

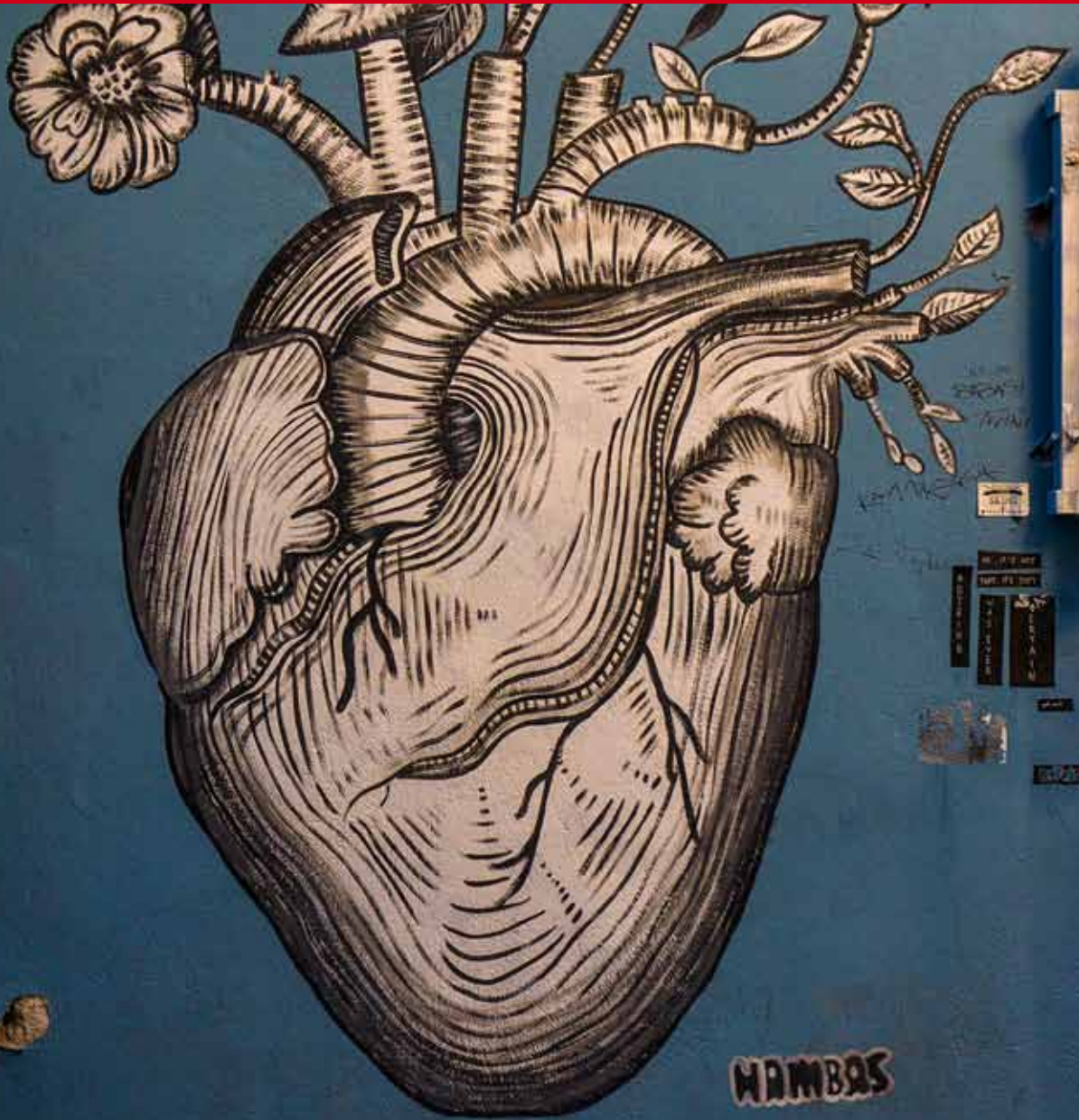
# Cardiologia

negli Ospedali



MAGGIO / GIUGNO - LUGLIO / AGOSTO 2022  
N° 247-248

Rivista dell'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri – ANMCO





1963-2023  
CELEBRATION

# ANMCO LEADERSHIP



# 54°

**Congresso Nazionale**  
Associazione Nazionale  
Medici Cardiologi Ospedalieri

[congress.anmco.it](http://congress.anmco.it)  
[digital.anmco.it](http://digital.anmco.it)

# ANMCO 2023

R I M I N I  
1 8 • 2 0  
M A G G I O

PALACONGRESSI

# STORIA E FUTURO DELLA CARDIOLOGIA



Murales nel quartiere di Psyrì - Atene

N. 247 - 248  
 maggio / giugno - luglio / agosto 2022  
 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 PAST PRESIDENT**

ANMCO POWER p.6  
 Un altro straordinario successo  
 di *Domenico Gabrielli*



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

Il punto sugli Studi Clinici p.10  
 del Centro Studi della Fondazione  
 per il Tuo cuore  
 a cura del Centro Studi

**DAL DIRETTIVO**

Master Universitario p.14  
 di II livello "Clinical Competence  
 in Insufficienza Cardiaca"  
 di *Fabrizio Oliva, Stefania Angela Di  
 Fusco e Furio Colivicchi*



**DAL SITO WEB**

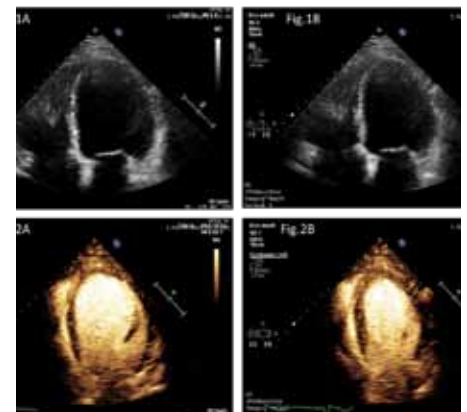
Survey ANMCO sul ruolo della p.16  
 donna Cardiologo  
 di *Giuseppina Maura Francese, Giovanna*

*Geraci, Nadia Aspromonte, Daniela  
 Pavan, Ada Cutolo, Iris Parrini*  
 La transizione digitale in p.22  
 medicina: appunti per un  
 ragionamento  
 di *Gianfranco Gensini, Serafina Valente,  
 Nicoletta Scarpa, Furio Colivicchi*

**DALLE AREE**

**AREA CARDIOIMAGING**

Utilizzo del mezzo di contrasto p.26  
 in ecocardiografia clinica  
 di *Granit Rabia, Antonello D'Andrea,  
 Giovanna di Giannuario, Alessia Gimelli,  
 Georgette Houry, Francesca Mantovani,  
 Valeria Pergola, Vincenzo Polizzi,  
 Massimiliano Rizzo, Marco Campana*

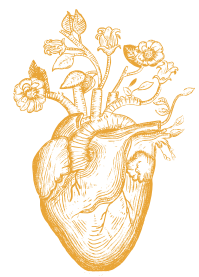


**AREA CARDIOLOGIA DI GENERE**

Long Covid: nuove definizioni p.30  
 (PASC) e peculiarità di genere  
 di *Maria Teresa Manes, Nadia Ingianni,  
 Silvana Brigido, Ada Cutolo, Francesca  
 Lanni, Maria Teresa Rovere, Daniela  
 Pavan*

**AREA CARDIOLOGIA INTENSIVA ED  
 INTERVENTISTICA**

Perché un giovane cardiologo p.35  
 dovrebbe diventare un intensivista?  
 di *Nicola Gasparetto, Zeldà Noto e  
 Francesco Paporoni a nome dell'Area  
 Cardiologia Intensiva ed Interventistica*



**AREA CRONICITA' CARDIOLOGICA**

Droghe e cuore p.40  
di *Maurizio Giuseppe Abrignani, Francesco Ciccirillo, Pier Luigi Temporelli, Giulio Binaghi, Arturo Cesaro, Alessandro Maloberti, Chiara Cappelletto, Giovanni De Luca, Vincenzo Lopriore, Antonio Terranova a nome dell'Area Cronicità Cardiologica*



**AREA GIOVANI**

La "Next Generation" al Congresso Nazionale 2022: tutta la potenza della ricerca ANMCO, tra presente e futuro di *Pietro Scicchitano, Francesca Musella, Filippo Zilio a nome dell'Area Giovani*



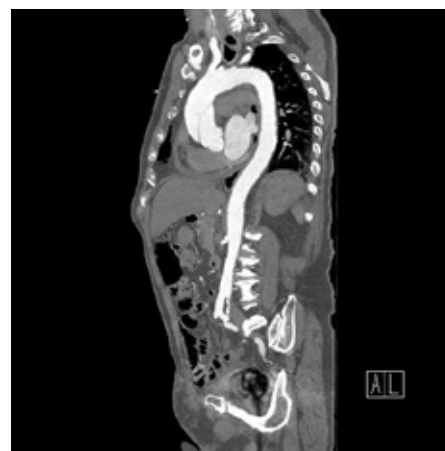
**AREA MALATTIE DEL CIRCOLO POLMONARE**

Ambulatorio cardiologico p.46 dell'ipertensione polmonare: ci vuole competenza, passione e multidisciplinarietà!  
di *Antonella Romaniello e Francesca Giordana*



**AREA MALATTIE RARE**

La dissezione aortica di tipo A. p.50  
Epidemiologia di un evento raro di *Susanna Grego e Cristina Chimenti*

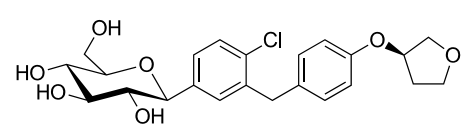


**AREA NURSING E PROFESSIONI SANITARIE**

L'Area Nursing e Professioni Sanitarie incontra i Referenti Regionali ANMCO p.53  
di *Michela Barison e Tullio Usmiani a nome dell'Area Nursing e Professioni Sanitarie*

**AREA SCOMPENSO CARDIACO**

Nuove evidenze sull'utilizzo p.56 degli SGLT2i nei pazienti con scompenso cardiaco in fase acuta di *Maria Denizta Tinti, Marco Marini, Mauro Gori, Samuela Carigi, Piero Gentile, Francesco Orso, Luisa De Gennaro, Giuseppe Leonardi e Renata De Maria*



**DAI GRUPPI DI STUDIO INTELLIGENZA ARTIFICIALE IN CARDIOLOGIA**

L'intelligenza artificiale clinica p.60  
di *Marco Mazzanti*



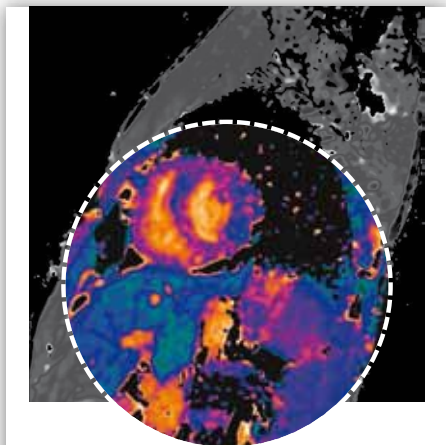
**DALLE REGIONI ABRUZZO**

Iperuricemia e rischio cardiovascolare p.64  
di *Massimo Di Marco, Elvira Verrengia, Laura Pezzi, Roberta Magnano, Daniele Forlani, Alberto D'Alleva, PierGiusto Vitulli, Enrico Occhiuzzi, Giovambattista Desideri, Leonardo Paloscia*



**LAZIO**

Il Congresso Regionale dell'ANMCO Lazio 2022: informazione, formazione e confronto  
*di Vittoria Rizzello, Giovanni Pulignano, Fabio Menghini, Luigi Sommariva, Alessandro Aiello, Silvio Fedele, Alessandro Danesi, Paride Giannantoni, Giuseppe Pajes*



**FOCUS ON DELL'ANMCO LAZIO**  
 QUELLO CHE DOVREMMO CONOSCERE SU RMN E TAC CARDIACA IN PILLOLE

**ROMA, 7 GIUGNO 2022**

Spaces Laurentina | Viale Luca Gaucico 91/93  
 PARTECIPANTI N. 20



**MARCHE**

Scopenso cardiaco avanzato: costruiamo la rete Regionale Marchigiana  
*di Giovanni Tarsi, Luca Angelini, Fabrizio Buffarini, Alessandro Capestro, Alessandro D'Alfonso, Josephine Staine, Francesca Terzi*

**TOSCANA**

Un Corso di Elettrocardiografia per Infermieri: uno strumento pratico a cura dell'ANMCO Toscana  
*di Enrica Talini a nome del Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Toscana*

**VENETO**

Il Cgcnro Regionale di ANMCO Veneto 2022  
*di Francesco Bacchion, Claudio Picariello e Claudio Bilato*

Once upon a time  
*di Rita Cristina Myriam Intravaia*

L'anfora che pesca il cuore  
*di Eligio Piccolo*

Amiloidosi Cardiaca e le sfide del Cardiologo: prevalenza, incidenza e fattori di rischio per impianto di Pacemaker nella Amiloidosi da Catene Leggere e Transtiretina  
*di Gianfranco Sinagra e Aldostefano Porcari*

**COME ERAVAMO**

Nelle pagine di "Cardiologia negli Ospedali" la memoria storica dell'ANMCO  
 Parte terza: 1981-1983  
*di Sergio Pedè*

**STORIA DEGLI OSPEDALI D'ITALIA**

C'è una Cardiologia in un Ospedale... La Cardiologia nelle Malattie Infettive dell'Istituto "Lazzaro Spallanzani" IRCCS di Roma  
*di Maria Chiara Gatto*

**UNO SGUARDO SUL MONDO**

Giuseppe Cacciatore e la fotografia, una passione che dura una vita  
*di Gianfranco Misuraca*

**CARDIOLOGI SCRITTORI**

Qualche bicchiere di troppo  
*di Domenico Miceli*

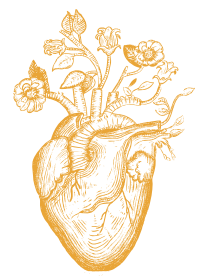


**LETTI PER VOI**

Evaporare è come morire  
*di Beatrice Balduzzo*

**IN MEMORIA DI...**

In memoria di Ermanno Angelini  
*di Gianfranco Ignone*



# Editoriale

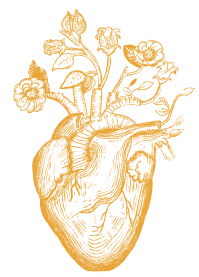
Cari Lettori, numero caldo non solo dal punto di vista meteorologico questo numero estivo di “Cardiologia negli Ospedali”. Il Past President, Domenico Gabrielli, ci racconta il grande successo del 53° Congresso Nazionale ANMCO, sottolineandone i passaggi principali e le iniziative di maggior successo. Fabrizio Oliva a nome del Consiglio Direttivo ci introduce il Master Universitario di II livello “Clinical Competence in Insufficienza Cardiaca”. Aspirare a diventare un “Heart Failure Specialist” rappresenta oggi una sfida moderna è sempre più accattivante. Un numero sempre maggiore di pazienti, fisiopatologie talvolta complesse e mai scontate, imaging integrato in continua evoluzione migliorativa e terapie sempre più efficaci rappresentano alcuni degli stimolanti *plus* che rendono questa branca della cardiologia attrattiva, anche se per la necessità di avere competenze trasversali in tutti i campi della cardiologia e non solo, la rendono impegnativa e inscindibile da un’ampia e variegata esperienza clinica. È con questi ambiziosi obiettivi che si inserisce il Master sull’insufficienza cardiaca voluto da ANMCO insieme all’Università degli Studi di Firenze giunto alla sua IV edizione. Di donne cardiologo tratta l’articolo scritto da sei illustri Colleghe che presentano la Survey ANMCO: un *gender gap* esiste ancora e i numeri lo testimoniano. Per citare un poeta potremmo dire

«Anche se voi vi credete assolti - Siete lo stesso coinvolti...». Le rinnovate Aree ANMCO affrontano temi scientificamente stimolanti con brevi ma completi articoli che spaziano dall’ecocardiografia con mezzo di contrasto al Long COVID o come oggi viene meglio definito PASC - Post Acute Sequelae of SARS COV2, fino al percorso formativo del cardiologo intensivista, altra branca della moderna cardiologia a cui ANMCO e questo Direttivo in particolare, hanno dedicato spazio ed energie. È a Firenze nel mese di luglio la prima Conferenza Nazionale delle UTIC ANMCO; evento sicuramente bollente ma imperdibile. La medicina digitale resta un argomento di grande interesse e l’articolo del Prof. Gianfranco Gensini mette ordine con chiarezza in un processo di transizione che lentamente sta avvenendo anche in cardiologia. Marco Mazzanti per il Gruppo di Studio ANMCO sull’Intelligenza Artificiale in Cardiologia ci aggiorna e ci presenta il Documento del Ministero della Salute, rinforzando l’interesse che “*Cardiologia negli Ospedali*” ha dimostrato nei precedenti numeri lanciando, grazie allo stimolante apporto di Gian Luigi Nicolosi, un ampio dibattito editoriale. Le Regioni ANMCO, dopo due anni di restrizioni per la pandemia, riprendono le loro frenetiche attività congressuali, formative e scientifiche finalmente in presenza. Successi che ci auguriamo scaramanticamente continuino

sempre in presenza per tutti, con l’abituale piacere di incontrarsi di persona, ma che abbiamo ben imparato a gestire e valorizzare anche via Web. La rubrica Forum, sempre eterogenea nei contenuti, dà spazio a nomi storici della cardiologia italiana su temi stimolanti come la Sindrome di Tako-Tsubo e il rischio aritmico nell’amiloidosi. Di memoria storica dell’ANMCO si occupa la rubrica di Sergio Pede sulle pagine storiche di “*Cardiologia negli Ospedali*”: leggere il passato per comprendere il presente e forse il futuro! Per Storia degli Ospedali d’Italia, Maria Chiara Gatto ci presenta il Servizio di Cardiologia dell’Istituto “Lazzaro Spallanzani” di Roma, la cui storia e rilevanza nazionale sono tornati alla ribalta nel periodo pandemico. Giuseppe Cacciatore, cardiologo e fotografo, ci viene presentato con splendide immagini fotografiche da Gianfranco Misuraca e se abbiamo cercato e scovato tanti fotografi nel mondo cardiologico che ci hanno regalato scatti di grande pregio, che abbiamo avuto il piacere di pubblicare su “*Cardiologia negli Ospedali*”, adesso ci siamo messi in cerca, grazie ad una stimolante idea di Giuseppe Di Tano, dei cardiologi scrittori. Domenico Miceli è uno di questi e si racconta nella nuova rubrica ad essi dedicata. I cardiologi pittori potrebbero essere l’obiettivo della prossima caccia editoriale. Non manca un buon libro da portarsi sotto l’ombrellone, letto per noi da Beatrice Balduzzo.♥ Buona estate a tutti Voi.



