
 una vita per la ricerca  
*di Gianfranco Sinagra*



**In ricordo di Umberto Guiducci** p.73  
*di Alessandro Navazio*  
**Ricordo di Sergio Dalla Volta** p.75  
*di Stefano Baracchi*



# Editoriale

Cari Lettori, vi introduco a questo numero “natalizio” di Cardiologia negli Ospedali con una bella notizia che è già quasi un regalo e che ci viene presentata dal Presidente nel suo articolo introduttivo, riguardo al programma ANMCO CERT: progetto per la Certificazione delle Competenze Professionali Specifiche. È un’occasione d’oro offerta ai Soci che entra nella sua fase operativa. Occasione da non perdere! L’articolo postumo di Giovanni Gregorio, recentemente scomparso, lascia spazio a profonde riflessioni sulle condizioni attuali della Sanità e in particolar modo della Cardiologia e sulla assoluta necessità di una trasformazione in senso evolutivo; cardiologo ANMCO di impareggiabile lucidità ci stupisce ancora con una moderna lezione di buona pratica medica. Chapeau. Stefania Angela di Fusco ci introduce all’innovativo progetto di clinical

research network per giovani cardiologi interessati alla ricerca clinica e in cerca di metodologia scientifica e tira le somme di un ricchissimo e intenso triennio dell’Area Giovani. Instancabili! Una pratica e facile guida alla stesura di un PDTA ci viene suggerita nell’articolo dell’Area Management&Qualità, insostituibile e ormai obbligatorio supporto alla nostra pratica quotidiana. È l’evoluzione e la trasformazione delle UTIC l’elemento centrale dell’articolo delle regioni Lombardia e Veneto, mentre di aterosclerosi si occupa la regione Abruzzo. L’interessante dibattito sull’intelligenza artificiale aperto da Gian Luigi Nicolosi nello scorso numero di CNO si arricchisce di tre articoli di illustri Colleghi. Tra qualche scetticismo e preoccupazione, traspare la necessità di governare un’innovazione e di renderla un supporto di cui non bisogna aver paura. Attilio Iacovoni, Co - Editor della rivista, ci parla di insufficienza

cardiaca avanzata e della necessità non solo di fare rete ma di disegnare percorsi formativi focalizzati, per riconoscere, curare e riferire in tempi utili questa insidiosa ma critica fase dell’insufficienza cardiaca. Di storia della cardiologia si occupa Maurizio Giuseppe Abrignani riportandoci al tempo del Framingham Heart Study, raccontandoci la malattia ipertensiva attraverso la precoce scomparsa di un presidente americano. Anche Cosima Cloro e Roberto Caporale in un articolo ricco di dettagli storici ci riportano il ricordo di un passato glorioso nel raccontarci l’Ospedale di Cosenza e la sua importanza in Calabria. Echi della letteratura si occupa di embolia polmonare e sono stati letti per noi due nuovi romanzi che ci possono accompagnare nelle prossime festività. Tutta la redazione di Cardiologia negli Ospedali coglie l’occasione per augurarvi un felice Natale e un buon anno nuovo.♥



Valerio Mirannalti - "Neve sulle Alpi", olio su tavola, 39 x 14 cm, 2004 - [www.valeriomirannalti.com](http://www.valeriomirannalti.com).

**Valerio Mirannalti** ha realizzato diverse mostre personali ed ha partecipato a innumerevoli mostre collettive ricevendo negli anni premi e riconoscimenti anche a livello internazionale. Vanta un percorso di formazione vario e prestigioso finalizzato ad affinare negli anni le diverse tecniche artistiche. Dopo aver concluso il corso di studi presso l'Istituto d'Arte di Firenze ha frequentato lo studio del Maestro Del Bono per apprendere la tecnica del pastello (gessetto), con successive fasi di approfondimento e perfezionamento con la pastellista francese Sophie Amauger. Significative inoltre le partecipazioni negli atelier del Maestro Valerio Cheli e del Maestro Alessandro Berti per imparare la pittura ad olio "en plein air" secondo la tradizione dei Macchiaioli toscani. La Scuola Libera del Nudo con la Prof.ssa Sandra Batoni, presso l'Accademia di Belle Arti di Firenze, inoltre ha permesso di affinare il tratto e il disegno. Il lungo percorso presso lo studio del Prof. Vincenzo Ventimiglia (docente di scultura dell'Accademia di Belle Arti di Firenze) ha fatto acquisire le nozioni del modellato scultoreo e della formatura. Oggi l'atelier Mirannalti Lab a Fiesole, accanto alla Fondazione Primo Conti con cui collabora, è un affermato centro di divulgazione didattica per tutte le età. Valerio Mirannalti si distingue per la spiccata cura con cui si rivolge alle nuove generazioni, affinché possono guardare al futuro con occhi artisticamente più attenti.



# ANMCO per ANMCO ANMCO CERT il programma di NEXT GENERATION ANMCO

**O**gni Socio ANMCO è un Opinion Leader, che si impegna ogni giorno nella prevenzione, nella cura e nella riabilitazione delle malattie cardiovascolari. Senza i cardiologi dell'ANMCO, presenti in ogni struttura sanitaria del nostro Paese, il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) non potrebbe garantire le proprie funzioni. Ogni Socio ANMCO costruisce valore, ogni giorno, per la nostra comunità. Per queste ragioni, profonde e concrete, la nostra Associazione intende dare nuova forza e nuovi strumenti professionali ai propri Soci. Pur avendo il più importante Centro Studi indipendente in Europa, pur realizzando ogni anno il più grande congresso cardiologico italiano, ANMCO non è solo una Società Scientifica. ANMCO è anche una comunità professionale, con una lunga e straordinaria storia di attenzione alla crescita dei propri Soci. Per questo ANMCO lancia oggi una nuova iniziativa in favore dei propri cardiologi, per dare loro risorse concrete e contribuire al loro progresso professionale nel quadro delle progettualità del piano NEXT GENERATION ANMCO. La prima delle nuove iniziative è "ANMCO CERT".

## Cosa rappresenta il programma "ANMCO CERT"?

È un progetto per la Certificazione delle competenze professionali specifiche, secondo la norma UNI CEN ISO 17024, messo a disposizione dei Soci ANMCO esperti nei seguenti campi:

1. Elettrostimolazione Cardiaca
2. Scopenso Cardiaco
3. Terapia Intensiva Cardiologica
4. Cardiologia Preventiva e Riabilitativa
5. Cardiologia Digitale

## Cosa è una certificazione secondo la norma UNI CEN ISO 17024?

UNI è l'Ente Italiano di Normazione, ossia l'Organismo Nazionale di Normazione comunicato dallo Stato Italiano alla Commissione Europea ai sensi del Regolamento UE n.1025/2012, attuato con il Decreto Legislativo n.223/2017 ([www.uni.com](http://www.uni.com)). Le norme UNI sono un corpus di norme giuridicamente valide e riconosciute, che regolamentano i livelli di sicurezza e qualità di molteplici settori dell'attività produttiva, industriale e del terzo settore. La funzione dell'UNI è quella di produrre norme ed indicazioni, in coordinamento con gli istituti

sovranazionali, come l'ISO e il CEN. EN è la sigla che identifica le norme elaborate dal CEN (Comité Européen de Normalisation), Organismo di Normazione Europea. I Paesi membri CEN devono obbligatoriamente recepire le norme EN (nel caso dell'Italia esse diventano UNI EN). Queste norme servono ad uniformare la normativa tecnica in tutta Europa, quindi non è consentita l'esistenza a livello nazionale di norme che non siano in armonia con il loro contenuto. ISO è poi la sigla che identifica le norme elaborate dall'Organizzazione Internazionale per la Standardizzazione (ISO). Queste norme sono quindi applicabili in tutto il mondo. Ogni Paese può decidere se adottarle come norme nazionali: in Italia, ad esempio, la sigla diventa UNI ISO (o UNI EN ISO se la norma è stata adottata anche a livello europeo). In definitiva, il lavoro dell'UNI si concretizza in norme, riconosciute come giuridicamente valide dalla Direttiva Europea 98/34/CE del 1998, le quali stabiliscono standard di qualità e di operatività. La definizione di uno standard di qualità per una determinata attività professionale permette di effettuare la valutazione della persona, andando a verificare





## ANMCO-CERT

Progetto per la certificazione secondo la norma **UNI CEI EN ISO/IEC 17024** delle competenze professionali:

1. Elettrostimolazione Cardiaca,
2. Scopenso Cardiaco,
3. Terapia Intensiva Cardiologica,
4. Cardiologia Preventiva e Riabilitativa.

Un progetto di



sviluppato da **ume+**

## OBIETTIVI DEL PROGETTO

### Mission di ANMCO

La promozione della buona prassi clinica attraverso:

- l'educazione professionale e la formazione,
- la promozione e la conduzione di studi e ricerche,
- la leadership nella preparazione e nello sviluppo di standard e linee guida
- proposte organizzative.

### Obiettivi del progetto

- Promuovere la **definizione di figure professionali innovative** e rilevanti nell'ambito della cardiologia
- Promuovere la certificazione di figure professionali secondo **standard e procedure riconosciute a livello internazionale**
- Fornire **servizi innovativi ai soci** e al più ampio ambito dei professionisti della cardiologia

e certificare con un esame, che possieda i requisiti richiesti per operare in un determinato settore di attività, rispettando il Codice Deontologico e l'aggiornamento delle competenze. La certificazione delle competenze professionali permette di creare un sistema unico che facilita il loro riconoscimento tra professionisti di nazionalità diverse, caratteristica che in un mondo

sempre più integrato è fondamentale per garantire la circolazione delle professioni. Di fatto, la certificazione UNI riguarda tutti coloro che devono o desiderano dare dimostrazione della propria capacità professionale, insieme alla tangibile dimostrazione del costante aggiornamento delle proprie competenze ed abilità. Uno dei principali vantaggi per la persona certificata risiede nel fatto di ottenere

il riconoscimento delle proprie capacità da parte di un organismo di terza parte. Per le organizzazioni sanitarie, inoltre, la certificazione garantisce le competenze vantate da parte del professionista. La certificazione della professione può essere rilasciata, a seguito della verifica dei requisiti e di un esame, solo ed esclusivamente da un Ente o un Organismo che opera in



## PERCHE' CERTIFICARSI?

La certificazione secondo la norma UNI CEI EN ISO/IEC 17024 significa:

1



rispondere a una **domanda sempre più diffusa in vari contesti professionali** di attestazione e certificazione delle competenze;

2



valorizzare **l'esperienza professionale nel suo complesso** e non solo in relazione alle attività di formazione ed aggiornamento.

3



ottenere il **riconoscimento del possesso dei requisiti** per operare con competenza in un nuovo settore di attività;

4



ottenere un'attestazione basata su un **sistema di standard oggettivi e internazionalmente riconosciuti**;

## IL PERCORSO DI CERTIFICAZIONE

La certificazione delle professionalità in conformità alle norme ISO/IEC 17024 attesta oggettivamente che una persona possiede i requisiti per operare con competenza in un determinato settore.



ANMCO PLUS - CONFIDENTIAL

conformità alla norma ISO 17024. L'organismo di certificazione deve seguire questi criteri:

1. Indipendenza
2. Trasparenza
3. Imparzialità
4. Assenza di conflitti di interesse
5. Partecipazione delle "parti del mercato interessate"
6. Equilibrio nelle decisioni
7. Competenza

8. Riservatezza
9. La certificazione a norma UNI viene rilasciata da un organismo autorizzato dall'Ente Unico Italiano di Accreditamento ACCREDIA, designato dallo Stato Italiano ([www.accredia.it](http://www.accredia.it)). Tutti i certificati del programma "ANMCO CERT" saranno registrati presso l'Ente riconosciuto da ACCREDIA.

## Quali sono le finalità del programma "ANMCO CERT"?

1. Favorire la crescita professionale dei cardiologi italiani Soci ANMCO, dando un contributo oggettivo, tangibile e diretto al miglioramento del loro profilo professionale individuale.
2. Promuovere la cultura della Qualità e la crescita degli standard qualitativi nelle attività del SSN.



3. Interagire con le Istituzioni nazionali e regionali nel definire gli standard qualitativi delle attività cardiologiche nazionali.

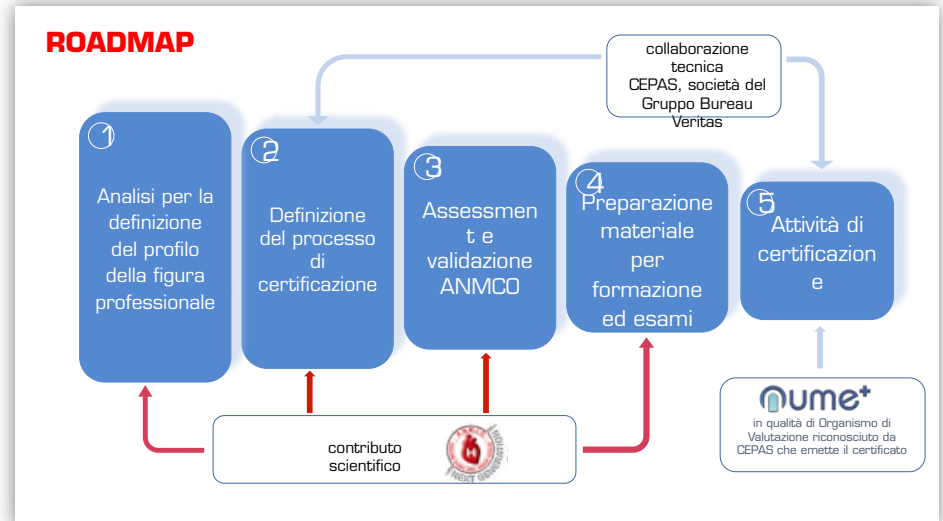
### A chi è destinato il programma “ANMCO CERT”?

Il programma è destinato ai Soci ANMCO in regola con le quote associative. Ogni Socio ANMCO può far parte del programma, richiedendo, se lo desidera, la certificazione delle proprie competenze.

Le singole richieste di candidatura all’esame di certificazione per ogni singola figura riconosciuta dall’Ente di Certificazione dovranno essere corredate dalla seguente documentazione:

1. Curriculum vitae, datato e firmato, redatto in carta semplice in forma di dichiarazione sostitutiva di cui al DPR 445/2000.
2. Certificazione dell’Ente Sanitario di appartenenza che contenga le informazioni attinenti alla certificazione richiesta in termini di casistica personale quali-quantitativa del quinquennio precedente (*ad esempio: numero e tipologia degli interventi di elettrostimolazione nel caso della certificazione di competenza professionale in elettrostimolazione cardiaca*).
3. Produzione scientifica attinente alle competenze professionali per le quali si richiede la certificazione.
4. Ogni altro documento ritenuto utile alla valutazione delle competenze, ove non riportato chiaramente nel curriculum vitae.

L’Ente di certificazione valuterà se la documentazione prodotta è sufficiente ad ammettere il candidato all’esame, ovvero se è necessaria



una integrazione mediante un programma formativo teorico-pratico specifico individuale. Le domande, per la figura professionale da certificare, dovranno essere inoltrate alla Segreteria dei Soci ANMCO, non appena verranno aperte le iscrizioni al programma “ANMCO CERT”.

### Cosa rende diverso “ANMCO CERT” da altre certificazioni di “competence” come, ad esempio, quelle della Società Europea di Cardiologia?

Come detto, le certificazioni secondo la norma UNI CEN ISO 17024 sono rilasciate da un Ente terzo indipendente, hanno un valore internazionalmente riconosciuto e sono registrate presso l’Ente Unico Italiano di Accreditamento ACCREDIA. Non è ANMCO che rilascia la certificazione. ANMCO opera come “*facilitatore*”, individuando i settori strategici per le certificazioni e prendendosi carico dei costi per lo sviluppo del processo, per le certificazioni e per le verifiche. Altre tipologie di certificazione di “competence” professionale, anche

se rilasciate da autorevoli Società o Associazioni scientifiche, pur costituendo l’evidenza della ricerca del professionista di un sistematico aggiornamento professionale, possono solo arricchire il curriculum vitae individuale ma non hanno le caratteristiche che ne rendano, al momento, possibile l’acquisizione né tantomeno la registrazione da parte di Istituzioni o Enti del nostro Paese. ACCREDIA, infatti, non accoglie né registra tali documenti.

### Quanto costa l’adesione al programma “ANMCO CERT”?

Nel libero mercato la certificazione secondo la norma UNI CEN ISO 17024 delle competenze professionali ha costi che oscillano tra i 1.000 ed i 5.000 Euro per singola certificazione. I costi del programma “ANMCO CERT” verranno interamente sostenuti da ANMCO. Questa è infatti una iniziativa di ANMCO per ANMCO. La struttura associativa sostiene la crescita dei propri associati, che non pagheranno nulla, a dimostrazione del nostro contributo tangibile e concreto. ♥



Introdurre un articolo di Giovanni Gregorio pubblicato postumo è da una parte un privilegio e dall'altra una grande responsabilità.

L'articolo nasce da una relazione approntata da Giovanni per il Congresso Cardiologia Oggi e Domani 2021, tenutosi a Paestum, poi non tenuta per la sua prematura scomparsa.

Nel testo che leggerete a seguire Giovanni Gregorio con il consueto acume e lucidità traccia un quadro della evoluzione del mondo della sanità in cui noi viviamo, indicando ipotesi di sviluppo della figura del cardiologo, dal punto di vista olistico, per adeguarsi ai tempi.

Le necessità di pubblicazione ci hanno costretto a tagliare alcune parti dell'articolo, ma speriamo di aver mantenuto il profondo significato culturale e morale delle riflessioni proposte, invitiamo a riflettere su alcuni passi dell'articolo che, a nostro modo di vedere, assumono particolare risalto alla luce della consapevolezza stessa della propria malattia che Giovanni aveva.

Buona lettura

*Domenico Gabrielli e Furio Colivicchi*

# La metamorfosi di pigiami e camici

DI GIOVANNI GREGORIO



## Pigiami e Camici

I cambiamenti nella Società in generale e nella Sanità in particolare, hanno profondamente modificato il modo di essere di pigiami (pazienti) e camici (medici e infermieri) (Gregorio, 2008).

### Il Paziente

L'evoluzione dello status di paziente è il risultato dei profondi mutamenti

intercorsi nel panorama scientifico, culturale, tecnologico e sociale che hanno determinato il passaggio dal concetto di paziente a quello di persona e di cittadino al quale è riconosciuta la piena autonomia delle scelte e dei percorsi assistenziali. Il fascino esercitato dal cuore sulla mente dell'uomo ha avuto e continua ad avere importanti

ripercussioni sul rapporto tra pazienti e medici. Il secondo dopoguerra ha rappresentato, socialmente, culturalmente e scientificamente una svolta epocale nello sviluppo. La transizione epidemiologica caratterizzata dal passaggio da un panorama dominato dalle malattie infettive ad uno caratterizzato dalla patologia degenerativa, cardiovascolare e neoplastica, si accompagna alla transizione sociale, da una realtà contadina ad una industriale, e ad una transizione culturale, da una medicina con conoscenze limitate ad una dominata dalla tecnologia e dalla esplosione delle conoscenze. La emigrazione, il contatto con altri paesi, l'alfabetizzazione della popolazione, la industrializzazione del paese danno il senso di questi mutamenti.

### Paziente-Malattia

Il quadro paziente-malattia agli inizi degli anni '50 è caratterizzato da una popolazione, a basso reddito, con scarsa protezione sanitaria e con malati



spesso in giovane età, colpiti per lo più da malattie infettive e che raramente ricorrono al medico. Il mondo sanitario è fatto da pochi medici, con limitate conoscenze, con scarso spazio per le specializzazioni, in una realtà ospedaliera povera e con un patrimonio culturale dominato dalla concezione deterministica della malattia. L'evento morboso è sempre riconducibile ad una causa, generalmente infettiva identificabile e direttamente responsabile del danno. L'eliminazione dell'agente patogeno determina la vittoria sulla malattia. In tale contesto la malattia viene vissuta in modo fatalistico tra povertà della popolazione e lo scarso sviluppo dei servizi sanitari. È questo il quadro di una malattia vissuta in solitudine, tra ignoranza e superstizione, nella quale l'intervento medico è marginale. Tutto ciò accade mentre incomincia a delinearci la grande stagione della affermazione della cardiologia. Sono questi gli anni che danno inizio ai grandi mutamenti che trasformeranno radicalmente il mondo e la società italiana. La rapidità dei mutamenti sociali, culturali e scientifici alimenta il dibattito e la ricerca di una organizzazione dei servizi sanitari in grado di coniugare efficacia ed efficienza degli interventi. Le variazioni del significato del termine salute hanno accompagnato l'uomo attraverso i secoli acquistando valenze diverse in rapporto allo sviluppo, all'avanzare delle conoscenze, alla disponibilità di nuove e complesse tecnologie, al tempo ed al luogo considerato. Si è andato così delineando ed affermandosi il concetto di salute come il risultato di numerosi fattori, genetici, individuali, ambientali e sociali, che interagendo in maniera diversa tra di loro determinano lo stato di salute dell'individuo. Parimenti

si è fatta strada la convinzione della differenza tra l'equità dell'accesso ai servizi sanitari e l'equità della salute, inglobando in tale definizione – come nota Amartya K Sen – non solo le cure ma anche fattori come l'accesso ad una buona alimentazione, l'epidemiologia sociale, le politiche sanitarie la sicurezza sul lavoro (Sen AK, 1999). Di pari passo va la presa di coscienza della importanza che la diffusione della patologia cardiovascolare ha nella società moderna. Il nuovo quadro demografico ed epidemiologico delle società occidentali, nelle quali l'invecchiamento della popolazione, i progressi della medicina, la transizione epidemiologica verso le patologie degenerative, pone in primo piano le esigenze di nuovi soggetti, più anziani e più bisognosi di attenzione da parte dei Sistemi Sanitari, soggetti che sopravvissuti alle malattie rappresentano e rappresenteranno una parte cospicua della società.

L'affermazione di Paul White che *“le malattie di cuore prima degli ottanta anni sono la conseguenza di un nostro errore, non il volere di Dio o della natura”* e la precisazione di Burchel secondo cui *“da un punto di vista strettamente biologico il limite di età suddetto (ottantenni) è troppo basso”* andrebbe riscritta nel senso di porsi la risposta all'interrogativo di come, quando e perché le malattie di cuore influiscono sulla durata della vita. (White P., 1973; Burchel HB, 1991). Come argutamente ha scritto David T Kelly *“Per la maggior parte di questo secolo il primo obiettivo della medicina è stato la riduzione della mortalità. Forse, man mano che ci avviciniamo al prossimo millennio Dovremo concentrarci sulla prevenzione della invalidità e sul miglioramento della qualità di vita della nostra popolazione, sempre più anziana.”* (Kelly D T, 1997).

La malattia, come parte integrante dell'esperienza umana, si esprime con svariati linguaggi, miti, metafore, legende dando luogo ad atteggiamenti, comportamenti e pratiche la cui comprensione è possibile solo immergendosi nel contesto culturale e sociale del soggetto.

*“Chiedersi se il malato è una persona, o un oggetto, o una cosa, o un conglomerato biochimico, non ha molto senso. Il malato, lo sanno tutti, è un po' tutte queste cose... Il malato è una persona in virtù delle sue relazioni con il mondo e con se stesso.”* (Cavicchi, 2004).

Ciò che lo caratterizza è il suo rapporto con la malattia e con il mondo esterno.

*“La malattia è il lato notturno della vita. Tutti quelli che nascono hanno una doppia cittadinanza, nel regno dello star bene e nel regno dello star male. Preferiremmo tutti servirvi del passaporto buono, ma prima o poi ognuno viene costretto, almeno per un certo periodo, a riconoscersi cittadino del mondo”* (Sontag 1977). In Sociologia della salute è consolidata la distinzione tra disease, illness e sickness dove con **disease** si identifica la condizione bio-fisiopatologica registrata dalla medicina, con **illness** si identifica la percezione soggettiva della malattia, con **sickness**, si definisce la modalità con cui la società rappresenta la malattia. Così ad esempio si può far riferimento alla persona che si sente male (illness), al medico che attesta la malattia (disease) e alla società che gli riconosce lo status di malato (sick). In realtà la situazione è più complessa in quanto le tre dimensioni della malattia possono combinarsi variamente tra di loro, dando luogo alle seguenti 6 varianti:

1) **Disease e Sickness senza Illness**: tipico esempio di malattie/condizioni riconosciute dalla medicina e dalla società ma non percepite come tali



dall'individuo (es. elevati livelli di colesterolo etc.).

2) **Disease e Illness senza Sickness:** si tratta di condizioni riconosciute dalla medicina e dall'individuo ma non dalla società (es. mal di denti, alcoolismo).

3) **Illness e Sickness senza Disease:** si tratta di condizioni di sofferenza riconosciute dall'individuo e dalla società ma non dalla medicina (cefalee essenziali, disturbi funzionali).

4) **Disease senza Illness e Sickness:** alterazioni che non sono realizzate dall'individuo e dalla Società come malattie.

5) **Illness senza Disease e Sickness:** il malessere sentito dall'individuo non è riconosciuto scientificamente né socialmente (melanconia, ansia etc).

6) **Sickness senza illness e Disease:** condizioni socialmente ritenute anomale ma non percepite dall'individuo e dalla Medicina come malattia (es: l'omosessualità in taluni paesi) (Hoffman B, 2002; Cipolla C, Maturo A, 2005).

La concezione di malattia è sostanzialmente riconducibile a due modelli: quello biomedico e quello bio-psico-sociale. La concezione biomedica riduce la malattia a termini meramente fisici, tralasciando gli aspetti emotivi, comportamentali e comunicativi. In tale ottica per qualsiasi evento morboso è identificabile una causa biologica, da combattere. In tale modello il medico è portatore della conoscenza ed il paziente è depositario della malattia, delle informazioni ad essa connesse, ed è oggetto passivo delle decisioni del medico con conseguente disumanizzazione della relazione medico-paziente. In questa prospettiva per qualsiasi malattia esiste una causa biologica identificabile in modo oggettivo ed il metodo

clinico è "centrato sul medico". Il modello biomedico comporta una visione frammentaria del paziente frutto della iperspecializzazione e della frammentazione del sapere e del fare medico, con una tendenza alla ipermedicalizzazione e alla ipertecnico, basato sulla convinzione che per qualsiasi evento morboso esiste un farmaco, una macchina, una procedura in grado di curarlo. Nel modello bio-psico-sociale prevale una visione globale della malattia, dove oltre che fattori biologici giocano un ruolo importante fattori comportamentali e relazionali. A fronte della crescente medicalizzazione della società, l'approccio al paziente con malattia cardiovascolare avviene oggi sul duplice fronte della acuzie e della cronicità, della diffidenza e della fragilità del paziente, dell'esasperato tecnicismo e della esigenza di un nuovo umanesimo, dalla riscoperta della nuova centralità del paziente, non solo nel rapporto con il medico ma anche e soprattutto nel rapporto con la organizzazione sanitaria. (Liberati E. G, Moja, 2014; Stewart M et al., 2000; Luxford K et al, 2011). Il paziente infatti ha bisogno:

- di non sentirsi abbandonato;
- di sentire che la organizzazione sanitaria lo pone al centro delle sue attenzioni;
- di avere capacità di comunicazione con il personale sanitario ed i familiari;
- di sentirsi sicuro;
- di sentirsi parte integrante, motivata ed attiva di un progetto assistenziale;
- di essere trattato con rispetto;
- di conservare la vicinanza emotiva con il curante e i familiari.

I familiari hanno bisogno:

- di avere una corretta informazione sullo stato del paziente;
- di sentirsi parte integrante ed attiva di

un progetto assistenziale;

- di comunicare ed affrontare l'esperienza di malattia del familiare che stanno vivendo;
- di sentire la vicinanza con il curante e la sua equipe.

### **Il Medico in Cardiologia**

L'evoluzione del significato e dei contenuti della Dirigenza Medica è la conseguenza dei profondi mutamenti che hanno investito l'organizzazione e gli assetti del Sistema Sanitario Nazionale. Ciò è il risultato, da un lato, delle modifiche della normativa che regola la Dirigenza della Pubblica Amministrazione e, dall'altro, della introduzione di disposizioni particolari riguardanti la Dirigenza Medica.

La Cardiologia ha subito gli effetti dell'enorme sviluppo delle conoscenze e della rivoluzione tecnologica che ne ha profondamente modificato il modo di essere. Parimenti il modo di essere o più semplicemente l'essere Cardiologo all'interno della organizzazione sanitaria assume contenuti assai diversi a seconda della epoca considerata. Le problematiche relative allo sviluppo dei nuovi assetti della professionalità del dirigente medico risentono in maniera notevole di alcuni provvedimenti normativi, alcuni dei quali succedutisi nel tempo ed altri attualmente all'esame del parlamento. Da sempre il Cardiologo pubblico è stato collocato in diversi contenitori: la specialistica ambulatoriale interna, i convenzionati e la dipendenza. Il Regio decreto settembre 1938, n. 1631 e il DPR 128/1969 ordinava lo status del Cardiologo pubblico nei classici livelli di assistente, aiuto e primario, stabilendone in maniera rigida le funzioni. Il DPR 761/1979 sostituiva ad assistente, aiuto e primario le posizioni funzionali iniziale, intermedia



e apicale. Il decreto legislativo 502/1992 colloca la dirigenza in due livelli. Il decreto legislativo 229/1999 pone la dirigenza medica in unico livello dirigenziale, diversificando per la tipologia dell'incarico, che può essere di struttura, professionale, verifica ispezione o di studio. Ciò è di fatto la conseguenza del dibattito sviluppatosi negli anni sulle competenze professionali e su quelle manageriali richieste ai professionisti. Tra questi particolare riguardo riveste il dibattito ex art 22 del patto della Salute riguardante la riforma del percorso formativo della classe medica. L'orientamento prevalente prevede la "specializzazione in corsia" per i laureati in medicina con contratto pre-dirigenziale. Appare chiaro che il Cardiologo vede radicalmente mutato il suo modo di essere all'interno di una organizzazione sanitaria profondamente diversa da quella attuale. Uno dei pericoli maggiori è che si vada verso una condizione che ricorda quella evocata da Aldous Huxley nel libro "Il Nuovo Mondo" nel quale la popolazione è divisa in maniera predeterminata in individui alfa (comando), beta (management), gamma, delta ed epsilon (manovalanza) (Huxley A, 1933). La sfida è quella di costruire un sistema che salvaguardi autonomia, competenze e professionalità secondo quanto indicato nella Carta della Professionalità Medica per come di seguito indicato (Fondazione ABIM, Fondazione ACP-ASIM, Federazione Europea di Medicina Interna; 2002):

- Il principio della centralità del benessere dei pazienti;
- Il principio dell'autonomia dei pazienti;
- Il principio della giustizia sociale;
- Impegno alla competenza professio-

nale;

- Impegno all'onestà verso i pazienti;
- Impegno alla riservatezza riguardo al paziente;
- Impegno a mantenere un rapporto corretto con i pazienti;
- Impegno a migliorare la qualità delle cure;
- Impegno a migliorare l'accesso alle cure;
- Impegno ad un'equa distribuzione delle risorse limitate;
- Impegno alla conoscenza scientifica;
- Impegno a conservare la fiducia, affrontando i conflitti d'interesse;
- Impegno nei confronti delle responsabilità professionali.

Le problematiche che caratterizzeranno il futuro del cardiologo ospedaliero sono:

- Modifica dei meccanismi di accesso al SSN con superamento dell'attuale farraginoso meccanismo concorsuale;
- Modifica dello sviluppo di carriera risolvendo il dilemma tra professionalità e managerialità, ridefinendo il sistema degli incarichi e delle funzioni;
- Modifica dei contenitori organizzativi;
- Modifica dei criteri di programmazione nazionale;

Più in generale il medico del futuro, come sottolineato da FNOMCeO (3a Conferenza Nazionale della Professione Medica e Odontoiatarica; 2016) dovrà essere:

- 1) proattivo nell'affrontare l'innovazione, partendo dalle proprie radici;
- 2) detentore di competenze professionali che continuamente sviluppa e mantiene aggiornate;
- 3) detentore di un metodo scientifico e attento alla produzione di nuove conoscenze;
- 4) attento alla dimensione etica

quotidiana della professione, partendo dall'adesione alle pratiche raccomandate e sostenute da evidenze scientifiche;

- 5) capace di esercitare una leadership professionale rispetto a colleghi, professionisti, pazienti e persone assistite;
- 6) cosciente del proprio ruolo sociale e politico: il fatto di poter intervenire sulla salute e sulla vita conferisce un "potere" di "tutela e protezione" (advocacy);
- 7) cosciente di essere un attore economico che determina e gestisce risorse economiche ingenti;
- 8) capace di ascoltare e comunicare con la persona nel bisogno in un'unica e irripetibile relazione;
- 9) capace di tenere conto della dialettica tra risposta alla singola persona e quella alla comunità (Public Health);
- 10) attento a perseguire il miglioramento continuo proprio e dell'organizzazione in cui è inserito, oltreché a dimostrarlo.

*"Oggi l'attualità chiede al medico tre cose:*

- *di riorganizzare le prassi per ridurre i costi della regressività del sistema sanitario che dipendono da lui, quindi di ridurre disconomie e antieconomie che dipendono dai suoi comportamenti e dai suoi atti;*
- *di imparare ad avere relazioni con i malati, i cittadini, la società ma soprattutto di imparare a servirsi per conoscere di più, per scegliere meglio, per fare una clinica più avanzata nella quale vale tanto la co-terapeutività che la corresponsabilità;*
- *di aggiornare i suoi modi di conoscere, di fare e di ragionare per governare la complessità in tutte le sue forme e in tutti i suoi modi a qualsiasi livello, per imparare a ragionare in modo più ricco, per essere pragmatico nelle situazioni e nelle contingenze."* (Cavicchi, 2015). ♥



## FONDAZIONE PER IL TUO CUORE

Firenze, ottobre 2021

### ALL'ATTENZIONE DEL PRIMARIO DI CARDIOLOGIA

Carissimo,

la Fondazione per il Tuo cuore - HCF dell'ANMCO, da oltre 15 anni, da avvio alle sue attività di sensibilizzazione con la **settimana "per il Tuo cuore"** che si posiziona temporalmente da sempre nel mese di febbraio a cavallo della festività di San Valentino, che per il prossimo anno è così programmata:

**lunedì 14 – domenica 20 febbraio 2022.**

In questo periodo si realizzano le **Cardiologie Aperte**, tradizionale e atteso appuntamento giunto, alla sua sedicesima edizione, che anche per quest'anno si svolgerà mantenendo il format proposto nel 2021. Tuttavia, se la pandemia da Covid-19 lo permetterà, potranno essere programmate anche tutte quelle iniziative sul territorio che le Strutture aderenti vorranno organizzare, tese a valorizzare **il ruolo del Cardiologo nella promozione della prevenzione cardiovascolare e del controllo dei fattori di rischio**.

Anche per il 2022 la Fondazione attiverà quindi il **numero verde dedicato ai cittadini** che potranno chiamare per porre domande su problemi legati alle malattie del cuore alle quali risponderanno i Cardiologi delle Strutture che aderiranno alle **Cardiologie Aperte 2022**.

Ciascuna Struttura aderente dovrà pertanto comunicare:

- una fascia oraria di 2 ore, **10.00-12.00** o **14.00-16.00**, per almeno 3 giorni, nel periodo compreso tra il 14 e il 20 febbraio;
- un recapito telefonico, può anche essere un cellulare al quale la Segreteria della Fondazione trasferirà le chiamate del territorio competente geograficamente (*i numeri telefonici delle singole Strutture non saranno resi pubblici per alcun motivo*);
- il nominativo o meglio i nominativi dei medici cardiologi che si alterneranno al telefono nei giorni e nelle fasce orarie indicate.

La procedura prevederà che la Segreteria faccia una breve intervista al cittadino (età, sesso, regione, città), dopodiché trasferirà la chiamata al Cardiologo disponibile della Regione/Città di competenza che risponderà solo nelle fasce orarie indicate.

**Fondazione per il Tuo cuore - HCF Onlus**  
riconosciuta con Decreto del Ministero della Sanità del  
25 Settembre 2000 - Certificata UNI EN ISO 9001:2015  
Iscrizione Anagrafe Nazionale Ricerche N. 53541DZP

Costituita da Associazione Nazionale  
Medici Cardiologi Ospedalieri



Segreteria Istituzionale

Via A. La Marmora, 36 - 50121 Firenze - Italia  
Tel. + 39 055 5101367 • Fax + 39 055 5101360  
C.F. 94070130482 • P. IVA 05089700487  
segreteria@periltuocuore.it - [www.periltuocuore.it](http://www.periltuocuore.it)





## FONDAZIONE PER IL TUO CUORE

Ciascuna **Struttura di Cardiologia** potrà aderire, nel pieno rispetto delle disposizioni governative, affermando che **Cardiologie Aperte** *“non tengono a distanza, ma avvicinano la popolazione alla Cardiologia”*.

La **Fondazione** sul proprio sito e attraverso i propri canali social **divulgherà il nome delle Strutture Cardiologiche e del proprio Responsabile e il calendario con i giorni e gli orari** nei quali risponderanno i Medici Cardiologi specificando la Regione e il nome dell'Ospedale di appartenenza.

Inoltre, se saranno programmate delle iniziative sul territorio, ne sarà data evidenza come per le passate edizioni, e tutti gli eventi saranno inseriti nel sito della Fondazione per permettere una più ampia divulgazione.

Ciascuna Cardiologia aderente riceverà un kit di materiali composto dagli apprezzatissimi opuscoli e dai poster dedicati alla prevenzione cardiovascolare che compongono la *“Biblioteca della prevenzione”* della Fondazione e che quest'anno si è arricchita di ulteriori opuscoli tematici.

Il Comitato Scientifico di questa edizione è rappresentato ai massimi livelli ed è composto dal Presidente della Fondazione per il Tuo cuore, **Prof. Michele Massimo Gulizia**, dal Presidente ANMCO **Prof. Furio Colivicchi**, dal Presidente Designato, **Dott. Fabrizio Oliva**, dai Vice-Presidenti di ANMCO e di Fondazione per il Tuo cuore e da tutti i Componenti dei Consigli Direttivi e di Amministrazione dei due sopracitati Enti.

Come per le passate edizioni, per le Strutture Cardiologiche che aderiranno, la Segreteria della Fondazione provvederà ad informare il Direttore Generale delle Aziende di appartenenza, inviando la comunicazione relativa alla partecipazione della/e Struttura/e afferente/i all'Azienda stessa.

Ricordiamo che aderire a **Cardiologie Aperte 2022** è semplice.

Entro il prossimo **15 dicembre 2021** è necessario inoltrare la scheda allegata compilata in ogni sua parte (inviandola nei modi indicati nella scheda stessa) o manifestare la volontà di aderire attraverso una e-mail inviata alla Segreteria della Fondazione all'indirizzo di posta elettronica [segreteria@periltuocuore.it](mailto:segreteria@periltuocuore.it).

Nel caso di comunicazione tramite e-mail sarà la Segreteria della Fondazione a contattare direttamente la Struttura per completare i dati utili della scheda.

La Segreteria della Fondazione resta comunque a disposizione per ogni ulteriore ed eventuale chiarimento, anche al recapito telefonico 055.5101367.

In attesa della Tua risposta, siamo sempre grati per il sostegno che vorrai fornire a favore della Ricerca Cardiologica italiana e della diffusione della migliore consapevolezza in tema di prevenzione tra i cittadini italiani per la lotta alle malattie cardiovascolari.

Siamo certi di poter contare sulla Tua collaborazione, convinti che anche questa iniziativa possa ulteriormente rafforzare quelle sinergie che valorizzano la Cardiologia italiana, conferendole il ruolo fondamentale per cui i Cardiologi si distinguono quali protagonisti della Prevenzione Cardiovascolare.

**Prof. Furio Colivicchi**  
Presidente  
ANMCO

**Prof. Michele Massimo Gulizia**  
Presidente  
Fondazione per il Tuo cuore



**NON COMPILARE QUESTO RIQUADRO**

Codice struttura \_\_\_\_\_

DATA RICEZIONE \_\_\_\_\_

**Da spedire/inviare via fax alla Segreteria ENTRO IL 15/12/2021**

Tel. +39 055/5101367 Fax +39 055/5101360 E-mail [segreteria@periltuocuore.it](mailto:segreteria@periltuocuore.it)

**Scheda Adesione "Cardiologie Aperte 2022" 14-20 febbraio 2022**

DATI OBBLIGATORI	<b><u>DATI UNITÀ OPERATIVA DI CARDIOLOGIA (compilato con i dati in nostro possesso) (*)</u></b>
	OSPEDALE _____
	U.O. _____
	INDIRIZZO _____
	CAP _____ CITTÀ _____ PROV. _____
	Telefono: _____ Fax: _____
	e-mail: _____
	Sito Web: _____
	Direttore o ff: _____
	<b><u>DATI AZIENDA(*)</u></b>
AZIENDA _____	
Indirizzo _____	
Direttore Generale _____	
e-mail _____	

(\*) Si prega di correggere i dati errati e compilare i mancanti in ogni sua parte in stampatello

INTENDO ADERIRE ALL'INIZIATIVA <b>CARDIOLOGIE APERTE 2022</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
---	-----------------------------	-----------------------------

INTENDO ORGANIZZARE UNA INIZIATIVA IN PRESENZA E INVIERÒ IL PROGRAMMA ALLA SEGRETERIA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
---	-----------------------------	-----------------------------

NOMINATIVO/NOMINATIVI Medici Cardiologi disponibili	NR TELEFONO dedicato	GIORNO PRESELTO tra 14 e 20 febbraio	ORARIO PRESELTO 10-12 e/o 14-16

**NOMINATIVO DI RIFERIMENTO DEL RESPONSABILE DESIGNATO (solo per contatti tra Fondazione e la Cardiologia)**

Nome \_\_\_\_\_

Telefono/Cellulare \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

## Studi in corso (DATI AGGIORNATI AL 29/10/2021)

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)	77 (112)	800 (1.500)	960 (1.515)	1 anno	Arruolamento chiuso Follow-up in corso
EMPA-KIDNEY (randomizzato)	19 (229)	500 (6.000)	246 (6.669)	Event driven	Arruolamento chiuso Follow-up in corso

## Studi conclusi (DATI AGGIORNATI AL 29/10/2021)

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)	N° pazienti arruolati Italia (tutto il mondo)	Stato
COPE (osservazionale)	182	5.000	5.213	30 giorni	Arruolamento chiuso Follow-up concluso
BLITZ-COVID19 (osservazionale)	109	2.000 (fase prospettica) 2.000 (fase retrospettiva)	3.280 (fase prospettica) 2.774 (fase retrospettiva)	nessun fw-up	Arruolamento chiuso

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



## FOCUS ON

### Studio **BLITZ-AF CANCER**

Steering Committee: Michele Massimo Gulizia (Chairman), Marco Alings, Furio Colivicchi, Rónán Collins, Leonardo De Luca, Marcello Di Nisio, Domenico Gabrielli, Stefan Janssens, Aldo Pietro Maggioni, Iris Parrini, Fausto J. Pinto, Fabio Maria Turazza, José Zamorano.

Lo studio BLITZ AF Cancer, promosso dalla Fondazione per il Tuo Cuore onlus di ANMCO, è uno studio multicentrico, internazionale, osservazionale su pazienti con fibrillazione atriale (FA) e neoplasia (diagnosticata nei 3 anni precedenti l'inclusione nello studio) il cui target

prevedeva l'inclusione di 1500 pazienti in 6 paesi europei: Italia, Belgio, Irlanda, Paesi Bassi, Portogallo e Spagna. La fase di arruolamento si è conclusa il 30 Settembre 2021 con una casistica totale di 1515 pazienti. Lo studio ha un notevole interesse scientifico, soprattutto per quanto riguarda l'utilizzo degli anticoagulanti nei pazienti oncologici con fibrillazione atriale seguiti nella reale pratica clinica, campo ad oggi poco esplorato. Il follow-up ad unno previsto per i pazienti arruolati permetterà di descrivere l'occorrenza degli eventi clinici in presenza o meno di una terapia anticoagulante, aumentando le conoscenze sulla gestione di questa vasta popolazione ad alto rischio.

Il coordinamento nazionale e internazionale è svolto dal Centro Studi ANMCO della Fondazione per il Tuo cuore.

L'arruolamento è stato condotto tra giugno 2019 e il settembre di quest'anno, quindi con una forte sovrapposizione temporale con l'emergenza CoViD-19, che se pure ha sicuramente limitato l'operatività dei Centri partecipanti, non ha impedito il raggiungimento della numerosità attesa. Siamo fiduciosi per la completezza del follow-up a 12 mesi, anche considerando il fatto che era già prevista fin dall'inizio nel protocollo la possibilità di svolgerlo come contatto telefonico.

#### Distribuzione casistica tra i Paesi partecipanti

Countries	Activated sites	Enrolling sites	Included Patients
Italy	89	77	<b>972</b>
Spain	12	11	<b>148</b>
Portugal	5	5	<b>95</b>
The Netherlands	8	8	<b>105</b>
Ireland	2	2	<b>35</b>
Belgium	10	9	<b>160</b>
<b>Total</b>	<b>126</b>	<b>112</b>	<b>1.515</b>



*Furio Colivicchi*

**PRESIDENTE**

**FURIO COLIVICCHI**

U.O.C. Cardiologia Clinica e Riabilitativa  
Presidio Ospedaliero San Filippo Neri  
ASL Roma 1  
Via Giovanni Martinotti, 20 - 00135 Roma  
Tel. 06/33062294 - Fax 06/33062489  
presidente.1963.colivicchi@anmco.it



*Pasquale Caldarola*

**VICE-PRESIDENTE**

**PASQUALE CALDAROLA**

Cardiologia-UTIC  
Ospedale San Paolo  
Via Caposcardicchio, 1 - 70123 Bari  
Tel. 080/5843491 - Fax 080/5843433  
pascald1506@gmail.com



*Carmine Riccio*

**VICE-PRESIDENTE**

**CARMINE RICCIO**

Unità Operativa Semplice Dipartimentale  
“Follow up del paziente post acuto”  
Dipartimento Cardiovascolare  
Azienda Ospedaliera Sant’Anna  
e San Sebastiano  
Via Palasciano, 1 - 81100 Caserta  
Tel. 0823/232362 - Fax 0823/23236  
carmine.riccio8@icloud.com



*Domenico Gabrielli*

**PAST PRESIDENT**

**DOMENICO GABRIELLI**

U.O. di Cardiologia  
Dipartimento Cardio-Toraco-Vascolare  
Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini  
Circonvallazione Gianicolense, 87  
00152 Roma  
Tel. 06/58704419-58704467  
Fax 06/58704361  
dgabrielli@scamilloforlanini.rm.it



*Fabrizio Oliva*

**PRESIDENTE DESIGNATO**

**FABRIZIO OLIVA**

S.C. Cardiologia 1-Emodinamica  
e Unità di Terapia Intensiva Cardiologica  
Dipartimento Cardioracovascolare  
“A. De Gasperis”  
ASST Grande Ospedale Metropolitano  
Niguarda-Ca’ Granda  
Piazza Ospedale Maggiore, 3 - 20162 Milano  
Tel. 02/64442565 - Fax 02/66101716  
fabrizio.oliva@ospedaleniguarda.it



*Leonardo De Luca*

**SEGRETARIO GENERALE**

**LEONARDO DE LUCA**

U.O. di Cardiologia  
Dipartimento Cardio-Toraco-Vascolare  
Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini  
Circonvallazione Gianicolense, 87  
00152 Roma  
Tel. 06/58704419-58704467  
Fax 06/58704361  
leo.deluca@libero.it



*Loris Roncon*

**TESORIERE**

**LORIS RONCON**

U.O.C. Cardiologia  
Ospedale Santa Maria della Misericordia  
Viale Tre Martiri, 140 - 45100 Rovigo  
Tel. 0425/393265-393886  
Fax 0425/394319  
loris.roncon@aull5.veneto.it



Manlio Cipriani

**CONSIGLIERE**

**MANLIO CIPRIANI**

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



Cosimo Napoletano

**CONSIGLIERE**

**COSIMO NAPOLETANO**

Cardiologia UTIC ed Emodinamica  
Ospedale Civile Giuseppe Mazzini  
Piazza Italia - 64100 Teramo  
Tel. 0861/429341 - Fax 0861/410407  
cosimo.napoletano@aslteramo.it



Marco Corda

**CONSIGLIERE**

**MARCO CORDA**

Cardiologia con UTIC  
Azienda di Rilievo Nazionale  
ed Alta Specializzazione  
G. Brotzu  
Piazzale Alessandro Ricchi, 1  
009134 Cagliari  
Tel. 070/539510 - Fax 070/531400  
marcuscor70@gmail.com



Alessandro Navazio

**CONSIGLIERE**

**ALESSANDRO NAVAZIO**

U.O. Cardiologia Ospedaliera  
Presidio Ospedaliero Arcispedale  
Santa Maria Nuova  
Azienda Unità Sanitaria Locale  
di Reggio Emilia IRCCS  
Viale Risorgimento, 80  
42100 Reggio Emilia  
Tel. 0522/296429 - Fax 0522/296495  
alessandro.navazio@ausl.re.it



Alfredo De Nardo

**CONSIGLIERE**

**ALFREDO DE NARDO**

U.O. Cardiologia Intensiva ed Interventistica  
(UTIC)  
Ospedale Civile G. Jazzolino  
Piazza Fleming - 89900 Vibo Valentia  
Tel. 0963/962111 - Fax 0963/962309  
aldenardo@libero.it



Emanuele Tizzani

**CONSIGLIERE**

**EMANUELE TIZZANI**

S.C. Cardiologia  
Ospedale degli Infermi  
ASL TO3  
Strada Rivalta, 29 - 10098 Rivoli (TO)  
Tel. 011/9551426 - Fax 011/9551431  
emanuele.tizz@gmail.com



Giuseppina Maura Francese

**CONSIGLIERE**

**GIUSEPPINA MAURA FRANCESE**

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  
maurafrancese63@gmail.com



Serafina Valente

**CONSIGLIERE**

**SERAFINA VALENTE**

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



Un progetto innovativo che nasce sulla scia della grande tradizione  
del Centro Studi ANMCO

# “Next Generation ANMCO: a clinical research network”

Il progetto formativo dedicato ai giovani soci per far ripartire la ricerca  
clinica in campo cardiologico



*Da sinistra a destra in piedi: Felicita Andreotti, Matteo Rocco Reccia, Chiara Bernelli, Stefano Poli, Pietro Scicchitano, Maria Chiara Gatto, Franco Cosmi, Giuseppe Di Pasquale, Aldo Maggioni, Nunzia Borrelli, Jennifer Messen, Michele Magnesa, Francesco Perone, Alberto Aimò; seduti: Paolo Verdecchia, Noemi Bruno, Stefania Di Fusco, Marzia Cottini, Rita Cristina Myriam Intravaia, Umberto Barbero, Francesca Musella*



## COVID-19 e ricerca clinica cardiologica: la premessa per l'innovativo progetto formativo dell'ANMCO

In tutto il mondo, l'emergenza legata alla pandemia COVID-19 ha avuto un drastico impatto sulla ricerca clinica. È stato, infatti, osservato un significativo rallentamento dell'arruolamento negli studi clinici avviati in era pre-pandemica ed una significativa riduzione degli studi clinici completati e sottomessi per la pubblicazione. Tutto questo come conseguenza della concentrazione delle attività di ricerca e di clinica sull'emergenza COVID-19. Dato forse anche più allarmante è la riduzione delle risorse impiegate per la prevenzione e la cura delle malattie cardiovascolari, un aspetto che ha un inevitabile impatto sulla prognosi dei pazienti affetti da malattie cardiovascolari.

### **"Next Generation ANMCO: a clinical research network" un progetto che nasce sulla scia della grande tradizione del Centro Studi ANMCO**

Partendo dalla necessità di dare nuovo vigore alla ricerca clinica in campo cardiologico il Presidente ANMCO, Prof. Furio Colivicchi, ha lanciato una nuova iniziativa mirata a coinvolgere giovani cardiologi provenienti da tutta Italia. Con la guida di Aldo Maggioni, Direttore del Centro Studi ANMCO, è stato organizzato il progetto educativo "Next Generation ANMCO: a clinical research network". Il Centro Studi ANMCO nasce nel 1992 per gestire i progetti di ricerca ideati/voluti dall'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri. Si tratta di un centro dedicato alla ricerca clinica con una tradizione di ricerca di alta qualità nel



*Il Presidente ANMCO, Furio Colivicchi, in collegamento web per l'apertura della prima edizione del progetto formativo Next Generation ANMCO: a clinical research network*

campo delle malattie cardiovascolari. Il Centro Studi ANMCO ha, infatti, promosso, coordinato, e realizzato ampi studi clinici che hanno dato risposte concrete a bisogni clinici inevasi nella pratica clinica. Tali studi, ad esempio, hanno fatto emergere approcci terapeutici innovativi che hanno avuto un impatto notevole sulla prognosi dei pazienti con malattie cardiovascolari e sono stati raccomandati nelle linee guida internazionali. Solo a titolo di esempio ricordiamo gli studi GISSI, i primi coordinati dall'Istituto Mario Negri, gli ultimi due coordinati direttamente dal Centro Studi.<sup>2-4</sup> Con l'obiettivo di continuare questa lunga storia di grandi successi l'ANMCO ha messo in campo un progetto di formazione per giovani cardiologi interessati alla ricerca clinica. Il progetto formativo va a consolidare e, auspicabilmente, ulteriormente incrementare l'elevato livello scientifico che la cardiologia italiana si è conquistata nel corso

degli ultimi decenni. Il corso si svolge attraverso 3 workshop di due giorni ciascuno e coinvolge discutendo con rinomata esperienza nella ricerca cardiologica: Felicita Andreotti (Roma), Franco Cosmi (Perugia), Giuseppe Di Pasquale (Bologna), Roberto Latini (Milano), Aldo Pietro Maggioni (Firenze), Jennifer Messen (Malnate), Claudio Rapezzi (Ferrara), Paolo Verdecchia (Perugia). L'obiettivo dell'intero progetto è quello di:

**Un corso che va a consolidare e, auspicabilmente, incrementare l'elevato livello scientifico che la cardiologia italiana si è conquistata nel corso degli ultimi decenni**





a) identificare questioni aperte, bisogni clinici inevasi;  
 b) discutere le metodologie più appropriate per affrontarli;  
 c) disegnare protocolli di studio fattibili nella pratica clinica di tutti i giorni;  
 d) cercare di renderli operativi nel concreto;  
 e) creare un gruppo di lavoro di giovani cardiologi interessati ed esperti in ricerca clinica, così da consolidare ed ampliare il network cardiologico di ricerca ANMCO.