*Murales nel quartiere di Psyri - Atene*



DAL PAST PRESIDENT

DI DOMENICO GABRIELLI



53° Congresso ANMCO, Rimini 19 - 21 maggio 2022

# ANMCO POWER

## Un altro straordinario successo



**A** maggio scorso si è tenuto presso il Palacongressi di Rimini il nostro 53° Congresso, un congresso particolare siamo infatti tornati finalmente

in presenza dopo gli anni difficili segnati dal COVID, che pur hanno dimostrato la nostra forza associativa e professionale, nonché il coraggio di osare responsabilmente. Vedere

un congresso finalmente di nuovo pieno di Colleghi e stake-holders ha riempito di gioia chi come me crede nella nostra Associazione e apprezza gli sforzi che stanno





*La consegna della targa d'oro al Dott. Domenico Gabrielli*

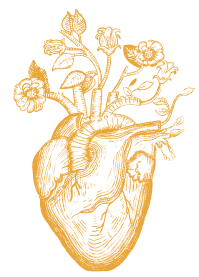
compiendo, con mirabili risultati, il Presidente Furio Colivicchi e tutto il Consiglio Direttivo. Il sentimento preponderante che emanava, a mio modo di vedere, è stata la soddisfazione di un programma scientificamente completo e ineccepibile e la gioia di tornare insieme in presenza. Vedere tanti giovani ha certamente inorgogliato chi tiene ad ANMCO, perché sono il miglior modo per garantire il futuro. Certamente ci sono altri articoli sul congresso scritti da chi ha maggior titolo di me a farlo, io parlo da appassionato uomo ANMCO e ho apprezzato le tante novità scientifiche e ludiche proposte (tipo Cardiac Pursuit ANMCO). Come al solito la rappresentanza di importanti ospiti stranieri è stata nutrita e autorevole, inoltre abbiamo avuto modo di apprezzare, fra gli altri, il Prof. Locatelli che tanto si è speso durante il COVID a favore dell'Italia e che è stato insignito della Targa

d'Oro ANMCO proprio per questo, la signorilità dei modi e la modestia nel comportamento gli fanno grande onore. Per me è stato poi motivo di grande commozione e orgoglio essere insignito a mia volta della Targa d'Oro ANMCO, ringrazio per questo Furio Colivicchi e tutto il Consiglio Direttivo che hanno voluto tributarmi questo prestigioso riconoscimento al primo anno di past-presidenza, ho poi apprezzato molto le motivazioni per il conferimento, è stato per me un segno che impegnarsi nella attività di servizio che richiede la nostra amata associazione, lascia un seguito di affetto e stima che è impagabile e spinge sempre più a impegnarsi con tutte le proprie forze nelle attività di servizio richieste. Mi preme inoltre ricordare un altro momento di toccante intimità associativa e di stimolo ai giovani, l'attribuzione del Premio Giovanni Gregorio che è stato fortemente voluto da Maria e Giuseppe, moglie e figlio di Giovanni, per perpetuare

i sentimenti di affetto e stima, nonché di appartenenza associativa, che hanno sempre contraddistinto Giovanni e per confermare l'impegno a favore della Sanità Pubblica che è stato un suo mantra, l'occasione è stata eccellente per ricordare la monumentale figura di Giovanni, che rimane per noi indimenticato e indimenticabile. In conclusione anche questo 53° è stato un Congresso di altissimo livello scientifico, che ha mostrato l'attenzione di ANMCO a tenersi al passo con i tempi mediante innovazioni introdotte nel programma, è emerso ancora una volta il fortissimo spirito associativo che lo ha permeato, un evento che è riuscito come sempre a contemperare competenza, passione, dedizione, spirito di sacrificio, rispetto e amicizia, cioè i valori che da sempre caratterizzano ANMCO e che ne fanno la forza trainante, in linea con il leit motiv ANMCO POWER. Un cordiale saluto.♥



*La consegna della targa d'oro al Prof. Franco Locatelli*



# ANMCO

## #ANMCO 2022 memories... Tanti i momenti indimenticabili

### VIDEO PILLOLE DAL CONGRESSO



COMMENTO DI FURIO COLUCCI SULLA LUNCHEON SESSION "QUANDO IL PAZIENTE VULNERABILE INCONTRA LA FIBRILLAZIONE ATRIALE: LE EVIDENZE DI RIVAZODANAN"  
Intervista di Stefania di Pace

INCONTRO CON L'ESPERTO, FABRIZIO OLIVA, PER UN APPROFONDIMENTO SUL TEMA "SCOMPENSO CARDIACO CORRETTA IMPLEMENTAZIONE DELLE LINEE GUIDA ESC 2021"  
Intervista di Niki Carullo

APPROFONDIMENTO DI PASQUALE CALABROLA SU LUNCHEON PANEL "SETTING CLINICI E TERAPIA ANTICOAGULANTE: DALLA TEORIA ALLA PRATICA"  
Intervista di Martina Milano



INCONTRO CON L'ESPERTO, MAURIZIO GIUSEPPE ARRIGNANI, PER UN COMMENTO SULLA SESSIONE "COME RIDURRE LA CASTOLEVVITA DEI FARMACI ANTITROMBOTICI"  
Intervista di Antonella Spinelli



COMMENTO DI SERAFINA VALENTE ALLA CONVENTION "L'EVOLUZIONE DELLE UTIC IN ITALIA"  
Intervista di Francesca Terzi



COMMENTO DI CARMINE RICCI SU FOCUS "L'ORGANIZZAZIONE DELLA CARDIOLOGIA IN ITALIA: TRA PRESENTE E FUTURO"  
Intervista di Giovanni Amadio Taverchia



CONSIDERAZIONI DI SERAFINA VALENTE SUL FOCUS "LO SCOMPENSO CARDIACO REFRAATTARIO ALLA TERAPIA MEDICA: CHANGING THE COURSE"  
Intervista di Antonia Iacovoni



DOMENICO GABRIELLI COMMENTA LA NAVI SESSION "FIBRILLAZIONE ATRIALE: OPORTE 2022"  
Intervista di Nicoletta Conti



CONSIDERAZIONI DI GIUSEPPE DI PASQUALE SUL GIORNALE ITALIANO DI CARDIOLOGIA - DIALOGO TRA EDITOR  
Intervista di Mario Chiutto



COMMENTO DI LEONARDO DE LUCA SULLA TAVOLA ROTONDA "CENTRIMENTO ANMCO DELLE STRUTTURE CARDIOLOGICHE ITALIANE 2022"  
Intervista di Assunta Iorio



APPROFONDIMENTO DI MICHELE MASSIMO GULLOTA SULLA CONVENTION NAZIONALE "BANCA DEL CUORE"  
Intervista di Cinzia Di Giandomeni



INTERVISTA AL PAST PRESIDENT DOMENICO GABRIELLI  
Intervista di Mario Chiutto



CONSIDERAZIONI DI GIACCARLO CASOLO SUL CODICE DI INAMIC AVANZATO PER IL CARDIOLOGO OSPEDALIERO  
Intervista di Assunta Iorio



COMMENTO DI GIACCARLO CASOLO AL FORUM "PERI IN ELETTROCARDIOGRAFIA CLINICA"  
Intervista di Mario Chiutto



COMMENTO DI ALESSIA POPPAL E PAUL AL CASALE SUL SIMPOSIUM CONGIUNTO ANMCO - ACC/AMA "NEW WAYS OF FIGHTING DYSLIPDAEMIAS"  
Intervista di Stefano Tolone

### IMMAGINI DAL CONGRESSO



# TUTTA LA FORZA DELLA CARDIOLOGIA

# POWER



Vai su [congress2022.anmco.it](http://congress2022.anmco.it)  
al **53° Congresso ANMCO 2022**

## COMMENTI A CALDO



ANMCO ESC JOINT SYMPOSIUM Highlights  
Fabrizio Oliva

CEREBROVA INALCIBALE HIGHLIGHTS  
Domenico Gabrielli

COMMENTI A CALDO DAL FASTE PRESIDENT  
Domenico Gabrielli



CONGRESSO ANMCO 2022  
Frances Lacatini al Congresso ANMCO 2022

I GOVERNI AL CONGRESSO ANMCO 2022



IL CENTRO STUDI ANMCO  
Attilio Pietro Maggioni

IL DEBRILLATORE INDOSSABILE: ISTRUZIONI PER L'USO  
Narain Corde

LA FLECAANIDE NEL TRATTAMENTO DELLE ARITMIE CASSACHE  
Massimo Grimaldi



LA RIDUZIONE DEL RISCHIO CV RESIDUO NON LDL  
Fulvio Calviroli

NUOVI FARMACI IN CARDIOLOGIA: ISTRUZIONI PER L'USO  
Fulvio Calviroli

START UPDATE: ESPERIENZE CLINICHE  
Alberto Converselli



TRIBUTO AL PROFESSOR ATTILIO MAMMI  
Attilio Pietro Maggioni



## CONGRESS NEWS DAILY



CONTROVERSA CARDIOCHIRURGIA VS TAVI NELLA STENOSI AORTICA SEVERA  
[LEGGI TUTTO >](#)

MINI SIMPOSIUM: COMORBIDITÀ NELLO SCOMPENSO CARDIACO: COME GESTIRLE SECONDO LE PIÙ RECENTI LINEE GUIDA  
[LEGGI TUTTO >](#)

CONVENTION SANAMCO PER LE DONNE  
[LEGGI TUTTO >](#)



MINI SIMPOSIUM TAVI 2022: COSA SAPERE E COSA SAPER FARE  
[LEGGI TUTTO >](#)

INCONTRO CON L'ESPERTO: COME RIDURRE LA GASTROLESIVITA' DI FARMACI ANTITROMBOTICI  
[LEGGI TUTTO >](#)

MAIN SESSION STUDY CLINICI ANMCO  
[LEGGI TUTTO >](#)



SIMPOSIUM STRATIFICAZIONE DEL RISCHIO DI MONTE SIMPROVVISIA  
[LEGGI TUTTO >](#)

INCONTRO CON L'ESPERTO: SPERTEZIONE POLMONARE CRONICA TROMBOEMBOLICA  
[LEGGI TUTTO >](#)

MINI SIMPOSIUM LA RETE PER L'EMERGENZA: URGENZA CARDIOLOGICA UPDATE 2022  
[LEGGI TUTTO >](#)



La Redazione del Congress News Daily 2022



## Studi in corso (DATI AGGIORNATI AL 22/06/2022)

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

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

## FOCUS ON

### AFFIRMO RCT

La Fondazione per il Tuo cuore – ONLUS partecipa, nell'ambito di European Union's Horizon 2020 Research and Innovation Programme, al Progetto AFFIRMO in qualità di Promotore e Coordinatore di protocollo e conduzione del Cluster RCT: si tratta di uno studio internazionale, multicentrico, controllato in aperto, che ha come obiettivo quello di valutare se in pazienti anziani affetti da Fibrillazione Atriale (FA) e con almeno una ulteriore multimorbilità, una strategia strutturata e multidisciplinare implementata utilizzando una piattaforma digitale (iABC) determina un beneficio in termini di outcome e qualità della vita rispetto alla Usual Care.

Lo studio sarà condotto in Italia e in altri 5 Paesi Europei: Bulgaria, Danimarca, Romania, Serbia e Spagna. Ogni Paese parteciperà con 8-10 Centri, ciascuno dei quali dovrà arruolare 25 pazienti nell'arco di 12 mesi. L'iter regolatorio verrà

avviato a settembre 2022 e la fase di arruolamento dei pazienti inizierà ad aprile 2023. Ciascun paziente verrà rivisto in follow-up a 3, 6 e 12 mesi. Il Centro Studi ANMCO sarà il Centro di Coordinamento Centrale (CCC).

Trattandosi di uno studio randomizzato a cluster, non saranno i singoli pazienti ad essere randomizzati, ma il singolo Centro partecipante. L'assegnamento casuale di un Centro ad Usual Care piuttosto che ad iABC sarà effettuato solo dopo la conclusione della fase etico-regolatoria. I cluster di ciascun Paese saranno stratificati in 2 gruppi: centri in ospedali con o senza laboratorio di elettrofisiologia interventistica per l'ablazione della FA.

Lo studio prevede complessivamente l'arruolamento di 1250 pazienti di entrambi i sessi ed età  $\geq 65$  anni, con FA ed una o più comorbilità tra le seguenti: ipertensione (trattata con almeno 2 farmaci antiipertensivi), CAD, PAD, scompenso cardiaco, ictus/TIA, diabete, BPCO, insufficienza renale cronica. L'end-point primario è

l'ospedalizzazione (non programmata) per tutte le cause su un periodo di follow-up di 12 mesi. Gli end-point secondari sono i seguenti: «end-point composito» di ictus ischemico non fatale, TIA e morte cardiovascolare; mortalità per tutte le cause; mortalità per tutte le cause e ricoveri per tutte le cause (programmati e non programmati); nuova diagnosi di scompenso o un peggioramento dello stesso che richiede ospedalizzazione; emorragie maggiori secondo la definizione ISTH; emorragie intracraniche; comparsa di disfunzione renale o peggioramento della funzione renale; qualità della vita; aderenza alla terapia farmacologica; livello di aderenza alla piattaforma iABC; attività fisica; livello di empowerment/coinvolgimento.



This project has received funding from the European Union's Horizon 2020 research and innovation programme under grant agreement No. 899871



*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**

Ambulatorio di Cardiologia  
Casa di Cura Città di Rovigo  
Via G. Falcone P. Borsellino, 69  
Rovigo 45100  
roncon.loris@gmail.com



Manlio Cipriani

**CONSIGLIERE**

**MANLIO CIPRIANI**

U.O. di Cardiologia  
ISMETT - IRCCS  
Via Ernesto Tricomi, 5 - 90127 Palermo  
Tel. 091/2192 111-478 - Fax 091/2192400  
mcipriani@ismett.edu



Cosimo Napoletano

**CONSIGLIERE**

**COSIMO NAPOLETANO**

Centro Medico Villa Rosa  
Via Nazionale Adriatica, 60  
64018 Tortoreto Lido (TE)  
Tel. 0861/1853400  
cosimonapoletano1952@gmail.com



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

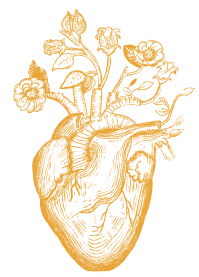


Serafina Valente

**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



DAL DIRETTIVO

DI FABRIZIO OLIVA, STEFANIA ANGELA DI FUSCO  
E FURIO COLIVICCHI  
A NOME DEL CONSIGLIO DIRETTIVO ANMCO



# Master Universitario di II livello “Clinical Competence in Insufficienza Cardiaca”

Una collaborazione ANMCO - Università degli Studi di Firenze

**T**ra i progetti messi in campo dall'ANMCO nel 2021 un posto di primo piano spetta alla quarta edizione del Master Universitario di II livello di “Clinical Competence in Insufficienza Cardiaca”.

Si tratta di un'importante iniziativa scientifico-formativa, ideata e progettata nel 2015, che con l'anno accademico 2021-2022 è giunta alla sua quarta edizione, arricchita di contenuti anche grazie ai feedback costruttivi ottenuti dalle precedenti

Un Master che forma professionisti “competenti”, che acquisiscono “idoneità e autorità...” per gestire l'insufficienza cardiaca







edizioni e dopo una pausa forzata correlata all'emergenza pandemica.

Il Master è focalizzato su una patologia quale lo scompenso cardiaco che è divenuta la nuova epidemia del 21° secolo. I dati epidemiologici indicano chiaramente, infatti, come l'insufficienza cardiaca sia una patologia con prevalenza ed impatto economico in continua crescita e di cui è necessario farsi carico.

**Grande punto di forza del Master sono i partecipanti non “vasi da riempire, ma, come la legna da ardere, hanno solo bisogno di una scintilla che l'accenda e le dia l'impulso per la ricerca, e un amore ardente per la verità”**

Il termine “Clinical Competence” (dal latino tardo *competentia*, derivato di *competere* «competere») che identifica questo Master sottolinea le finalità del corso, cioè formare professionisti “competenti” che acquisiscono “idoneità e autorità di trattare, giudicare, risolvere determinate questioni...” (definizione di “competenza” dal dizionario Treccani).

La sempre maggiore complessità nella gestione dei pazienti con insufficienza cardiaca richiede specialisti non solo competenti in medicina clinica

ma che sappiano implementare un armamentario farmaceutico sempre più ricco e che abbiano familiarità con le molteplici modalità di imaging, con i dispositivi impiantabili, le procedure interventistiche, e le innovative modalità assistenziali basate sulla telemedicina. Percependo questi emergenti bisogni formativi, largamente insoddisfatti dai percorsi accademici usuali, con questo Master che vede il connubio tra la cardiologia ospedaliera e la cardiologia accademica, l'ANMCO in collaborazione con l'Università di Firenze offre un percorso formativo “post-specialistico” incentrato sullo scompenso cardiaco.

Esperti provenienti dal mondo ospedaliero portano il valore aggiunto dell'esperienza sul campo e i docenti universitari offrono una metodologia educativa strutturata. Nella sua quarta edizione, l'attività didattica organizzata in una serie di moduli formativi si svolge presso il Learning Center della sede ANMCO a Firenze, con lezioni che sono occasione di intensa e vivace interazione tra relatori e partecipanti e con contenuti interattivi e multimediali che permettono di confrontarsi con i molteplici aspetti della complessa attività che gravita intorno alla gestione del paziente con insufficienza cardiaca.

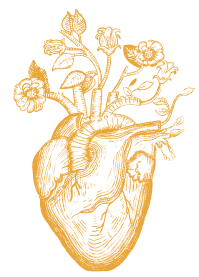
Il corso è strutturato in maniera da affrontare lo scompenso cardiaco in maniera globale dall'epidemiologia alla fisiopatologia, dalla gestione terapeutica nella fase acuta al trattamento del fine vita, senza tralasciare gli aspetti socioeconomici, affrontando temi di economia e organizzazione sanitaria, che forzatamente impattano la pratica

clinica.

Il vero punto di forza del Master sono i partecipanti che, per usare le parole di Plutarco, non sono “vasi da riempire, ma, come la legna da ardere, hanno solo bisogno di una scintilla che l'accenda e le dia l'impulso per la ricerca, e un amore ardente per la verità”. Anche in questa edizione i discenti sono professionisti provenienti da tutta Italia uniti dal vivo desiderio di approfondire le proprie conoscenze in tema di insufficienza cardiaca e che non si lasciano sfuggire le occasioni di confronto e discussione

**Il percorso formativo “post-specialistico” vede il connubio tra la cardiologia ospedaliera e la cardiologia accademica**

su problematiche pratiche. Tutte ottime premesse per collaborazioni e scambi culturali che certamente accompagneranno e favoriranno l'ulteriore crescita dei professionisti anche dopo la conclusione del corso. Grazie a questo Master si va formando una nuova classe di professionisti non solo appassionati della gestione dello scompenso cardiaco ma con conoscenze, competenze, ed una prestigiosa qualifica riconosciuta a livello Nazionale ed Internazionale. Con un forte “in bocca al lupo” salutiamo i partecipanti e tutti i docenti del Master che trasmettono non solo cultura ma anche tanta passione!♥



## La Cardiologia e le donne: una questione di gender gap

# Survey ANMCO sul ruolo della donna Cardiologo

**A**ncora stentiamo a comprendere di dover essere considerate un gruppo a sé “diverso”, di essere modestamente rappresentate nelle posizioni apicali, addirittura sottopagate; le nostre capacità culturali, intellettuali e tecniche sono molto alte. Perché il mancato riconoscimento anche in termini economici? Perché la femminilizzazione nel mondo del lavoro incontra ostacoli e resistenze? Il problema è sempre lo stesso: la doppia presenza, la gestione contemporanea di due pattern di vita, familiare e lavorativo, e l’attribuzione del ruolo di accudimento da sempre riservato alle donne. Se ne dibatte da anni, con scarsi risultati, ma il “problema donna” oggi deve diventare sfida e risorsa insieme: sfida in quanto pone riflessioni su esigenze diverse di un mondo diverso e risorsa in quanto offre l’opportunità di pensare a scenari nuovi e modelli nuovi per tutti nel mercato del lavoro attuale. Da tempo il nostro Paese si è occupato di rimuovere gli ostacoli alla donna lavoratrice prima con atti di tutela poi con la promozione di azioni propositive. La prima azione di tutela è espressa dall’articolo 37 della Costituzione <<La donna lavoratrice ha gli stessi diritti e, a parità di lavoro, le stesse retribuzioni che spettano al lavoratore. Le condizioni di lavoro devono consentire l’adempimento

*della sua essenziale funzione familiare e assicurare alla madre e al bambino una speciale adeguata protezione>>.*

A rafforzare questo fondamentale concetto, nel dicembre 1977 la legge 903/9 introdusse il divieto di ogni discriminazione fondata sul sesso per

**I risultati di questa Survey sono in linea con ricognizioni simili svolte nel recente passato da Associazioni Scientifiche o Sindacali (GISE, FNOMCeO, ANAAO) nel mondo della medicina, ma anche in altri settori del mondo del lavoro come industria e finanza, tutti concordi nel confermare e documentare la scarsa presenza delle donne nei ruoli apicali**

quanto riguarda accesso al lavoro, trattamento retributivo, attribuzione di qualifiche, di mansioni e in genere la progressione di carriera non trascurando i trattamenti di natura previdenziale. Dopo leggi di tutela,

nel 1991 compaiono leggi volte alla promozione di azioni positive (legge 125/91), evento che segna un passo in più, mirato a rafforzare il concetto di parità: vengono promosse azioni volte al miglioramento della formazione scolastica e professionale delle donne, al riequilibrio delle responsabilità familiari e professionali nella coppia, a rinforzare la presenza delle donne nel mercato del lavoro nelle posizioni apicali e nei settori in cui appaiono sottorappresentate. Ma ricordiamo che le azioni positive devono essere promosse dai datori di lavoro, dai sindacati e da soggetti istituzionali; inoltre, è fatto obbligo alle amministrazioni pubbliche di adottare piani di azioni positive. La strategia dell’Unione Europea in materia di parità tra donne e uomini a sua volta insiste sull’*equilibrio di genere a livello decisionale*. Nonostante questa mole di leggi, i dati del Global Gender Gap Report 2017, Eurostat ed anche quelli relativi alla rappresentanza femminile FNOMCeO e delle Aziende Sanitarie ci forniscono realtà diverse, allarmanti, la forbice è troppo ampia; non è solo importante la femminilizzazione della sanità ma avere l’opportunità di poter esprimere il merito. L’Italia oggi è al **76° posto su 149 Paesi** nel mondo per la capacità di **colmare le differenze di genere**, e al **17° posto**

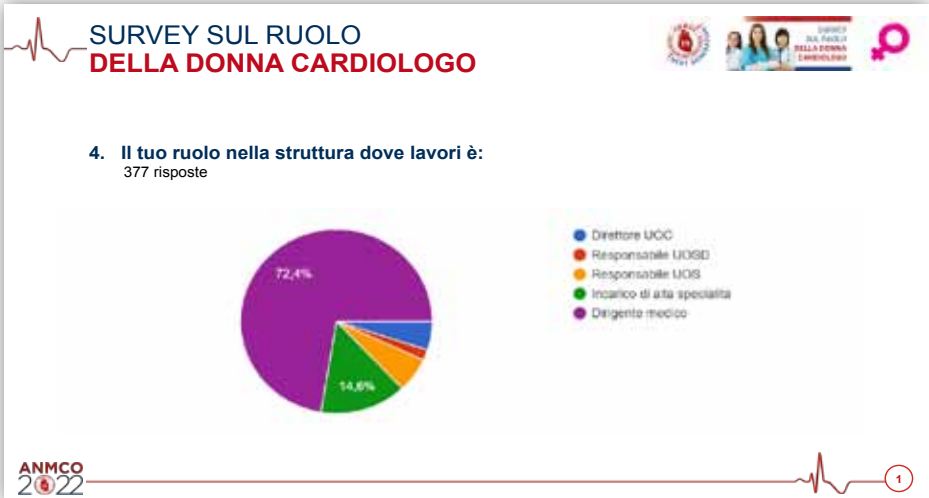


Figura 1

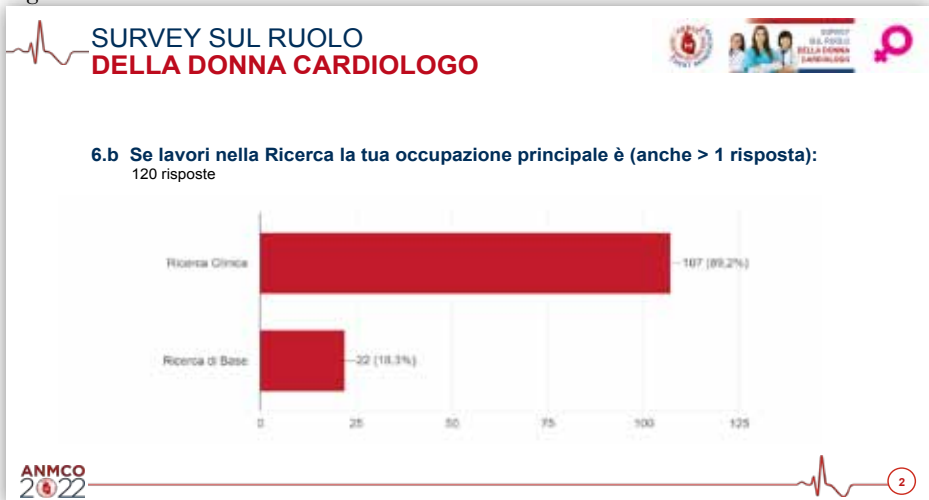


Figura 2

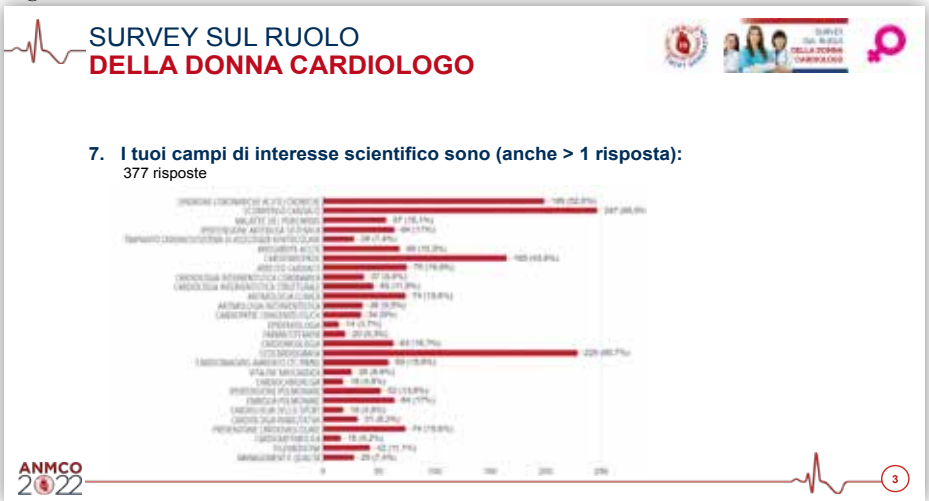
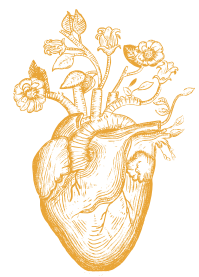


Figura 3

sui 20 Paesi dell'Europa occidentale. Per tutte queste considerazioni l'ANMCO ha ritenuto necessario svolgere una indagine conoscitiva approfondita su queste tematiche rivolta alle Cardiologhe Socie, in modo da ottenere una fotografia affidabile della situazione reale ed eventualmente proporre strategie migliorative.

La percentuale di donne in ruoli apicali si aggira intorno al 18.8%, molto vicina al 17.5 % dei risultati prodotti da ANAAO nel 2017

**Il campione della Survey**  
 Le donne Cardiologhe iscritte all'ANMCO sono 1.812 di cui solo 28 aggregate con età inferiore a 30 anni. Le colleghe con età compresa fra 31 e 40 sono 470, mentre con età fra 41 e 50 sono 534, con età fra 51 e 60 sono 360. Tutte le restanti con età superiore a 60 anni sono 418. Solo di due Colleghe nel database manca l'età. La distribuzione per fascia di età appare piuttosto equa tra le Socie. Su 1.812 socie hanno risposto in 377, pari al 20%. La distribuzione d'età tra le Colleghe che hanno risposto è così divisa: lo 0,5 % tra i 25 e i 30 anni, il 31,8% tra i 31 e i 40 anni, il 34,2% tra i 41 e i 50 anni, il 21,5% tra i 51 e i 60 anni, l'11,9% oltre i 60anni. Per il 47,5% hanno risposto Cardiologhe che operano presso un Presidio Ospedaliero/Ospedale afferente ad Azienda Sanitaria Locale, per il 19,4% presso un Ospedale afferente ad Azienda Ospedaliera - Universitaria,



per il 23,1% presso Ospedale afferente ad Azienda Ospedaliera autonoma, per il 5,8% presso una Struttura Privata Accreditata, per il 2,7% presso Ospedale di IRCCS, ed infine solo l'1,6% opera all'interno di una Struttura territoriale di Azienda Sanitaria Locale. In riferimento al numero dei posti letto presenti nelle strutture in cui si lavora: il 30% ha tra

**Circa il 76% delle Cardiologhe ANMCO si dicono soddisfatte del proprio lavoro, ma molto meno, circa il 55% della propria carriera**

i 501 e i 1.000 posti letto, per il 29,2% tra i 250 e 500 posti, seguito dal 20,7% con < 250 posti. Un numero di posti letto > 1.000 per il 16,7%; solo il 3,4% fa riferimento alla sola attività ambulatoriale. In riferimento al proprio ruolo nell'ambito della struttura lavorativa abbiamo: 72,4% Dirigente Medico, 14,6% incarico di alta Specialità, 6,1% Responsabile di Struttura Semplice, 5% Direttore UOC ed infine il 1,9% Responsabile di UOSD (Figura 1). I servizi presenti nelle strutture lavorative sono per il 96% UTIC, per l'86,5% servizio di elettrofisiologia/elettrostimolazione, per il 70,3% servizio di Emodinamica con reperibilità h24 (l'Emodinamica senza la reperibilità h24 per il 52,3%). Il servizio di cardiocirurgia risulta presente per il 31%, seguito dal centro trapianti per il 13,3%. Abbiamo chiesto quale fosse l'attività principale per chi si occupa principalmente di

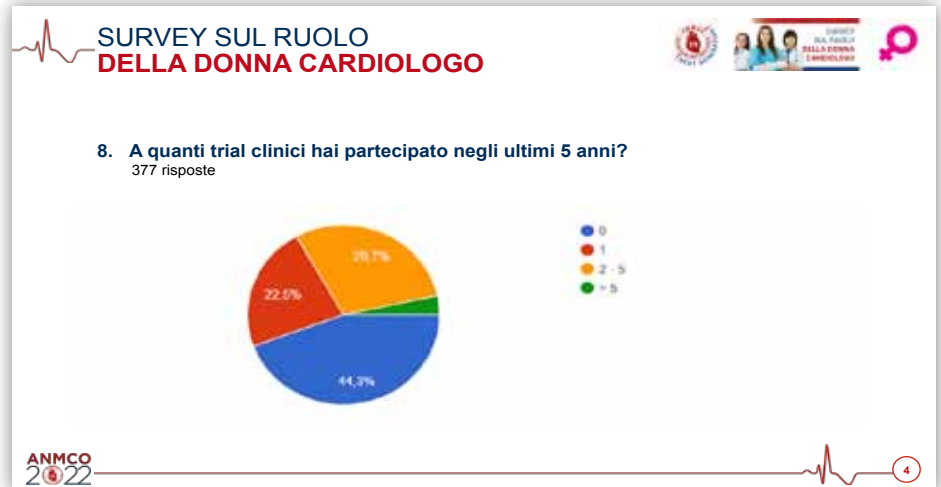


Figura 4

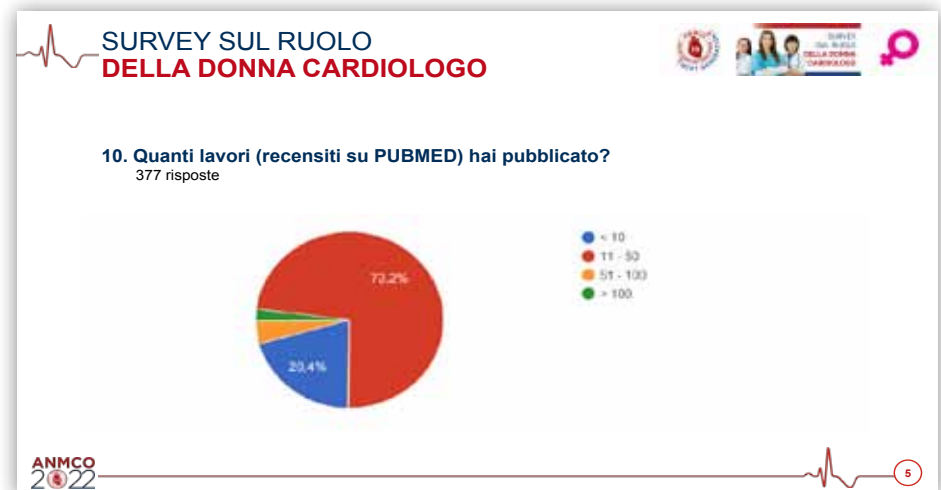


Figura 5

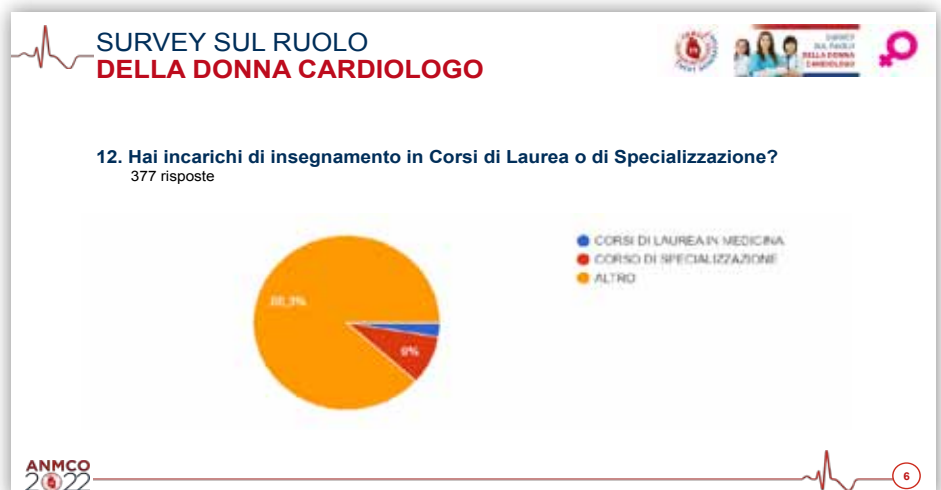


Figura 6

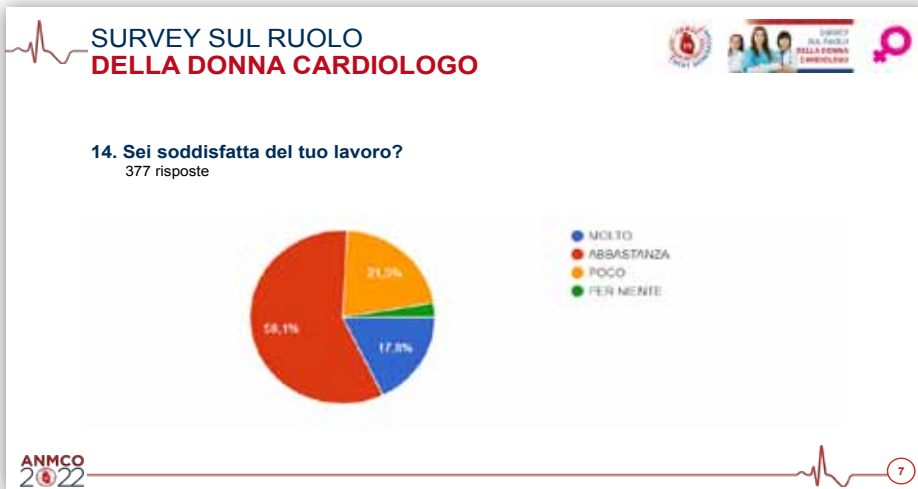


Figura 7

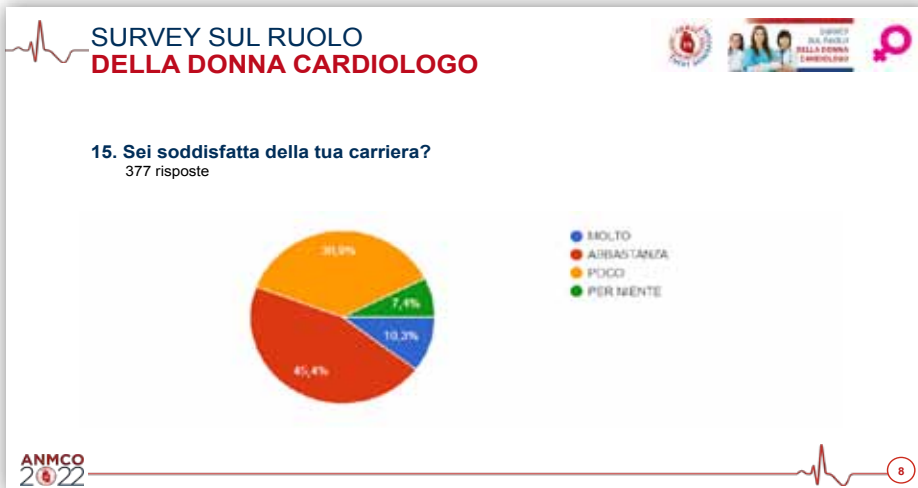


Figura 8

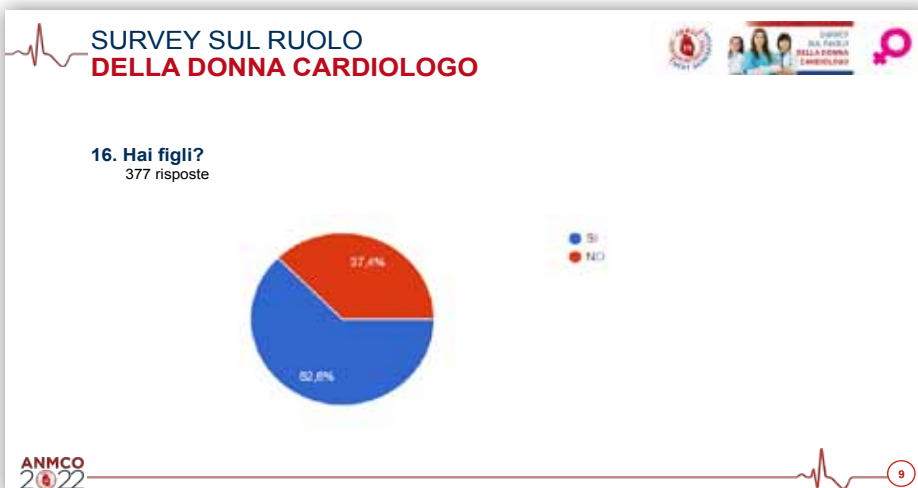
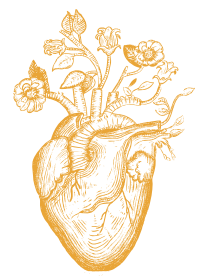


Figura 9

cardiologia clinica e le risposte ottenute si sono così suddivise: 66,2% ambulatorio, 57,5% reparto, 51,8% UTIC, 8,5% riabilitazione. Chi si occupa di cardiologia interventistica, come occupazione principale, ha: elettrofisiologia/elettrostimolazione (43,2%), ICD (37%), PMK (35,8%), emodinamica (34,6%), coronarografia (30,9%), PCI (30,9%), CRT (29,6%), SEF (24,7%), ablazione camere dx (21%), ablazione FA/FLU (17,3%), chiusura PFO/DIA (12,3%), chiusura auricole/altro (9,9%), MITRACLICP (8,6%), TAVI (7,4%), VAD (1,2%). Per chi si occupa di ricerca l'89,2% segue la ricerca clinica e per il 18% la ricerca di base (Figura 2). I campi di maggior interesse scientifico risultano essere lo scompenso cardiaco (65,5%), l'ecocardiografia (60,7%), le sindromi coronariche (52,8%) e le cardiomiopatie (43,8%) (Figura 3). Negli ultimi 5 anni il nostro campione per il 44,3% non ha partecipato ad alcun trial clinico e solo il 3% ha più di 5 trial clinici (Figura 4). I soggetti che hanno partecipato ad almeno un trial sono il 22,5%, mentre per il 29,7% hanno partecipato a un numero di trial compreso fra 2 e 5. Per quanto riguarda gli studi osservazionali il 32,9% non ha partecipato a nessuno studio negli ultimi 5 anni contro il 66,8% che lo ha fatto. Di questo 66,8% nel dettaglio: la maggioranza (35,3%) ha partecipato ad un numero di studi osservazionali compreso fra 2 e 5, il 27,6% ad un singolo studio ed il 4,2% a più di 5 studi. Indagando il numero di lavori (recensiti su PubMed) pubblicati vediamo come ben oltre la metà del campione (73,2%) presenta un numero di pubblicazioni tra 11 e