Il primo workshop si è svolto nella sede ANMCO il 22 e 23 Ottobre ed ha coinvolto 15 giovani cardiologi (8 femmine e 7 maschi) provenienti da 10 regioni d'Italia. Il corso si è aperto con una breve introduzione e gli auspici del Presidente ANMCO e del Presidente Designato ANMCO, Dott. Fabrizio Oliva, delegato a coordinare il piano straordinario per la ricerca clinica. Nei due giorni di corso i giovani partecipanti hanno avuto la possibilità di discutere in prima persona delle "aree grigie" della pratica clinica come potenziali punti di partenza per progetti di ricerca mirati a dare delle risposte alle questioni aperte. Il secondo workshop si svolgerà a fine novembre e quello conclusivo di questa prima edizione nel mese di gennaio. Ulteriori edizioni, che coinvolgeranno altri giovani cardiologi provenienti da tutta Italia, sono in programma per il 2022. In conclusione, *Next Generation ANMCO: a clinical research network* è un progetto inclusivo messo in campo grazie alla volontà del Presidente ANMCO di rendere i giovani parte attiva dell'associazione e formarli per dare loro l'opportunità di realizzare progetti per l'ANMCO del

futuro. Con piacere condivido alcuni commenti dei partecipanti al primo corso.  
 «Se ho visto più lontano, ho potuto farlo stando in piedi sulle spalle di giganti» scriveva il 5 febbraio 1675 Isaac Newton in una lettera indirizzata a Robert Hooke riprendendo un concetto già espresso in precedenza da Bernardo di Chartres e Giovanni di Salisbury... È un po' la sensazione che ho provato partecipando al workshop

**Un progetto inclusivo  
 messo in campo  
 grazie alla volontà del  
 Presidente ANMCO,  
 Prof. Furio Colivicchi, di  
 rendere i giovani parte  
 attiva dell'associazione  
 e formarli per dare  
 loro l'opportunità di  
 realizzare progetti per  
 l'ANMCO del futuro**

ANMCO Next Generation tenutosi a Firenze lo scorso 22 e 23 ottobre.» Ha commentato Maria Chiara Gatto a conclusione del primo workshop. Francesca Musella con grande entusiasmo ha commentato «Una incredibile occasione per fare network, discutere e confrontarsi con colleghi di elevato spessore professionale in una piacevolissima atmosfera serena ed amicale. Spero i progetti proposti possano essere messi in atto e gettare le basi per

l'organizzazione di numerose attività di ricerca trasversale, abbattendo le barriere interregionali. Grandissima iniziativa ANMCO, grazie a tutti colori che la hanno reso possibile ed in particolare al Dott. Maggioni per aver accettato di guidarci in questo percorso.»

«È raro avere la possibilità di discutere con cardiologi esperti ed in modo così approfondito dei bisogni inevasi da colmare nella pratica clinica. È indescrivibile l'arricchimento ricevuto...». Queste le parole di Francesco Perone anche lui entusiasta del primo workshop. ♥

**Bibliografia**

1. Hawila N, Berg A. Assessing the impact of COVID-19 on registered interventional clinical trials. *Clin Transl Sci.* 2021 May;14(3):1147-1154.
2. Effectiveness of intravenous thrombolytic treatment in acute myocardial infarction. Gruppo Italiano per lo Studio della Streptochinasi nell'Infarto Miocardico (GISSI). *Lancet.* 1986 Feb 22;1(8478):397-402.
3. GISSI-2: a factorial randomised trial of alteplase versus streptokinase and heparin versus no heparin among 12,490 patients with acute myocardial infarction. Gruppo Italiano per lo Studio della Sopravvivenza nell'Infarto Miocardico. *Lancet.* 1990 Jul 14;336(8707):65-71.
4. GISSI-3: effects of lisinopril and transdermal glyceryl trinitrate singly and together on 6-week mortality and ventricular function after acute myocardial infarction. Gruppo Italiano per lo Studio della Sopravvivenza nell'infarto Miocardico. *Lancet.* 1994 May 7;343(8906):1115-22.
5. GISSI-Prevenzione Investigators. Dietary supplementation with n-3 polyunsaturated fatty acids and vitamin E after myocardial infarction: results of the GISSI-Prevenzione trial. *Lancet.* 1999; 354: 447-455.



# Area Giovani 2019 - 2021: report di un triennio vissuto intensamente



Figura 1: PODFast disponibili sul Sito Web ANMCO

**2**019 - 2021: tre anni intensi, ricchi di attività, iniziative e collaborazioni trasversali. Eppure, sono volati, certo non senza lasciare un segno profondo in ciascuno di noi. Dove noi, è un noi allargato che abbraccia i tanti giovani che hanno collaborato e con cui abbiamo avuto l'opportunità di confrontarci e crescere in questo periodo. Proprio perché l'impegno ed il tempo dedicato è stato tanto, riteniamo che sia anche doveroso ripercorre quello che è stato fatto in questo triennio. Partiamo dalle

prime riunioni in cui il gruppo si è immediatamente sentito unito sia nel riconoscere l'onore di esser parte di un Comitato di un'Area ANMCO che nell'entusiasmo e nell'intento di contribuire in tante attività. Tante le idee scaturite fin dal primo confronto, maturate e sviluppate grazie al supporto del Consiglio Direttivo ed infine trasformate in attività concrete. Una delle primissime attività cui si è dedicata l'Area è la comunicazione. A tal fine è stata realizzata una brochure "L'ANMCO per i Giovani, i Giovani per

L'ANMCO" pubblicata sul sito nelle pagine dedicate all'Area e finalizzata a fare conoscere le molteplici attività che l'ANMCO offre ai giovani e attraverso cui i giovani possono sentirsi parte attiva dell'associazione. Tra queste ricordiamo la nuova rubrica *PODFast ANMCO*, nata da un'idea di Marco Flori e rielaborata insieme a tutto il Comitato di Coordinamento. Si tratta di una innovativa modalità di aggiornamento scientifico con contributi che riassumono i punti salienti delle più recenti ed interessanti pubblicazioni scientifiche. Un primo contributo *PODFast* è stato pubblicato nelle pagine web dell'ANMCO a Marzo 2019 in formato esclusivamente audio. A seguire, cogliendo i suggerimenti di Fortunato Scotto di Uccio, abbiamo sviluppato contributi in formato video con slides accompagnate da commenti audio. In totale sono stati realizzati 14 contributi *PODFast* coinvolgendo giovani cardiologi di tutta Italia (Figura 1), l'ultimo è in via di completamento mentre vi scriviamo. Tutti i componenti del Comitato di Coordinamento sono stati, inoltre, coinvolti nella realizzazione di un'altra nuova rubrica web di recensione e approfondimento di



Figura 2: Logo della rubrica *A&F in AF*

articoli della letteratura scientifica mirati ad orientare il cardiologo nella gestione della fibrillazione atriale sulla base delle più recenti evidenze. Il titolo che abbiamo dato alla rubrica è “Advances and Findings in Atrial Fibrillation at your fingertips”, nella forma breve *A&F in AF at your fingertips* (Figura 2). In totale sono stati realizzati 10 approfondimenti tutti corredati da una vivace parte iconografica e disponibili online nella

## Tante le idee scaturite fin dal primo confronto, maturate e sviluppate grazie al supporto del Consiglio Direttivo ed infine trasformate in attività concrete

sezione “Servizi e Aggiornamento”. Un’ulteriore rubrica web cui ha dato un contributo l’Area Giovani è la rubrica *Outplay...Clinical Case*. In questa rubrica, nel corso di questo triennio e fino ad oggi, sono stati proposti 5 casi clinici intriganti in cui la diagnosi non era immediata o casi particolarmente emblematici, sempre arricchiti da immagini suggestive. A ciascun caso sono stati associati dei quesiti diagnostici/terapeutici a risposta multipla, attraverso cui l’utente ha potuto “mettersi in gioco”. Nel corso della prima “ondata” della pandemia COVID-19 l’Area ha collaborato con l’ESC Board Committee for

Young Cardiovascular Professionals per la traduzione in lingua italiana della brochure “*COVID-19 e pazienti cardiopatici (FAQ)*”. Si tratta di un documento che contiene le risposte a quesiti che i pazienti cardiopatici, e più in generale tutti i cittadini, comunemente si pongono in merito ai rischi legati alla pandemia COVID-19. Un opuscolo di concreto ausilio per molti (Figura 3), disponibile online sia nelle pagine dedicate all’Area Giovani che nelle pagine dell’ESC [[Patient Q A-a4-Italian-HD.pdf](#) ([escardio.org](http://escardio.org))]. Altra attività cui ha contribuito l’Area Giovani è la produzione di *Latest News*, sintesi di articoli scientifici



Published on 1 April 2020 - Last update on 10 July 2020  
Traduzione in Italiano a cura di: Stefania Angela Di Fusco,  
Filippo Zilio e Marco Flori, a nome dell’Area Giovani ANMCO.

## COVID-19 e pazienti cardiopatici (FAQ)

*In considerazione delle molteplici domande riguardanti il COVID-19 pervenute al Forum messo a disposizione dei pazienti dalla Società Europea di Cardiologia (The ESC Patient Forum), è stato realizzato questo documento che racchiude utili raccomandazioni delle autorità internazionali e delle associazioni scientifiche. Le domande riguardanti la tua terapia devono essere rivolte al tuo medico.*

Figura 3: Particolare della Brochure “COVID-19 e pazienti cardiopatici (FAQ)”

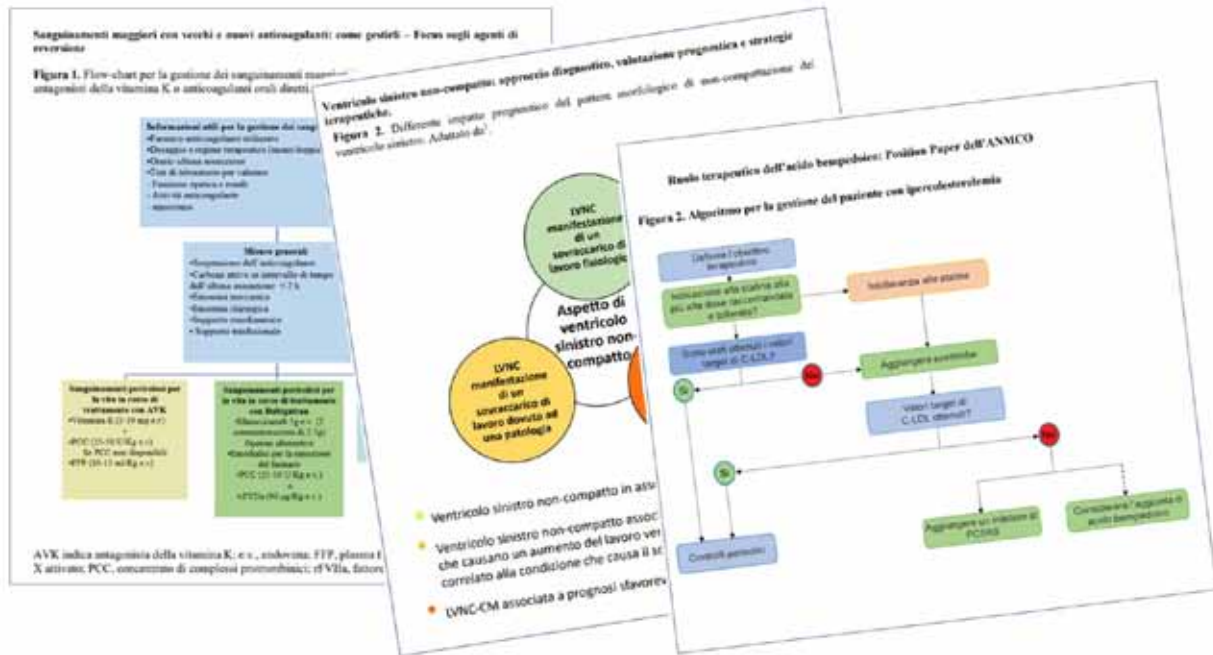


Figura 4: Alcune illustrazioni che arricchiscono i contributi realizzati dall'Area Giovani per la rubrica Latest News

di recente pubblicazione su riviste scientifiche di rilievo internazionale. Nel corso di questo triennio, in totale sono 8 i contributi realizzati dall'Area Giovani per la rubrica Latest News. La maggior parte dei contributi ha portato all'attenzione articoli scientifici i cui autori erano stati proprio i componenti dell'Area e sono tutti arricchiti da tabelle e figure esplicative (Figura 4). Ricordiamo inoltre il periodico aggiornamento della rubrica *International Opportunities*, mirata a mettere in evidenza le opportunità di training offerte da società scientifiche internazionali, e l'aggiornamento della rubrica *Job Opportunities*. L'Area Giovani si è anche dedicata all'attività editoriale scientifica ed in collaborazione con l'Area Emergenza - Urgenza e con il supporto del Consiglio Direttivo sono state realizzate due revisioni scientifiche, una dedicata alle

Sindromi Coronariche associate all'uso di droghe ed una dedicata alla fisiopatologia della dissezione coronarica spontanea e le relative implicazioni cliniche. Entrambi i lavori sono stati pubblicati su riviste di rilievo internazionale.<sup>1,2</sup> Numerosi sono stati anche gli articoli che l'Area Giovani ha redatto per questa rivista. In totale 9 articoli i cui contenuti hanno spaziato dal "Potere della musica ai tempi del Coronavirus" ad un'intervista alla Professoressa Barbara Casadei, Presidente ESC 2018 - 2020, si è poi parlato anche di "Droghe: al cuore di un problema di grande attualità" e di "La prima ESC Young Convention al Congresso ANMCO". Cogliamo l'occasione per ringraziare l'Editor di "Cardiologia negli Ospedali", Dott. Manlio Cipriani, il Direttore Responsabile, Dott. Mario Chiatto, e tutto lo staff di questa rivista per aver ospitato i nostri contributi e per i consigli che

hanno permesso di migliorarne i contenuti. A questo punto è davvero arrivato il momento di salutarci. Con quest'ultimo articolo tutto il Comitato di Coordinamento saluta con cordialità gli affezionati lettori di "Cardiologia negli Ospedali". ♥

#### Bibliografia

1. Di Fusco SA, Rossini R, Flori M, Pollarolo L, Ingianni N, Malvezzi Caracciolo D'Aquino M, Galati G, Zilio F, Iorio A, Scotto di Uccio F, Lucà F, Gulizia MM, Ciccirillo F, Gabrielli D, Colivicchi F; Document Reviewers: Andrea Di Lenarda, Pasquale Caldarola, Adriano Murrone, Loris Roncon, Vincenzo Amodio. Pathophysiology and management of recreational drug-related acute coronary syndrome: ANMCO position statement. *J Cardiovasc Med (Hagerstown)*. 2021 Feb 1;22(2):79-89.
2. Di Fusco SA, Rossini R, Zilio F, Pollarolo L, di Uccio FS, Iorio A, Lucà F, Gulizia MM, Gabrielli D, Colivicchi F. Spontaneous coronary artery dissection: Overview of pathophysiology. *Trends Cardiovasc Med*. 2021 Jan 14:S1050-1738(21)00003-7.



Il PDTA è uno strumento essenziale per la buona pratica clinica nel rispetto dei criteri di appropriatezza evitando condotte variabili o inappropriate

# Il Percorso Diagnostico - Terapeutico Assistenziale (PDTA): Raccomandazioni guida per una adeguata preparazione

L'importanza di uniformare e condividere un iter procedurale con l'obiettivo di dare vita ad un protocollo di stesura articolato in passaggi ben precisi tale da essere un riferimento-guida

Oggi il percorso diagnostico-terapeutico assistenziale (PDTA) rappresenta uno strumento essenziale in sanità per la buona pratica clinica, un modo corretto di lavorare da parte del medico e di garantire un'adeguata assistenza dal punto di vista diagnostico e terapeutico nel rispetto dei criteri di appropriatezza, seguire un percorso significa uniformare il modo di procedere evitando appunto condotte variabili o inappropriate. Per quanto concerne la normativa ricordiamo alcuni riferimenti quali la Legge 23/12/1996 n.662 e s.m.i., art. 1, comma 28 che recita "...i medici (...) conformano le proprie autonome decisioni (...) a percorsi diagnostici terapeutici, cooperando in tal modo al

**Il PDTA rappresenta uno strumento essenziale per la buona pratica clinica e per l'ottimizzazione della spesa sanitaria**  
**Pianificare e condividere un corretto iter procedurale, adeguato alle realtà locali, costituisce una base essenziale di lavoro per il professionista e mezzo di interlocuzione con le Istituzioni**

rispetto degli obiettivi di spesa"; l'intesa Stato-Regioni 23/03/2005, art.4, co.1, let.g Necessità di promozione e sviluppo dei PDTA ospedalieri e territoriali per assicurare l'uso appropriato delle risorse sanitarie e garantire l'equilibrio della gestione. L'Area Management & Qualità intende codificare, uniformare e condividere un progetto già esistente, dato che molti organismi ministeriali, associativi, scientifici hanno via via elaborato varie tipologie di PDTA, l'obiettivo è quello di dare vita ad un protocollo ANMCO di stesura di PDTA, articolato in passaggi ben precisi che possa essere di utilità e di guida ai Soci ANMCO. A tale scopo il progetto è stato suddiviso in due parti. Nella prima parte è stata



condotta una indagine conoscitiva sull'attuale modalità di preparazione dei PDTA in collaborazione con i Presidenti Regionali a cui è stato proposto un breve questionario, in modo da avere una visione dell'attuale stato dell'arte. Nella seconda parte considerando i dati emersi dall'indagine si è sviluppato lo schema del percorso. Le domande del questionario proposto prendevano in esame i punti chiave

## I pazienti affetti da polipatologie sono ricompresi in differenti PDTA dedicati, sarebbe opportuno prevedere l'afferenza in un percorso integrato

della preparazione del PDTA (Tabella 1). I risultati generati dall'analisi dei dati basati sulle risposte ai quesiti evidenziano una soddisfacente partecipazione del cardiologo alla preparazione del PDTA (Figura 1), la tipologia di iter seguita risulta preponderante per l'iter aziendale rispetto all'iter cardiologico (Figura 2), il metodo di preparazione risulta prevalentemente modificato in base alla tematica (Figura 3), le difficoltà incontrate risultano presenti in maniera rilevante (Figura 4) e ne viene specificata la tipologia (Tabella 2), la tempistica impiegata risulta alquanto difforme (Figura 5). Come si evince dai risultati la modalità di procedere è alquanto variabile e, ad esempio, le tempistiche sono in diversi casi così dilatate da compromettere, a nostro avviso, l'efficienza e l'efficacia dei Percorsi per cui l'analisi dei dati ha confortato ed ulteriormente rafforzato il nostro intento di codificare una procedura, articolata in una serie di passaggi, disegnando metodologicamente il percorso ed adattandolo alle esigenze locali.

### Disegno del PDTA

1 - Scelta Tematica del Percorso (patologia, diagnostica, trattamento, prevenzione, altro).

Il primo passo è senza dubbio quello di individuare l'oggetto del percorso che vogliamo disegnare per cui bisogna considerare le condizioni esistenti e vanno precisate le motivazioni o criticità alla base della scelta o della decisione di modificare un percorso esistente.

Obiettivo: adeguata assistenza del paziente unitamente all'ottimizzazione delle risorse.

2 - Costruzione del gruppo di lavoro.

Il gruppo di lavoro deve essere composto da tutti i rappresentanti delle figure professionali coinvolte (ad es. cardiologo, internista, nefrologo, MMG), un rappresentante dell'azienda sanitaria, il farmacista, un rappresentante dell'associazione dei pazienti o del tribunale del malato, un medico legale, ecc.

In sostanza il gruppo va ragionato e pianificato nei componenti e nella sua attività. La composizione del gruppo richiede la formalizzazione

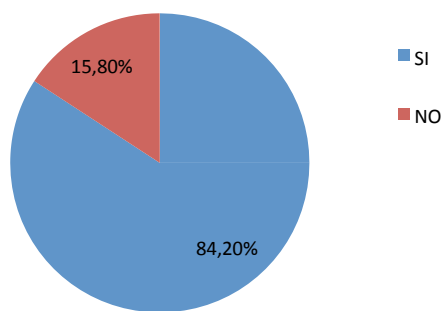


Figura 1 - Partecipazione

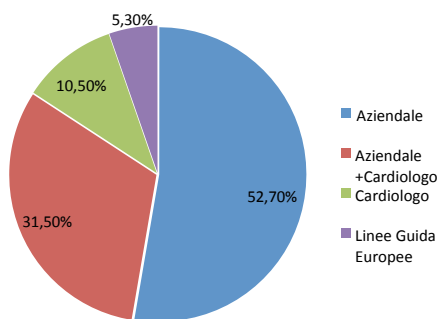


Figura 2 - Iter

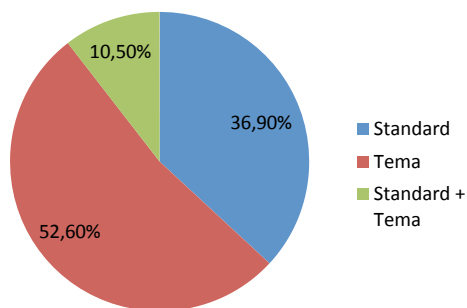


Figura 3 - Metodo di preparazione

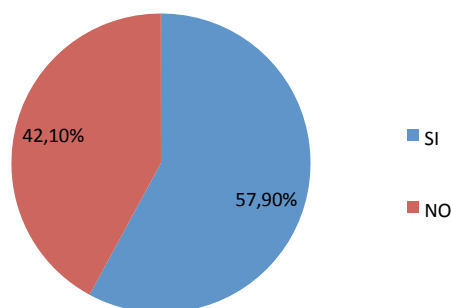


Figura 4 - Difficoltà

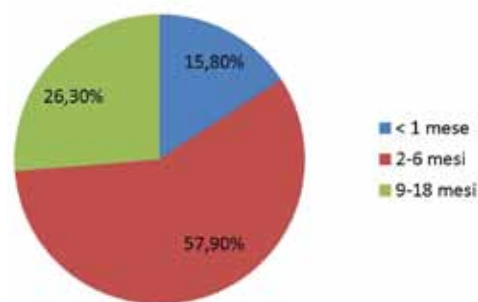


Figura 5 - Tempistica



ufficiale mediante delibera aziendale.

**Commento.** I pazienti affetti da polipatologie, ad es. SCC e diabete, sono ricompresi in differenti PDTA dedicati, sarebbe opportuno prevedere la confluenza in un PDTA integrato e questa pianificazione potrebbe essere un compito del MMG.

### 3 - Ricerca di Linee Guida e/o Documenti.

Ogni componente ricercherà le Linee Guida o i Documenti conosciuti più recenti su cui basare il percorso.

### 4 - Studio del territorio, della popolazione, delle sedi interessate.

Individuato il tipo di percorso: ospedaliero, territoriale oppure ospedale-territorio è fondamentale non prescindere dalle sedi in cui si opera per cui vanno attentamente considerati: le caratteristiche del territorio, la viabilità, gli accessi, i presidi e gli ospedali, la popolazione utente nonché le difficoltà legate all'utenza, al territorio, alle sedi di fruizione di servizi ed ai trasporti.

### 5 - Disegno del Percorso.

Impostazione: punti di ingresso e di uscita del paziente.

Accessibilità: criteri di inclusione e di esclusione.

Professionisti medici ed infermieristici coinvolti.

Criticità: organizzazione, personale, struttura, utenza.

**Commento.** I punti di ingresso vanno definiti con estrema attenzione in relazione alla valorizzazione dell'impatto che si intende dare al percorso di cura. In sostanza i punti di ingresso vanno pianificati in rapporto agli obiettivi. Accessibilità: opportuno un accesso diretto al percorso tramite la segnalazione del MMG.

1	HAI PARTECIPATO ALLA PREPARAZIONE DI UN PDTA?
2	NELLA PREPARAZIONE CHE TIPO DI METODOLOGIA HAI SEGUITO? (Es. Iter aziendale, iter elaborato dal cardiologo, altro...)
3	Il metodo di preparazione era standardizzato o veniva di volta in volta modificato in base alla tematica?
4	Hai incontrato delle difficoltà? E di che tipo?
5	Tempistica di elaborazione

Tabella 1 - Questionario PDTA

INTERAZIONE/COLLABORAZIONE CON RAPPRESENTANTI AZIENDALI
METODOLOGICHE
DISOMOGENEITÀ DELLE COMPETENZE
ATTRIBUZIONE DEI RUOLI (CHI FA COSA)
MEDIAZIONE - INTERAZIONE CON ALTRE FIGURE PROFESSIONALI

Tabella 2 - Tipologia delle difficoltà

### 6 - Tempistica.

È fondamentale rispettare una tempistica ben precisa che aiuti ad evitare ritardi biblici ed iniziare quanto prima l'attività attesa. Realizzare la costruzione del percorso in circa 6 mesi, a partire dalla formalizzazione ed insediamento del gruppo di lavoro, sembrerebbe un tempo ragionevole e che deve rappresentare il tempo massimo di attuazione in considerazione della tempistica delle riunioni, la ricerca documentale, lo studio di sedi, territorio ed utenza, l'illustrazione e la pubblicazione.

### 7 - Illustrazione del percorso.

Una volta disegnato il percorso si

**Il riscontro sulla funzionalità del percorso prevede l'applicazione di vari strumenti di rilevazione, inoltre sarebbe opportuna l'attivazione di un tavolo di regolamentazione per lo snellimento burocratico delle norme**



procede alla presentazione mediante riunioni interdisciplinari.

8 - Passo successivo la pubblicazione mediante opuscoli, poster.

9 - Si procede alla distribuzione dei Form del percorso ed alla pubblicazione sul sito web aziendale.

10 - Monitoraggio del percorso.

Il riscontro sulla funzionalità del percorso e sulla sua adeguatezza può essere fatto, a distanza di almeno sei mesi, dai professionisti interessati mediante lo strumento dell'Audit clinico, oltre chiaramente a tutti i meccanismi di rilevazione aziendale comprendenti indicatori di processo, di struttura, di esito, economici.

**Commento.** Sarebbe opportuno attivare un tavolo di regolamentazione per lo snellimento burocratico delle norme.

11 - Rielaborazione e correzione.

I risultati dell'Audit clinico e degli Indicatori potranno fornire elementi sulla eventuale necessità di apportare modifiche.

12 - Audit di controllo.

È possibile procedere successivamente, a distanza di un anno, ad un nuovo Audit di verifica.

13 - Aggiornamento periodico.

Il percorso necessita di un processo di aggiornamento che va pianificato almeno ogni due anni o anticipato se giustificato dalla pubblicazione di nuove Linee Guida o documenti. Inoltre devono essere previsti eventuali aggiornamenti in base alle possibili modifiche intercorrenti riguardanti i componenti del gruppo di lavoro, le strutture coinvolte, l'assetto organizzativo.

### **Considerazioni finali**

Lo schema proposto per la stesura di un PDTA è uno strumento di guida e di orientamento per chi,

anche se non per la prima volta, si trova nella condizione di dover elaborare un percorso di cura. Infatti molto spesso ci si ritrova a semplificare la costruzione applicando le Linee Guida senza un necessario adeguamento delle stesse alle realtà locali o si costruisce un protocollo così come sono

**Il PDTA rappresenta uno strumento essenziale per la buona pratica clinica L'Area Management & Qualità ha condotto un'indagine atta a verificare le modalità di costruzione ed attuazione dei PDTA nelle varie realtà regionali allo scopo di sviluppare una procedura condivisa**

i dettami dell'Azienda, magari non sempre corrispondenti alla visione del professionista che opera quotidianamente. Avere un documento comune significa potere e dovere interagire con i rappresentanti aziendali condividendo una metodica di preparazione unificata. L'intento di questo progetto è quello di avere uno strumento di confronto, di

“contrattazione” che possa aiutarci ad affermare quella che è la metodica di lavoro del cardiologo arginando prese di posizione o protocolli caduti dall'alto che non trovano un'adeguata corrispondenza nella realtà lavorativa e nelle problematiche quotidiane. Il modo di procedere, a nostro avviso, sarebbe quello che dovrebbe portare naturalmente il cardiologo al confronto con le Istituzioni ed alla condivisione dei piani lavorativi, far sì che usualmente, ad esempio, i vertici aziendali prima di procedere all'emanazione di un protocollo o altro, consultino gli specialisti di settore.

Da ripensare seriamente, inoltre, la possibilità di disegnare percorsi integrati per semplificare il trattamento dei pazienti con polipatologie. Purtroppo nella realtà odierna con le già gravi carenze di personale medico ed infermieristico e le problematiche strutturali ed organizzative che sono venute ad integrarsi con il drammatico quadro della pandemia da Covid 19, il rapporto con i vertici ministeriali ed aziendali si è fatto ancora più complicato ed è sempre più difficile proporre piani di lavoro che presuppongono di conseguenza l'efficienza e l'adeguamento del personale e delle strutture.

In conclusione in considerazione del fatto che il documento presuppone l'adeguamento alle realtà locali unitamente ad una pianificazione concordata con gli interlocutori pubblici può ragionevolmente costituire uno strumento estremamente utile nel dialogo costruttivo tra operatori sanitari ed Istituzioni.♥





Massimo Di Marco

## ABRUZZO

*Presidente*

Massimo Di Marco - Pescara

*Consiglio Regionale*

Manuela Benvenuto - Teramo  
Carlo Alberto Capparuccia - Chieti  
Vincenzo Cicchitti - Chieti  
Eleonora De Luca - L'Aquila  
Roberta Magnano - Pescara  
Pierluigi Natali - S. Omero (TE)  
Benedetta Ruggieri - Teramo  
Giuliano Valentini - Avezzano (AQ)



Serena Rakar

## FRIULI VENEZIA GIULIA

*Presidente*

Serena Rakar - Trieste

*Consiglio Regionale*

Thomas Caiffa - Trieste  
Sara Doimo - Pordenone  
Eliana Grande - Trieste  
Gerardina Lardieri - Gorizia  
Cristina Lutman - Udine  
Luisa Mattei - Gorizia  
Luigi Neglia - Pordenone  
Mauro Toniolo - Udine



Marco Fabio Costantino

## BASILICATA

*Presidente*

Marco Fabio Costantino - Potenza

*Consiglio Regionale*

Angela Bochicchio - Policoro (MT)  
Maria Antonella Ciccarone - Matera  
Gianpaolo D'Addeo - Potenza  
Maria Giuseppina Veglia - Matera



Giuseppe Pajes

## LAZIO

*Presidente*

Giuseppe Pajes - Ariccia (RM)

*Consiglio Regionale*

Alessandro Aiello - Roma  
Alessandro Danesi - Roma  
Silvio Fedele - Roma  
Paride Giannantoni - Roma  
Fabio Menghini - Roma  
Giovanni Pulignano - Roma  
Vittoria Rizzello - Roma  
Luigi Sommariva - Viterbo



Roberto Caporale

## CALABRIA

*Presidente*

Roberto Caporale - Cosenza

*Consiglio Regionale*

Franco Catapano - Corigliano-Rossano (CS)  
Cosima Cloro - Cosenza  
Fabio Megna - Crotona  
Vittorio Pascale - Catanzaro  
Carmelo Massimiliano Rao - Reggio Calabria  
Domenico Zucco - Catanzaro



Vered Gil Ad

## LIGURIA

*Presidente*

Vered Gil Ad - Genova

*Consiglio Regionale*

Valentina Boasi - Sanremo (IM)  
Massimiliano Fedele - Genova  
Matteo Ghione - Savona  
Paola Maragliano - Arenzano (GE)  
Luca Olivotti - Pietra Ligure (SV)  
Isabella Puccetti - La Spezia  
Anna Toso - Genova  
Gianluca Trocchio - Genova



Gerolamo Sibilio

## CAMPANIA

*Presidente*

Gerolamo Sibilio - Pozzuoli (NA)

*Consiglio Regionale*

Gennaro Bellizzi - Ariano Irpino (AV)  
Luciano Carbone - Nola (NA)  
Ilaria Caso - Napoli  
Silvana Cicala - Caserta  
Alfredo Madrid - Napoli  
Antonio Parente - Benevento  
Pasquale Spadaro - Napoli  
Francesco Vigorito - Salerno



Giuseppe Di Tano

## LOMBARDIA

*Presidente*

Giuseppe Di Tano - Casalmaggiore (CR)

*Consiglio Regionale*

Roberto Bonatti - San Fermo della Battaglia (CO)  
Benedetta Carla De Chiara - Milano  
Caterina Chiara De Carlini - Merate (LC)  
Oreste Carlo Febo - Milano  
Luigi Fiocca - Bergamo  
Attilio Iacovoni - Bergamo  
Annalisa Turco - Pavia  
Chiara Roberta Vecchio - Saronno (VA)



Gabriele Guardigli

## EMILIA ROMAGNA

*Presidente*

Gabriele Guardigli - Ferrara

*Consiglio Regionale*

Daniela Aschieri - Castel San Giovanni (PC)  
Mirza Becirovic - Carpi (MO)  
Diego Della Riva - Bologna  
Elisa Gardini - Forlì  
Simone Longhi - Bologna  
Francesco Manca - Reggio Emilia  
Giulia Ricci Lucchi - Faenza (RA)  
Giovanni Tortorella - Fidenza (PR)



Giovanni Tarsi

## MARCHE

*Presidente*

Giovanni Tarsi - Pesaro

*Consiglio Regionale*

Luca Angelini - Ancona  
Fabrizio Buffarini - Senigallia (AN)  
Alessandro Capestro - Ancona  
Alessandro D'Alfonso - Ancona  
Josephine Staine - Jesi (AN)  
Francesca Terzi - Pesaro



Annalisa Viele

## MOLISE

*Presidente*

Annalisa Viele - Campobasso

*Consiglio Regionale*

Giovanna Giannotti - Campobasso  
Alexandra Sabusco - Campobasso



Edoardo Bonsante

## TRENTINO ALTO ADIGE

*Presidente*

Edoardo Bonsante - Bolzano

*Consiglio Regionale*

Elisa Minchio - Trento  
Michele Moretti - Trento



Ferdinando Varbella

## PIEMONTE - VALLE D'AOSTA

*Presidente*

Ferdinando Varbella - Rivoli (TO)

*Consiglio Regionale*

Stefano Albani - Aosta  
Monica Andriani - Torino  
Mauro De Benedetto Fabrizi - Cuneo  
Catia De Rosa - Torino  
Vincenzo Infantino - Ivrea (TO)  
Stefano Maffé - Borgomanero (NO)  
Luigi Pollarolo - Casale Monferrato (AL)  
Pierluigi Sbarra - Torino



Antonia Mannarini

## PUGLIA

*Presidente*

Antonia Mannarini - Bari

*Consiglio Regionale*

Francesco Bartolomucci - Andria (BT)  
Grazia Casavecchia - Foggia  
Margherita Ilaria Gioia - Brindisi  
Katya Vitina Lucarelli - Acquaviva delle  
Fonti (BA)  
Giovanni Luzzi - Castellaneta (TA)  
Marco Russo - Gallipoli (LE)  
Pietro Scicchitano - Altamura (BA)  
Antonio Tondo - Lecce



Gianfranco Delogu

## SARDEGNA

*Presidente*

Gianfranco Delogu - San Gavino Monreale (SU)

*Consiglio Regionale*

Silvia Denti - Olbia (OT)  
Cristiana Denurra - Sassari  
Franca Maria Liggi - Oristano  
Alessandra Lorenzoni - Carbonia (SU)  
Stefano Mameli - Cagliari  
Rosa Chiara Manzi - Cagliari  
Laura Sau - Lanusei (OG)  
Tanuccia Secci - Nuoro



Giovanna Geraci

## SICILIA

*Presidente*

Giovanna Geraci - Palermo

*Consiglio Regionale*

Alessandro Carbonaro - Catania  
Maria Letizia Cavarra - Catania  
Paolo Costa - Avola (SR)  
Alessandro Di Giorgio - Taormina (ME)  
Salvatore Di Rosa - Agrigento  
Flavia Dispensa - Palermo  
Michele Gabriele - Mazara del Vallo (TP)  
Sebastiano Lumera - Vittoria (RG)



Giancarlo Casolo

## TOSCANA

*Presidente*

Giancarlo Casolo - Lido di Camaiore (LU)

*Consiglio Regionale*

Maria Laura Canale - Lido di Camaiore (LU)  
Marisa Carluccio - Pisa  
Gabriele Grippo - Prato  
Gaia Chiara Selvaggia Magnaghi - Pescia (PT)  
Francesco Orso - Firenze  
Carlotta Sorini Dini - Siena  
Enrica Talini - Livorno  
Leonardo Misuraca - Grosseto



Adriano Murrone

## UMBRIA

*Presidente*

Adriano Murrone - Città di Castello (PG)

*Consiglio Regionale*

Emilia Biscottini - Foligno (PG)  
Deborah Cosmi - Gubbio (PG)  
Serena Di Maria - Orvieto (TR)  
Georgette Houry - Terni  
Rosanna Lauciello - Perugia  
Rosita Panciarola - Assisi (PG)



Claudio Bilato

## VENETO

*Presidente*

Claudio Bilato - Arzignano (VI)

*Consiglio Regionale*

Francesco Bacchion - Monselice (PD)  
Sergio Cozzi - Santorso (VI)  
Alessandra Cristofaletti - Verona  
Ada Cutolo - Mestre (VE)  
Alessandro De Leo - Montebelluna (TV)  
Daniela Mancuso - Padova  
Claudio Picariello - Rovigo  
Giovanni Turiano - San Donà di Piave (VE)



## L'aterosclerosi e la degenerazione valvolare nei pazienti epatopatici

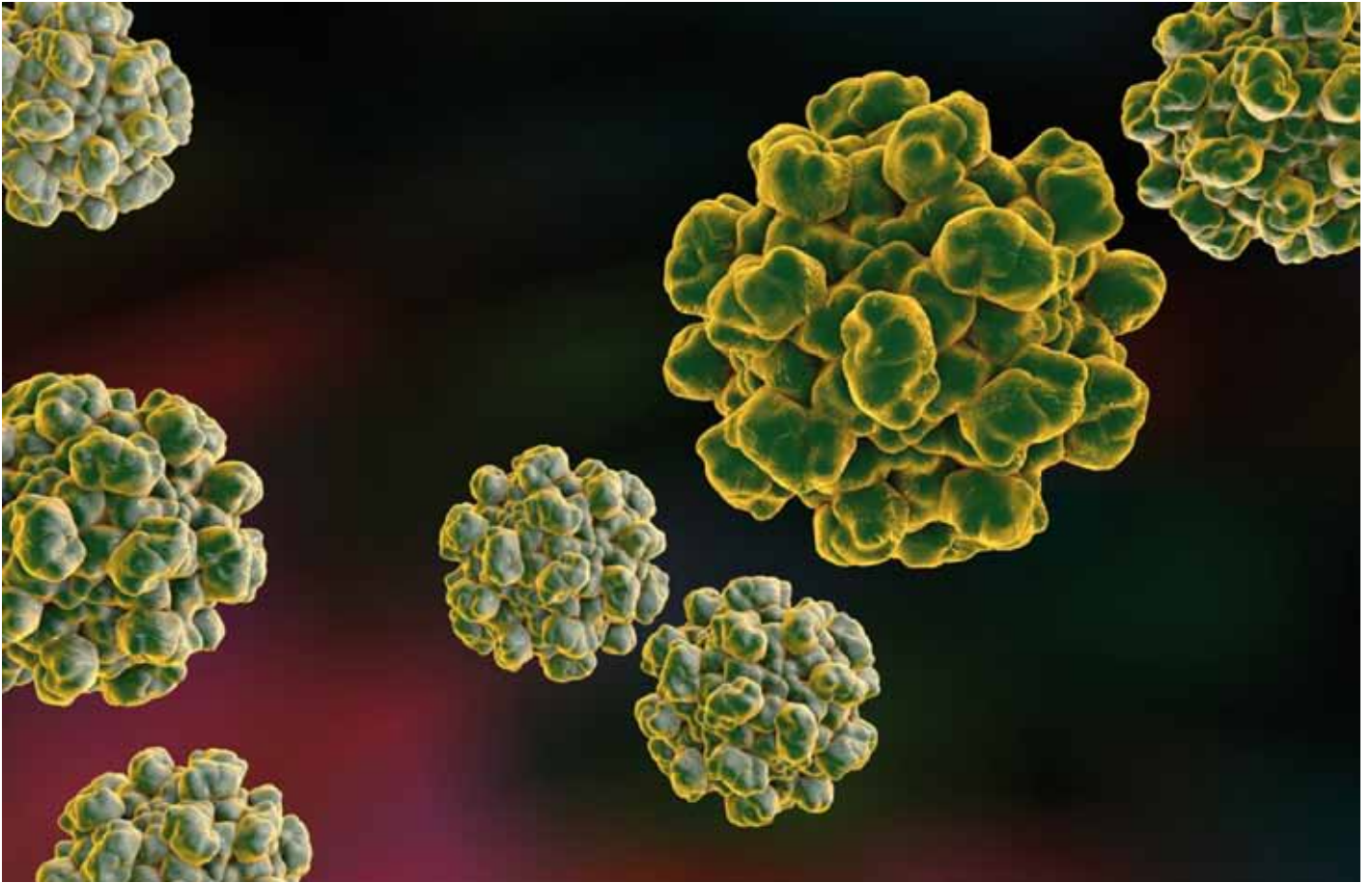
# Ruolo degli epatovirus nella precoce insorgenza del processo di aterosclerosi e di disfunzione valvolare

## Calcificazioni valvolari cardiache ed epatopatia virale cronica

**L'**epatite cronica può essere definita una malattia necrotico-infiammatoria del fegato caratterizzata dalla persistenza nel tempo di necrosi epatocitaria e di infiammazione, dimostrabili istologicamente e presenti in vario grado. Numerosi sono gli agenti, infettivi e non infettivi che possono causare tale malattia: tra le condizioni dovute a processi non infettivi, vanno ricordate le forme autoimmuni e le epatopatie da farmaci. La persistenza della necrosi e dell'infiammazione induce la fibrosi e, in alcuni casi la formazione di setti connettivale che, associandosi alla rigenerazioni parenchimale, causano una progressiva alterazione della struttura lobulare fino, eventualmente, alla cirrosi epatica<sup>(1)</sup>. La cirrosi epatica è una malattia cronica del fegato a molteplice eziologia, caratterizzata da fenomeni degenerativo-necrotici parenchimali associati a fibrosi e rigenerazione nodulare, con

**I virus dell'epatite sembrano svolgere un ruolo patogenetico nel processo aterosclerotico precoce e sono suscettibili di essere ritenuti responsabili di danni valvolari cardiaci che nella maggior parte dei casi si esprimono come calcificazioni valvolari. La patogenesi di queste calcificazioni sarebbe di tipo infiammatorio cronico e non un semplice processo passivo degenerativo**

conseguente disorganizzazione dell'architettura lobulare e vascolare<sup>(2)</sup>. La compromissione dell'apparato cardiocircolatorio in corso di cirrosi epatica rappresenta un'evenienza frequente, che spesso è presente in forma subclinica nello stadio iniziale (pre-ascitico) della malattia. Negli ultimi anni è stata attribuita un'importanza sempre maggiore a questa condizione sia per il ruolo fondamentale che gioca nel determinare le complicanze più temibili della cirrosi epatica che per la capacità di influenzare sensibilmente la prognosi dei pazienti che ne presentano i segni. La presenza di alterazioni istologiche a carico del miocardio dei pazienti cirrotici sono note da più di 50 anni, da allora sono stati condotti moltissimi studi sia sull'animale da esperimento che sull'uomo che hanno in larga parte chiarito i meccanismi ed identificato i determinanti fondamentali della "cardiomiopatia del cirrotico"<sup>(3)</sup>. Una



significativa percentuale di pazienti cirrotici mostra all'autopsia un cuore con peso francamente superiore alla norma (> di 400 g.), inoltre presenta una notevole dilatazione delle camere cardiache e una minore consistenza del miocardio rispetto ai pazienti con cardiopatia nota<sup>(4)</sup>. Numerose pubblicazioni hanno evidenziato che la patogenesi infettiva può giocare un ruolo importante nel processo aterosclerotico. Le infezioni potrebbero aggredire l'endotelio vascolare o direttamente o indirettamente attraverso meccanismi di risposta immunitaria<sup>(5)</sup>. Tali microrganismi agirebbero come agenti stressanti per l'endotelio, responsabili perciò di quelle

alterazioni biochimiche e risposte cellulari altamente specifiche che possono essere descritte come una malattia infiammatoria<sup>(6,7)</sup>. Secondo la teoria cosiddetta della "risposta al danno", un danno della parete endoteliale sarebbe il momento iniziale dello sviluppo delle lesioni aterosclerotiche.

Sembra essere determinante il ruolo svolto dalle anomalie funzionali del  $\beta_1$ -recettore<sup>(8)</sup>. Altrettanto importante appare il ruolo di composti potenzialmente tossici quali endotossine e citochine riversate in circolo attraverso gli shunts portosistemici o inadeguatamente inattivati dal fegato. Queste sostanze sono in grado di svolgere un'azione

**La compromissione dell'apparato cardiocircolatorio rappresenta un evenienza frequente nelle fasi avanzate di epatopatia. Negli ultimi anni sono stati condotti numerosi studi che hanno identificato tutta una serie di alterazioni cardiovascolari sia strutturali che emodinamiche**



inibitoria diretta sulla contrattilità miocardica e di influenzare, direttamente o indirettamente, il tono vascolare. Infine, esistono delle evidenze che pongono l'accento sul ruolo della ridotta fluidità delle membrane cellulari in corso di cirrosi epatica. Gli eventi finora descritti possono in parte spiegare le alterazioni della performance cardiaca e le anomalie sia strutturali che funzionali rinvenibili nel cuore cirrotico. Alcuni studi hanno inoltre dimostrato una correlazione significativa tra infezione da HCV ed HBV e la presenza di placche aterosclerotiche alle carotidi nella popolazione generale<sup>(9)</sup>. Se fino a qualche anno fa la calcificazione valvolare era vista come qualcosa di degenerativo e passivo, oggi è considerato un processo patobiologico che molto condivide con la formazione dell'osso in fase embrionale ed attira su di sé l'attenzione della comunità scientifica internazionale. Stimoli aterogenici come citochine infiammatorie, lipidi ossidati e produzione di monociti macrofagi promuovono l'osteogenesi e la calcificazione della matrice in cellule di coltura. Le basi cellulari delle calcificazioni valvolari e quindi della ossificazione eterotopica sono state chiarite da Mohler et al<sup>(10)</sup> che ha dimostrato, attraverso lo studio anatomopatologico di valvole

**Si raccomanda un follow-up degli eventi cardiovascolari nei pazienti con infezione da epatite presente e progressa**

## **È noto che l'epatite virale può non solo colpire gli epatociti, provocando epatiti croniche, cirrosi e HCC, ma coinvolge anche nervi, linfociti e cellule endoteliali determinando una malattia extraepatica**

cardiache calcifiche, la presenza di vari gradi di ossificazione e di infiltrati infiammatori: Mohler infatti, ha riscontrato: Calcificazioni distrofiche, lamelle ossee mature, rimodellamento osseo attivo, formazione di osso endocondrale (fenomeno comunemente riscontrato nella riparazione delle fratture ed anche nella fibrodisplasia ossificante progressiva FOP). Inoltre ha dimostrato la presenza della BMP2/4, (proteina morfogenetica dell'osso); della osteopontina, osteocalcina ed osteonectina. Inoltre, nelle aree di ossificazione e di calcificazione distrofica ha riscontrato macrofagi ed aggregati linfocitari nonché mastcellule. Queste ultime poi sono state chiamate in causa da alcuni autori proprio come le responsabili della liberazione di potenti mediatori dell'infiammazione: metallo proteinasi, serin-proteasi, chinasi, catepsina, istamina, TNF- $\alpha$ , PGD2 e leucotrieni 88. In sintesi l'attivazione di queste linee cellulari porterebbe al rilascio di tutta una serie di citochine, chemiochine, fattori di crescita ed enzimi idrolitici, capaci di contribuire all'angiogenesi, all'aterosclerosi, alla calcificazioni e quindi all'ossificazione delle valvole.

In conclusione la patogenesi delle calcificazioni valvolari cardiache (ossificazioni e della differenziazione endocondrale delle valvole) può essere definite come il risultato di processo infiammatorio cronico e non come un semplice processo passivo degenerativo. ♥

### Bibliografia

- 1) Krupa R Mysore, Daniel H Leung. Hepatitis B and C. Clin Liver Dis. 2018 Nov; 22(4):703-722. doi: 10.1016/j.cld.2018.06.002. Epub 2018 Aug 22.
- 2) Pul S, Marcellin P. Management of chronic hepatitis in 2008 Gastroenterol Clin Biol 2008 Mar, 32(3); S 71.
- 3) Talia M Leal-Alvarado, Ignacio Escalante-Sandoval, José L Gálvez-Romero, Paola Ávila-López, José L Flores-Castillo, Montserrat Galván-Ramírez. Physiopathological and diagnostic aspects of cirrhotic cardiomyopathy. Arch Cardiol Mex 2020;90(2):154-162. doi: 10.24875/ACME.M20000110.
- 4) Lunseth JH, Olmstead EG, Forks G. A study of heart disease in 180 hospitalized patients dying with portal cirrhosis. Arch Intern Med 1958; 102: 405-13.
- 5) S.A. Morrè et al Microorganism in the aetiology of atherosclerosis J.Clin.Pathol 2000;53;647-654.
- 6) Mayr M, Kiechl S, Willeit J, Wick G Xu Q. Infection immunity, and atherosclerosis: association of antibodies to Chlamidia Pneumoniae, Helicobacter Pylori, and Cytomegalovirus with immune reaction to heat-shock protein 60 and carotid or femoral atherosclerosis. Circulation. 2000 Aug22;102(8):833-9. 77.
- 7) Danesh J, Wong Y, Ward M, Muir J. Chronic infection with Helicobacter Pylori, Chlamydia Pneumoniae, or Cytomegalovirus: population based study of coronary heart disease. Heart. 1999 Mar;81(3):245-7.
- 8) Ma Z, Lee S. Cirrhotic cardiomyopathy: getting to the heart of the matter. Hepatology 1996; 2: 451-9.
- 9) Yuko Ishizaka et al. Association Between Hepatitis C Virus Core Protein and Carotid Atherosclerosis- Circulation Journal Vol 67, January 2000.
- 10) Emile R. Mohler et al Bone formation and inflammation in Cardiac Valve Circulation March 20 2001, 103;1522-1528.



# ANMCO Lombardia: work in progress

**L**e deleterie ricadute organizzative post - COVID in ambito sanitario e specificatamente in ambito ospedaliero in Lombardia sono ancora evidenti e tutt'ora condizionano la normale attività clinica - assistenziale. I programmi di ripresa sono ripartiti anche se in maniera disomogenea, con l'intento di riattivare quei Servizi forzatamente interrotti e recuperare prestazioni specialistiche ambulatoriali ridimensionate se non completamente sospese anche in maniera prolungata in molti Centri Ospedalieri lombardi. In particolare alcune Unità Coronariche riconvertite a reparti per la gestione del paziente respiratorio acuto hanno solo da poco sostanzialmente ripreso il loro ruolo e quasi tutte le strutture Ambulatoriali hanno dovuto rivedere la gestione dei propri pazienti cronici rimodulandosi organizzativamente ed implementando mezzi fino ad allora sottoutilizzati, come il teleconsulto o la video - visita. Le attività formative e culturali stanno riprendendo, anche se si è ancora lontani dagli standard di normalità. Gli eventi in ambito cardiologico in primo momento accantonati, organizzati solo con iniziative a distanza, in modalità telematica, solo da poco stanno ritornando in presenza, ma con partecipazione ridimensionata secondo le specifiche direttive sanitarie regionali. ANMCO Lombardia ha costantemente

presenziato, cercando di supportare per quanto fattibile le esigenze dei singoli Centri e con la ripresa delle possibilità di incontri in presenza ha modulato un programma iniziale di prossimi eventi formativi che vanno dalla gestione del paziente cardiologico acuto a quella del paziente cronico.