50 (Figura 5). Circoscrivendo la stessa domanda agli ultimi 5 anni otteniamo un risultato verosimilmente concorde al dato precedente: il 68,9% del campione rientra nell'intervallo 5 - 10. E' stato chiesto inoltre quante donne ANMCO avessero incarichi di insegnamento in Corsi di Laurea e Specializzazione. La stragrande maggioranza (88,3%) ha risposto con "altro" e solo il 9% ha incarichi all'interno di un Corso di Specializzazione. Il restante 2,7% insegna in Corsi di Laurea in Medicina (Figura 6). Passando al tipo di contratto lavorativo, la maggioranza (90,7%) lavora a tempo indeterminato e solo il 5,3% ha un contratto a tempo determinato. Inoltre, il 17,2% lavora a tempo pieno e l'1,6% part-time. Un'area che abbiamo deciso di indagare è quella della soddisfazione lavorativa intesa come la misura in cui le persone si sentono realizzate nel proprio lavoro, rispetto al quale sviluppano emozioni positive, e quella riferita alla soddisfazione rispetto alla carriera intesa come la comprensione e la valutazione interiore della donna della propria carriera, considerando qualsiasi dimensione da lei ritenuta importante, compresi i vari ruoli assunti nel corso della carriera lavorativa, il reddito individuale e lo status assunto nel tempo. Una sorta di valutazione del movimento della donna nel corso delle sue esperienze lavorative. I risultati per quanto riguarda la soddisfazione lavorativa ci dicono che il 58,1% è abbastanza soddisfatta, il 21,5% lo è poco, il 17,8% lo è molto, ed il 2,7% per niente (Figura 7). Sul piano della soddisfazione di carriera i risultati mostrano che il 45,4% delle

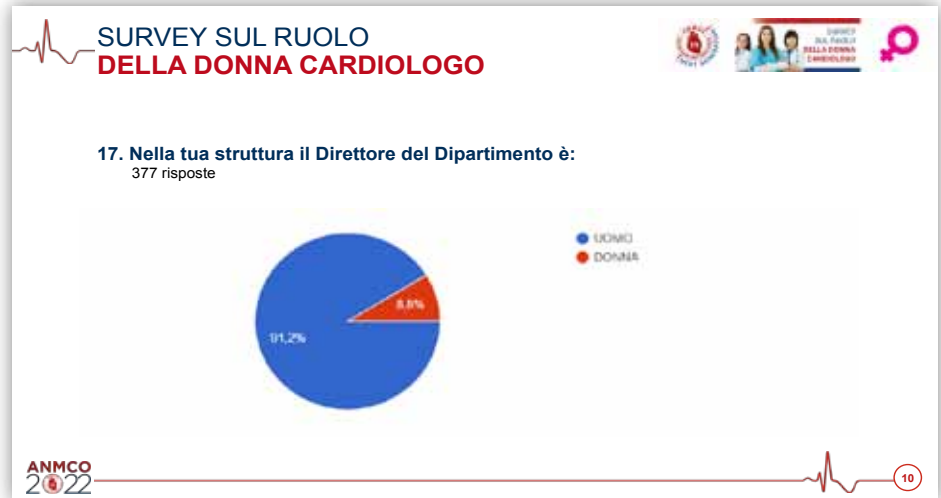


Figura 10

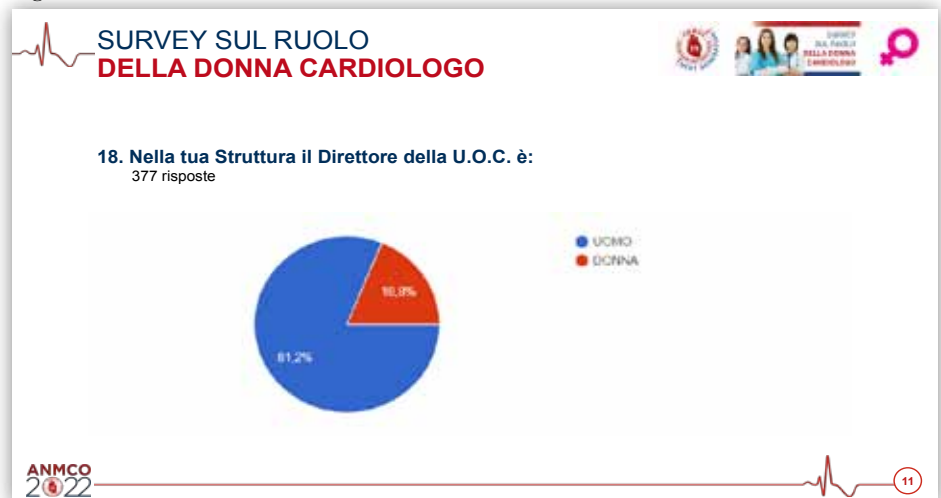


Figura 11

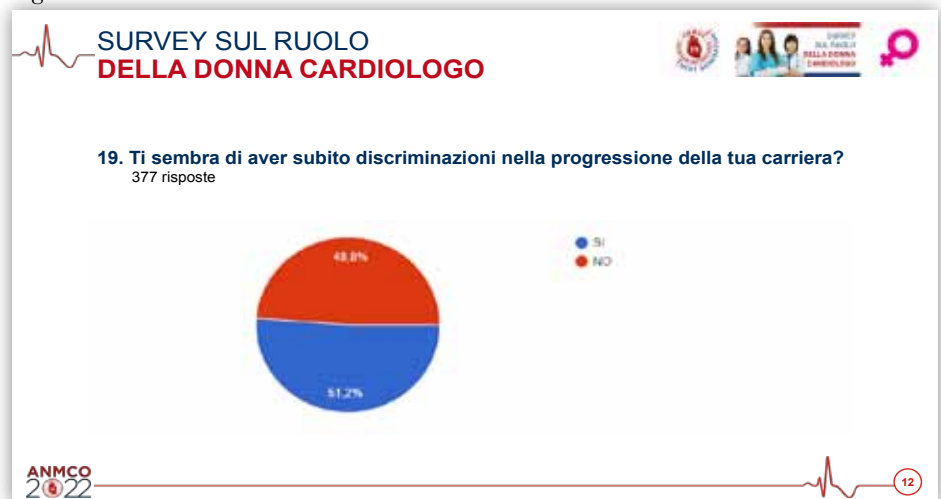


Figura 12



intervistate è abbastanza soddisfatto, il 36,9% poco, il 10,3% molto e il 7,4% per niente (Figura 8). Delle donne ANMCO più della metà (62,6%) ha figli, contro il 37,4% che non ne ha (Figura 9). Abbiamo strutturato delle domande per approfondire il ruolo della donna nelle posizioni di vertice all'interno delle strutture dove lavorano le partecipanti all'intervista. Si nota come il Direttore di Dipartimento nel 91,2% (Figura 10) ed il Direttore della UOC nell'81,2 % (Figura 11) è di sesso maschile. Chiedendo in modo diretto alle partecipanti se avessero discriminazioni nella progressione della loro carriera si evidenzia una risposta affermativa per il 51,2% (Figura 12). Infine, si è scelto di lasciare l'ultima domanda aperta: <<Cosa può fare ANMCO per migliorare il ruolo della donna nel mondo cardiologico?>>. Alcune risposte si sono più volte ripetute e le indichiamo a seguire.

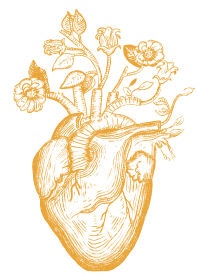
1. Insegnare a rispettare il ruolo di donna professionista, medico, mamma e moglie.
2. Favorire l'equità nella distribuzione dei ruoli apicali.
3. Parità all'interno delle Strutture.
4. Bilanciare il numero di donne e uomini negli eventi scientifici dell'associazione.
5. Incontri tra le donne, organizzate dalle donne e corsi di empowerment femminile.
6. Nei congressi e nelle cariche Societarie almeno il 50% siano donne medico, per cambiare la mentalità ed incoraggiare le giovani colleghe a farsi avanti.
7. Aumentare il numero delle donne nel Direttivo e mettere solo nomi di donne come autrici della Survey.

## Considerazioni conclusive

I risultati di questa Survey sono in linea con ricognizioni simili svolte nel recente passato da Associazioni Scientifiche o Sindacali (GISE, FNMCeO, ANAAO) nel mondo della medicina, ma anche in altri settori del mondo del lavoro come industria e finanza, tutti concordi nel confermare e documentare la scarsa presenza delle donne nei ruoli apicali. Per tornare alla nostra Survey la percentuale di donne in ruoli apicali si aggira intorno al 18,8%, molto vicina al 17,5 % dei risultati prodotti da ANAAO nel 2017. Circa il 76% delle donne ANMCO si dicono soddisfatte del proprio lavoro, ma molto meno, circa il 55% della propria carriera. Anche questo in analogia con altri censimenti, dai quali emerge peraltro una percentuale ancora più bassa di donne che si dicono soddisfatte del proprio lavoro e carriera, quasi che il mondo cardiologico fosse un po' più vicino alle aspettative femminili. I campi di interesse delle Socie ANMCO sono ancora prevalentemente quelli "clinici": scompenso cardiaco, ecocardiografia, molto meno rappresentato quello per le metodiche interventistiche e la cardiocirurgia, anche qui un gap da colmare. Per quanto riguarda infine le azioni che l'ANMCO deve mettere in campo per migliorare il ruolo della donna nel mondo cardiologico, pur tenendo presente che la domanda è un po' generica, pare nettamente prevalere il riferimento ad un modello tipo "quote rosa", dando le stesse opportunità alle donne rispetto agli uomini in termini di innovazione, progettualità e ricerca, segno evidente, a nostro

parere, della necessità di avviare una discussione ampia, articolata e profonda e non fermarsi al solo concetto di parità; è infatti più che mai necessario acquisire gli strumenti per interpretare i mutamenti in corso, per attrezzarsi alle sfide che già il presente ci sta ponendo, e dare una risposta alta in termini di analisi, cultura e aggiungiamo, consapevolezza.♥





Si parla sempre più spesso di medicina digitale ma non sempre sono chiari il significato e l'entità del cambiamento a cui si sta andando incontro

# La transizione digitale in medicina: appunti per un ragionamento

**L'**Organizzazione Mondiale della Sanità definisce la medicina digitale come "l'uso di tecnologie informatiche e della ICT (Information Communication Technology) a vantaggio della salute umana". La Medicina Digitale comprende quindi le tecnologie innovative quali la telemedicina e l'intelligenza artificiale, ma anche la medicina di precisione e i big data. E' grazie agli sviluppi tecnologici infatti che molte pratiche di assistenza sanitaria possono essere effettuate anche a distanza, e può essere raccolta e analizzata una enorme mole di dati (big data), consentendo così di poter trarre conclusioni sempre più precise e personalizzate sui profili di malattia e di cura. Questa definizione, pur corretta e precisa, non aiuta però a comprendere l'impatto che le tecnologie digitali hanno sulla vita quotidiana e sui processi connessi con la salute. In questo ci vengono in supporto gli economisti che definiscono il periodo che stiamo vivendo come la quarta rivoluzione industriale. Ciò significa che le tecnologie digitali al pari

del vapore nel 1700, dell'elettricità nell'800 e dell'elettronica a fine Novecento, stanno trasformando il nostro modo di vivere, di lavorare e di relazionarci. Nella vita quotidiana è evidente come l'uso degli smartphone, dei social media e in generale dei nuovi dispositivi stia cambiando le nostre abitudini, ma se si fa riferimento nello specifico alla medicina si può affermare che le nuove tecnologie stanno trasformando i tempi e gli spazi della salute. Basta pensare all'uso sempre più diffuso delle applicazioni per smartphone per rilevare parametri vitali di base come la frequenza cardiaca ma anche per annotare digitalmente l'andamento della glicemia o ancora per monitorare abitudini quotidiane come l'entità e le modalità dei movimenti, il numero di passi effettuati e il tempo dedicato all'attività sportiva. Da una parte il medico si trova di fronte a un numero di informazioni molto maggiore rispetto al passato, e dall'altra il paziente non ha più un ruolo passivo ma diviene consapevole, e partecipa al processo di cura divenendo parte attiva nella tutela della propria salute.

Da un sistema centrato su medici e istituzioni stiamo passando a un sistema che mette al centro il paziente e le nuove tecnologie.

## **COVID - 19 e il cambio di passo**

Si sta realizzando un cambiamento culturale importante verso il quale COVID - 19 ci ha involontariamente instradato. Già prima della pandemia il cambiamento era in atto, ma è con COVID - 19 che abbiamo avuto dimostrazione di come il digitale possa realmente aiutarci sia in termini di gestione pratica - clinica dei pazienti sia in termini di organizzazione del sistema. Nei primi mesi di lockdown ci si è trovati a gestire una situazione paradossale: se da una parte i ricoveri e le morti per COVID - 19 erano in aumento dall'altra si assisteva a una netta riduzione degli accessi in ospedale per i regolari controlli dei pazienti cronici. Si stava andando incontro a una netta riduzione della qualità delle cure. E' stato quindi necessario ripensare l'organizzazione del Servizio sanitario nazionale ridefinendo ruoli e responsabilità. In questo le tecnologie digitali





hanno avuto, hanno e avranno un ruolo strategico, con la telemedicina che ha consentito di assistere i pazienti senza farli spostare da casa, riducendo così il rischio del contagio. La condivisione sostanzialmente immediata e sincrona delle conoscenze è stata poi fondamentale per arrivare a preparare in tempi rapidissimi il vaccino.

### Dal digitale alla medicina di precisione

Per medicina di precisione (o medicina personalizzata o stratificata) si intende il tentativo di personalizzare il più possibile prevenzione, diagnosi e cure in base alle caratteristiche della singola paziente o del singolo paziente. Il medico ha da sempre percepito la necessità che la terapia dovesse essere personalizzata. A lungo sono però mancate le conoscenze e gli strumenti tecnologici per rendere concreta questa visione. Nel 2000 il sequenziamento del genoma umano ha consentito un passo fondamentale in questa direzione, anche dal punto di vista terminologico. Da genoma si è passati a esopoma, proteoma, fino al concetto esteso di “medoma”, e “panoma”. Ma il vero impulso alla medicina di precisione viene dato nel 2015 da Barack Obama,

allora Presidente degli Stati Uniti, che lanciò la “Precision Medicine Initiative” stanziando 215 milioni di dollari del budget presidenziale al fine di “accelerare le scoperte biomediche e fornire ai clinici nuovi strumenti, conoscenze e terapie in grado di selezionare i trattamenti che funzionano meglio per ciascun paziente”.

### I big data

Strettamente collegato con la medicina di precisione è l'utilizzo dell'immensa (nel pieno significato del termine-sconfinata, illimitata) mole di dati che vengono continuamente generati grazie alle tecnologie digitali, basti pensare alle applicazioni e ai dispositivi per smartphone che tracciano le abitudini e i parametri clinici di ciascuno (temperatura corporea, frequenza cardiaca, pressione arteriosa) e alle nuove tecniche di diagnostica medica. Utilizzare questi dati in modo appropriato consente di conoscere in dettaglio le caratteristiche fisiche, cliniche, genomiche del paziente oltre alle abitudini, ai comportamenti e all'interazione con l'ambiente così da cucire realmente la medicina sulle caratteristiche individuali. Il problema attuale però è che molti dei dati che vengono generati non

vengono utilizzati in quanto non sono classificabili né ordinabili. Al momento l'uso dei Big Data è una delle sfide maggiori della medicina digitale. Tuttavia la definizione stessa di “Big Data” consente di prevedere la progressiva espansione delle capacità di raccogliere e utilizzare i dati, con strumenti di raccolta e analisi che sono in continuo progresso, e per cui tutti i Sistemi Sanitari stanno investendo ingenti risorse amministrative, tecnologiche e scientifiche. Se il progresso proseguirà nella direzione tracciata tramite l'intelligenza artificiale nelle sue diverse forme, si potranno mettere a punto strumenti di supporto al medico capaci di analizzare e interpretare i dati disponibili così da consentire una diagnosi precoce e un trattamento personalizzato con una migliore risposta alla terapia, un minore rischio di effetti negativi e un netto risparmio di risorse. Alcuni termini di introduzione recente come “Systems Medicine”, “One Health”, “Urban Health”, “Rural Health”, “Digital Twin”, sono ormai comuni nell'impiego da parte degli esperti internazionali di Medicina Digitale e li affronteremo nelle prossime uscite di questi Appunti. Questi termini sono stati conati e hanno senso operativo grazie all'evoluzione digitale della Medicina e alla possibilità di affiancare al Medico, senza sostituirlo, strumenti adatti ad utilizzare al meglio i dati disponibili non solo in senso clinico ma anche esistenziale e ambientale, per fare sì che le scelte in senso clinico vedano il paziente consapevolmente al centro dei processi di prevenzione, cura e riabilitazione.♥



Raimondo Calvanese

### AREA ARITMIE

**Chairperson**  
Raimondo Calvanese (Napoli)  
**Co - Chairperson**  
Carlo Pignalberi (Roma)  
**Comitato di Coordinamento**  
Francesco Borrello (Catanzaro)  
Amir Kol (Rieti)  
Martina Nesti (Arezzo)  
Pasquale Vergara (Milano)  
**Consulenti**  
Manuel Antonio Conti (Teramo)  
Federico Migliore (Padova)  
Pietro Rossi (Roma)



Paolo Trambaiolo

### AREA CARDIOLOGIA INTENSIVA ED INTERVENTISTICA

**Chairperson**  
Paolo Trambaiolo (Roma)  
**Co - Chairperson**  
Fortunato Scotto Di Uccio (Napoli)  
**Comitato di Coordinamento**  
Marco Boccalatte (Napoli)  
Andrea Farina (Lecco)  
Zelda Noto (Catania)  
Francesco Paporoni (Teramo)  
**Senior Advisor:** Claudio Fresco (Udine)  
**Consulenti:** Cesare Baldi (Salerno)  
Nicola Gasparetto (Treviso)



Domenico Mangino

### AREA CARDIOCHIRURGIA

**Chairperson**  
Domenico Mangino (Mestre - Venezia)  
**Co - Chairperson**  
Andrea Montalto (Caserta)  
**Comitato di Coordinamento**  
Antonio Giovanni Cammardella (Roma)  
Diego Magnano (Campobasso)  
Giuseppe Punta (Torino)  
Vincenzo Tarzia (Padova)



Maria Giovanna Russo

### AREA CARDIOLOGIA PEDIATRICA E DEL CONGENITO ADULTO

**Chairperson**  
Maria Giovanna Russo (Napoli)  
**Co - Chairperson**  
Gabriele Egidy Assenza (Bologna)  
**Comitato di Coordinamento**  
Annalisa Alaimo (Palermo)  
Roberta Ancona (Napoli)  
Domenico Sirico (Padova)  
Gaia Spaziani (Firenze)  
**Senior Advisor:** Stefano Domenicucci (Genova)  
**Consulenti:** Giovanni Di Salvo (Padova)  
Maria Giulia Gagliardi (Roma)



Giuseppe Zuccalà

### AREA CARDIOGERIATRIA

**Chairperson**  
Giuseppe Zuccalà (Roma)  
**Co - Chairperson**  
Iris Parrini (Torino)  
**Comitato di Coordinamento**  
Samuele Baldasseroni (Firenze)  
Alice Laudisio (Roma)  
Anna Maria Martone (Roma)  
Monica Verde (Roma)  
**Senior Advisor**  
Alessandro Boccanelli (Roma)  
**Consulente**  
Giovanni Pulignano (Roma)



Irma Bisceglia

### AREA CARDIONCOLOGIA

**Chairperson**  
Irma Bisceglia (Roma)  
**Co - Chairperson**  
Maria Laura Canale (Lido di Camaiore, Lucca)  
**Comitato di Coordinamento**  
Massimiliano Camilli (Roma)  
Damiana Fiscella (Catania)  
Andrea Paccone (Napoli)  
Giulia Russo (Trieste)  
**Medical Writer:** Giuseppina Gallucci (Rionero in Vulture, Potenza)  
**Consulenti**  
Chiara Lestuzzi Aviano (Pordenone)  
Fabio Turazza (Milano)



Marco Campana

### AREA CARDIOIMAGING

**Chairperson**  
Marco Campana (Bergamo)  
**Co - Chairperson**  
Antonello D'Andrea (Salerno)  
**Comitato di Coordinamento**  
Francesca Mantovani (Reggio Emilia)  
Valeria Pergola (Padova)  
Vincenzo Polizzi (Palermo)  
Granit Rabia (Casalmaggiore - Cremona)  
**Consulenti**  
Giovanna Di Giannuario (Rimini)  
Alessia Gimelli (Pisa)  
Georgette Khoury (Terni)  
Massimiliano Rizzo (Roma)