## **Il paziente acuto: "ripartire" dalle UTIC**

Proprio nell'anno della scomparsa del professor Fausto Rovelli, pioniere in Italia e Lombardia della moderna concezione delle cure cardiologiche e fondatore nel 1967 all'ospedale Niguarda di una delle prime UCIC italiane, il CD Lombardia, nel solco del il Progetto nazionale ANMCO del Club delle UTIC, ha focalizzando l'attenzione sul ruolo delle UTIC nella gestione del paziente cardiologico acuto-critico. Negli ultimi anni, infatti, le, UTIC, si sono evolute, adeguandosi alla nuova epidemiologia del paziente cardiologico acuto sempre più complesso, attingendo ad innovazioni tecnologiche e ad approcci terapeutici che fino a pochi anni fa erano prerogativa del rianimatore. D'altra parte i continui criteri di accreditamento e la nuova realtà intensivistica post-covid sta sollecitando e richiedendo, almeno in Lombardia una nuova mappatura regionale delle strutture intensive con il rischio di una forzata riconsiderazione del ruolo delle UTIC, specie quando inserite in peculiari

contesti ospedalieri assistenziali fortemente modificati, in alcune realtà più di altre, dagli eventi legati alla pandemia. Ai cardiologi sono sempre più richieste competenze avanzate per garantire un expertise ed una centralità gestionale che in alcune realtà rischia paradossalmente perfino di essere messa in discussione. Al fine di approfondire tali criticità ANMCO Lombardia si è mossa in anticipo per capire, approfondire e discutere le dinamiche organizzative delle nostre UTIC, in modo da essere pronti a gestire attivamente, come cardiologi ospedalieri, una possibile fase riorganizzativa, che deve comunque considerare e rafforzare l'imprescindibilità della centralità cardiologica nella gestione delle UTIC e dei percorsi di cura del paziente cardiologico acuto. Il primo evento, previsto per il 26 novembre a Milano è infatti dal titolo **La centralità delle UTIC nella cura del cardiopatico acuto in Lombardia** e si inserisce in tale dinamica, puntualizzando, valorizzando e sottolineando il ruolo essenziale delle UTIC nella gestione ospedaliera del paziente cardiologico "acuto". In previsione dell'evento è stata organizzata una specifica "survey" a livello regionale, proposta a tutte i Responsabili delle UTIC lombarde per fotografare l'attuale situazione con lo scopo di definire la tipologia di organizzazione e strutturazione, la dotazione anche di supporti diagnostici e terapeutici oltre che di



personale medico ed infermieristico, la tipologia di pazienti ricoverati nelle UTIC e gli attuali livelli di competenze presenti, in modo da avere una fotografia “basale” delle UTIC lombarde cercare di avviare un processo di standardizzazione e uniformazione del trattamento del paziente acuto.

### Il paziente cronico: quali le novità in ambito di scopenso?

L'altra iniziativa prevista nel primo trimestre del prossimo anno è un corso incentrato sullo Scopenso cardiaco cronico, in particolare sulle ricadute pratiche delle importanti novità introdotte dalle nuove linee guida ESC 2021 dal titolo **Le nuove linee guida sullo scopenso cardiaco cronico nella pratica clinica**. L'evento sarà itinerante, riproposto con un unico format in diverse strutture ospedaliere della regione, la prima prevista a Pavia, il 28 gennaio 2022. Avrà un'impronta il più possibile pratica, con l'intenzione di rispondere ad alcuni prevedibili dubbi e perplessità dei cardiologi riguardo l'applicabilità delle nuove raccomandazioni terapeutiche per lo SC cronico in diversi contesti clinici e favorire la discussione con esperti. I principali argomenti andranno dalla nuova gestione farmacologica “orizzontale” del paziente con scopenso a frazione di eiezione ridotta e preservata, anche alla luce dei dati sulla sopravvivenza raggiunti con gli inibitori di SGLT2, alle indicazioni e tempistiche dei supporti avanzati di circolo, alla gestione delle valvulopatie nei pazienti con disfunzione ventricolare sinistra, all'utilità e la fruibilità di nuovi strumenti telematici, quali la



## LA CENTRALITÀ DELLE UTIC NELLA CURA DEL CARDIOPATICO ACUTO IN LOMBARDIA

26 NOVEMBRE 2021 - Grand Visconti Palace Hotel, Milano

RES

telemedicina ed il ruolo centrale della riabilitazione cardiologica nella gestione del paziente con scopenso cronico. Gli effetti negativi della pandemia sono molti e noti. Il tema del “dopo” è senz'altro complesso e la sola prospettiva cardiologica da sola è certamente limitante nell'affrontare complesse dinamiche strategiche ed organizzative. La pandemia ha almeno positivamente sollecitato e trasformato il desiderio di lavorare insieme in una necessità, e ANMCO Lombardia seguirà tale esigenza con la proposta di fornire una formazione aggiornata e capillare, e una condivisione dei percorsi formativi e gestionali. L'auspicio è quello di migliorare

la collaborazione in rete tra le Cardiologie lombarde con l'obiettivo di massimizzare per quanto possibile una uniformità di cure sia all'interno di ciascun Ospedale, che tra Ospedali e tra Ospedali e il territorio. La formazione, l'aggiornamento e lo sviluppo di competenze assieme all'implementazione dei percorsi gestionali volti ad offrire una strategia diagnostico-terapeutica precoce ed ottimizzata sia nel paziente acuto che nel paziente cronico sono gli obiettivi primari indicati da ANMCO Nazionale, e ANMCO Lombardia sta già lavorando per applicare tali indicazioni sul proprio territorio. ♥



## ANMCO

### Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri MODULO PER LA DOMANDA DI FELLOWSHIP ANMCO

• da presentare entro il 28 febbraio 2022 •

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"/> Cardiocirurgia (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) |



# 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](mailto: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](http://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.

# FELLOWSHIP ANMCO

• Termine di presentazione della domanda 28 febbraio 2022 •

## 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](mailto: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](http://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](mailto: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.



# 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](mailto: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](mailto: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<br>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](mailto: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 personali<sup>1</sup> 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 giudiziaria o amministrativa.

<sup>1</sup> 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".



DALLE REGIONI - VENETO  
DI CLAUDIO PICARIELLO, ADA CUTOLO  
E CLAUDIO BILATO



I responsabili delle UTIC del Veneto si sono riuniti per discutere problemi organizzativi e confrontarsi sui percorsi assistenziali del paziente cardiopatico acuto

# La Rete Veneta delle UTIC: siamo già a buon punto!

Il confronto di esperienze diverse nelle varie UTIC del Veneto circa il trattamento delle patologie cardiache acute fa comprendere l'importanza di ritrovarsi e confrontare le varie esperienze per giungere alla miglior gestione e trattamento

Il 7 ottobre scorso si è tenuto presso l'Ospedale di Mestre il primo incontro *“La rete Veneta delle UTIC: a che punto siamo?”* organizzato dal direttivo ANMCO Veneto con il coordinamento dei Cardiologi intensivisti Dott.ssa Ada Cutolo (Ospedale dell'Angelo di Mestre) e Dott. Claudio Picariello (Ospedale di Rovigo). L'invito alla tavola rotonda era esteso a tutti i 25 Direttori di Unità Complessa delle Cardiologie Venete e relativi responsabili UTIC.

L'adesione è stata larghissima e sentita, con la partecipazione di tutti i responsabili UTIC e di alcuni Direttori di Unità Complessa. L'evento è stato realizzato al fine di creare momenti di incontro, confronto e condivisione su tematiche attuali, gestionali ed organizzative, riguardanti le nostre Terapie Intensive Cardiologiche e la tavola rotonda si è svolta focalizzando le problematiche sullo stato attuale dell'organizzazione delle reti

assistenziali per diverse patologie cardiologiche acute: sindrome coronarica acuta, embolia polmonare, shock cardiogeno.

Il Presidente Regionale ha introdotto i lavori ringraziando i presenti per l'adesione nonostante gli impegni lavorativi: si trattava di una delle prime occasioni di incontro in presenza “extra-congressuale” tra soci ANMCO del Veneto dall'inizio della pandemia da SARS-COV 2.

I coordinatori Cutolo e Picariello hanno quindi guidato la riunione, incentrata solo marginalmente alle presentazioni “frontali”, privilegiando la discussione “a microfono aperto” sulle esperienze dei singoli centri UTIC.

## **La rete STEMI: quali criticità dopo 14 anni**

Si è iniziato dalla presentazione del documento regionale sulla rete Veneta dello STEMI in via di formalizzazione a livello istituzionale dopo la conclusione del tavolo di lavoro costituito ad hoc dall'autorità regionale e comprendente molti opinion-leader veneti appartenenti ad



Figura 1 - Alcuni partecipanti durante l'incontro *“La rete Veneta delle UTIC”*



Figura 2 - I Coordinatori della Rete Veneta delle UTIC Ada Cutolo e Claudio Picariello in azione

ANMCO.

Nonostante le inevitabili criticità organizzative spesso conseguenti alle caratteristiche orografiche e lagunari del territorio veneto, è stato ricordato come da anni il sistema di teletrasmissione ECG dal territorio (118) alle UTIC del Veneto sia una realtà consolidata pressoché ovunque, se non in zone remote del Cadore/dolomiti bellunesi dove si sta cercando di migliorare la trasmissione. I tempi di trasporto rapidi rendono ormai ovunque la trombolisi sistemica nello STEMI un “lontano ricordo per vecchi cardiologi”. È emersa invece la problematica del back-transfer dal centro hub al centro spoke che viene eseguita in maniera regolare ed appropriata solo in alcune realtà, in altre invece solo parzialmente, con tempistiche variabili e spesso solo a stabilità clinica “fin troppo consolidata”. È emersa una forte eterogeneità sulla tempistica del pre-trattamento con inibitori P2Y12 nello STEMI: alcuni centri lo fanno in ambulanza, altri in Pronto Soccorso, altri in sala di Emodinamica prima della angioplastica primaria.

### La tempistica dell'indagine coronarografica nel NSTEMI

La Dott.ssa Cutolo ha quindi introdotto la tematica dello NSTEMI e del dibattito riguardo lo studio coronarografico entro 24h dalla diagnosi stabilita. Molti dei presenti hanno convenuto, come già sottolineato in un recente Position Paper ANMCO sul timing della coronarografia, come l'attuale organizzazione dei Laboratori di Emodinamica di quasi tutte le Cardiologie venete, per quanto ben

**L'invito a questa “tavola rotonda” è stato esteso a tutti i 25 Direttori di Unità Complessa delle Cardiologie Venete e relativi responsabili UTIC. L'adesione è stata larghissima e sentita, con la partecipazione di tutti i responsabili UTIC e di alcuni Direttori di Unità Complessa**

organizzati, renda poco praticabile per i pazienti ricoverati tra il venerdì pomeriggio ed il sabato sera, un approccio invasivo entro 24 h. Circa il timing della somministrazione degli inibitori P2Y12 si è riscontrata una sostanziale uniformità nell'evitare il pretrattamento nel paziente che va a coronarografia precocemente. C'è stata discussione ed eterogeneità di comportamento invece sul timing della somministrazione dell'inibitore del recettore P2Y12 nei casi in cui la coronarografia non venga eseguita entro 24h (classe IIb livello di evidenza C secondo le recenti linee guida ESC).

### La rete dello shock cardiogeno

Il dr Picariello ha successivamente introdotto il tema della rete del paziente con shock cardiogeno in Veneto, presentando le risultanze di una recente survey delle UTIC venete dove emerge come i centri con ECMO siano cinque (quelli dotati di cardiocirurgia) e due quelli con “capacità” di trapianto cardiaco (Padova e Verona). Gli intensivisti presenti si sono confrontati sulle indicazioni e sul timing di attivazione per l'assistenza ventricolare (dall'Impella al VAD). Altri punti di criticità sono risultati la comunicazione tra UTIC senza e con cardiocirurgia, e le modalità di trasporto e le sedi di impianto dei device (on-site o dopo centralizzazione dal centro periferico). Quasi tutte le UTIC Venete comunque hanno possibilità di accedere al posizionamento di Impella, e attivare eventualmente il centro ECMO di riferimento. Tra i responsabili delle UTIC Venete si è convenuto come il contropulsatore, nonostante i suoi limiti nell'assistenza



ventricolare sinistra rispetto all'Impella confermati dalle ultime linee guida ESC sullo scompenso cardiaco acuto, ha ancora un ruolo importante in molte realtà per motivi di budget, di praticità e di comorbidità/età dei pazienti trattati.

### **La rete dell'embolia polmonare**

Infine si è trattato il tema della rete nel paziente con embolia polmonare a rischio-intermedio alto ed alto (le due classi di rischio che necessitano ricovero in UTIC). In caso di deterioramento emodinamico (shock) o di controindicazione assoluta a dosaggi pieni di trombolitico le linee guida ESC 2019 consigliano ove presente ed ove vi sia l'expertise l'uso di sistemi percutanei di trombectomia percutanea mediata da ultrasuoni con trombolisi a basse dosi. La metodica ha dati positivi in letteratura sempre crescenti: negli Stati Uniti i pazienti a rischio intermedio-alto/alto vengono ormai routinariamente valutati dal PERT (Pulmonary Embolism Response Team) ovvero un gruppo di specialisti dedicati alla patologia che decidono dopo valutazione

**L'incontro ha confermato il ruolo cruciale delle UTIC come "cuore pulsante" delle Cardiologie ospedaliere, richiedente competenze multidisciplinari per la gestione di pazienti con comorbidità sempre più extra-cardiologiche**

## **La rete delle UTIC del Veneto vuole diventare il riferimento per tutti i Cardiologi intensivisti della regione, che incontrandosi periodicamente e confrontando le singole esperienze potranno interagire con maggiore efficienza e condividere modalità di gestione assistenziali dei pazienti complessi**

telematica dei singoli casi la migliore terapia (anticoagulante, percutanea o chirurgica). L'attivazione dell'equipe ECMO nel paziente con embolia polmonare ad alto rischio con shock refrattario è utilizzata nonostante l'alto rischio emorragico. Riguardo l'embolectomia chirurgica acuta cominciano ad esserci alcuni casi isolati anche in Veneto che sono stati presentati durante la riunione. È stato infine sottolineato il costo delle procedure interventistiche nell'embolia polmonare in contrasto al basso impatto del DRG del ricovero per questa patologia rispetto alla cardiopatia ischemica.

### **Il futuro della rete UTIC del Veneto**

I due coordinatori, su mandato del Consiglio regionale, hanno infine proposto una serie di incontri dedicati a Cardiologi intensivisti del Veneto, da tenersi nel corso del 2022 presso le varie Cardiologie del Veneto con cadenza bimestrale, per discutere aspetti più pratici che teorici. Sono emersi tra i presenti numerosi temi di interesse: gestione della terapia antitrombotica in corso di FA e PCI, dosaggio degli inotropi e dei vasopressori nello shock, gestione della terapia sostitutiva renale, terapia farmacologica e non farmacologica del delirio da terapia intensiva. Lo scopo degli incontri sarà

quello di confrontare le varie realtà lavorative, aggiornare e possibilmente uniformare i protocolli operativi alla luce della più recente letteratura, sviluppando un "dibattito proficuo" per far crescere le singole unità di terapia intensiva coronarica venete peraltro già all'avanguardia su molte problematiche. L'incontro ha confermato il ruolo cruciale delle UTIC come "cuore pulsante" delle Cardiologie ospedaliere, che richiede competenze multidisciplinari per la gestione di pazienti con comorbidità anche extra-cardiologiche. Consolidando i rapporti personali e professionali tra i singoli responsabili delle UTIC del Veneto, speriamo di creare un circolo virtuoso di crescita umana e culturale. Gli incontri che si terranno nel 2022 nei vari ospedali con UTIC del Veneto hanno questo scopo e vedranno il coinvolgimento attivo di tutti i professionisti che operano nelle UTIC del Veneto per condividere, confrontarsi e consolidare modalità operative nel paziente con malattia cardiaca acuta. Continua dunque il leitmotiv del Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Veneto: fare rete! E se il se il buongiorno si vede dal mattino, possiamo dire che la rete delle UTIC del Veneto... è già a buon punto!♥



Come mai sono passati oltre due decenni da quando si è cominciato a parlare di Intelligenza Artificiale, ma la sua diffusione è ancora così limitata?

# Quale futuro per l'Intelligenza Artificiale? Apriamo un dibattito...

Apriamo un dibattito sul futuro dell'Intelligenza Artificiale, che coinvolga non solo gli addetti ai lavori ma tutta la Cardiologia Clinica, con l'obiettivo di far emergere le difficoltà e gli ostacoli alla sua implementazione e le strategie da attuare per un loro definitivo superamento.

Per inviare il vostro contributo al forum scrivete un'email a [cardiologiaospedali@anmco.it](mailto:cardiologiaospedali@anmco.it)

DI MARCO BOBBIO



I principi etici della professione medica per guidare le applicazioni di progetti di Intelligenza Artificiale

## I buoi e la stalla

I progetti di applicazione dell'Intelligenza Artificiale (Artificial Intelligence: AI) in ambito medico stanno aprendo orizzonti sorprendenti che potrebbero migliorare sensibilmente la diagnosi e

la cura dei pazienti di tutto il mondo. Gli esperti più sensibili ai rischi che comporta la diffusione incontrollata di nuove tecnologie, sostengono però che nel progettare un nuovo sistema si dovrebbe prioritariamente

valutare quale sarà l'impatto sui fruitori e sulla società. Attualmente invece i programmatori si occupano del funzionamento e della ricaduta economica, a prescindere da quali effetti produrrà a breve e lungo





termine. Tutto ciò è pericoloso. Questo ragionamento si applica anche all'AI in campo medico; non si tratta di metterne in discussione la validità, ma di valutare ogni progetto come verrà applicato e quali conseguenze potrà provocare. L'AI offre potenzialità straordinarie che potranno essere di supporto ai medici e ai pazienti, potranno risolvere problemi clinici, ma deve esser guidata da principi etici oltre che economici.

## Gli algoritmi di AI dovranno dimostrare la loro utilità sulla base di ricerche prospettiche di confronto tra medici che usano l'AI e medici che non lo usano, rispetto a end point clinici forti (riduzione di eventi maggiori e mortalità)

### Pro

I fautori sostengono che i pazienti di tutto il mondo, indipendentemente dal posto dove vivono, potranno essere trattati in modo equo, perché potranno accedere alle migliori e aggiornate informazioni disponibili (se l'elettricità e i collegamenti internet raggiungeranno ogni angolo del pianeta, ovviamente), che le diagnosi verranno formulate in modo più rapido, che le terapie saranno più accurate, che ogni processo diagnostico sarà meno costoso dal momento che gli algoritmi prescriveranno il test giusto,

alla persona giusta, nel momento giusto della sua malattia, e che tutto questo si tradurrà in una maggiore efficienza clinica<sup>[i]</sup>. Si tratta di potenzialità; non sappiamo quali saranno i sistemi di AI applicati alla medicina, quanto saranno accurati e se, oltre che efficienti, saranno anche efficaci e non creeranno artificiose sovrapprescrizioni.

### Contro

Le questioni che devono essere risolte per ogni progetto di AI<sup>[ii]</sup>, prima che venga implementato, riguardano:

- *La fiducia.* Medici e pazienti devono fidarsi alla cieca della bontà degli algoritmi che sono una sorta di black box che opera in modo imperscrutabile; i fruitori potranno solo vedere cosa entra e cosa esce, senza aver la possibilità di capire e di interferire con il processo decisionale.
- *La validità.* La validità dell'algoritmo può essere compromessa da errori metodologici e procedurali, da pregiudizi degli sviluppatori e da data base che non riflettono gli ambienti clinici reali e che non rappresentano le condizioni dove verranno applicati. L'errore commesso da un medico si ripercuote su un singolo individuo, quello di un algoritmo su milioni di pazienti.
- *La generalizzabilità.* Gran parte delle informazioni provengono da data base raccolti negli Stati Uniti e in alcuni paesi Europei e da linee guida scritte da esperti di paesi occidentali. Si dovrà valutare se i risultati potranno essere applicati a pazienti che vivono in differenti contesti culturali, sociali ed economici.



- *La responsabilità.* Nel caso di un errore diagnostico di chi sarà la responsabilità? Di chi ha sviluppato l'algoritmo, della società che lo ha commercializzato, dell'ospedale che lo ha adottato o del medico che ha assunto la decisione finale?<sup>[iii]</sup>
- *La privacy.* C'è un accordo unanime sul fatto che l'implementazione dei progetti di AI devono essere accompagnati da una garanzia

**Si deve pretendere che venga valutata non solo l'efficienza, ma anche l'efficacia clinica nel ridurre complicazioni, ricoveri, decessi senza produrre squilibri sociali, comportamentali e relazionali**



assoluta sulla protezione dei diritti dei cittadini e dei pazienti in termini di privacy e sicurezza. Recentemente una iniziativa di Google DeepMind e del Servizio Sanitario Nazionale Britannico è stata bloccata perché i pazienti non erano stati sufficientemente informati su come i propri dati sarebbero stati utilizzati.

- *L'efficacia.* Ogni algoritmo dovrebbe essere considerato un device medico e studiato e valutato in modo rigoroso con trial clinici randomizzati per saggiarne l'efficacia clinica. Le ricerche finora pubblicate riguardano il confronto tra l'accuratezza diagnostica di un algoritmo con quella di medici esperti. È invece indispensabile dimostrare che un algoritmo sia utile sulla base di ricerche prospettiche di confronto tra medici che usano l'AI e medici che non lo usano, rispetto a end point clinici forti (riduzione di eventi maggiori e mortalità). Non è sufficiente limitarsi a verificare che l'AI sia più accurata di un medico esperto, come non ci accontentiamo di sapere che un farmaco riduce l'incidenza di un end point surrogato, senza che sia accertata la riduzione della mortalità.
- *La deresponsabilizzazione.* Si deve evitare il rischio di una eccessiva dipendenza dai sistemi di AI che potrebbero avere gravi conseguenze sulla deresponsabilizzazione e sulla dequalificazione dei medici in ambito clinico. In caso di un parere controverso tra una raccomandazione fornita da AI e da un medico, a chi si crederà?<sup>[iv]</sup>
- *Il rapporto medico paziente.* Il rapporto

medico paziente potrebbe essere messo a rischio. Come sostenuto in un documento del Parlamento Europeo "il contatto umano è uno degli aspetti fondamentali della cura e rimpiazzare le persone con dei robot potrebbe disumanizzare

### Si deve evitare il rischio di una eccessiva dipendenza dai sistemi di AI che potrebbero avere gravi conseguenze sulla deresponsabilizzazione e sulla dequalificazione dei medici

in modo irreversibile la pratica medica"<sup>[v]</sup>.

- *Valori personali.* Bisognerà verificare che i sistemi tengano conto dei valori, delle aspettative e dei bisogni dei pazienti che sono differenti in base a differenti contesti culturali e sociali. Non si possono applicare parametri etici uguali per tutti in tutte le parti del mondo.

### Governare l'innovazione

Come professionisti della sanità che hanno a cuore il bene delle persone ammalate, non possiamo permetterci di sacrificare sull'altare dell'efficienza diagnostica alcuni principi che hanno regolato la nostra professione per millenni. Le potenzialità della AI applicata alla medicina sono straordinarie, i primi dati pubblicati dimostrano un'elevata efficienza diagnostica, ma non si può transigere

sul fatto che strumenti così potenti possano essere implementati senza adeguate sperimentazioni. Per ogni algoritmo si deve pretendere che venga valutata non solo l'efficienza, ma anche l'efficacia clinica nel ridurre complicazioni, ricoveri, decessi senza produrre squilibri sociali, comportamentali e relazionali. È necessario uno sforzo a livello internazionale per governare un processo che attualmente sembra in balia di una assoluta deregulation, in modo da prevedere le possibili conseguenze, invece di dovere rimediare danni non previsti. Visti i contraccolpi provocati da programmi lanciati in internet, senza valutarne l'impatto sulle persone più fragili, i medici e le loro associazioni devono chiedere a gran voce che si tenga chiusa la stalla fino a quando non ci siano garanzie che l'uscita dei buoi sia davvero utile e non provochi danni. ♥

### Bibliografia

- <sup>[i]</sup> Desai AN Artificial Intelligence: Promise, pitfalls, and perspective JAMA 2020. doi:10.1001/jama.2020.8737
- <sup>[ii]</sup> Gerke, S Minssen T, Cohen G. Ethical and legal challenges of artificial intelligence-driven healthcare. Editor(s): Adam Bohr, Kaveh Memarzadeh. Artificial Intelligence in healthcare. Academic Press 2020, Pages 295-336, ISBN 9780128184387. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-818438-7.00012-5>
- <sup>[iii]</sup> Price WN, Gerke S, Cohen IG. Potential liability for physicians using Artificial Intelligence. JAMA 2019; 322: 1765-1766. doi:10.1001/jama.2019.15064
- <sup>[iv]</sup> Dalton-Brown S. The Ethics of medical AI and the physician-patient relationship. Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics 2020; 29: 115-121. doi:10.1017/S0963180119000847
- <sup>[v]</sup> Wehbe, R., Curcio, E., Gajjar, M., & Yadlapati, A. Technology and Its Influence on the Doctor- Patient Relationship. International Cardiovascular Forum Journal. 2015; 3: 38-39. <http://dx.doi.org/10.17987/icfj.v3i0.99>



Lettera al Dott. Nicolosi sull'Intelligenza Artificiale

# L'Intelligenza Artificiale applicata all'Ecocardiografia Clinica

Quali implicazioni rispetto alla pratica clinica quotidiana?

**S**ono un (quasi) giovane cardiologo friulano di 40 anni ed ho avuto la fortuna ed il privilegio di approcciare precocemente la metodica ecocardiografica alla quale mi dedico con passione sempre crescente da 12 anni. Ho letto con molto interesse la prima lettera di questo forum dedicato all'intelligenza artificiale (Artificial Intelligence = AI) in quanto non solo l'argomento in sé ha sempre destato il mio interesse, ma l'idea di poterla applicare all'imaging cardiovascolare, e nello specifico all'ecocardiografia, ha anche aumentato ulteriormente la sua attrattività per le potenziali applicazioni alla nostra professione. Documentandomi sull'argomento ho scoperto che i software per l'AI sono ormai disponibili per la maggior parte degli ecocardiografi di nuova generazione, anche se non inclusi nel cosiddetto "pacchetto base", e che in Italia almeno tutti i grossi centri dispongono di questa applicazione per la metodica ecocardiografica. In particolare ciò su cui mi interrogo è il motivo per cui, se da una parte in Italia la disponibilità dell'AI

si sta estendendo sempre più e all'estero anche accompagnata da una produzione scientifica copiosa, dall'altra parte sembra che le evidenze riguardino argomenti

**L'Intelligenza Artificiale applicata all'Ecocardiografia mirata alla pratica clinica quotidiana attualmente sembra un progetto tutt'altro che realizzabile, specialmente nelle realtà decentrate  
Dubbi, perplessità e speranze di un giovane cardiologo ecocardiografista in un centro "spoke"**

piuttosto circoscritti, prevalentemente incentrati su obiettivi di ricerca, in assenza di una vera e propria crescita e diffusione nella pratica clinica dell'AI, atte ad aiutare

concretamente l'ecocardiografista clinico nella sempre più gravosa routine quotidiana. Sembra evidente che per altre metodiche di imaging come la TC, RMN e persino nel campo della Medicina Nucleare l'AI trovi sempre più spazio e contribuisca attivamente ad aiutare lo specialista nella diagnosi e stratificazione prognostica con software sempre più avanzati: prima con il "Machine Learning", progressivamente affinato fino ad arrivare al "Deep Learning" ed alla compenetrazione con il "Cognitive Computing". Questo non sembra essere altrettanto vero nel settore ecocardiografico e ciò forse si può ricondurre a molteplici cause. In primo luogo è noto come frequentemente si disponga, in generale, di insufficienti risorse; ciò è soprattutto vero per i presidi ospedalieri "spoke", in uno dei quali lavoro, che solitamente hanno un ampio bacino d'utenza ma dove la spesa per questo tipo di tecnologia pare non venga ritenuta prioritaria (ricordo che il software dell'AI comporta un importo maggiorato mediamente di circa 30.000 Euro rispetto al costo complessivo



## Le evidenze riguardano argomenti piuttosto circoscritti, prevalentemente incentrati su obiettivi di ricerca, in assenza di una vera e propria crescita e diffusione nella pratica clinica dell'AI in Ecocardiografia



dell'Ecocardiografo). Inoltre la metodica ecografica è ritenuta la più dipendente dall'operatore e ciò sottende almeno due altre implicazioni: quella di tipo medico-legale, inerente l'assenza di una precisa regolamentazione che delinei chiaramente dove finisce la responsabilità della macchina ed inizia quella dell'operatore, esacerbata dalla cosiddetta "scatola

nera" del software che impedisce all'operatore di intervenire ottimizzando il meccanismo decisionale della macchina, nonché quella legata al fattore "time-consuming" associato all'utilizzo dell'AI. Diventa perciò comprensibile la difficoltà nel rendere capillare la diffusione dell'AI soprattutto in ecocardiografia. Convergo sul fatto che un maggior dialogo fra gli

**Intelligenza Artificiale e possibilità di applicazione all'Ecocardiografia Clinica fra risorse limitate e gravosa routine quotidiana: molta letteratura, poche certezze**

sviluppatori dei software ed i clinici possa in qualche modo contribuire a rendere la metodica più appetibile e diffusa, plasmandola e rendendola veramente un valore aggiunto nella diagnostica anche ecocardiografica, con inevitabili vantaggi anche nella pratica clinica quotidiana. Continuo ad alimentare aspettative e a credere fermamente nelle nuove potenzialità dell'ecocardiografia,

**Insufficienti risorse, "time-consuming" e implicazioni medico-legali: tre ostacoli ad ora apparentemente insormontabili**

la quale pare sbriciolare sempre di più i propri limiti, sovrapponendosi anche con altre metodiche nel cosiddetto "imaging multimodale" sia complementare che ibrido. Purtroppo appare talvolta non sufficientemente valorizzata, in una dura realtà che pretende sempre più esami sempre in meno tempo, a discapito della necessaria contestualizzazione clinica da effettuarsi ancora prima di iniziare l'esame stesso. Questa realtà, in ecocardiografia clinica in particolare, sembra scontrarsi con i possibili nuovi approcci inerenti l'AI, soprattutto in funzione del suo livello attuale di applicabilità su larga scala. È impossibile, a mio avviso, non riconoscere l'enorme potenziale di questa tecnologia, ma pare che i tempi non siano ancora maturi perché possa incidere nell'operatività quotidiana influenzandola significativamente.♥



**L'IA facilita la continuità di cura tra Ospedale e Territorio  
e afferma la pratica delle cure domiciliari**

# L'Intelligenza Artificiale in Cardiologia per la creazione di un Network di Eccellenza Clinica

**Ogni snodo decisionale deve poter essere preso con il massimo supporto dei big data "long-live" nella loro trasparenza, permettendo così una giusta presa in carico da parte del personale sanitario**

Gli strumenti di intelligenza artificiale (Artificial Intelligence=AI) sono sempre più entrati nelle nostre vite e la Cardiologia ne ha accresciuto la sensibilità seminando un terreno perfetto per lo sviluppo di applicativi addirittura in grado, in molti casi, di migliorare la qualità di cura. Il modello clinico di AI tende a rafforzare i principi di cura primaria e secondaria realizzando concretamente l'integrazione Ospedale-Territorio fin verso le Case di Comunità e i "Point-of-Care" con l'introduzione delle cure domiciliari. Alcuni dei fattori fondamentali per il successo concreto dell'AI sono:

- i dati del paziente che non solo vanno raccolti, ma creati in luoghi e realtà differenti per finalità e consistenza specifica (empowerment ed engagement del paziente);
- il percorso del paziente per essere

funzionante deve essere reattivo e consistente nel passare da una struttura a un'altra, secondo una modalità causale e legata a eventi e fattori discriminanti;

- le diverse figure che insistono nella cura devono sempre poter essere contemporaneamente e facilmente

aggiornate sul quadro clinico del paziente e nello stesso modo aggiornarlo a loro volta;

- ogni snodo decisionale deve poter essere preso con il massimo supporto dei dati, delle informazioni, nella loro totalità e chiarezza, permettendo una giusta presa in carico da parte del

**L'AI tende a rendere fruibili tutte le informazioni  
mediche di differente complessità**

**Con la creazione di un Datalake si concretizza  
il "data fusion" tra le cartelle cliniche di differenti reparti,  
laboratori, servizi di diagnostica, laboratori di genomica  
anche di Ospedali differenti e può venire popolato, quindi,  
da dati provenienti da infiniti data warehouse**

**Il Datalake porta poi al Network di Eccellenza Clinica tra  
presidi cardiologici di differente livello  
e rafforza la continuità di cura**



personale rispetto alla scelta;  
- il rispetto dei principi etici emanati da OMS nel giugno u.s. ovvero di un AI affidabile che conservi l'autonomia umana del medico e del paziente senza manipolazione alcuna;  
- la prevenzione dei danni;  
- l'equità nella distribuzione giusta di costi e benefici oltre che la fruibilità senza barriere e l'esplicabilità quale trasparenza dei processi clinici.  
In relazione all'esplicabilità, i nuovi modelli di AI per applicazioni in sanità vengono realizzati con un addestramento e un funzionamento "supervisionati" dal clinico,

## Gli applicativi di Comprensione del Linguaggio Naturale (NLU) propri dell'intelligenza artificiale permettono la creazione di nuovi standard nella creazione, gestione e condivisione del dato

superando di fatto il concetto di "black box". Questo garantisce "trasparenza" al comportamento del sistema stesso. Una delle barriere che permette scarsamente l'utilizzo di AI risiede principalmente in due sezioni: 1) lato Ospedale, dove si tende alla sola consultazione di "data warehouse (DW)" verticali che, come noto, non si interfacciano con altri contenitori di dati internamente allo stesso dipartimento. Per esempio una richiesta di consultazione al DW

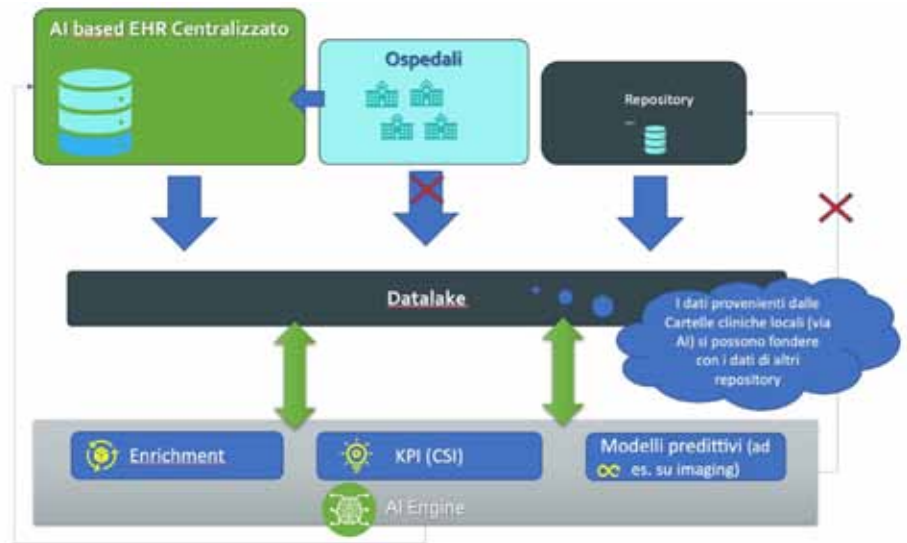


Figura 1

di emodinamica non interseca i dati della degenza o dell'imaging (PACS/RIS); 2) lato paziente, dove è ancora molto debole il suo coinvolgimento nella filiera del dato trasmissibile. Due sono anche i livelli che devono essere messi al centro della progettazione: metodologie e tecnologie che siano in grado di creare, gestire e rendere disponibili i dati in modo consistente e

(DTL) è l'infrastruttura necessaria e più innovativa (Figura 1)<sup>(1)</sup>, perché consente la fusione dei dati tra le cartelle cliniche di differenti reparti, laboratori chimico-clinici, di genomica e servizi di diagnostica, anche di Ospedali differenti e può venire popolato, quindi, da dati provenienti da infiniti DW. Il DTL contiene dati statistici e storici e rappresenta l'ambiente per

## L'intelligenza artificiale è una tecnologia realmente game changer permettendo di aggregare dati di diversa natura e tipologia, strutturati e non strutturati, per restituire ad esempio un indicatore di stabilità clinica sintetico e prognostico

fruibile a tutti i livelli non solo come infrastrutture; strumenti che siano aggregazioni e indichino in modo prognostico l'andamento del paziente unendo lo storico al trend futuro e proponendolo in modo facilmente fruibile. Il Datalake

l'elaborazione di AI permettendo l'"arricchimento" della cartella clinica (estrazione dati dai referti, calcolo indicatori di stabilità o di altri indicatori sintetici di performance clinica verso modelli predittivi). Questa infrastruttura è fondamentale

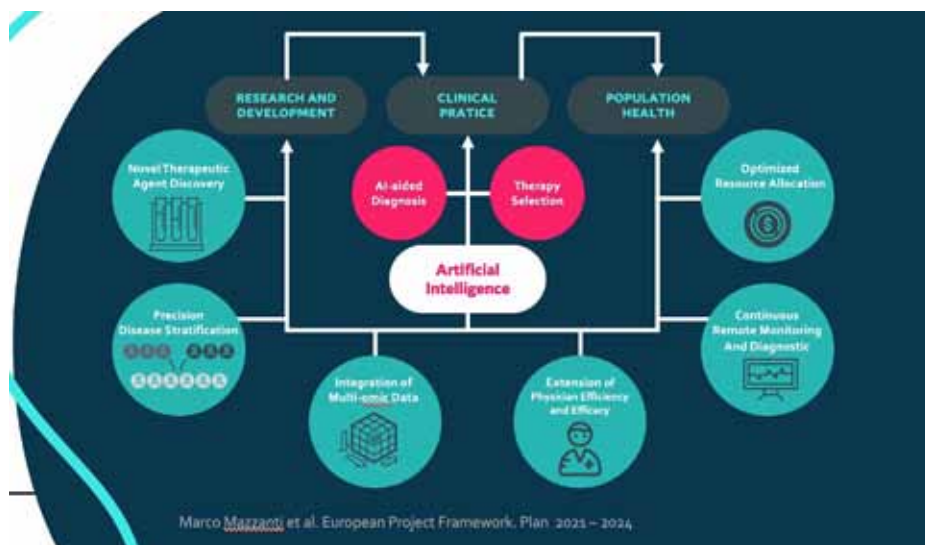


Figura 2

che venga progettata secondo tutti i criteri ormai individuati e definiti relativamente alla “cybersecurity”. Gli strumenti che operano e le relazioni sono codificati e progettati sempre in quest’ottica, permettendo anche, in taluni casi, una verifica dello status quo del sistema informatico sanitario più generale. È nel DTL che avviene l’addestramento Machine Learning e si creano gli applicativi di AI poi rilasciabili al front-end medico-paziente mediante sistemi di supporto alle decisioni. Grazie a queste forme di AI è possibile organizzare il Network di Eccellenza Clinica (Figura 2): un sistema di AI impara ad interpretare differenti azioni cliniche che derivano da una nuova condizione del paziente con l’obiettivo di perfezionare sempre più l’applicativo e rilasciare al medico automaticamente suggerimenti sui rischi nel contesto clinico in esame, sulle forme di testing e sull’outcome promuovendo ricerca, pratica clinica e strategie di prevenzione. L’AI è una tecnologia realmente

“game changer” perché aggrega dati di diversa natura e tipologia, strutturati e non strutturati, per restituire ad esempio un unico indicatore clinico sintetico e prognostico (da qui la denominazione “AI by long-live big data”). L’applicativo di AI consente: la stratificazione del paziente e valutazioni per priorità sempre “data driven”; un approccio “one-to-many by one health” cioè il clinico può gestire più pazienti contemporaneamente focalizzando la propria attenzione su quelli più critici / instabili avendo così una prima lettura della situazione clinica e approfondendo i singoli parametri in un secondo tempo “augmented decision”; il costante aggiornamento ogni volta che nuovi dati/informazioni sul paziente vengono inseriti rimanendo di facile e veloce lettura; il supporto nei diversi snodi decisionali all’interno del percorso specifico o più ampio. Questo introduce il Continuous Learning e, quindi, la capacità di

crescita e dinamicità intrinseca nella tecnologia di AI. Esso comporta un forte valore di equità nel trattamento, visto che l’addestramento non viene fatto con dati selezionati o fortemente legati a delle condizioni cliniche, sociali o geografiche, ma può essere fatto ampliando la base dati stessa. Verrà permesso così di pesare variabili che, per esempio, negli score nati da studi su un campione selezionato, non si avrebbero altrimenti. È una tecnologia che per definizione è lo specchio della “real world experience”.

Il supporto del clinico fornito da AI non deve essere visto come sostituzione o instradamento passivo, ma come un vero suggerimento al medico. I dati e le pratiche con cui si fanno diagnosi o cura rimangono i medesimi, ma parallelamente

**Un modello di IA nel comparto dell’IOMT rappresenta la più virtuosa forma di appropriatezza clinica, con al centro il paziente e il suo mondo di dati e informazioni, tutti equamente e facilmente accessibili**

vengono aggregati ad esempio in un indicatore che aiuta a vedere il decorso e la prognosi e supporta il medico nel valutare talune scelte con tempistica correlata all’instabilità del paziente. In questo senso tali strumenti di AI possono supportare



il medico negli snodi decisionali aumentando la sua confidenza nel prendere la decisione finale. Questo, inoltre, permette un confronto tra diverse figure cliniche partendo da un dato numerico frutto dei dati condivisi da tutti, una sintesi del lavoro fatto lungo tutto il percorso di cura. Un sistema così pensato che adoperi una tecnologia di questo tipo è molto vicino all'ottimizzare il trattamento al paziente, quel concetto di medicina personalizzata nella sua accezione più umana: dare il trattamento giusto perché il paziente ne ottenga il massimo giovamento. Un indicatore sintetico di Intelligenza artificiale non può prescindere da aspetti di QoL o survey adeguate, questo perché è il paziente e la sua vita il centro di tutto e non il gesto fine a se stesso. Ultimamente si parla sempre più spesso di "Value Based Healthcare"<sup>(2)</sup> con significato economico - sanitario e l'AI ne permette la sua traduzione direttamente sull'impatto della cura del paziente. Ora è intuitivo come la creazione di un network tra presidi cardiologici di territorio di più piccola dimensione e Cardiologie di riferimento possa condurre alla condivisione di dati seppure anonimizzati sul DTL, fungere da riferimento di processo laddove c'è meno expertise specialistico e condurre alla Cardiologia di precisione. Un cenno rilevante va dato agli applicativi di Comprensione del Linguaggio Naturale (NLU)<sup>(3)</sup> propri dell'AI che permettono la creazione di nuovi standard nella gestione e condivisione del dato. Il linguaggio naturale permette di focalizzarsi al massimo sul lavoro clinico e sul paziente. Un

sistema evoluto di AI permette non solo la trascrizione di una refertazione o del dialogo durante una visita, ma l'estrazione di dati strutturati e classificati "clinical entity recognition". Questo non significa solo facilità operativa (parlo e non scrivo o cerco sul computer), ma la possibilità di fare domande nella propria modalità e terminologia, avendo il supporto dell'AI per la ricerca del senso della domanda e quindi ricevendo la risposta corretta. La proprietà intellettuale di applicativi di AI che propongono strumenti clinici sopra spiegati, ad oggi, è fortemente legata alle procedure e protocolli con cui gli stessi applicativi vengono creati. L'industria, strutture accademiche, Ospedali e figure cliniche possono avere ruoli e coinvolgimenti differenti. Questo intero modello di AI nel comparto dell'Internet Of Medical Things (IOMT) rappresenta la più virtuosa forma di appropriatezza clinica, con al centro il paziente e il suo mondo di dati e informazioni, tutte equamente e facilmente accessibili. Quindi ogni Cardiologo può contemporaneamente pensare alla sua azione specifica avendo una visione di insieme e restituendola aggiornata, all'interno di un ecosistema che valorizza il risultato positivo finale. Come tutti gli strumenti in ambito medicale anche l'AI ha un percorso di validazione. La prima introduzione e uso è sicuramente come strumento, all'interno ad esempio di sistemi di telemedicina o telemonitoraggio, per la gestione delle attività stesse, chiaramente con dati e test a dimostrazione e tutte le certificazioni

legate alla sicurezza del dato e alla privacy.

In aggiunta e infine, numerosi sono gli sviluppi di applicazioni verticali, più terapeutiche, in cui l'utilizzo dell'AI ha un immediato vantaggio clinico intervenendo, in diverse maniere, sul percorso terapeutico. In questo caso, come per tutti i dispositivi medici, l'evidenza deve venire da corretti e normati trial che ne definiscano il significato clinico. È questo il settore di "Digital Therapeutics"<sup>(4)</sup>, dove l'algoritmo diventa il principio attivo del trattamento, e non è solo una feature di monitoraggio o di valutazione, ma sviluppa un impatto favorevole sulla terapia stessa. ♥

#### Bibliografia:

- (1) <https://aws.amazon.com/it/big-data/datalakes-and-analytics/what-is-a-data-lake/>
- (2) Value-Based Healthcare: Fad or Fabulous? Duckett S. Healthc Pap. 2019 Oct;18(3):15-21. doi: 10.12927/hcpap.2019.25930.PMID: 31642803.
- (3) Understanding the spatial dimension of natural language by measuring the spatial semantic similarity of words through a scalable geospatial context window. Wang B, Fei T, Kang Y, Li M, Du Q, Han M, Dong N.; PLoS One. 2020 Jul 23;15(7):e0236347. doi: 10.1371/journal.pone.0236347. eCollection 2020.PMID: 32702022.
- (4) Digital Therapeutics: An Integral Component of Digital Innovation in Drug Development. Sverdlov O, van Dam J, Hannesdottir K, Thornton-Wells T.; Clin Pharmacol Ther. 2018 Jul;104(1):72-80. doi: 10.1002/cpt.1036. Epub 2018 Feb 23.





## I NEED HELP

# Lo scompenso cardiaco avanzato una nuova sub specialità?



**N**egli ultimi anni, la cura dello scompenso cardiaco ha subito un notevole cambiamento. Nuove terapie e device hanno notevolmente migliorato la sopravvivenza dei pazienti. L'utilizzo degli inibitori del SGLT2 e il sacubitril/valsartan non solo

ha ridotto le ospedalizzazioni, ma ha anche permesso dopo anni di ridurre la mortalità. Il trattamento percutaneo della insufficienza mitralica e della stenosi aortica ha consentito di trattare pazienti ad alto rischio chirurgico, aumentando così in modo significativo la loro

sopravvivenza. Malgrado tutte queste efficaci terapie, lo scompenso cardiaco rappresenta ancora un "killer" lento e progressivo e molti pazienti evolvono verso forme avanzate in cui la terapia farmacologica e non farmacologica ottimale non riesce a ridurre le ospedalizzazioni e la mortalità. In queste forme avanzate il trapianto di cuore rappresenta l'unica terapia che può permettere di migliorare in modo straordinario la qualità di vita e la sopravvivenza a lungo termine. Purtroppo, questa efficace terapia è limitata dall'esiguo numero di donazioni per cui molti pazienti per età o comorbidità non possono essere considerati idonei ad un inserimento in lista di attesa per trapianto di cuore. In questo gruppo di pazienti rimane solo la possibilità terapeutica di utilizzare device complessi, come le assistenze ventricolari a flusso continuo o la palliazione. Le nuove Linee Guide ESC dello scompenso cardiaco dedicano per la prima volta un capitolo allo scompenso cardiaco avanzato in cui non solo vengono delineati le caratteristiche ed i fattori di rischio di progressione della patologia, ma viene suggerito un percorso di guida mirato ad orientare il clinico verso



decisioni terapeutiche molto spesso complesse<sup>(1)</sup>. Negli Stati Uniti esiste un percorso formativo dedicato allo scompenso cardiaco avanzato ed alla cura dei pazienti trapiantati di cuore. Il periodo di formazione prevede un anno presso un centro che esegue trapianto di cuore in cui lo specialista afferisce dopo i tre anni di specialistica. Durante il periodo di training lo specialista deve raggiungere una iniziale autonomia nella gestione dei pazienti portatori di assistenze ventricolari a breve ed a lungo termine, deve saper trattare un paziente con trapianto di cuore e scompenso cardiaco avanzato. Il cardiologo deve acquisire dimestichezza nell'eseguire ed interpretare esami come un test cardiopolmonare, un cateterismo cardiaco destro ed una biopsia endomiocardica<sup>(2)</sup>. Questo periodo di formazione in Italia, benché molto utile, non è ancora ben codificato. Nella maggioranza dei Centri Trapianti la cura dei trapiantati di cuore e dei pazienti con assistenze ventricolari è appannaggio dei cardiocirurghi e sono ancora pochi i centri in cui la gestione del pre e post-trapianto e il follow-up dei pazienti con assistenza ventricolare è completamente affidata ai Cardiologi. Eppure sempre di più in Cardiologia siamo chiamati a gestire pazienti complessi prendendo decisioni in "heart team". Spesso in tutte le Cardiologie capita di decidere di trattare vizi valvolari in pazienti con severa disfunzione ventricolare sinistra o di decidere di effettuare una rivascolarizzazione coronarica complessa in presenza di uno scompenso cardiaco avanzato. Nei pazienti in classe NYHA IV i

farmaci come sacubitril/valsartan o gli inibitori dei SGLT2 sono stati poco utilizzati non ci sono quindi evidenze di un loro beneficio, i pazienti spesso necessitano di cicli di inotropi come ad esempio infusioni di levosimendan e ripetuti accessi in reparto o in regime di Day-hospital. La cultura del cateterismo destro è poco conosciuta e spesso dimenticata, così come l'indicazione corretta alla biopsia miocardica. Si invia il paziente con indicazione ad un impianto di una assistenza ventricolare o troppo presto o troppo tardi, le controindicazioni al trapianto di cuore sono ancora poco conosciute malgrado sia una terapia che si esegue in Italia da più di 30 anni. La classificazione INTERMACS, anche essa poco nota, è entrata anche nelle Linee Guida ESC dove ora è finalmente presente una flow chart di trattamento con snodi dedicati. Seguire un paziente con scompenso cardiaco avanzato permette di acquisire nozioni fondamentali di clinica e di fisiopatologia cardiovascolare, permette di prendersi cura del paziente a 360 gradi potendogli offrire tutte le possibili terapie a disposizione. Spesso i pazienti hanno plurime comorbidità e sono pazienti cachettici, ma la loro fragilità in alcuni casi può migliorare con le terapie avanzate. Il Cardiologo dedicato alla cura dello scompenso avanzato deve avere nozioni approfondite nella gestione di pazienti con cardiomiopatie complesse, di pazienti con ipertensione polmonare spesso combinata, deve conoscere la fisiopatologia dei vizi valvolari associati a severa disfunzione ventricolare, deve saper utilizzare

l'inotropo o il vasodilatatore più indicato per la caratteristica fenotipica del paziente e deve essere esperto della disfunzione ventricolare destra (3). Il tutto richiede un training lungo ed impegnativo, soprattutto da un punto di vista emotivo, ma allo stesso tempo molto stimolante perché ricco di nozioni ed innovazioni. I pazienti con scompenso avanzato sono pazienti preziosi a cui proponiamo costose terapie che, se realmente indicate, migliorano la qualità di vita e la sopravvivenza. I pazienti con scompenso cardiaco avanzato saranno sempre più numerosi, ma saranno anche sempre più numerose le terapie che noi cardiologi potremo offrire. Non resta quindi che augurarsi che questa cultura dell'avanzato si sviluppi sempre di più nelle nostre cardiologie ed attragga sempre di più i giovani colleghi distraendoli, da procedure nobili manuali o da innovative tecniche di imaging. ♥

1) McDonagh TA, Metra M, Adamo M, Gardner RS, Baumbach A, Böhm M, Burri H, Butler J, Čelutkienė J, Chioncel O, Cleland JGF, Coats AJS, Crespo-Leiro MG, Farmakis D, Gilard M, Heymans S, Hoes AW, Jaarsma T, Jankowska EA, Lainscak M, Lam CSP, Lyon AR, McMurray JJV, Mebazaa A, Mindham R, Murer C, Francesco Piepoli M, Price S, Rosano GMC, Ruschitzka F, Kathrine Skibellund A; ESC Scientific Document Group. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. Eur Heart J. 2021 Sep 21;42(36):3599-3726. doi: 10.1093/eurheartj/ehab368. Erratum in: Eur Heart J. 2021 Oct 14; PMID: 34447992.

2) Konstam M., Jessup M., Francis G.S., et al.: Advanced heart failure and transplant cardiology: a subspecialty is born. J Am Coll Cardiol 2009; 53: pp. 834-836.

3) Truby LK, Rogers JG. Advanced Heart Failure: Epidemiology, Diagnosis, and Therapeutic Approaches. JACC Heart Fail. 2020;8(7):523-36.



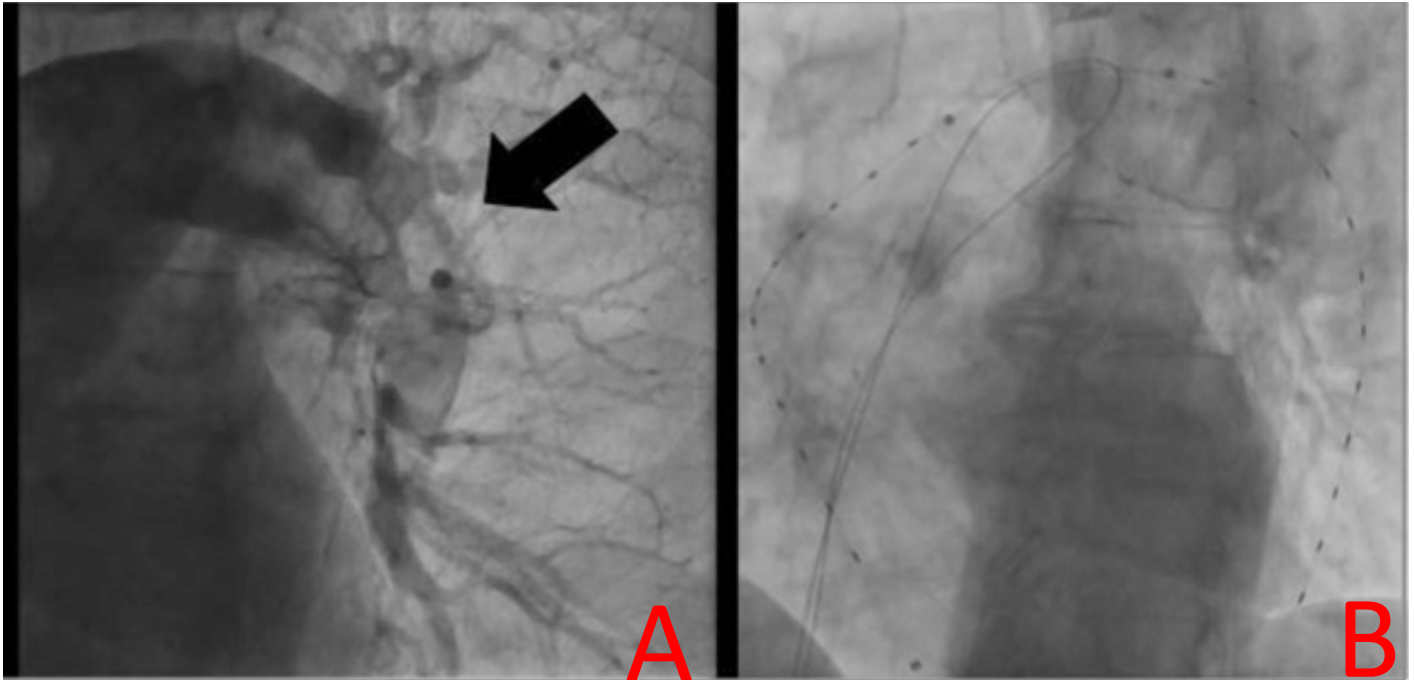
Uno studio randomizzato mette in discussione l'utilità della metodica

# La lepre e la tartaruga: Esopo e la trombolisi assistita da ultrasuoni

Gli ultrasuoni sono davvero necessari?