Edoardo Gronda

### AREA CARDIORENALE E METABOLICA

**Chairperson**  
Edoardo Gronda (Milano)  
**Co - Chairperson**  
Massimo Iacoviello (Foggia)  
**Comitato di Coordinamento**  
Manuela Benvenuto (Teramo)  
Gaetano Panzarella (Palermo)  
Ermal Shehaj (Crotona)  
Chiara Valenti (Reggio Emilia)  
**Nephrologist Advisor**  
Maurizio Gallieni (Milano)  
**Diabetologist Advisor**  
Paolo Fiorina (Milano)



Daniela Pavan

### AREA CARDIOLOGIA DI GENERE

**Chairperson**  
Daniela Pavan  
(San Vito al Tagliamento, Pordenone)  
**Co - Chairperson**  
Maria Teresa Manes (Paola, Cosenza)  
**Comitato di Coordinamento**  
Silvana Brigido (Trieste)  
Ada Cutolo (Mestre, Venezia)  
Nadia Ingianni (Trapani)  
Francesca Lanni (Avellino)  
**Senior Advisor**  
Maria Teresa La Rovere  
(Montescano, Pavia)



Maurizio Giuseppe Abrignani

### AREA CRONICITÀ CARDIOLOGICA

**Chairperson**  
Maurizio Giuseppe Abrignani (Erice, Trapani)  
**Co - Chairperson**  
Pier Luigi Temporelli (Gattico - Veruno, Novara)  
**Comitato di Coordinamento**  
Giulio Binaghi (Cagliari)  
Arturo Cesaro (Caserta)  
Francesco Ciccirillo (Lecce)  
Alessandro Maloberti (Milano)  
**Consulenti**  
Chiara Cappelletto (Trieste)  
Giovanni De Luca (Palermo)  
Vincenzo Lopriore (Monopoli, Bari)  
Antonio Terranova (Roma)



Gian Francesco Mureddu

### AREA EPIDEMIOLOGIA CLINICA

**Chairperson**  
Gian Francesco Mureddu (Roma)  
**Co - Chairperson**  
Roberto Ceravolo (Lamezia Terme, Catanzaro)  
**Comitato di Coordinamento**  
Vito Altamura (Roma)  
Paola D'Errigo (Roma)  
Mirko Di Martino (Roma)  
Luca Fileti (Ravenna)  
**Medical Writer**  
Giacomo Faden (Castiglione Delle Stiviere, Mantova)  
**Senior Advisor**  
Pompilio Faggiano (Brescia)  
**Collaboratore Scientifico**  
Stefano Rosato (Roma)



Fabiana Lucà

### AREA MANAGEMENT & QUALITÀ

**Chairperson**  
Fabiana Lucà (Reggio Calabria)  
**Co - Chairperson**  
Simona Giubilato (Catania)  
**Comitato di Coordinamento**  
Giorgio Caretta (La Spezia)  
Stefano Cornara (Savona)  
Irene Di Matteo (Milano)  
Annarita Pilleri (Cagliari)  
**Consulente**  
Concetta Di Nora (Udine)  
**Senior Advisor**  
Silvia Favilli (Firenze)  
**Medical Writer**  
Andrea Pozzi (Bergamo)  
**Specialist Consultant**  
Roberta Rossini (Cuneo)



Filippo Zilio

### AREA GIOVANI

**Chairperson**  
Filippo Zilio (Trento)  
**Co - Chairperson**  
Pietro Scicchitano (Altamura, Bari)  
**Comitato Di Coordinamento**  
Stefano Albani (Aosta)  
Laura Ceriello (Teramo)  
Giuseppe Ciliberti (Ancona)  
Federico Fortuni (Foligno, Perugia)  
**Consulenti**  
Gianmarco Iannopollo (Bologna)  
Francesca Musella (Pozzuoli, Napoli)



Tullio Usmiani

### AREA NURSING E PROFESSIONI SANITARIE

**Chairperson Medico**  
Tullio Usmiani (Torino)  
**Co - Chairperson Medico**  
Sara Doimo (Pordenone)  
**Chairperson Infermiera**  
Michela Barisone (Savona)  
**Co - Chairperson Infermiere**  
Simone Cappannelli Gubbio (Perugia)  
**Comitato di Coordinamento**  
Sara Cignola (Trieste)  
Deborah Cosmi (Gubbio, Perugia)  
Vincenzo Evola (Partinico, Palermo)  
Elia Stocchi (Montevarchi, Arezzo)  
**Consulenti**  
Carlo Budano (Torino)  
Donatella Del Sindaco (Roma)  
Giovanni Falsini (Montevarchi, Arezzo)



Michela Barisone

### AREA MALATTIE DEL CIRCOLO POLMONARE

**Chairperson**  
Claudio Picariello (Rovigo)  
**Co - Chairperson**  
Andrea Garascia (Milano)  
**Comitato di Coordinamento**  
Francesca Giordana (Cuneo)  
Francesco Lo Giudice (Londra, Regno Unito)  
Antonella Romaniello (Roma)  
Maria Cristina Vedovati (Perugia)  
**Consulenti**  
Nino Camassa (Bari)  
Marco Vatrano (Catanzaro)



Claudio Picariello



Antonio Francesco Amico

### AREA PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE

**Chairperson**  
Antonio Francesco Amico (Copertino, Lecce)  
**Co - Chairperson**  
Stefania Angela Di Fusco (Roma)  
**Comitato di Coordinamento**  
Danilo Baccino (Casale Monferrato, Alessandria)  
Giulia Bugani (Bologna)  
Sara Cocozza (Benevento)  
Francesco Monitillo (Bari)



Cristina Chimenti

### AREA MALATTIE RARE

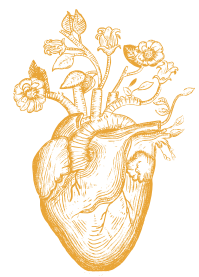
**Chairperson**  
Cristina Chimenti (Roma)  
**Co - Chairperson**  
Susanna Grego (Lugano, Svizzera)  
**Comitato di Coordinamento**  
Margherita Cannillo (Ivrea, Torino)  
Domenica Donato (Reggio Calabria)  
Simona Leone (Palermo)  
Giuseppe Limongelli (Napoli)



Marco Marini

### AREA SCOMPENSO CARDIACO

**Chairperson**  
Marco Marini (Ancona)  
**Co - Chairperson**  
Mauro Gori (Bergamo)  
**Comitato di Coordinamento**  
Samuela Carigi (Rimini)  
Piero Gentile (Milano)  
Francesco Orso (Firenze)  
Maria Denitza Tinti (Roma)  
**Consulente**  
Luisa De Gennaro (Bari)  
**Medical Writer**  
Renata De Maria (Milano)  
**Senior Advisor**  
Giuseppe Leonardi (Catania)



DALLE AREE - **CARDIOIMAGING**

DI GRANIT RABIA, ANTONELLO D'ANDREA, GIOVANNA DI GIANNUARIO, ALESSIA GIMELLI,  
GEORGETTE KHOURY, FRANCESCA MANTOVANI, VALERIA PERGOLA, VINCENZO POLIZZI,  
MASSIMILIANO RIZZO, MARCO CAMPANA

**Metodica che può chiarire la diagnosi clinica già nelle prime fasi della valutazione ecocardiografica e guidare la strategia terapeutica**

# Utilizzo del mezzo di contrasto in ecocardiografia clinica

**Modalità di esecuzione e scenari clinici in cui impiegare il mdc**

## Introduzione

L'ecocardiografia è una metodica di imaging fondamentale nella pratica clinica e la sua accuratezza diagnostica dipende anche dalla qualità delle immagini. In pazienti con scadenti finestre acustiche tale esame può risultare non conclusivo, con necessità di ricorrere ad altre metodiche più costose e meno facilmente accessibili, come la risonanza magnetica cardiaca (RMN). L'utilizzo del mezzo di contrasto (m.d.c.) ecocardiografico permette di superare alcuni limiti della metodica, in particolare quelli dovuti ad attenuazione del segnale per obesità o patologie polmonari, migliorando la definizione del bordo endocardico. Tuttavia, nella pratica clinica è il suo impiego è ancora poco diffuso, probabilmente a causa di scarsa familiarità con la metodica. Gli agenti disponibili sono costituiti da microbolle di gas inerte rivestiti da membrane di fosfolipidi o albumina. Le microbolle hanno dimensioni simili o inferiore a quello

**L'utilizzo del mezzo di contrasto ecocardiografico permette di ottenere preziose informazioni aggiuntive nei vari scenari di ecocardiografia clinica, quali lo scompenso cardiaco, le formazioni trombotiche endocavitarie e le masse cardiache in generale e durante l'esecuzione di ecostress**

del globulo rosso (diametro <7 micron) comportandosi come tale, attraversano il circolo polmonare e permettono di opacizzare sia le cavità cardiache che il microcircolo del miocardio. Quando le microbolle vengono colpite da un fascio ultrasonoro con adeguate caratteristiche, le microbolle iniziano a oscillare in modo non lineare e

l'elaborazione dei segnali produce come risultato finale un'accurata e dettagliata demarcazione tra il tessuto miocardico e la cavità cardiaca.

## Modalità di esecuzione

Prima dell'esecuzione dell'esame, il paziente deve essere adeguatamente informato circa la modalità e le finalità dell'esame e deve esprimere il proprio consenso in forma scritta. Al paziente viene reperito un accesso venoso periferico e si impiegano due modalità di somministrazione. La prima, infusione continua, richiede una pompa di infusione per mantenere omogenea la somministrazione del m.d.c.. L'altra modalità, più frequentemente utilizzata, consiste nell'iniezione di bolo lento seguito da 5-10 ml di soluzione salina. Ad oggi nel mondo sono stati eseguiti milioni di esami con mdc e hanno mostrato un buon profilo di sicurezza. Gli eventi avversi sono molto rari (1 su 10.000 casi) e generalmente lievi (cefalea, nausea, vertigini, discomfort toracico, ecc.) Le reazioni allergiche anafilattiche invece sono estremamente rare.

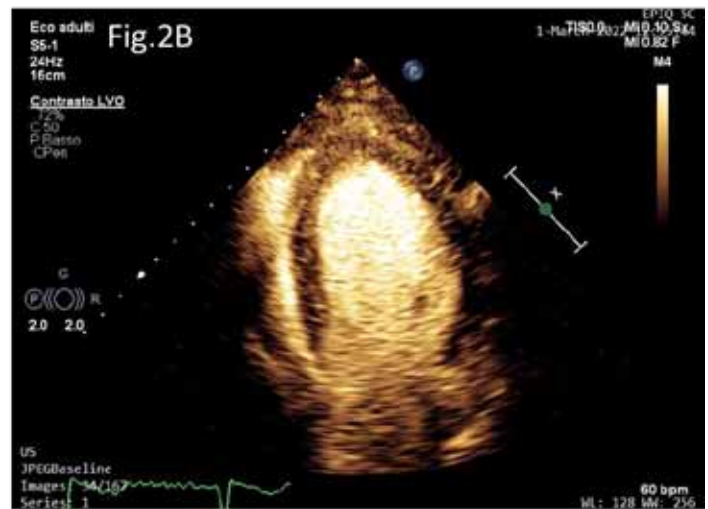
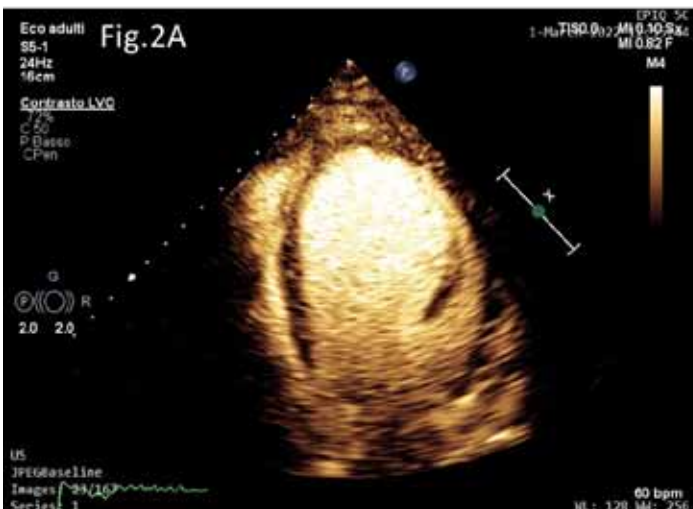
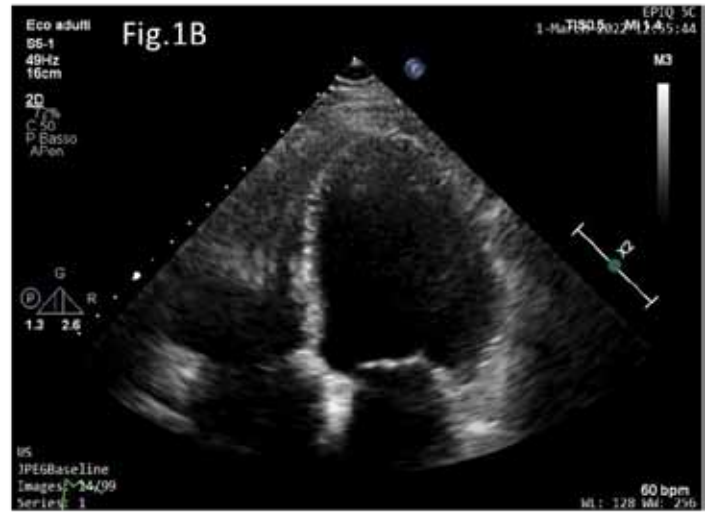
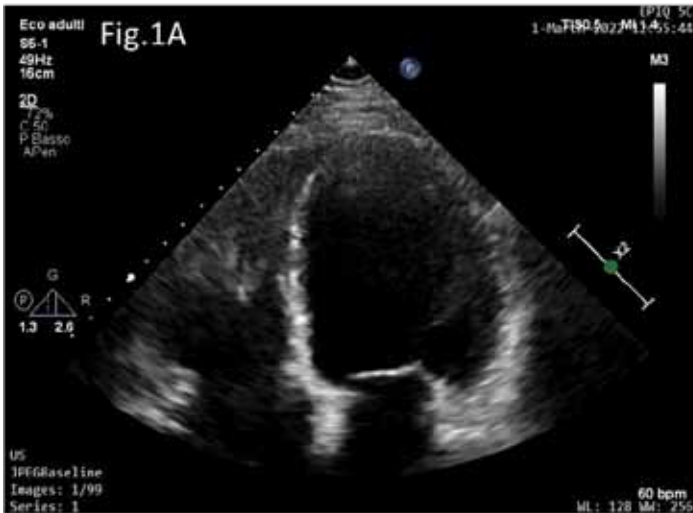


Figura 1 - Ecocardiogramma transtoracico basale di paziente con segni di scompenso cardiaco; proiezione 4ch diastole (1A) e sistole (1B) con FE calcolata circa 31%. Da notare finestre acustiche subottimali.

Figura 2 - Aggiunta del mezzo di contrasto, proiezione 4ch diastole (2A) e sistole (2B) con FE calcolata circa 39%, con riclassificazione clinica. Da notare la dettagliata demarcazione tra cavità e miocardio.

## Ruolo del mezzo di contrasto nello scompenso cardiaco

L'ecocardiografia è la metodica di imaging iniziale ed essenziale per la classificazione delle varie categorie di scompenso cardiaco. È intuibile come l'accuratezza della misurazione della frazione d'eiezione (FE) sia fondamentale per una corretta classificazione, poiché essa

guida la strategia terapeutica nel singolo paziente. Nei pazienti con immagini subottimali, come già ricordato, dovute prevalentemente ad attenuazione del segnale spesso non si riesce a determinare una FE accurata; pertanto, è necessario utilizzo di altre metodiche diagnostiche come la RMN, che attualmente rappresenta il gold standard. Nei pazienti con controindicazioni alla RMN, l'utilizzo

del m.d.c. ecocardiografico, grazie al miglioramento di demarcazione del bordo subendocardico del ventricolo sinistro, permette di migliorare l'accuratezza diagnostica della FE e di ottenere una corretta classificazione clinica (Figure 1 e 2). Di fatto il m.d.c. riduce la variabilità intra e inter-osservatore dei volumi ventricolari e della FE rispetto all'ecocardiogramma basale,

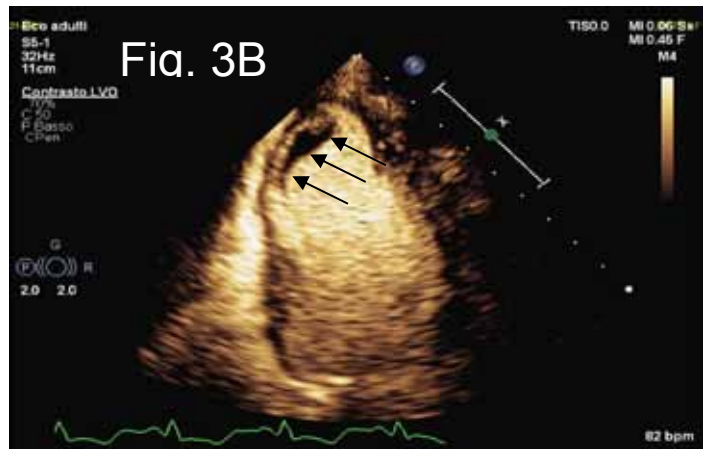
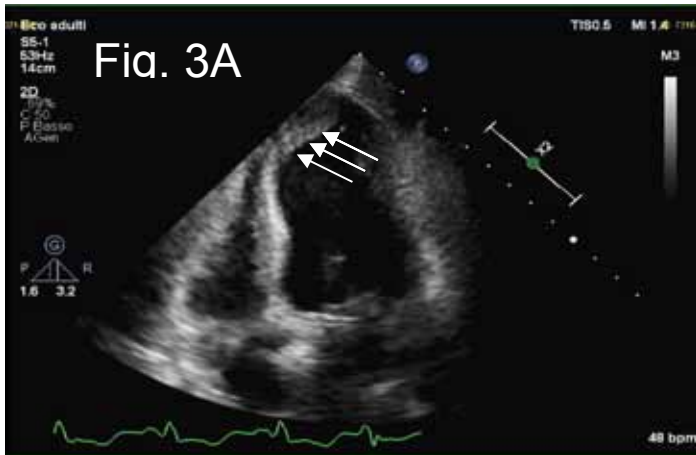
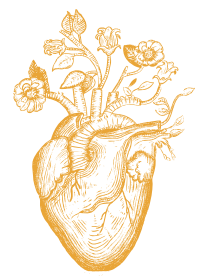


Figura 3 A - Immagine 4ch con sospetta formazione trombotica (freccie) in zona acinetica.

Figura 3 B - Immagine con mezzo di contrasto 4 camere che conferma la diagnosi di formazione trombotica e che risulta priva di mdc all'interno (freccia).

ottenendo dei risultati paragonabili a quelli della RMN cardiaca. L'accuratezza diagnostica della FE diventa ancora più importante nel sottogruppo dei pazienti con  $FE \leq 35\%$ , per i quali deve essere considerato l'impianto di ICD/CRT. L'utilizzo dell'ecocardiografia con m.d.c. può risultare molto utile in questa categoria di pazienti. Infine, l'ecocardiografia con il m.d.c. può essere utile durante il monitoraggio dei pazienti oncologici sottoposti a farmaci cardiotossici. In questi pazienti è necessaria una misurazione accurata della FE, poiché influenzerà la strategia oncologica e cardiologica.

**Ruolo del mezzo di contrasto nella diagnosi differenziale delle masse cardiache**

L'utilizzo del m.d.c. è particolarmente utile nei pazienti con sospetta apposizione trombotica endocavitaria e scadente qualità delle immagini, nei quali è necessario intraprendere una terapia anticoagulante in attesa di un approfondimento con altre tecniche di imaging. In questo

gruppo di pazienti, aggiunta del mdc durante l'ecocardiogramma iniziale permette di chiarire la

**Nei pazienti con scompenso cardiaco e controindicazioni alla RMN cardiaca, l'utilizzo del mezzo di contrasto ecocardiografico permette di migliorare l'accuratezza diagnostica della frazione di eiezione e di ottenere una corretta classificazione clinica**

diagnosi sin da subito e in caso di esclusione del trombo, permette di evitare una terapia anticoagulante potenzialmente dannosa. Il trombo

non essendo vascolarizzato, dopo iniezione del mezzo di contrasto, apparirà come immagine di plus nera facilmente differenziabile dal tessuto miocardico circostante e dalla cavità ventricolare, permettendone una netta demarcazione (Figura 3). Il m.d.c., inoltre, può essere utile a discriminare correttamente le masse intracardiache di natura neoplastica. Mediante lo studio della perfusione, il m.d.c. permette di differenziazione tra masse cardiache molto vascolarizzate e con margini irregolari (tipico dei tumori maligni) e quelle poco vascolarizzate e con margini regolari (tipico dei tumori benigni, es. mixomi). Altro scenario di utilizzo del m.d.c. è nei casi di ipertrofia apicale, dove permette di discriminare bene le trabecole, il miocardio non compatto e quello compatto. Infine, nei pazienti con cardiomiopatia ipertrofica apicale, il m.d.c. permette di valutare adeguatamente la cavità cardiaca e di identificare con elevata sensibilità eventuali aneurismi apicali associati.



## Ruolo del mezzo di contrasto durante l'ecostress

Il mezzo di contrasto durante l'ecostress migliora la corretta valutazione della cinetica segmentaria aumentando l'interpretabilità dell'esame e l'accuratezza diagnostica. L'utilizzo del m.d.c. può essere utilizzato nei pazienti con due o più segmenti contigui non correttamente valutabili all'ecocardiografia basale. Durante l'ecostress con un vasodilatatore, l'aggiunta del mdc permette di valutare inoltre la perfusione miocardica del ventricolo sinistro con eventuali deficit reversibile della perfusione in caso di coronaropatia. Infine, durante l'ecostress la valutazione della riserva di flusso coronarica, ovvero il rapporto tra flusso coronarico a riposo e quello alla massima vasodilatazione campionato al Doppler pulsato al tratto medio-distale dell'arteria discendente anteriore, permette di ottenere ulteriori informazioni diagnostiche e prognostiche. Il mezzo di contrasto è utile a migliorare i segnali Doppler del flusso dell'arteria discendente anteriore facilitando il campionamento. Il mezzo di contrasto durante l'ecostress permette quindi di eseguire un esame completo con la valutazione della cinetica, della perfusione e della CFR, aumentandone la capacità diagnostica e prognostica.

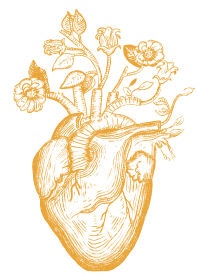
## Conclusioni

L'ecocardiografia con il mdc è una metodica non invasiva, ampiamente disponibile, relativamente semplice e sicura che nei contesti clinici appropriati offre importanti informazioni al cardiologo clinico.

**Il mezzo di contrasto durante l'ecostress permette di eseguire un esame completo con la valutazione accurata della cinetica, della perfusione e della CFR, aumentandone la capacità diagnostica e prognostica**

## Bibliografia

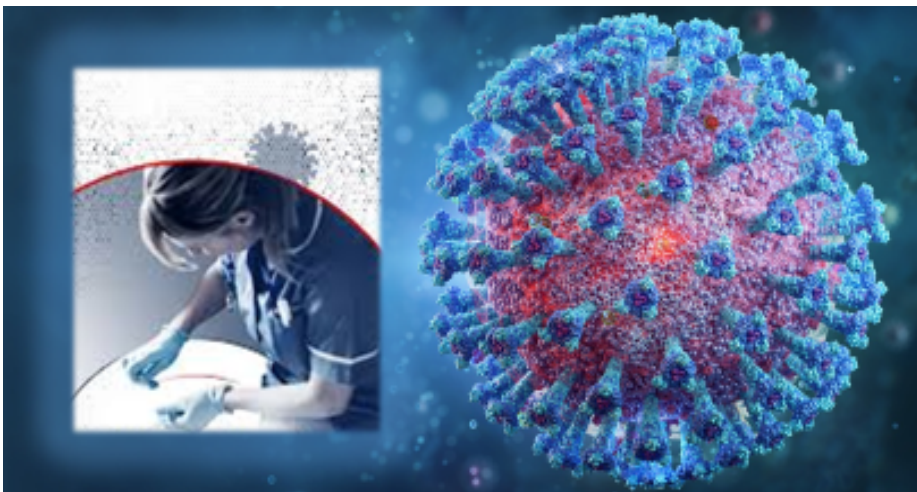
1. Roxy Senior et. al European Heart Journal - Cardiovascular Imaging (2017) 18, 1205 EACVI doi:10.1093/ehjci/jex182 Clinical practice of contrast echocardiography: recommendation by the European Association of Cardiovascular Imaging (EACVI) 2017
2. Aws Alherbish et. al Alberta HEART investigators Echocardiography 2018 Nov;35(11):1746-1754. doi: 10.1111/echo.14152. Impact of contrast echocardiography on accurate discrimination of specific degree of left ventricular systolic dysfunction and comparison with cardiac magnetic resonance imaging.
3. Nicolas Mansencal et. al Archives of Cardiovascular Disease (2009) 102, 177-183 Usefulness of contrast echocardiography for assessment of intracardiac masses.



Infezione da SARS Cov 19: non solo la fase acuta

# Long Covid: nuove definizioni (PASC) e peculiarità di genere

Definire il Long Covid (o PASC) come forma senza alterazioni organiche a carico dell'apparato cardiovascolare e conoscerne i meccanismi fisiopatologici



## 1. Premessa

La malattia da coronavirus (COVID-19) è una patologia infettiva causata dal coronavirus della sindrome respiratoria acuta grave SARS-CoV-2. Dai primi casi segnalati nel dicembre 2019, la diffusione della patologia è diventata in tre mesi da endemica a pandemica, tanto che ad oggi nel mondo si sono infettate oltre 530 milioni di persone e vi sono state oltre sei milioni di vittime. In Italia sono stati registrati in totale 17 milioni

di casi, con 166.000 decessi. I due anni di pandemia hanno permesso di raccogliere dati su una miriade di aspetti epidemiologici e clinici per caratterizzare alcune importanti differenze di presentazione e di outcome in diversi setting di pazienti, così come l'eterogeneità emersa in relazione al genere, sia nella fase acuta di malattia che nel periodo post-infezione. L'infezione acuta ha prognosi di malattia peggiore negli uomini, che presentano un rischio più elevato di infezione da SARS-

CoV-2, di ricovero, peggiori esiti clinici e morte per COVID-19. In generale, le donne sembrano avere il triplo delle probabilità di sviluppare il Long COVID (LC), rispetto agli uomini, ma solo fino a circa 60 anni, quando il livello di rischio diventa simile. Oltre all'essere donne anche l'età avanzata e un indice di massa corporea più alto sembrano essere fattori di rischio per incorrervi.

## 2. Definizioni

Il NICE (United Kingdom's National Institute for Health Care and Excellence) ha definito il Long COVID come PASC - Post Acute Sequelae of SARS COV2 - che consiste nella condizione in cui sintomi e segni sviluppati durante o dopo l'infezione da SARS COV 2 permangono oltre le 12 settimane, non spiegati da un'etiologia alternativa. Questa definizione rispecchia quella dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, che definisce la PASC come una condizione che occorre in soggetti con storia di infezione da SARS COV 2 probabile o confermata



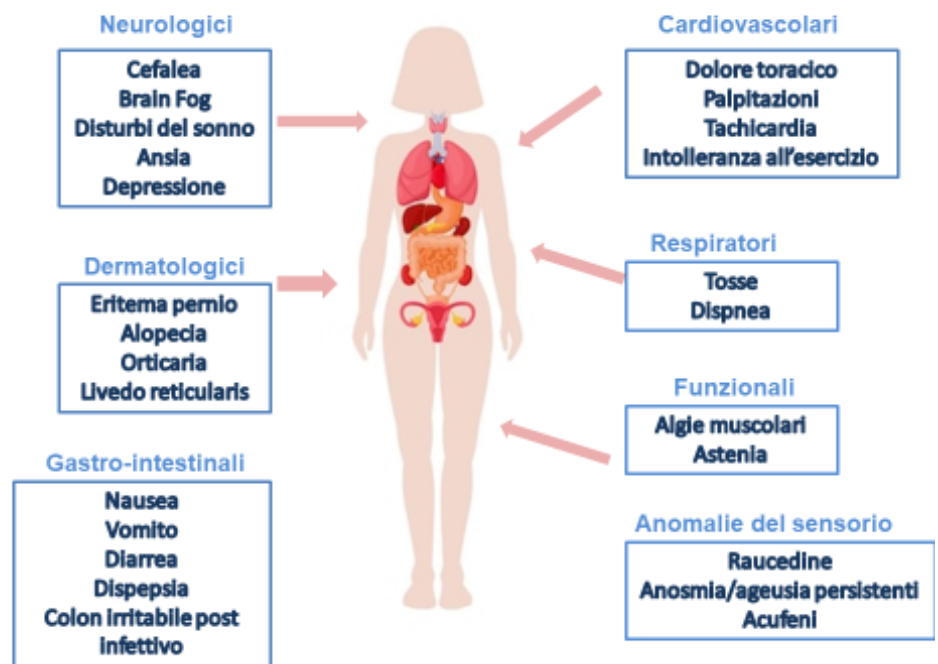


i cui sintomi che durano oltre due mesi non sono spiegati da diagnosi alternative. Indipendentemente dalla specifica definizione, è importante comprendere che anche pazienti asintomatici in fase acuta potranno comunque successivamente sviluppare la PASC. Per cercare una chiarezza nella possibile eziologia dei sintomi cardiovascolari nella PASC, l'ACC ha proposto una classificazione che differenzia note entità cardiovascolari che si possono presentare sia nell'immediato post acuto che nella cronicizzazione del COVID 19 (PASC – CVD)

(1) da sintomi cardiovascolari che perdurano oltre l'acuzie e non sono pienamente spiegati dai routinari test diagnostici (PASC - CVS) (2). Differenziare la PASC-CVD dalla PASC-CVS può essere di ausilio nell'indirizzare il paziente allo specialista nell'ambito di percorsi diagnostici codificati per un'efficiente valutazione e management(3). Tra le due forme di PASC, la forma CVS - senza alterazioni organiche - è quindi la vera PASC post infettiva.

### 3. Sintomi e peculiarità genere relate

Nella fase acuta dell'infezione l'unico sintomo più incidente nelle donne è la cefalea (20% vs il 13% negli uomini), mentre la fase persistente di malattia è caratterizzata da maggiore variabilità(4). Spesso la diagnosi è tardiva perché notoriamente le donne si rivolgono meno alle attenzioni mediche e tendono in molti casi a sottovalutare il corteo sintomatologico che segue all'infezione acuta. Tra i vari sintomi, l'astenia è la più frequente manifestazione di PASC CVS nelle donne, mentre la dispnea

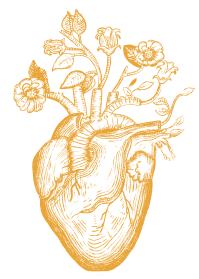


Manifestazioni cliniche del Long Covid

è il più comune sintomo negli uomini. Diversi studi condotti a livello multicentrico, di tipo prevalentemente prospettico, hanno evidenziato alcuni punti salienti(5):  
- Le donne hanno un rischio triplo di sviluppare il Long COVID rispetto agli uomini, anche se solo fino ai 60 anni, quando il livello di rischio diventa simile; e la patologia non è correlata né alla gravità della malattia in fase acuta né al tempo di clearance virologica;

- Il Long COVID, al pari dell'infezione acuta, può avere un interessamento multiorgano, è stato infatti riportato che mediamente il 70% dei pazienti aveva interessamento di un singolo apparato, il 29% invece multiorgano, più comunemente a carico di cuore (26% dei casi), polmoni (11%), apparato neuromuscolare (10%), reni (4%), fegato (28%), pancreas

Quando parliamo di Long Covid a cosa ci riferiamo? Lo possiamo differenziare dalle sequele organiche dell'infezione da SARS COV 19? Esistono differenze di genere nell'espressione di questa affezione  
Le autrici cercano di focalizzare alcuni aspetti per una migliore comprensione del problema



(40%) e milza (4%);

- Il Long COVID si caratterizza per una pletora di sintomi – ne sono stati caratterizzati oltre 200 – che interessano tessuti e organi a vario livello. I più comuni sono astenia, dolore toracico e muscolare, cefalea, dispnea, anosmia, debolezza muscolare, febbre persistente, disfunzione cognitiva (la cosiddetta “brain fog”), tachicardia, caduta dei capelli, disordini intestinali e manifestazioni cutanee.

L’astenia è il sintomo in assoluto più frequente, riportato in più del 50% dei pazienti guariti da COVID 19 a distanza di almeno 4 settimane dall’infezione acuta, ed è anche il sintomo più frequentemente riportato nelle donne, mentre nel sesso maschile il più comune è la dispnea. Dato singolare, non è stata ritrovata alcuna associazione tra sviluppo di astenia, severità dell’infezione acuta e livelli di marker infiammatori. I sintomi cardiologici più frequenti sono l’intolleranza all’esercizio, il dolore toracico, la dispnea e la tachicardia. La dispnea è comune nei pazienti con complicanze dell’infezione da Sars COV 2 di tipo cardiaco e polmonare, tra cui lo scompenso cardiaco, la miocardite, le aritmie, l’embolia polmonare, la fibrosi polmonare, l’iperreattività bronchiale da infiammazione vascolare polmonare. Escluse queste cause, nel PACS la dispnea è spesso concomitante all’intolleranza all’esercizio, riconoscendo come principale meccanismo eziologico il decondizionamento. Sebbene alcuni gradi di decondizionamento, nelle forme di patologia moderato-severa, siano inevitabili, non è ancora chiaro perché durate

limitate di riposo e brevi fasi di inattività fisica in coloro che sono stati asintomatici o paucisintomatici in fase acuta, risultino in gradi simili di decondizionamento. Il dolore toracico, altro sintomo comune nel PASC CVS, riconosce (in assenza di forme di PASC CVD) multipli fattori eziologici: il danno endoteliale vascolare è effetto diretto dell’infezione virale ed indiretto della risposta immune, ed è strettamente connesso al rischio di spasmo coronarico. Un

astenia. In alcuni casi di POTS post COVID, sono stati descritti episodi convulsivi e presincopali. Se la POTS non viene trattata e si protrae nel tempo, l’astenia diviene debilitante, aumenta il decondizionamento ed incide inevitabilmente sulla qualità di vita e sul tono dell’umore. Anche se considerati indipendentemente dalla POTS, i sintomi psichici sono tipici del PACS nella donna, in cui il Long COVID genera ansia e depressione, che perdurano, così come i disturbi del sonno, anche a 8 mesi dall’evento

**L’Organizzazione Mondiale di Sanità definisce la PASC (Post Acute Sequele of SARS COV2) come una condizione che occorre in soggetti con storia di infezione da SARS COV 2 probabile o confermata i cui sintomi che durano oltre due mesi non sono spiegati da diagnosi alternative**

**Differenziare la PASC-CVD (con alterazioni organiche) dalla PASC-CVS (senza alterazioni organiche) può essere di ausilio nell’indirizzare il paziente allo specialista nell’ambito di percorsi diagnostici codificati per un’efficiente valutazione e management**

tipo particolare di tachicardia post COVID è la tachicardia posturale ortostatica (POTS), che si verifica in una piccola percentuale di pazienti con PASC (stimata tra il 5 e l’8%), ed è contraddistinta da una frequenza cardiaca in ortostatismo maggiore di 30 battiti dopo 5 minuti dal clinostatismo. I pazienti (donne in una maggior percentuale di casi), avvertono anche concomitante dispnea, cefalea, difficoltà di concentrazione, palpitazioni,

acuto. Le casistiche riportano anche sintomi di pertinenza non strettamente cardiologica, come i deficit mnemonici – la cosiddetta “brain fog” – caratterizzata da confusione mentale, perdita di concentrazione e disturbi della memoria, e disturbi del sonno. È stata inoltre identificata una forma di encefalopatia mialgica/sindrome da stanchezza cronica (tipicamente – fino ad oggi – secondaria a infezione di Epstein Barr, Citomegalovirus,



Borrelia) come associazione di intolleranza all'esercizio a sintomi di nebbia cerebrale; questa sindrome è talora presente come triade (ME/CFS), con compromissione della capacità funzionale a casa o al lavoro superiore a 6 mesi, non alleviata dal riposo, malessere generale dopo sforzo, e sonno non ristoratore.

#### 4. Fisiopatologia del PASC - CVS nel genere femminile

Dal punto di vista fisiopatologico, i pazienti con PASC CVS hanno un ridotto stroke volume, ridotte pressioni di riempimento ventricolari sinistre, una aumentata frequenza cardiaca al basale, minor efficienza ventilatoria e minor estrazione di ossigeno sistemico. Questo è particolarmente rilevante nel sesso femminile, in cui notoriamente la maggior espressione di IL - 6 nella fase acuta di malattia, l'aumentata risposta immunitaria, e l'azione degli ormoni sessuali, rendono meno rilevanti i sintomi in fase acuta, ma maggiormente prevalente il danno endoteliale e la cronicizzazione di malattia nei mesi successivi alla clearance virologica. Il danno d'organo causato da un'eccessiva risposta infiammatoria attivata dal virus, ma anche una reazione autoimmune indotta dal virus stesso potrebbero essere responsabili dei sintomi del Long COVID. Infatti, il virus potrebbe presentare alcune similitudini con componenti dell'organismo (fenomeno noto come mimetismo molecolare) e far quindi generare anticorpi che possono reagire anche contro i nostri organi o tessuti provocando le manifestazioni cliniche descritte. È noto che le differenze genere relate nella risposta immunitaria variano

nel corso della vita: nelle fasi post puberali e premenopausali le donne hanno valori più alti di citochine infiammatorie (in particolare IL - 6, TNF e IL-1b), rispetto agli uomini in fase post puberale e adulta. Un recente lavoro della Mayo Clinic ha inoltre analizzato un fenomeno fisiopatologicamente intrigante a proposito di un frequente cluster di sintomi riportato - caratterizzato da dolori diffusi, astenia con malessere post esercizio, intolleranza ortostatica, e brain fog: similmente a quello osservato in altre sindromi postinfettive, questo corteo di

#### Le donne hanno un rischio triplo di sviluppare il Long COVID rispetto agli uomini

sintomi del Long COVID potrebbe progredire in fibromialgia, sindrome da affaticamento cronico, tachicardia posturale ortostatica (POTS), e altre cosiddette sindromi da Sensibilizzazione Centrale. Si ipotizza che queste sindromi condividano un meccanismo fisiopatologico comune con infiammazione neuronale centrale e rimodellamento cerebrale e midollare, che conduce ad un'incrementata sensibilità a molteplici stimoli, iperattività simpatica, e ridotta efficienza dei pathways inibitori<sup>(6)</sup>.

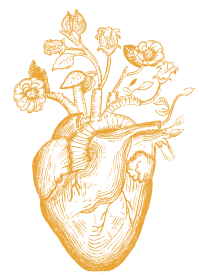
#### 5. Aspetti psicologici e sociali

Lo sviluppo dei sintomi post COVID, nella sua eterogeneità è anche influenzato dallo stress psicologico, mentre nella fase acuta di malattia è probabile che la minore severità

dei sintomi sia legata anche a fattori prettamente comportamentali, come la minore esposizione al virus e la maggiore tendenza delle donne al lavaggio delle mani. Emerge sempre più rilevante una serie di aspetti legati all'impatto socio - economico del virus, poiché proprio per la pleora di sintomi che interessano il corpo femminile per diversi mesi e ne influenzano prestazioni ed efficienza, inevitabilmente ne risentono anche la sfera familiare, il contesto lavorativo e di riverbero anche quello sociale.