L'entità della dissoluzione della trombosi arteriosa polmonare è sovrapponibile  
utilizzando trombolisi con o senza ultrasuoni



*Pannello A: arteria polmonare sinistra sede di estesa formazione trombotica. Pannello B: cateteri per trombolisi assistita da ultrasuoni posizionati nei rami principali destro e sinistro.*

“**L**a lepre un giorno si vantava con gli altri animali: “nessuno può battermi in velocità - diceva - sfido chiunque a correre come me”. La tartaruga, con la sua solita calma, disse “Accetto la sfida”. “Questa è buona!”, esclamò la lepre, scoppiando a ridere. “Non vantarti prima di aver vinto” replicò la tartaruga. Così venne stabilito un percorso e dato il via.” È l’esordio della favola di Esopo. La lepre è molto più veloce della tartaruga, che progredisce lentamente, con fatica e caparbietà, sotto un pesante fardello. La lepre corre come la tecnologia, che a ritmo forsennato propone alla scienza medica nuovi dispositivi. La cardiologia interventistica è uno dei terreni preferiti dalle lepri. Non viene testato adeguatamente un dispositivo

che in poco tempo ne viene prodotto e commercializzato un altro. La medicina basata sulle evidenze, però, necessita di tempo per poter testare

### **Sono necessari ulteriori e adeguati studi randomizzati di confronto tra la trombolisi con ultrasuoni e la terapia standard**

adeguatamente una terapia. Nel campo dell’embolia polmonare (EP), i dispositivi proposti dall’industria per la trombectomia percutanea brulicano. Sono marchingegni

costosi, il cui utilizzo poggia in genere su registri retrospettivi, case series, studi osservazionali, opinioni di esperti. Eppure alcuni di questi dispositivi vengono utilizzati sempre più frequentemente e pubblicizzati come panacea. Vorrei brevemente condividere con Voi la storia del dispositivo per la trombolisi locoregionale assistita da ultrasuoni (USAT, UltraSound Assisted Thrombolysis), tecnica sempre più utilizzata nell’EP a rischio intermedio-alto. Risale agli anni ’90 la dimostrazione che gli ultrasuoni, rilasciati da un emettitore posizionato nel contesto di un coagulo, disaggregano la fibrina, allargano gli spazi tra le fibre e quindi aumentano la capacità di penetrazione di un farmaco trombolitico. Ciò dovrebbe accelerare la trombolisi.



La malattia tromboembolica è la patologia ideale per questo nuovo, affascinante approccio terapeutico. La USAT inizia così una rapida ascesa, soprattutto negli Stati Uniti.

### **La trombolisi con catetere a ultrasuoni non conferisce vantaggio, in termini di dissoluzione del trombo, rispetto al catetere tradizionale**

Fino a pochi mesi fa, esisteva un unico, piccolo studio randomizzato (ULTIMA Trial, 10.1161/CIRCULATIONAHA.113.005544) che aveva confrontato eparina + USAT vs. eparina in pazienti con EP a rischio intermedio-alto: l'aggiunta di USAT alla terapia eparinica standard determinava un più rapido ritorno alla normalità delle dimensioni delle sezioni destre. 59 pazienti. A seguire una serie di registri osservazionali, studi di dosaggio, casistiche retrospettive: lavori spesso "piazziati" su riviste prestigiose ma... Un unico piccolo trial randomizzato di confronto tra USAT e terapia standard di soli 59 pazienti era riuscito a porre le basi per una rapida diffusione della metodica. Dopo ben 7 anni dall'ULTIMA trial, è stato pubblicato un secondo, piccolo (81 pazienti) studio randomizzato (The SUNSET sPE trial, <https://doi.org/10.1016/j.jcin.2021.04.049>), nel quale il costoso dispositivo della USAT (catetere + generatore = migliaia di euro) è stato confrontato con un tradizionale catetere multilume da infusione (costo poche

decine di euro). Risultato del trial: la trombolisi locoregionale mediante USAT non determina una maggiore dissoluzione del trombo nelle arterie polmonari rispetto alla trombolisi locoregionale mediante catetere convenzionale. Implicazioni del risultato: 1) perché spendere tanto per la USAT quando lo stesso risultato può essere ottenuto spendendo 10 volte meno?; 2) sono sufficienti due piccoli studi randomizzati, con endpoint di imaging, a favorire o scoraggiare la diffusione di una metodica così costosa? Il piccolo trial SUNSET sPE pone legittimamente un

### **81 pazienti con EP a rischio intermedio-alto sono stati randomizzati a trombolisi locoregionale con ultrasuoni oppure a trombolisi locoregionale con catetere tradizionale. L'entità della riduzione del trombo non è risultata significativamente differente tra le due metodiche**

freno all'entusiasmo: non possiamo abbracciare con spensieratezza una metodica molto promettente, ma così costosa e con molti punti ancora da chiarire. È necessario progredire lentamente, con caparbietà, con metodo, senza mollare, come fa la

tartaruga. I nostri passi da tartaruga altro non sono che studi randomizzati basati su quesiti sensati. Il SUNSET compie un passo cauto, da tartaruga. I balzi da lepre quasi mai si confanno al procedere della scienza.

“La lepre partì come un fulmine: quasi non si vedeva più, tanto era già lontana. Poi si fermò, e - per mostrare il suo disprezzo verso la tartaruga - si sdraiò a fare un sonnellino. La tartaruga intanto camminava con fatica, un passo dopo l'altro, e quando la lepre si svegliò, la vide vicina al traguardo. Allora si mise a correre con tutte le sue forze, ma ormai era troppo tardi per vincere la gara. La tartaruga sorridendo disse: “Non serve correre, bisogna partire in tempo”. ♥



## Piccola storia della medicina cardiovascolare

# Il cuore negli anni Quaranta (1941-1950)

## Dalla Seconda Guerra Mondiale alla Guerra Fredda

Il secondo conflitto mondiale comportava la necessità di scoprire e produrre antibiotici per contrastare le frequenti infezioni. Florey e Chain negli USA (1941) riprendono le ricerche su un ceppo derivante dalle colonie di *penicillium notatum* su cui Fleming aveva lavorato 13 anni prima, usato solo

come disinfettante da laboratorio. Vennero impiegati ingenti capitali per produrre, su larga scala, la penicillina, che Dorothy sintetizza nel 1945. Il suo impiego fu prima riservato agli eserciti alleati, poi esteso alle popolazioni civili. In rapida successione vengono sintetizzati streptomina (1944), cloramfenicolo (1947), clortetraciclina

(1948), cefalosporina (1948), neomicina (1949), isoniazide (1949) e nistatina (1950). Il DDT è usato per la prima volta, a Napoli, contro un'epidemia di tifo petecchiale (1943). In biochimica, Lipmann dimostra l'elevato contenuto energetico dei legami fosforici (1941), Doisy isola

Anno	Vincitore/i	Nazione	Motivazione
1943	Henrik Carl Peter Dam Edward Adelbert Doisy	Danimarca USA	Scoperta della vitamina K
1944	Herbert Spenser Gasser Joseph Erlanger	USA	Studi sulle fibre nervose
1945	Ernst Boris Chain Alexander Fleming Howard Walter Florey	Gran Bretagna	Scoperta della Penicillina
1946	Hermann Joseph Muller	USA	Studi sull'effetto delle radiazioni nelle mutazioni
1947	Bernardo Alberto Houssay	Argentina	Ricerche sul ruolo dell'ipofisi nel metabolismo del glucosio
	Carl Ferdinand Cori Gerty Theresa Radnitz Cori	USA	Studi sul metabolismo del glicogeno
1948	Paul Hermann Mueller	Svizzera	Efficacia del DDT
1949	Walter Rudolf Hess	Svizzera	Studi sul diencefalo
	Antonio Caetano De Abreu Freire Egas Moniz	Portogallo	Applicazione della leucotomia
1950	Edward Calvin Kendall, Philip Showalter Hench	USA	Ricerche su struttura ed effetti degli ormoni corticosurrenali
	Tadeus Reichstein	Svizzera	

*I premi Nobel per la Medicina 1941-1950*



## L'intervento di Blalock-Taussig, una pietra miliare della cardiocirurgia



Helen Brooke Taussig  
(Cambridge, 24 maggio 1898 – 20 maggio 1986)



Alfred Blalock  
(Culloden, 5 aprile 1899 - Baltimora, 15 settembre 1964)



Vivien Theodore Thomas  
(New Iberia, 29 agosto 1910 -Baltimora, 26 novembre 1985)



Clamp per l'occlusione temporanea dell'arteria polmonare

La cardiologa pediatrica Helen B. Taussig fu allieva di Maude Abbot, ritenuta all'epoca un'autorità mondiale nelle malformazioni cardiache, autrice del libro *Atlas of Congenital Cardiac Disease*. Al dipartimento di cardiologia pediatrica del John Hopkins Medical College di Baltimora, la Taussig aveva osservato che i neonati con tetralogia di Fallot (*sindrome del bambino blu o morbo blu*) morivano soprattutto per l'ipossiemia, e che le loro condizioni cliniche peggioravano alla chiusura del dotto di Botallo, per cui pensò di crearlo artificialmente. Nel 1944 propose l'intervento su una bimba di 11 mesi, Eileen Saxom al chirurgo Blalock. Questi, che non aveva esperienza diretta (gli interventi sui cani furono attuati dal suo aiutante Vivien Thomas, che nel 1947 inventerà il clampaggio per l'occlusione temporanea dell'arteria polmonare), decise di operarla il 22 novembre, praticando una anastomosi tra arteria succlavia e polmonare. Il rapporto delle prime tre operazioni fu pubblicato (*The Surgical Treatment of Malformation of the Heart*) su JAMA il 19 maggio 1945. Era l'alba della cardiocirurgia, come disse Denton Cooley, che partecipò agli interventi. Nel 1945 gli operati erano già una cinquantina. Nel 1949 gruppi di antivivezionisti inscenarono violente manifestazioni, ma la Taussig, autrice due anni prima di un importante trattato su malformazioni congenite e cateterismo, vi pose termine presentando un piccolo gruppetto di bambini operati, ciascuno dei quali teneva a guinzaglio un piccolo cane con un cartello su cui era scritto *senza il loro sacrificio noi non saremo vivi*. Una lezione per i tanti che oggi mettono in discussione la scienza.

la vit. K (1942), Owren descrive la proteina procoagulante Proaccelerina (Fattore V) (1943), Bergstrom studia l'ossidazione dell'acido linoleico (1945), Isler sintetizza la vit. A (1947) e Smith e Rickers scoprono la vit. B12 (1948).

In genetica, Beadle e Tatum dimostrano che *ogni enzima è controllato da un solo gene* (1941), Avery, MacLeod e McCarthy scoprono che il DNA è il

materiale genetico (1944), Rosalind Franklin definisce la forma ad elica della molecola del DNA (1947) e Linus Pauling scopre che l'anemia drepanocitica è dovuta a una mutazione che causa la sostituzione di un aminoacido nelle catene proteiche dell'emoglobina (1949).

Medawar dimostra che il rigetto dipende da un fenomeno immunitario (1944), Diamond scopre gli anticorpi

IgG (1945) e Burnet accenna per la prima volta ad autoimmunità ed autoanticorpi (1949).

Seyle descrive la sindrome da adattamento (1946).

In diagnostica, Cary e Baxter costruiscono lo spettrofotometro (1941) e Coombs descrive il test omonimo (1945). Nel 1949 Outcherlony mette a punto l'immunolettroforesi e Beckton e



## Un'ipertensione arteriosa che ha cambiato la storia

Il presidente USA Franklin Delano Roosevelt (Hyde Park, 30 gennaio 1882 - Warm Springs, 12 aprile 1945) è un esempio storico di ipertensione non controllata. Nel marzo 1945 viene visitato da Howard Bruenn, cardiologo del Bethesda, che lo trova cianotico, dispnoico, con una ipertrofia ventricolare sinistra e valori pressori di 260/150 mmHg, diagnosticando una cardiopatia ipertensiva e proponendo l'uso della digitale, che viene però proibito dal General Surgeon. Ross T. McIntire, medico del presidente, attribuì lo stato clinico a un raffreddore e i valori tensivi allo stress (anche se si dubita che fosse stato indotto a minimizzare per consentire la campagna elettorale per il quarto mandato). Al mattino del 12 aprile 1945 Roosevelt lamentò una terribile cefalea (aveva più di 300/190 mmHg) e perse conoscenza, morendo nel pomeriggio per un gravissimo ictus emorragico. La sua morte, nonostante gli elevatissimi valori pressori, fu uno shock per il suo staff medico [*came out the clear sky with no indication of imminent danger*]. L'addetto stampa dichiarò che il presidente era stato visitato da 7-8 medici ed era stato dichiarato sano, ma i dati medici svanirono dopo la morte. Messerli ipotizza che Stalin possa aver tratto vantaggio dalle condizioni di Roosevelt durante i negoziati di Yalta del febbraio 1945.

Dickinson registrano un nuovo sistema di prelievo ematico, il Vacutainer. Il dosaggio delle catecolamine urinarie è ideato da Engel e Von Euler (1950). Bloch e Purcell mettono a punto la RMN (1946) e la Abbott Laboratories inizia la distribuzione di radioisotopi (1948).

In terapia, Hench, Julian e Kendall scoprono l'effetto antiinfiammatorio del cortisone (1948), che sarà sintetizzato l'anno dopo. Nel 1943 Kolf progetta il rene artificiale. Viene commercializzato il primo antidiabetico orale, il Nadisan (1950). Nel 1946 nasce l'International Organization for Standardization (ISO) e si costituisce l'Organizzazione Mondiale della Sanità. Nel 1948 viene istituito il SSN inglese e a Norimberga, dopo il famoso processo ai nazisti, ricordando gli esperimenti nei lager, vengono varate le prime norme per la sperimentazione nell'uomo. In ambito cardiologico, nel 1947

Oncley osserva all'elettroforesi le frazioni lipoproteiche alfa e beta, Astrup e Permin descrivono il t-PA e Quick il tempo di protrombina; nel 1948 Ahlmquist scopre i recettori alfa e beta e Hartert propone il tromboelastogramma.

Il primo medico ad avere utilizzato gli ultrasuoni in diagnostica medica fu il neurologo austriaco Dussik. Il suo lavoro ispirerà altri scienziati oltreoceano: nel 1942 Ludwig e Struthers della Naval Medical Research, usando radar scartati dalla marina, mettono a punto l'ecografia A-mode, che nel 1950 Keidel utilizza per studiare le variazioni del volume cardiaco. Rappaport e Sprague perfezionano la fonocardiografia, associandola col metodo poliocardiografico all'elettrocardiografia e alla meccancardiografia (1941); disegnano inoltre un nuovo fonendoscopio costituito da due tubi

indipendenti connessi agli auricolari, con testina doppia (diaframma e campana).

Nel 1941 André F. Cournand e Dickinson W. Richards misurano i parametri emodinamici cateterizzando le sezioni destre del cuore.

Castellanos studia il possibile uso della coronarografia (1942). A Parigi Lenegre e Maurize registrano per la prima volta un ECG endocardico con elettrodi in atrio e ventricolo destro (1945). In questo periodo Norman J Holter propone la registrazione continua degli ECG e Lenegre e Hatt l'angiografia polmonare (1950). Lehmann scopre nel 1941 che il difetto di coagulazione nelle mucche del Wisconsin (di cui abbiamo parlato nello scorso articolo) era dovuto alla fermentazione del trifoglio, che trasformava la cumarina delle foglie in dicumarolo, sintetizzato da Stahlmann. Nel 1942 viene identificata la prenilamina, capostipite dei





calcioantagonisti e Blashko isola la noradrenalina, studiata da Bergstro ed Euler nel 1949. Page propone il nitroprussiato sodico nel trattamento dell'ipertensione (1945) e Gordth propone l'uso clinico della lidocaina (1947). La prima dimostrazione che una sostanza prodotta da alcuni streptococchi, la streptokinasi, è attiva nella dissoluzione dei trombi viene data da Tillet e Sherry (1950). I numerosi interventi richiesti per riparare ferite cardiache incoraggiarono gli interventi cardiocirurgici. Nel 1944 gli svedesi Nylin e Crafoord correggono per la prima volta una coartazione aortica

mediante resezione ed anastomosi termino-terminale. Nel 1946 il primo articolo che tratta di cardioanestesia, pubblicato su *Anesthesiology*, riporta la casistica di 100 piccoli pazienti operati per correzione di stenosi congenita della polmonare con una mortalità del 23% e Vineberg dimostra che la mammaria interna impiantata a tunnel nel miocardio di cane rimane integra e sviluppa anastomosi con le coronarie adiacenti; due anni dopo opererà così un anginoso con risultati soddisfacenti. A Parigi Kunlin realizza un bypass di una grande arteria di un arto utilizzando un segmento di vena safena e a Philadelphia il giovane

chirurgo Bailey opera con successo di commissurotomia una donna con stenosi mitralica; nello stesso anno Brock e Sellors, separatamente, eseguono una valvulotomia polmonare attraverso una breccia nel ventricolo destro (1948). Bigelow dimostra che se i cani vengono raffreddati, il loro cuore può essere fermato oltre 4 minuti senza compromettere la funzione cerebrale; inizia la tecnica dell'ipotermia operatoria (1950). Viene fondata la Medtronic (1950). Deitrik, infine, dimostra gli effetti fisiologici e metabolici negativi dell'immobilità a letto (1948). ♥



Dr. Thomas Royle (Roy) Dawber

## Il Framingham Heart Study

Alla fine degli anni Quaranta, negli USA si parlava già di epidemia per l'infarto miocardico acuto, ma il ruolo dei fattori di rischio nelle malattie cardiovascolari era ancora ignoto. Nel 1948, uno studio di coorte a lungo termine fu commissionato dal Congresso, su un progetto del National Heart, Lung, and Blood Institute. Lo studio è iniziato nel 1948 con 5.209 soggetti adulti residenti a Framingham, Massachusetts ed è ora alla sua terza generazione di partecipanti. Thomas R. Dawber, che ne fu direttore dal 1949 al 1966, ha sempre tenuto vivo l'interesse per lo studio, che doveva durare inizialmente solo 20 anni.

Lo studio di Framingham ha evidenziato precocemente il ruolo dell'*ipertensione arteriosa* (associata ad un aumento di quasi 4 volte dell'incidenza di cardiopatia coronarica). Alcuni anni dopo i ricercatori identificarono anche l'importante nesso di causalità tra ipertensione arteriosa ed ictus. Nel 1959, lo studio mise per la prima volta in correlazione il *fumo* alle malattie cardiovascolari, e 2 anni dopo confermò il ruolo del riscontro ECGrafico dell'*ipertrofia ventricolare sinistra* e del *colesterolo totale* elevato come fattori di rischio per le malattie cardiovascolari, nonché l'effetto moltiplicativo di più fattori (rischio cardiovascolare globale). Lo studio ha infine identificato, entro i suoi primi 20 anni di attività, numerosi altri fattori di rischio, tra cui *obesità*, *inattività fisica* e *diabete mellito*.



# L'Ospedale Civile dell' "Annunziata" di Cosenza: ricordo di un passato glorioso



**T**ra il XII e XIV secolo in Calabria nacquero e si svilupparono attività assistenziali ed associazioni pie, costituite dai terzi ordini di frati mendicanti e dalle confraternite di chierici consacrati al servizio dei poveri e dei malati. Da Castrovillari a Cosenza sino a Tropea, lungo il tracciato della via Popilia-Annia, i francescani fondarono numerosi conventi dotati di strutture caritative ed assistenziali. La prima attestazione

della presenza di ospedali in Calabria risale al decennio 1160-1170, quando l'arcivescovo di Cosenza, Santo, concesse ai "Giovanniti" la facoltà di costruire la chiesa di San Giovanni con annesso ospedale "inter confinium fluminis gratis et busenti", confermata dopo circa un decennio, da Papa Alessandro III. Le strutture di accoglienza erano sistemate in piccole abitazioni chiamate "domus" annesse alle chiese, che si autofinanziavano con le rendite

prodotte dall'agricoltura e da beni immobiliari, da lasciti e donazioni. L'amministrazione della domus di Cosenza era stata a quell'epoca affidata a Balsio di Colvello, sacerdote immorale, che non si





faceva scrupoli nel falsificare i bilanci per appropriarsi dei cespiti fiscali. Partendo dal modello assistenziale dell'Annunziata sorto a Napoli alla fine del XV secolo, ad opera della confraternita di "Battenti Repentini" (una serie di strutture che fornivano servizi per la tutela dei pellegrini, viandanti e poveri che transitavano per le città), si svilupparono nell'Italia meridionale e in Calabria strutture fortemente volute dagli angioini e dagli aragonesi. In particolare in epoca aragonese si registrarono una serie di interventi regi a sostegno delle opere assistenziali e nel 1461, gli ufficiali dell'Università di Cosenza ottennero la facoltà di alleviare le pene dei carcerati cosentini. L'assistenza e la cura dei

poveri, degli infermi e dei lattanti con l'erogazione di piccoli crediti a condizioni favorevoli, erano i compiti principali delle "Annunziate" del mezzogiorno. Così come avvenne per Napoli, gli ospedali dell'Annunziata in Calabria divennero presto il centro di un sistema di scambi e di servizi tra i diversi settori della popolazione. L'esempio calabrese più rilevante di questa rete di servizi è stato senza dubbio l'ospedale cosentino dell'Annunziata, fondato dall'arcivescovo cosentino Pirro Caracciolo nel 1481. Gestito dall'Universitas bruzia, raccolse rapidamente un vasto patrimonio fondiario le cui rendite venivano impiegate per sostenere e curare i poveri. L'ospedale "Annunziata" di

Cosenza nasce quindi ufficialmente nel 1484, come luogo di cura per malati abbandonati e poveri bisognosi, e quando i cosentini il 6 giugno del 1490 ottennero il terreno nei pressi del convento delle Clarisse, costruirono una sede ospedaliera a cui furono confermati i privilegi di fondazione. Il massimo splendore fu raggiunto nel 1770, quando l'amministrazione dell'ospedale venne affidata dall'aristocratico Paulo Stocco. Molti proventi destinati all'ospedale provenivano dalle organizzazioni commerciali di una importante fiera dedicata proprio alla Santissima Annunziata e quando alla fine del 1700 questa venne abolita, si assistette ad un progressivo impoverimento della struttura



cui si aggiunsero i gravi danni derivanti dal devastante terremoto del 1783. I cosentini tuttavia non si scoraggiarono e nel 1809 l'ospedale venne ricostruito nello stesso luogo, tra grandi disagi e scarsità di risorse. Vennero però inizialmente meno le finalità assistenziali e di cura della struttura, tant'è che nel 1836 divenne la sede della Gendarmeria cosentina fino a quando i militari non furono trasferiti presso il monastero di Portapiana. L'ospedale prese allora il nome di "Ospedale Civile con funzioni di orfanotrofio, di ricovero e cura per infermi". La nomina a Direttore del dottor Felice Migliori segnò la rinascita dell'Ospedale che divenne un "luogo di cura per le malattie medico-chirurgiche". Felice Migliori nacque nell'aprile del 1841 da una famiglia cosentina benestante e conseguì la laurea in medicina e chirurgia nel 1860. Esercì la professione come medico militare presso l'ospedale di Torino e insegnò medicina operatoria nelle scuole militari. Partecipò alle lotte risorgimentali che portarono all'unità del Regno d'Italia. Nel 1864 partecipò a Milano alla fondazione della Croce Rossa Italiana. Fondò la Gazzetta Medica delle Calabrie occupandosi di igiene pubblica, tubercolosi, meningite, peste, colera e soprattutto malaria, molto diffusa in Calabria a quell'epoca. Istituì un centro per le vaccinazioni e fondò un piccolo ospedale a Rocca Imperiale per contrastare la diffusione del colera. Nel 1873 vinse il concorso per il ruolo di direttore medico dell'Ospedale Civile e Maternità di Cosenza, dove condusse brillanti ricerche sulle cause di meningite, sulla tubercolina e sulla cura della peste. La sua

nomina a direttore segnò la rinascita dell'ospedale civile, che divenne sotto la sua guida luogo di cura per le malattie medico-chirurgiche. Si occupò principalmente di chirurgia e secondo le statistiche storiche, gli interventi chirurgici consentirono all'ospedale di vantare nel 1887 il decesso di solo il 6% dei ricoverati (percentuale sicuramente non disprezzabile per quei tempi) nell'ultimo ventennio dell'800. Migliori riuscì a dotare il nosocomio di una sala operatoria attrezzata, di un laboratorio per analisi batteriologiche e di arredi decenti, tutto a proprie spese. Per il proprio operato nel 1882, ricevette la medaglia d'oro all'Esposizione di Igiene di Palermo. Morì a Cosenza nel 1915. Recano il suo nome una strada del centro città adiacente all'ospedale e un reparto di chirurgia dello stesso nosocomio. Agli inizi del periodo fascista, l'Ospedale Civile, era ormai vecchio e inadeguato a far fronte alle esigenze della popolazione. Vi era la necessità di un nuovo presidio ospedaliero e nel 1936 iniziarono i lavori di un nuovo edificio terminati nel 1939. Venne denominato "Ospedale Principe di Napoli" e solo nel primo anno della sua attività ricoverò 2.531 infermi, con 52.134 giornate di degenza. Subì notevoli danni durante i bombardamenti della seconda guerra mondiale, ma alla fine del periodo bellico, riavviò a pieno ritmo le attività con un nuovo assetto organizzativo efficiente e moderno. Orgoglio per la città di Cosenza, arrivò al secondo posto in un concorso tra tutti gli ospedali d'Italia. L'Ospedale fu così rinominato come la struttura eroica del passato:

"Ospedale Civile dell'Annunziata". Al nome di Antonio Petrassi è invece legata la storia recente dell'Annunziata. Parte con lui nei primi anni '80, la meravigliosa esperienza dei trapianti d'organo a Cosenza con il primo trapianto di rene nel 1989. Protagonista di oltre 20.000 interventi, ottenne numerosi incarichi: socio fondatore del coordinamento Centro-Sud Trapianti, vicepresidente della Società Italiana di Chirurgia, presidente nazionale dei Chirurghi Ospedalieri Italiani, membro dell'International College of Surgeons e dell'Associazione di Videochirurgia. Morirà all'età di 80 anni proprio nell'ospedale civile dell'Annunziata, quello che era stata la sua casa, la sua famiglia per tanti anni, che lo ricorda dedicandogli il nuovo blocco operatorio implementandolo con alte tecnologie, proprio come lui avrebbe voluto. L'ospedale civile dell'Annunziata di Cosenza ha un passato prestigioso alle spalle, ha attraversato profonde crisi economiche ed organizzative, continuando a svolgere il suo ruolo di presidio di salute dei calabresi anche grazie alla passione, al senso del dovere e di sacrificio di tutti i suoi operatori. Oggi la sanità calabrese sta vivendo uno dei periodi più oscuri della sua storia: una gestione poco accorta ed un progressivo depauperamento delle risorse, associata ad un commissariamento regionale ultradecennale, incapace di programmare il futuro ma anche di gestire il presente, impone il rilancio della sanità pubblica e dell'azienda ospedaliera di Cosenza. ♥



# Le sospensioni



**H**o letto con interesse il libro di Domenico Miceli “**Le sospensioni**”, è stata un’occasione di arricchimento umano e professionale e vorrei condividere i motivi con voi. Con questo romanzo Domenico Miceli, da sempre attivo nella nostra Associazione e di cui ricordiamo l’impegno quale Chairperson dell’Area Nursing, è alla sua prima esperienza di scrittura. Il protagonista principale del racconto è un cardiocirurgo, non come medico però, ma come paziente, che come

tale viene a confronto, nella nuova condizione, con altri personaggi fino a quel momento totalmente estranei alla sua vita, ma soprattutto con se stesso e con gli intricati interrogativi del suo animo. Il romanzo si legge tutto d’un fiato sia perché fin dall’inizio risulta particolarmente avvincente sia perché scorrevole nella forma oltre che per il richiamo, in premessa, che l’autore fa di un evento, il trapianto di cuore, che ha da sempre avuto grande impatto emotivo per l’opinione pubblica anche in relazione ai risvolti

psicologici e persino leggendari che lo avvolgono. Per tutti questi motivi il romanzo risulta coinvolgente per il lettore che desidera andare fino in fondo per scoprirne il finale. L’autore si consegna a chi legge il libro, oltre che come competente nel suo campo, come un approfondito conoscitore dell’animo umano e delle più complesse dinamiche esistenziali, attraverso una narrazione gradevole, per nulla appesantita da riferimenti tecnici senza difficoltà di gestione e perciò avvincente. ♥



Le piccole e grandi battaglie individuali cambiano il destino collettivo

# I “no” che cambiano la Storia

La vicenda di fantasia di Oliva Denaro è rappresentativa di quanto l'azione di una singola persona possa essere importante per scardinare le leggi arcaiche di un contesto patriarcale apparentemente immutabile



**L**a scrittrice napoletana Viola Ardone è ora in libreria, dopo il grande successo de “Il treno dei bambini”, con una storia altrettanto forte, potente ed emozionante nella quale emerge come la Storia di ieri riguarda anche la Storia di oggi e quanto sia importante agire singolarmente per apportare cambiamenti intergenerazionali. Il lettore si trova sin da subito coinvolto in un racconto immaginario che attinge alla storia reale e al contesto sociale dell'Italia della metà del secolo scorso. Oliva Denaro,

la protagonista, è una ragazzina di quindici anni che abita in un paesino siciliano di fantasia nella metà degli anni '60, e che si trova a vivere il passaggio dall'infanzia all'adolescenza in un contesto patriarcale, chiuso e ottuso. La famiglia della giovane è composta, oltre che da una sorella e da un fratello gemello, da una madre fortemente legata alle tradizioni e alle regole, schiacciata dal peso delle sue paure e da timori ancestrali, e da un padre silenzioso che in realtà è l'unica persona dallo spirito progressista che incoraggia Oliva a fare ciò che desidera nella vita. Tra le tante regole

**Oliva è una ragazza come tante, dalla vita semplice e molto ligia alle regole del contesto tradizionale in cui vive, ma questo non basterà ad evitare che le succeda qualcosa di irreparabile**



## La violenza che Oliva Denaro subisce in un momento importante della sua crescita determina in lei un forte cambiamento personale e politico, civile e collettivo, che la porterà a prendere scelte importanti per se stessa e la comunità in cui vive

che Oliva ha appreso attraverso frasi fatte ripetute dalla madre, ve n'è una che ha interiorizzato più di tutte le altre e che suona come un monito e un ritornello lungo tutto il corso della narrazione: “La femmina è una brocca: chi la rompe se la piglia”. Questa idea arcaica vede la donna come una persona con una fragilità intrinseca e che deve necessariamente mantenersi intatta fino al matrimonio, che rappresenterebbe l'unico momento di realizzazione personale di tutta l'esistenza e dopo il quale nulla sarà più come prima. Oliva è spaventata perché ha capito molto presto che diventare moglie nella Sicilia del 1960 è un momento cruciale in seguito al quale le donne vivono tutta un'altra vita, proprio come è successo a sua sorella Fortunata, costretta ad un matrimonio non voluto e inevitabilmente connotato dall'infelicità. Olivia Denaro è una bambina che ama molto lo studio e la scuola, le piace il potere che le parole possono esercitare perché la parola, come la cultura, “salva e porta lontano”. Oliva è proprio una ragazza come tante, dalla vita semplice, senza troppe pretese ed è molto ligia al contesto in cui è cresciuta, eppure questo non basta a evitare che succeda l'irreparabile, facendola finire in mille pezzi, proprio come la brocca tanto temuta; quando Oliva, infatti, diventa donna e comincia a mostrare sul corpo i segni del cambiamento

e un fascino discreto e mai esibito, un giovane del paese, Paternò, figlio del pasticciere, inizia a corteggiarla e fare ammiccamenti fino a diventare molesto e poi violento. Oliva all'inizio ha un atteggiamento incerto, non sa come comportarsi, è affascinata da un uomo che insinua in lei il piacere di essere osservata e la paura per sentimenti mai provati prima; tuttavia ben presto gli avvenimenti, in un crescendo di pathos che culmina a metà del romanzo, la porteranno a prendere in mano la propria vita in modo consapevole e a dire di no alla violenza subita, rendendosi così portavoce di tutte le donne che non hanno avuto la forza o l'opportunità di ribellarsi e che, anche se solo vittime, vengono considerate complici, consenzienti e colpevoli. È proprio la violenza che subisce nel punto cruciale della sua crescita che determina un forte cambiamento, personale e politico, civile e collettivo; la voce narrante di Oliva si trasforma, divenendo più matura, meno ingenua di quella che abbiamo conosciuto nelle prime pagine, capace di farsi cassa di risonanza anche delle istanze delle donne che la accompagnano nel suo percorso e di quelle che verranno dopo di lei. La giovane Oliva, considerata svergognata e disonorata da tutti nonostante abbia subito una violenza, decide di non sottostare alla legge e di perseguire una strada alternativa che possa aprire

una breccia nel contesto sociale retrogrado, verso il rispetto dei diritti, superando le difficoltà economiche in cui la sua famiglia è precipitata a causa dell'accaduto, dal momento che non ha più potuto sposarsi con un giovane abbiente a cui era stata promessa. Oliva sarà processata e dovrà dimostrare sua innocenza. La vicenda narrata si ispira alla storia di Franca Viola, la prima donna che ha avuto la forza di rifiutare il matrimonio riparatore, legge dello Stato che permetteva di estinguere con un matrimonio il reato di violenza sessuale, abrogata solo nel 1981. Questo ritardo riflette la condizione di subalternità della donna, vittima per troppo tempo del giudizio sociale e dell'impossibilità di scegliere in base al proprio desiderio in un mondo colmo di pregiudizi e leggi arcaiche. Il romanzo di Viola Ardone è un'opera di formazione e di denuncia a tratti feroce e crudele, ma piena di speranza e quanto mai attuale, che ci racconta con determinazione che il riscatto è sempre possibile. ♥

**Oliva Denaro è la giovane protagonista di questo coinvolgente romanzo, ambientato nella Sicilia degli anni '60**

**Oliva è una bimba mite e ligia alle regole del contesto in cui vive, ma ben presto gli accadimenti la porteranno a prendere in mano la propria vita in modo più consapevole e a ribellarsi alla violenza subita**



IN MEMORIA DI...

DI GIANFRANCO SINAGRA

# Attilio Maseri, una vita per la ricerca

Promuovere conoscenza, favorire la formazione di giovani meritevoli e sviluppare la ricerca nel campo della cardiologia molecolare

“**R**accomando di impiegare per le attività ed i progetti di ricerca, assistenza e formazione dei giovani istituendo anche borse di studio per i più meritevoli fra questi”. Attilio Maseri, il Cardiologo di fama internazionale

che ha operato ed insegnato a Pisa, Londra, Roma e Milano, ha dato un messaggio chiaro nel suo testamento per l'impiego del suo patrimonio: promuovere conoscenza e sapere universale, favorire la formazione di giovani meritevoli e sviluppare la

ricerca nel campo della cardiologia molecolare mediante attività da svolgersi presso le Cardiologie delle 2 Aziende Ospedaliere-Universitarie di Trieste ed Udine attraverso il supporto del 50% del patrimonio della famiglia Florio-Maseri.







Nativo di Udine, il prof. Maseri si laureò a Padova nel 1960 e si trasferì subito dopo a Pisa, dove conseguì le specializzazioni in Cardiologia (1963) e Medicina Nucleare (1968). In quello stesso periodo lavorò come Research Fellow presso la Columbia University (1965) e la Johns Hopkins University (1966) negli Stati Uniti. A Pisa fu capo del gruppo di ricerca

**Credo che lui apprezzasse molto il nostro sforzo di coniugare cure avanzate, attenzione umana, presa in carico, spirito critico, ricerca fortemente integrata con la clinica ed impegno nella formazione dei giovani**

in ambito coronarico dell'Istituto di Fisiologia Clinica del Cnr diretto dal prof. Luigi Donato. Nel 1979 diventò professore di medicina cardiovascolare presso la Royal Postgraduate Medical School dell'Università di Londra e Direttore della Cardiologia nel prestigioso Hammersmith Hospital. Incontrai il prof. Maseri nella prima metà degli anni '90, avevo meno di 30 anni, nell'ambito di un concorso universitario. Fu un'esperienza particolare di incontro e confronto con una personalità di profilo altissimo che aveva già segnato la storia del progresso delle conoscenze con importanti studi sulla fisiopatologia del circolo coronarico

e sul ruolo dell'infiammazione nelle sindromi coronariche. In quegli anni mi formavo intensamente a Trieste sotto la guida di un altro gigante della Cardiologia, il prof. Fulvio Camerini, clinico e scienziato di fama internazionale. Reincontrai Maseri all'inizio degli anni 2000 per un progetto del Ministero della Salute presentato dalla Regione Friuli Venezia Giulia. Il Progetto avveniristico riguardava il rimodellamento ventricolare nel post infarto e si collocava in un'area di confine fra immunologia, medicina rigenerativa e ruolo dell'infiammazione. Lo incontrai al San Raffaele dove con il suo contributo vennero realizzati laboratori avanzati di ricerca cardiovascolare. Da quell'esperienza scaturirono alcune osservazioni interessanti che pubblicammo sul coinvolgimento ed espressione distrettuale della malattia aterosclerotica e sul ruolo dell'infiammazione epicardica. Fu nostro ospite in alcuni eventi congressuali e colpiva il tratto signorile, la consolidata esperienza scientifica, la cultura vasta, il rigore metodologico. Era solito ricordare i limiti della trialistica e la necessità di guardare con occhi nuovi e scevri da dogmi agli estremi, al molto piccolo per comprendere i meccanismi delle malattie e per identificare terapie efficaci nell'ambito di sottogruppi da caratterizzare con accuratezza. Erano gli anni nei quali Maseri sperava di spingere la ricerca denominata GISSI outliers. Ricerca difficilissima che richiederebbe il respiro e la determinazione di una vita. Intanto Maseri era venuto a conoscenza dei nostri studi sulla genetica delle

Cardiomiopatie, condotti insieme a Luisa Mestroni dell'Università di Denver in Colorado, e sulla rigenerazione miocardica, condotti con Mauro Giacca presso ICGEB e Scuola Sant'Anna Pisa. Contemporaneamente alcune persone a lui vicine erano state curate e seguite a Trieste e credo che lui apprezzasse molto il nostro sforzo di coniugare cure avanzate, attenzione umana, presa in carico, spirito critico, ricerca fortemente integrata con la clinica ed impegno nella formazione dei giovani. Fu così che chiese d'incontrarmi presso la Villa Florio-Maseri di Persereano. Voleva aggiornarsi su vari aspetti della Cardiologia moderna e sapere dell'Università italiana con la quale aveva un rapporto saldo ma di confronto critico. La Federazione Italiana di Cardiologia negli anni

**Rimase profondamente colpito dalla sintonia e dall'integrazione dipartimentale, logistica, funzionale fra Cardiologia e Cardiochirurgia e volle visitare i laboratori di Cardiologia Molecolare e Traslazionale**

in cui ne fu Presidente, la stima per Aldo Maggioni, l'apprezzamento per l'impegno organizzativo di Michele Gulizia, lo avvicinarono alla Fondazione per il Tuo cuore



del quale divenne Presidente e per la quale promosse importanti iniziative di fundraising orientate alla prevenzione, educazione di comunità e ricerca cardiovascolare. Negli incontri di Persereano, parlavamo di molti argomenti con un senso di curiosità subentrante. Mai banale, molto autorevole, spesso malinconico. Era profondissimo nei quesiti e riflessioni. Costantemente aperto al futuro, alla necessità di progredire in conoscenza, ai giovani ed al merito. Era malinconicamente fiero della preziosa biblioteca ospitata presso le scuderie restaurate della Villa, ma avvertiva il peso di un simile patrimonio concentrato in quel luogo, pure amato e capace di rievocare ricordi, ma

non fruibile da studiosi e giovani. Qualche anno dopo tutto venne donato all'Università di Udine. Un pomeriggio dell'estate 2011 volle venire a visitare il Polo Cardiologico di Trieste. Rimase profondamente colpito dalla sintonia e dall'integrazione dipartimentale, logistica, funzionale fra Cardiologia e Cardiochirurgia e volle visitare i

**Per lui il progresso in conoscenza doveva essere sfida, non conformismo  
Un'avventura della vita e della mente, per il superamento dei paradigmi e delle ipersemplicizzazioni**

laboratori di Cardiologia Molecolare e Traslazionale che avevamo fondato ed attrezzato insieme a Mauro Giacca, come ponte fra i luoghi della clinica, generatori di ipotesi e materiale per la ricerca, ed i laboratori avanzati in ICGEB-Area di Ricerca sull'altipiano di Padriciano.

Clinica, ricerca e formazione, l'Italia e il mondo oltre i confini visibili con la Slovenia, le Alpi Giulie e l'Adriatico. Il nostro impegno quotidiano in clinica e il nostro entusiasmo nella ricerca. Ciò che è consolidato e le sfide future. Perché per lui il progresso in conoscenza doveva essere sfida, non conformismo. Un'avventura della vita e della mente, per il superamento dei paradigmi e delle ipersemplicizzazioni. Tutto sul ruolo della genetica, biologia

molecolare, meccanismi e dinamiche di malattia, lo interessava ed affascinava.

Non perdeva occasione per stressare, anche con una garbata ironia, che il mio interesse in ricerca per le cardiomiopatie era epidemiologicamente "per pochi" mentre quello per la cardiopatia ischemica era "per molti", anche se era convinto che attraverso pochi ed estremi si potesse pervenire alla conoscenza dei meccanismi di malattia per orientare terapie personalizzate. La medicina dell'individuo che diventa medicina predittiva per la famiglia, suscitava in lui curiosità ed apprezzamento. Usava ricordare che "Cardiologists with inquisitive minds must try to revive attentive clinical observations in order to identify homogeneous subset of patients and in these specific subgroups basic research will investigate novel, specific pathogenetic and protective mechanism which can define who benefits from what".

Poi l'incidente, la malattia a minare un fisico eccezionale e sportivo, la riabilitazione, la percezione della vita che sfugge. Poi le delusioni, la sofferenza e la solitudine. E l'ultimo anno, di dolore e grave sofferenza. In mezzo qualche telefonata, curioso ma stanco. Infine in aprile il nostro ultimo incontro in un ospedale, deserto di visitatori, quasi interamente Covid, il sorriso sofferente, la rassegnazione e il "grazie Gianfranco, hai fatto una cosa buona..." con lo sguardo di commozione di quegli occhi belli, sofferenti e fieri. Grazie, professor Maseri. ♥



# In ricordo di Umberto Guiducci



**L**a scomparsa di Umberto Guiducci, che si è spento nella notte del 5 novembre scorso 2021 all'Ospedale S. Anna di Castelnovo ne' Monti, è considerata una grande perdita per la comunità medica reggiana e per tutti coloro che lo hanno conosciuto, apprezzandone la competenza, l'intraprendenza e la serietà professionale. L'intelligenza e la caparbieta che lo distinguevano ne avevano fatto un riferimento imprescindibile e prezioso per gli Amministratori e i Direttori con i quali aveva collaborato. Aveva scritto capitoli significativi della storia recente della sanità del nostro territorio, che deve a lui una parte importante dei risultati raggiunti e

della propria traiettoria di crescita e sviluppo. La comunità cardiologica, l'Arcispedale Santa Maria Nuova, lo sport reggiano, la città tutta gli sono riconoscenti per ciò che ha saputo offrire, costruire, realizzare in ogni ambito nel quale aveva dedicato il proprio impegno. Per Umberto Guiducci l'esordio professionale era avvenuto in Medicina Interna con il Prof. Negri Gualdi, nella seconda metà degli anni '60. È dell'inizio degli anni '70 la costituzione del primo nucleo del Servizio di Cardiologia del S. Maria Nuova, insieme al prof. Giuseppe Casali, al Dott. Bruno, al Dott. Righi Riva, al Dott. Merlo, al Dott. Montepaone. Nel 1974, Guiducci avviava la prima esperienza di Unità Coronarica, con 6 posti letto di degenza ordinaria. È del 1980 la sua nomina a Primario del 2° Servizio di Cardiologia - che affiancherà la Divisione di Cardiologia diretta dal Prof. Casali - finalizzata a consolidare le cardiologie ambulatoriali e che, alla fine di quel decennio, si arricchirà di posti letto di degenza ordinaria. Nel frattempo la Cardiologia del Santa Maria Nuova era cresciuta: il Prof Casali veniva chiamato a dirigere l'Unità Operativa di degenza cardiologica dotata di Unità Coronarica mentre il Servizio di Cardiologia diveniva Unità Operativa di Cardiologia Interventistica, sotto la direzione di Guiducci. Al pensionamento del prof. Casali, nel 1999, Guiducci

riceveva l'incarico di direzione dell'Unità Operativa di degenza cardiologica, venendo sostituito dal dott Carlo Menozzi alla direzione della Cardiologia Interventistica. È proprio nel giugno del 1999 che Guiducci coordina la realizzazione della rete provinciale hub & spoke delle cardiologie provinciali e consolida la rete cardiologica provinciale per il trattamento dello STEMI che vedeva l'Emodinamica di Reggio Emilia come Hub delle strutture provinciali. In quegli anni iniziava il trattamento dello STEMI H 24 e 7 giorni su 7. Prendendo spunto dal documento reggiano "Rete cardiologica interaziendale" nel medesimo periodo la regione Emilia Romagna con l'agenzia





regionale di sanità e precisamente con il gruppo del Governo Clinico realizza il registro REAL che rappresentò un grande successo sia dal punto di vista organizzativo che di produzione scientifica nei primi anni 2000. La Regione Emilia Romagna aveva istituito nel contempo la Commissione Cardiologica Cardiochirurgica regionale con l'esplicito compito di gestire insieme ai professionisti gli investimenti ed i progetti delle strutture sanitarie: il dott. Guiducci divenne chairman della Commissione nel novembre del 2004, succedendo al Prof. Bruno Magnani. Fin dagli albori della sua carriera è stato membro dell'ANMCO di cui condivideva i principali obiettivi. Fu presidente regionale dell'ANMCO dal 1994 al 1998 e successivamente dal 2002 al 2006. Numerose in quegli anni furono le sue partecipazioni al congresso nazionale che si svolgeva a Firenze. Nel 2001 fu tra i fondatori, insieme al Prof. Paolo Zeppilli della Società Italiana di cardiologia dello Sport (SIC SPORT). In quegli anni fu creato il COCIS: tuttora importante punto di riferimento e guida per il rilascio dell'idoneità sportiva agonistica in pazienti affetti da patologie cardiovascolari. Fu presidente della SIC SPORT per 4 anni ed organizzò importanti eventi scientifici nazionali. In quegli anni creò un legame con la scuola di Specializzazione di Medicina dello Sport guidata dal Prof. Zeppilli contribuendo alla formazione specialistica di molti giovani medici. Per molti anni è stato Professore a contratto di Cardiologia presso la Scuola di Specializzazione in Cardiologia dell'Università degli



Studi di Parma, creando un network formativo fra l'Università e il reparto di cardiologia di Reggio Emilia. Già Direttore del Dipartimento di Area Critica, all'inizio degli anni 2000 è artefice della creazione della Struttura di Riabilitazione cardiologica, dell'Unità Coronarica e della Terapia Intensiva Rianimatoria dell'Ospedale S. Anna di Castelnovo Monti. Raggiunge la pensione nell'ottobre del 2007, all'età di 70 anni. Dal 2007 al 2009 mantiene la Direzione della Rete cardiologica Provinciale poi si allontana definitivamente dalla struttura pubblica. Negli anni successivi e fino ad un mese dalla sua scomparsa continua la sua attività di cardiologo ambulatoriale e medico dello sport in strutture private della provincia di Reggio Emilia, dove continua a seguire con dedizione i suoi amati pazienti. Umberto Guiducci è stato per la cardiologia reggiana e per la cardiologia della regione Emilia Romagna un sognatore che è riuscito a concretizzare le sue intuizioni: forse

davvero quello che lo ha ispirato è stato il motto che "l'organizzazione è già una buona terapia". Adesso la cardiologia reggiana è una grossa cardiologia provinciale: abbiamo assistito alla trasformazione della rete hub & spoke ospedaliera in un'unica unità operativa. Adesso davvero la rete deve prevedere non solo le interfacce tra le cardiologie dei vari ospedali, ma una vera ed efficace integrazione ospedale territorio. Questa è la naturale evoluzione del progetto di rete iniziato da Umberto Guiducci e che adesso i miei collaboratori ed io stiamo cercando di perseguire ed implementare. Abbiamo avuto in consegna una cardiologia proiettata verso il futuro e con solide basi organizzative: il nostro compito sarà quello di implementarla ulteriormente per consegnarla a chi verrà dopo di noi sempre più efficiente ed organizzata e ritagliata sui bisogni della nostra comunità. Questo, per noi, è il grande lascito del Dott. Umberto Guiducci. ♥



# Ricordo di Sergio Dalla Volta

**R**iprendendo in mano alcuni numeri di “Cardiologia negli Ospedali” mi sono imbattuto, in quello di settembre-ottobre 2020, in una pagina di Franco Plastina “Il mio ricordo di Sergio Dalla Volta”, scritto poco dopo la scomparsa del professore, avvenuta il 20 agosto 2020. Al di là delle sue frequentazioni del Karolinska Institute di Stoccolma, della Cardiologia di Città del Messico, della sua ampia cultura in campo medico e non, qui vorrei ricordare un episodio molto più banale che mi riguarda e che ritengo indicativo del suo atteggiamento.

Nel 1984, nel periodo post-laurea, frequentavo la Cardiologia di Treviso del Dott. Vincenzo Cuzzato e insieme ad altri giovani medici mi recavo agli esami per entrare nella Scuola di specialità in alcune sedi universitarie più o meno vicine. Non essendo interni ai reparti, nonostante la presentazione del nostro primario, era molto difficile rientrare tra gli ammessi e infatti sono stato poi l'unico del gruppo a poter intraprendere la carriera di



Cardiologo.

Senza alcuna presentazione mi presentai a Padova, non conoscendo neppure la collocazione della Cardiologia nell'Università in cui mi ero laureato, avendo svolto la tesi di laurea in Radiologia.

L'esame consisteva in una serie di quiz e in un compito sulla digitale il cui titolo conoscevano soltanto il professore e, come lui stesso diceva, il suo cane.

Risposi ai quiz come potevo e scrissi il mio tema sulla digitale, un argomento che conoscevo bene. Fui ammesso alla Scuola di Specializzazione con mia grande sorpresa, condivisa anche dal primario Cuzzato, senza presentazioni e senza aver frequentato il reparto, solo grazie al compito.

Credo che in nessun'altra sede di specialità avrei potuto entrare in quel modo e questo lo devo a Sergio Dalla Volta e alla sorte di aver trovato un argomento in cui ero preparato (la buona sorte bisogna comunque cercarsela).

Quando poi entrai nel suo studio mi invitò a sedere sulla sedia di fronte a lui, sedia alla quale, così facendo, staccai un pezzo del bracciolo. Ovviamente rimasi un po' mortificato, ma sorridendo disse che era una vecchia sedia alla quale era affezionato e che aveva bisogno di un restauro. Poteva essere una sua trovata per accogliere simpaticamente chi si presentava a colloquio da lui, forse col rischio di dar lavoro agli ortopedici. ♥

# *Natale 2021*

## *Auguri a tutti i nostri lettori*



# Mi piace il mio cuore!

## CAMPAGNA NAZIONALE PER IL TUO CUORE

PER LA PREVENZIONE DELLE MALATTIE CARDIOVASCOLARI

Hai domande su cuore o problemi cardiovascolari?  
**CHIAMA ORA IL NUMERO VERDE della Fondazione per il Tuo cuore!**

Numero Verde

**800 05 22 33**

**negli orari 10-12 e 14-16**



**Dal 14 al 20 febbraio** torna la sedicesima edizione di **CARDIOLOGIE APERTE**, la Campagna Nazionale per la Prevenzione delle Malattie Cardiovascolari!

Nel corso della settimana la Fondazione per il Tuo cuore risponderà al **numero verde dedicato** ai cittadini che potranno chiamare per porre domande su problemi o dubbi legati alle malattie del cuore.

Per prendere visione delle molteplici iniziative realizzate dalle singole cardiologie aderenti all'iniziativa, visitare il sito **[www.periltuocuore.it](http://www.periltuocuore.it)**.



**PER MAGGIORI INFORMAZIONI**

Inquadra il codice o visita il sito

**[www.periltuocuore.it](http://www.periltuocuore.it)**

#ascoltiamoiluocuore