#### 6. Diagnosi di PASC

La diagnosi di PASC è un processo complesso che deve essere gestito da un team multidisciplinare con follow up ravvicinati. I medici di base sono il primo punto di contatto perché indentificano questi pazienti e coordinano l'assistenza con altri specialisti. Per coloro con sintomi cardiovascolari un ragionevole approccio iniziale include l'esecuzione di test di laboratorio di base, l'ECG, ed eventualmente ecocardiogramma, ECG sec holter, Rx o TC torace e/o test di funzionalità polmonare. Ovviamente le indagini suddette devono essere singolarmente raccomandate e rapportate alla sintomatologia del paziente. La consulenza cardiologica deve essere riservata per coloro che presentano alterazioni dei test precedenti: pazienti con cardiopatia nota con segni nuovi o un peggioramento dei preesistenti, complicanze cardiache diagnosticate durante l'infezione, sintomi cardiovascolari non altrimenti spiegati<sup>(7)</sup>. I cardiologi dovrebbero eseguire un'anamnesi accurata con un esame obiettivo per escludere una PASC CVD. Ad esempio, in caso della presenza di dolore toracico,



se compare in un paziente a basso rischio potrà essere utile eseguire un test da sforzo altrimenti dovrà essere consigliato un test avanzato come angio TC coronarica<sup>(8)</sup>. Importante l'inquadramento diagnostico corretto nella POTS e nella ipotensione ortostatica, tra le PASC la forma più frequente.

## 7. Management del PASC CVS

Il trattamento delle forme di PASC CVS dipende sostanzialmente dai sintomi presentati dal paziente. Coloro i quali presentano tachicardia ed intolleranza all'esercizio bisogna indirizzarli verso un esercizio aerobico che aumenti la massa ed il volume sanguigno e la compliance ventricolare, incrementando gradualmente l'entità dell'esercizio fisico e iniziando con attività sedute o semisedute (canottaggio e bicicletta) che possono favorire gradualmente una tolleranza all'esercizio eseguito in posizione eretta<sup>(1)</sup>. Bisognerà raccomandare al paziente di aumentare il quantitativo idrico e di sale giornaliero per aumentare la volemia, oppure si può consigliare assunzione di piccole dosi di betabloccanti o calcioantagonisti per le forme di tachicardia inappropriata. Nell'ipotensione ortostatica possono essere d'aiuto farmaci come il propanololo e il fludrocortisone, quest'ultimo per incrementare l'ipovolemia e contrastare l'ipotensione ortostatica. Per coloro che presentano dolore toracico, se questo è secondario ad un meccanismo infiammatorio tipo costocondritico possono essere utili dei FANS per 1-2 settimane associate a basse dosi di colchicina. Se i sintomi peggiorano con i FANS dovrà essere considerata

una componente esofagica. Nei pazienti con POTS sono consigliati trattamenti farmacologici e non farmacologici, che meritano una trattazione ad hoc, considerando la varietà di terapie proposte, prime fra tutte l'ivabradina. Non ci sono protocolli condivisi sul follow up dei pazienti che hanno avuto un'infezione da Sars-Cov2 e presentano una persistenza dei sintomi: i pazienti con sintomi più gravi necessitano di controlli in presenza, controlli di

**Il Long COVID si caratterizza per una plethora di sintomi – ne sono stati caratterizzati oltre 200 – che interessano tessuti e organi a vario livello**

HTCR (mediamente dai 6 mesi dal quadro acuto) e l'esecuzione degli esami ematici nei primi 12 mesi. La frequenza del follow up deve essere sempre individualizzata in base al profilo clinico del paziente. Linee guida chiare sulla gestione del LC aiuteranno il lavoro e le attuali incertezze tra gli operatori sanitari, così come il follow up a lungo termine dei pazienti guariti da Covid consentirà di fare più luce nel LC e nel suo management.♥

### References

1. B. Raman, Long COVID: post-acute sequelae of COVID-19 with a cardiovascular focus. *European Heart Journal* (2022) 43, 1157–1172
2. 2022 ACC Expert Consensus decision pathway on cardiovascular sequelae of

COVID 19 in adults: myocarditis and other myocardial involvement, post acute sequelae of SARS COV 2 infection, and return to play. *JACC* vol 79, NO 17, 2022: 1717-1756

3. NICE. Common symptoms of ongoing symptomatic Covid -19 and post Covid 19 syndrome. Covid 19 rapid guideline managing the long term effects of Covid19.

<https://www.nice.org.uk/guidance/ng188/chapter>

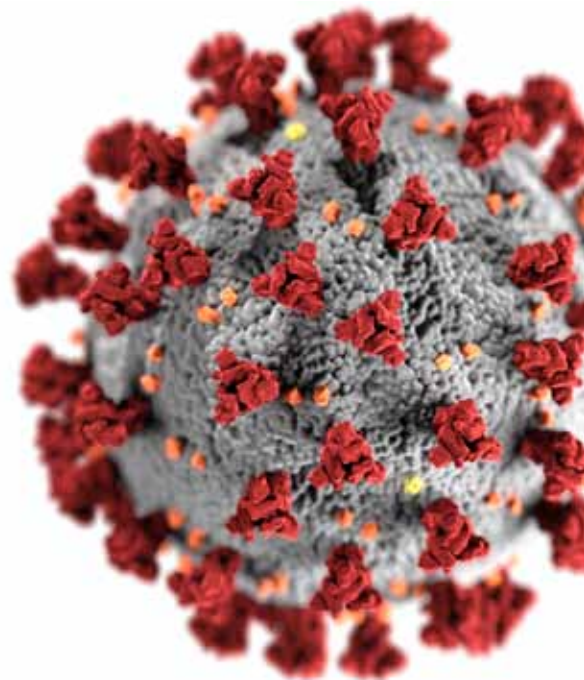
4. Raveendran AV et al. Long COVID: An overview. *Diabetes Metab Syndr*. 2021 May-Jun; 15(3): 869-875

5. Bai F. et al. Female gender is associated with long COVID syndrome: a prospective cohort study. *Clin Microbiol Infect*. 2022 Apr; 28(4):611.e9-611.e16

6. Ravindra Ganesh et al. The Female-Predominant Persistent Immune Dysregulation of the Post-COVID Syndrome. *Mayo Clin Proc*. March 2022;97(3):454-464

7. Catapano F. et al. Role of advanced imaging in Covid 19 cardiovascular complications. *Insights Imaging* 2021 12:28.

Charfeddine S. et al. Long Covid 19 syndrome is related to microcirculation and endothelial dysfunction? *Insights from TUN EndCOVStudy*. *Front Cardiovasc Med* 2021; 8; 7454-7458





## Il Cardiologo Intensivista quale attore principale delle nostre Terapie Intensive Cardiologiche

# Perché un giovane cardiologo dovrebbe diventare un intensivista?

L'evoluzione delle UTIC è veloce e deve prevedere un altrettanto veloce crescita delle opportunità di formazione e certificazione del cardiologo intensivista

### L'evoluzione delle UTIC e la necessità di una iperspecializzazione in Cardiologia Intensiva

Le prime Unità di Cure Coronariche (UCC) nascono a partire dagli anni '60 negli Stati Uniti d'America, nelle città di Kansas City e Philadelphia, e in Australia a Sidney, dal bisogno di garantire ai pazienti colpiti da infarto acuto del miocardio (IMA), diagnosi precoce e adeguata terapia, nonché dalla necessità di monitoraggio delle possibili complicanze, prime fra tutte quelle aritmiche. Con la nascita delle prime UCC si osservò da subito una riduzione della morbilità e della mortalità per IMA. In Italia il primato per la nascita dell'UCC spetta all'Ospedale "Ca' Granda" di Milano, attuale "Niguarda" nel 1967 e, successivamente negli anni '70, le UCC si svilupparono sul resto del territorio italiano come Unità di Terapia Intensiva Coronarica (UTIC), avendo l'obiettivo di

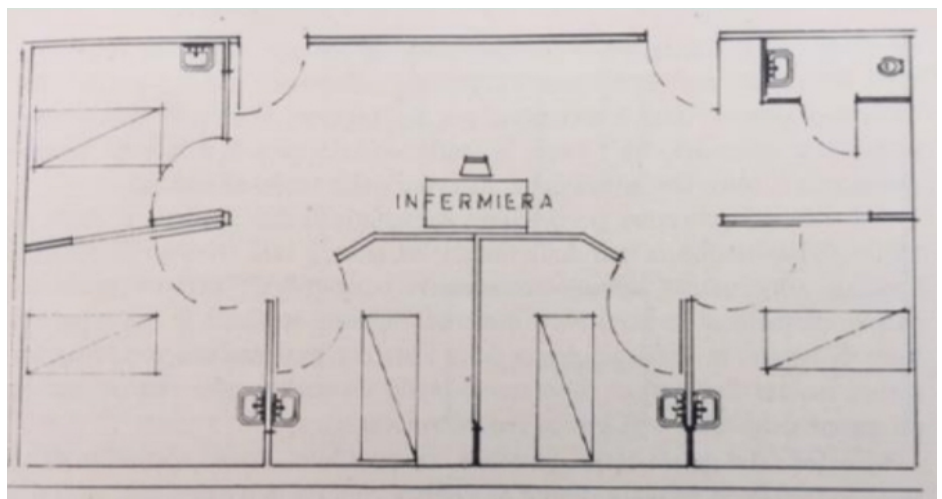


Figura 1 - Piantina della prima UCC dell'Ospedale Ca' Granda di Milano (1967)

migliorare sempre più la qualità delle cure e la prognosi dei pazienti con malattie cardiovascolari acute. Tuttavia inizialmente si trattava di semplici ambienti con personale dedicato annessi solo ad alcuni nosocomi dove venivano sperimentati i primi protocolli farmacologici anti-ischemici e trombolitici. Nel corso degli anni, ma soprattutto

nell'ultimo decennio, il profilo è profondamente cambiato, tanto che se un cardiologo del 1985 venisse proiettato come Marty McFly nel film "Ritorno al Futuro" insieme al suo amico scienziato Doc nel nostro decennio, resterebbe davvero molto sorpreso pensando certamente di aver sbagliato reparto! Questo cambiamento ha visto anche una

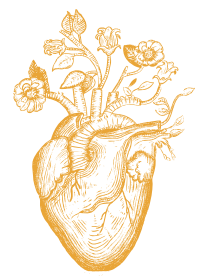


Figura 2 - Da: "Il ritorno al futuro"

evoluzione di identità che le ha trasformate da Unità di terapia Intensiva **Coronarica** a Unità di Cura Intensiva **Cardiologica**.

Ma cosa è cambiato e cosa sta cambiando, negli ultimi anni, nelle UTIC?

Sicuramente gran parte del cambiamento, com'è intuitivo, è legata all'innovazione tecnologica e scientifica, allo sviluppo delle reti per l'infarto e all'applicazione sempre più estesa di modelli organizzativi per l'intensità di cure (sistema "Hub e Spoke") atti a garantire l'equità delle cure indipendentemente da dove si trovi il paziente e quali siano le risorse a disposizione del territorio in cui l'evento cardiovascolare si manifesta. Accanto a questo la migliore accuratezza diagnostica delle malattie cardiache acute, mediante l'impiego di tecniche di imaging e di laboratorio e le nuove strategie ripercussive in emodinamica hanno modificato il trattamento dell'IMA riducendone mortalità, complicanze e durata della degenza. Anche l'invecchiamento della popolazione

ha notevolmente contribuito al cambiamento del profilo dei pazienti ricoverati in UCIC, di età sempre più avanzata, con maggiori comorbidità e maggior rischio di complicazioni non cardiologiche. Se ancor oggi il 60% dei pazienti ricoverati in UCIC sono affetti da Sindrome Coronarica Acuta, sempre più frequentemente, in UTIC, vengono gestite le complicanze cardiologiche di gravi patologie sistemiche, respiratorie, renali, metaboliche, vascolari e settiche che, oltre al tradizionale monitoraggio intensivo, richiedono altrettanta competenza e padronanza di tecniche all'avanguardia che necessitano di una formazione specialistica per poterle utilizzare. L'innovazione scientifica ha comportato inoltre lo sviluppo di tecniche di assistenza ventricolare, ventilazione assistita, ultrafiltrazione, impianto di ICD e quindi di nuove competenze del cardiologo sempre più specialistiche che vengono messe al servizio di pazienti ricoverati in UTIC sempre più complessi e delicati. Pertanto possiamo dire

che è cambiata l'essenza stessa dell'"acute cardiac care" diventando una branca complessa, caratterizzata da diverse intensità di livelli e forte multidisciplinarietà. In questo contesto, nasce l'esigenza di una figura iperspecializzata, quella del cardiologo intensivista, che sfrutta le proprie competenze in ambito cardiologico (clinico-diagnostico-terapeutico) guardando con passione alla complessità del paziente; è esperto nelle attuali tecniche, come la ventilazione non invasiva e l'ultrafiltrazione, sa decidere se e quando è il momento di intubare un paziente e che tipo di terapia antibiotica somministrare. Il cardiologo intensivista, un tempo ritenuto un consulente superspecializzato, deve essere adeguatamente formato e potendo gestire con competenza i propri pazienti da vero attore protagonista. **Perché un giovane cardiologo dovrebbe essere attratto dalla cardiologia intensiva?** Nello scenario attuale, come abbiamo visto, le Unità di Terapia Intensiva Coronarica hanno cambiato la loro vocazione ed anche la denominazione diventando Unità di Terapia Intensiva Cardiologica ovvero luogo deputato alla cura di ogni patologia cardiovascolare acuta o riacutizzata, con livelli di intensità della presa in carico diversi a seconda della complessità delle condizioni cliniche. Ma ovviamente per arrivare a questo tipo di organizzazione ed efficienza non si può prescindere dal fattore umano o meglio dalla motivazione e dalla preparazione dei suoi operatori. Vedremo più tardi come dovrà evolversi la sua preparazione

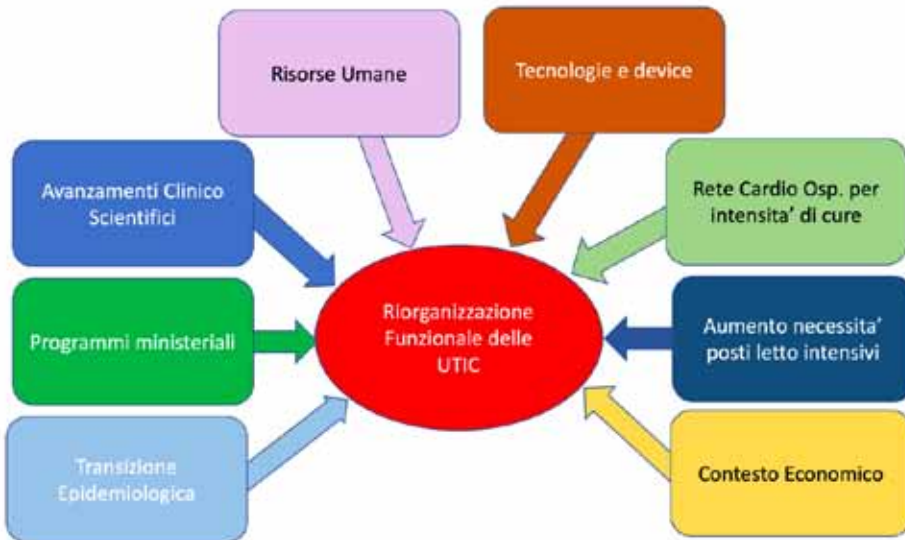


Figura 3 - Riorganizzazione funzionale delle UCIC

formale ma soffermiamoci prima sulle fondamentali motivazioni. Cosa dovrebbe attirare un giovane ad investire la propria carriera in questo campo che in molte realtà sembra marginale, quasi un ripiego, stretto fra l'emodinamica e l'elettrofisiologia da una parte e l'attività ambulatoriale dall'altra, a prima vista meno "appealing" ma anche meno condizionante in termini di turni, guardie e reperibilità connesse? Senza considerare che in una organizzazione ideale il paziente, una volta superate le criticità è spesso trasferito verso il reparto di cardiologia e quindi il nome dei



Figura 4 - La scelta di fare il cardiologo intensivista deve essere spinta dalla passione per la cardiologia e il fascino dell'azione

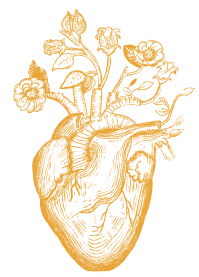


Figura 5 - Opportunità formative e certificative disponibili in Italia e in Europa per il Cardiologo Intensivista

medici che hanno lottato per aiutarlo nel momento più difficile magari scompare al momento della firma della lettera di dimissione... Tanta responsabilità, pazienti gravi e talora in condizioni disperate, lieto fine non garantito e quando tutto va liscio spesso l'oblio... Ce ne sarebbe abbastanza per non volerne sapere di lavorare a tempo pieno in terapia intensiva cardiologica! E invece a nostro avviso lo stimolo principale a lanciarsi in questa avventura dovrebbe essere di tipo "intellettuale"! Se amiamo la Cardiologia, se ci piace l'azione, se abbiamo voglia di avere "tutto e subito", di verificare l'efficacia del nostro intervento in tempo reale... l'UTIC fa per noi! La terapia intensiva cardiologica è una vera e propria palestra di fisiopatologia applicata dove le nostre conoscenze, esperienze e capacità devono continuamente essere messe alla prova ed il premio per la correttezza del nostro lavoro non è altro che la salvezza dei malati! In questo luogo la speculazione filosofica e accademica può anche trovare qualche spazio ma il più delle volte bisogna agire con tempismo e coraggio, capire il punto di rottura dell'organismo che ha perso il suo

equilibrio per intercettare la finestra di intervento a volte irripetibile. "Fin qui posso tirar fuori Mister X dalla sua insufficienza respiratoria con una CPAP, se passano tre minuti non resta che intubarlo", "questo lo salvo solo con una trombolisi diretta da CVC mentre lo massaggio, se il sangue non va ai polmoni la ventilazione non serve a nulla...", "qui devo drenare in fretta 3 litri di versamenti pleurici, alleggerire il diaframma per ridurne la fatica allora sì che posso metterla a letto e mandarla in sala!", "ho fatto un VTI e poi ho infuso un litro di liquidi vediamo se è cambiato adesso!"

Il processo che porta all'intervento corretto passa spesso da errori e correzioni successive, col tempo sempre meno frequenti, e sviluppo dell'intuito clinico. E anche dalla capacità di mantenere l'umanità necessaria per infondere fiducia a pazienti spesso sofferenti e terrorizzati e nel contempo il distacco per effettuare atti potenzialmente dolorosi ed invasivi. È chiaro che c'è bisogno di maestri appassionati e comprensivi, di pazienza e di voglia di mettersi in gioco ogni giorno. Davanti ad un paziente grave, che sta male, non ci si può nascondere, bisogna

agire in fretta e bene. Può essere una sfida da far tremare i polsi ma se abbiamo dentro il fuoco sacro non ci resta che accettarla!

### **Cosa si può fare e cosa si farà per implementare la formazione in Terapia Intensiva Cardiologica**

Il complesso ruolo del Cardiologo Intensivista, richiede sempre più una formazione dedicata e iperspecialistica che travalica i confini dell'Anestesia e Rianimazione. Proprio per questo motivo, già a livello Universitario, si è reso necessario definire un percorso dedicato per i giovani specializzandi desiderosi di intraprendere la formazione intensiva cardiologica. Molte scuole di specializzazione in Malattie Cardiovascolari infatti prevedono la scelta, all'ultimo anno di studi, dell'"indirizzo" in Terapia Intensiva Cardiologica, similmente a quanto avviene già da molti anni per l'ambito interventistico, elettrofisiologico e della diagnostica non invasiva. Questo percorso permette di formare il Medico Specializzando ad una gestione avanzata dei quadri acuti cardiologici spaziando la formazione anche all'ambito Intensivo

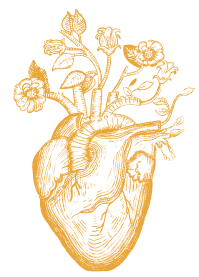




Generale. L'apertura delle scuole di specializzazione alla Rete Formativa ha potenziato questo aspetto con la possibilità di poter scegliere il percorso al di fuori dell'Ospedale Universitario in centri "spoke" ad alta specializzazione che possono dare molte opportunità di crescita ai medici in formazione specialistica, spesso anche più del centro universitario stesso. La formazione Intensiva Cardiologica da diversi anni si è arricchita anche di corsi di Master Universitario di II livello in Terapia Intensiva Cardiologica nei centri Universitari di Firenze, Padova e Roma. Questi Master, della durata di un anno, prevedono una formazione Intensiva Cardiologica a 360° che tocca l'ambito, oltre che cardiologico, infettivologico, pneumologico, geriatrico, neurologico e di Anestesia Rianimazione. Un percorso davvero indispensabile nel Curriculum formativo del cardiologo intensivista! All'Università Bicocca di Milano, inoltre, è attivo il Corso di Perfezionamento in Cardiologia Intensivistica. Il crescente interesse verso la Cardiologia Intensiva è dimostrato anche dalla nascita di "Community" in primis il Club delle UTIC ANMCO di cui una delle mission è quella di affacciarsi ai cardiologi neospecialisti che intendono orientarsi nel mondo intensivo cardiologico. Grazie a periodici Webinar e Tutorial vengono affrontati i diversi aspetti della Cardiologia Intensiva potendo guidare e stimolare la curiosità dei giovani cardiologi e condividendo metodi e tecniche tipiche di questo ambito. Parallelamente al Club delle UTIC ANMCO, la nostra Area di Cardiologia Intensiva

ed Interventistica offre continui contributi atti a stimolare l'interesse verso gli argomenti di carattere intensivo cardiologico cercando di stimolare la curiosità dei cardiologi e permettendo una attiva e costruttiva sintonia con i colleghi interventisti. Anche l'Association for Acute Cardiovascular Care (ACVC) offre molte opportunità, sia in presenza che via Web, di approfondimento di tematiche specifiche inerenti la Terapia Intensiva Cardiologica in cui risulta particolarmente interessante la possibilità di interscambio culturale e di esperienze tra colleghi di diversi paesi europei e non solo. Accanto a questo, negli ultimi anni, si è sentita la necessità di sviluppare dei metodi certificativi per attestare le competenze in ambito intensivo cardiologico, sia a livello europeo che italiano. Da molti anni la società Europea di Cardiologia con l'ACVC ha creato l'Acute Cardiovascular Care Certification, un riconoscimento che prevede un percorso molto arduo che inizia con un test che si tiene due volte l'anno. Il superamento del test permette di compilare il log book registrando le diverse procedure richieste e che il cardiologo svolge nella sua pratica quotidiana. Il log book prevede l'effettuazione di un numero minimo di procedure svolte in massimo 2 anni per poter poi ottenere la certificazione. Questo percorso, valido a livello europeo, può non essere adatto alle competenze classiche necessarie nelle Terapie Intensive Cardiologiche italiane oltre al fatto che, al momento attuale, non è permessa la registrazione da parte di Istituzioni o Enti del nostro Paese. Per superare questo ostacolo e creare una

Certificazione riconosciuta in Italia, l'ANMCO ha incluso nel programma "ANMCO CERT" anche l'ambito della Terapia Intensiva Cardiologica. Questo percorso permette ai Soci ANMCO di ottenere la certificazione delle proprie competenze ed essere registrati presso l'Ente Unico Italiano di Accredimento ACCREDIA. Un giovane Cardiologo "intellettuale" che si avvicina alla scelta dell'ambito cardiologico di interesse non può non essere affascinato dalla Cardiologia Intensiva, un mondo impegnativo dove, oltre alle conoscenze della Cardiologia a 360°, è necessario acquisire competenze di Anestesia e Rianimazione e non solo. Fondamentale per un Cardiologo Intensivista è conoscere in maniera approfondita la cardiologia interventistica e avere competenze pratiche che spaziano dall'esecuzione di ecocardiogrammi transesofagei a procedure interventistiche come pericardiocentesi, toracentesi, posizionamento di stimolatori transvenosi e di contropulsatori intraaortici. Inoltre il Cardiologo Intensivista deve saper gestire autonomamente la ventilazione invasiva e non invasiva, i sistemi di sostituzione renale e la gestione appropriata della terapia antibiotica. A questo scopo l'Università e le società scientifiche devono essere attive protagoniste della formazione e del mantenimento delle conoscenze del Cardiologo Intensivista. Questo perché il Cardiologo è e dovrà sempre essere il primo protagonista della gestione del paziente cardiologico critico.♥



# Droghe e cuore

## L'impegno dell'Area Cronicità Cardiologica per una condizione non rara, ma misconosciuta

Che le droghe siano direttamente implicate nella genesi di molte patologie è un concetto ben noto da riscontri eziopatogenetici e dati epidemiologici. L'effetto tossico delle sostanze da abuso si esplica in maniera importante anche a livello dell'apparato cardiovascolare, determinando vari quadri patologici che possono coesistere tra loro: ipertensione arteriosa, aritmie, cardiomiopatie, dissezione aortica, arteriti, cardiopatia ischemica, endocarditi, ictus, fino alla morte improvvisa. Tali danni possono essere acuti o cronici; i primi sono il risultato di una azione diretta delle droghe, cui si associa quella delle sostanze con cui queste vengono tagliate o mischiate e spesso della

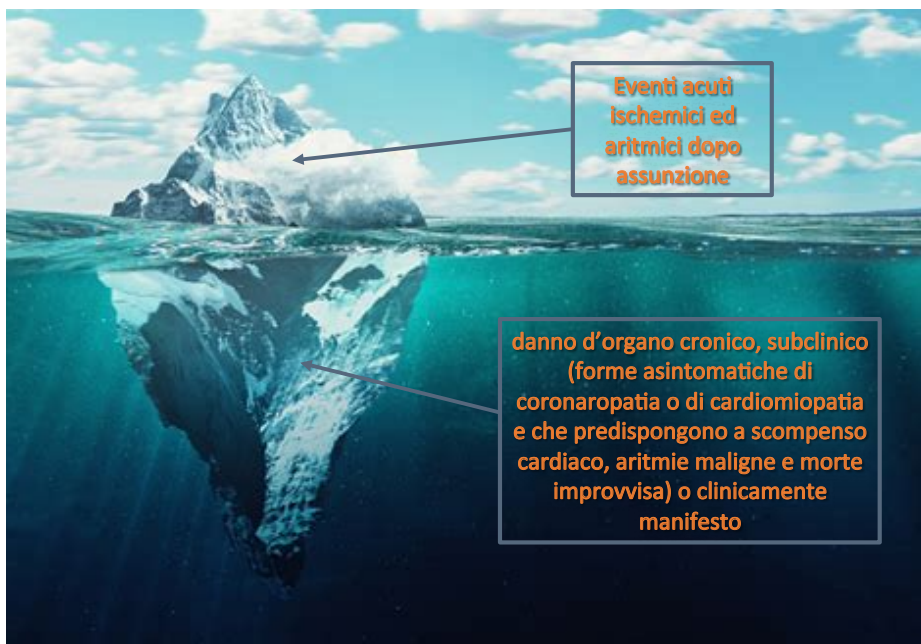
contemporanea assunzione di alcool; si possono instaurare non solo nel consumatore cronico ma anche in quello occasionale, a volte anche indipendentemente dalla quantità di sostanza assunta. Si stima che circa un quarto degli infarti miocardici nei soggetti tra 18 e 45 anni sia secondario all'azione della cocaina. Meno nota, come la parte sommersa di un iceberg, è la possibilità di un danno d'organo cronico, subclinico (forme asintomatiche di coronaropatia o di cardiomiopatia e che predispongono ad aritmie maligne e morte improvvisa) o clinicamente manifesto; è più probabile che quest'ultimo si sviluppi nell'assuntore cronico, a maggior ragione se coesistono altri fattori di rischio cardiovascolari e/o una

predisposizione genetica. Certo è che il numero dei ricoveri per patologie da sostanze d'abuso è in aumento e che verosimilmente tenderà a crescere ulteriormente, anche in considerazione del progressivo incremento della diffusione di tali sostanze, indipendentemente dall'estrazione sociale, e del fatto che gli assuntori sono prevalentemente giovani e quindi potenzialmente a rischio di essere esposti per più tempo alla loro azione. Di ciò, però, non si tiene adeguatamente conto nella pratica clinica, forse per poca sensibilità o scarsità di conoscenze, favorita dalla scarsa letteratura in merito e anche dal fatto che le nuove droghe cambiano in continuazione e sono quindi difficili da studiare. Di fatto

### Le patologie cardiache correlate alle droghe: un problema difficile da affrontare

- non sempre sono conosciute dai medici (scarsa diffusione di cultura specifica)
- se conosciute, non sempre sono sospettate (scarsa sensibilità o confidenza con l'argomento)
- se sospettate, non sempre sono ricercate (reticenza e poca conoscenza dell'importanza di fare tale diagnosi)
- se ricercate, non sono diagnosticate accuratamente (mancanza di linee guide diagnostiche in letteratura)
- se diagnosticate, è difficile registrarle come tali per problemi burocratici (non ottimale regolamentazione della privacy e mancanza di DRG specifici).

**Il rischio relativo delle droghe, specie della cocaina, nel favorire la cardiopatia ischemica non è, eppure, inferiore a quello di altri fattori**



Eventi acuti  
ischemici ed  
aritmici dopo  
assunzione

danno d'organo cronico, subclinico  
(forme asintomatiche di  
coronaropatia o di cardiomiopatia  
e che predispongono a scompenso  
cardiaco, aritmie maligne e morte  
improvvisa) o clinicamente  
manifesto

sembra esserci una particolare riluttanza ad affrontare questo argomento, a meno che non ci si trovi di fronte a casi conclamati, al classico tossicodipendente o non ci sia la spontanea *confessione* da parte del paziente. Nella quotidianità l'uso delle droghe viene associato al rischio di overdose, malattie infettive o incidenti stradali, ma solo eccezionalmente a quello per patologie cardiache, anche se questo è verosimilmente più alto. Nei convegni scientifici e nelle linee guida si parla, giustamente, dei fattori di rischio classici, di quelli emergenti o di quelle condizioni che influiscono sul rischio cardiovascolare, quali i fattori ambientali o le malattie infiammatorie, ma difficilmente si accenna, neppure nel sottogruppo dei pazienti più giovani, all'importanza che hanno le droghe nel favorire lo sviluppo e la progressione di patologie cardiovascolari. Anche nelle ultime linee guida intersocietarie sulla

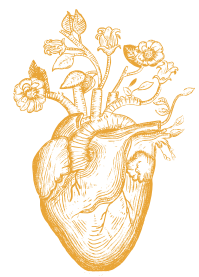
prevenzione cardiovascolare del 2021 non vi è un paragrafo a sé stante dedicato alle droghe come fattori di rischio cardiovascolare; nella

**La nostra Area,  
in considerazione  
del danno a lungo  
termine associato  
alle sostanze da  
abuso, si è prefissa  
di sviluppare intorno  
a questo argomento  
una parte rilevante  
del suo programma  
biennale**

sezione riguardante l'influenza sul rischio cardiovascolare dei disturbi mentali vengono appena menzionate le sostanze psicostimolanti, il cui

abuso può agire come trigger di ischemia miocardica. Il rischio relativo delle droghe, specie della cocaina, nel favorire la cardiopatia ischemica non è, eppure, inferiore a quello di altri fattori (es. artrite reumatoide e sindromi da apnee notturne) che, al contrario, sono stati ufficialmente ritenuti influenti sul rischio cardiovascolare. Anche la percentuale di soggetti esposti all'azione della cocaina (12-13% nella fascia di età tra 25 e 44 anni) è ben superiore a quella dei soggetti esposti ad altre condizioni incluse tra i fattori di rischio nelle linee guida, quali l'insufficienza ovarica primaria (1% delle donne sotto i 40 anni) o la preeclampsia (1-2% delle donne gravide).

Se la classe medica non prende quindi una posizione ufficiale, può contribuire alla diffusione dell'erronea convinzione di una sostanziale non pericolosità diminuendo, soprattutto tra più giovani, la già scarsa percezione dei possibili danni associati, con il rischio di aumentare la percentuale di assuntori. È dimostrato, infatti, che lì dove c'è maggiore o corretta informazione c'è minor consumo. Di contro, considerare le droghe come un fattore di rischio cardiovascolare può rivelarsi utile in termini di prevenzione primaria e secondaria. Tale riconoscimento ufficiale può aumentare la sensibilità e l'attenzione della classe medica a sospettare, ricercare e diagnosticare un'origine voluttuaria di una data cardiopatia, requisito fondamentale per un idoneo trattamento e per instaurare dei programmi di riabilitazione anche psicologica che, col supporto fornito da centri specializzati, possano aiutare



### L'importanza di fare una diagnosi di malattia cardiaca da droga:

- La terapia può differire da quella delle stesse malattie di origine non voluttuaria (vedi per esempio controindicazioni o prudenza nell'uso di betabloccanti nel trattamento soprattutto in acuto di aritmie correlate alla cocaina)
- Possibilità di instaurare adeguati programmi di prevenzione secondaria che prevedono la cessazione dell'assunzione di sostanze voluttuarie.
- Rilievo epidemiologico con conseguenti ripercussioni cliniche, socioassistenziali ed economiche.

i soggetti a mettere in atto quella che è la migliore terapia riconosciuta per ogni fase della malattia, l'interruzione dell'assunzione. Inoltre, può facilitare la programmazione di screening periodici soprattutto nei soggetti con storia di abuso abituale, per valutare dal punto di vista clinico e laboratoristico-strumentale (es. con ECG, ecocardiogramma, ormoni natriuretici, troponina) la presenza di un eventuale danno d'organo subclinico, nonché l'istituzione di ambulatori dedicati per programmi

di follow-up nei pazienti dimessi con malattie cardiache associate all'uso di droghe, in virtù della peculiare gestione di tali pazienti. Ciò contribuirebbe a ridurre l'incidenza e la prevalenza delle patologie cardiovascolari da sostanze d'abuso, il rischio di progressione del danno d'organo e/o di un primo evento cardiaco acuto, il rischio di recidive, complicanze o sviluppo di malattie anche in altri organi e i costi per il sistema sanitario e per la società in genere.

Ma spingendoci ancora oltre il concetto di fattore di rischio, si potrebbe ipotizzare che le patologie cardiache secondarie all'abuso di sostanze voluttuarie, peculiari per storia naturale e gestione terapeutica, possano costituire una vera e propria classe a sé stante, che potremmo racchiudere sotto il nome di *Malattie cardiache da droga* o *Drug Abuse Heart Diseases* se vogliamo usare un linguaggio internazionale. È responsabilità della classe medica e delle società scientifiche come l'ANMCO farsi carico di questa tematica. La nostra Area, in considerazione del danno a lungo termine associato alle sostanze da abuso, si è prefissa di sviluppare intorno a questo argomento una parte rilevante del suo programma biennale, al fine di diffondere sensibilità e conoscenze tra i cardiologi di queste malattie che si presentano con connotazioni particolari e che sono spesso sottovalutate o misconosciute.♥

### I Programmi dell'Area Cronicità Cardiologica

- Corso FAD su droghe e cardiopatie
- Review: patologie cardiovascolari associate all'uso di droghe: cannabinoidi
- Review: patologie cardiovascolari associate all'uso di droghe: anfetamine, ecstasy, oppioidi
- Statement: l'anamnesi tossico - voluttuaria
- Position paper ANMCO: Uso di droghe come fattore di rischio cardiovascolare
- Position paper ANMCO: Malattie cardiache da droga
- Realizzazione di uno spazio sulle malattie cardiache da droga all'interno della pagina web dell'area
- Studio osservazionale pilota in una comunità di accoglienza per tossicodipendenti su fattori di rischio e cardiopatie
- Questionario per le scuole sulla conoscenza del rischio cardiovascolare correlato all'uso di droghe (collaborazione con Fondazione per il tuo Cuore)
- Cartellone sugli effetti delle droghe sul cuore per studi medici, ospedali e scuole (collaborazione con Fondazione per il tuo Cuore)



DALLE AREE - GIOVANI

DI PIETRO SCICCHITANO, FRANCESCA MUSELLA,  
FILIPPO ZILIO A NOME DELL'AREA GIOVANI



Ricerca, innovazione, networking: ANMCO 2022 quale trampolino  
per i giovani ricercatori di domani

# La “Next Generation” al Congresso Nazionale 2022: tutta la potenza della ricerca ANMCO, tra presente e futuro

I giovani ricercatori ANMCO si uniscono e propongono le proprie idee al Congresso Nazionale 2022 accompagnati dai loro maestri

**“***Nothing splendid has ever been achieved except by those who dared believe that something inside themselves was superior to circumstance. To choose the sure thing is treason to the soul*” [Mai nulla di splendido è stato realizzato se non da chi ha osato credere che dentro di sé ci fosse qualcosa di più grande delle circostanze. Scegliere la certezza è tradimento dell'anima] (Bruce Fairchild Barton, 1886 – 1967).  
Innovazione, networking, professionalità e competenze scientifiche hanno caratterizzato ancora una volta il Congresso Nazionale ANMCO - ormai giunto alla sua 53esima edizione - appena conclusosi a Rimini. “Tutta la forza della Cardiologia Ospedaliera Nazionale” si è espressa in questi tre giorni di simposi, incontri, presentazioni scientifiche che ha

**Il progetto “ANMCO Next Generation: a clinical research network” irrompe nel panorama scientifico nazionale nel corso del Congresso Nazionale, mostrando la coesione, la creatività e la forza propositiva di giovani cardiologi coadiuvati da mentori d'eccezione**

coinvolto in presenza ed in forma digitale l'intera classe cardiologica Nazionale ed Internazionale. In questo evento si è concretizzato prepotentemente uno degli elementi

dello spirito dell'ANMCO: il progetto “Next Generation ANMCO: a clinical research network” è entrato di fatto nel programma scientifico congressuale con ben tre sessioni dedicate ed il coinvolgimento delle giovani generazioni cardiologiche nel gotha scientifico nazionale. “Non so quando, ma so che in tanti siamo venuti in questo secolo per sviluppare arti e scienze, porre i semi della nuova cultura che fiorirà, inattesa, improvvisa”: così arguiva il visionario filosofo nolano Giordano Bruno secoli orsono ed il Congresso ANMCO 2022 ha dimostrato la concreta realizzazione di quanto auspicato da generazioni di scienziati che comprendono la forza intellettuale della gioventù, la necessità della collaborazione super partes per il conseguimento di più aulici obiettivi, il tutto coadiuvato, fomentato e diretto dalla sapienza di

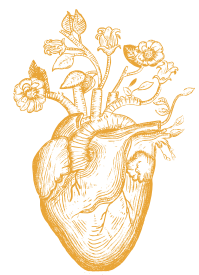


Figura 1



Figura 2

chi, con un bagaglio di esperienza ben più ampio, può permettere ai più giovani di convogliare al meglio le proprie energie e sublimare ambiziosi traguardi. Ai nastri di partenza del primo

giorno congressuale, la Dott.ssa Stefania Di Fusco – past Chairperson Area Giovani – e il Dott. Pietro Scicchitano – attuale Co-Chairperson della stessa – hanno dato il via al primo simposio dedicato all’iniziativa

Next Generation, fortemente voluta dal Consiglio Direttivo Nazionale (Figura 1). Le Dott.sse Chiara Bernelli e Deborah Cosmi hanno esposto elegantemente le proprie idee di progetto (rispettivamente, sull’esposizione alle radiazioni ionizzanti nelle procedure interventistiche e sul trattamento dello scompenso cardiaco riacutizzato con addensamento polmonare) ad un’audience nutrita ed attenta. Le relazioni dei Prof. Aldo Maggioni e Claudio Rapezzi non hanno solo

### Argomenti attuali dibattuti nel panorama scientifico internazionale rivisitati sotto forma di proposte progettuali scientifiche affascinanti

contribuito ad elevare ulteriormente il valore intellettuale della sessione, ma hanno impersonificato quello che è il cardine reale su cui si fonda il progetto nazionale: i giovani non sono soli ma possono contare sulle “spalle dei giganti” Maestri. In continuità con la prima parte, il giorno successivo l’attuale Chairperson dell’Area Giovani – Dott. Filippo Zilio – e la Dott.ssa Annalisa Viele hanno moderato la seconda sessione dedicata alla Next Generation ANMCO (Figura 2). Un simposio che sin da subito ha gettato le premesse per una discussione di grande interesse, coinvolgendo l’audience con argomenti attuali e altamente dibattuti nel panorama scientifico internazionale rivisitati sotto forma



Figura 3

di proposte progettuali scientifiche particolarmente affascinanti: dalle dissezioni coronariche spontanee e necessità di corretta gestione dell'antiaggregazione – idea proposta dal Dott. Carloalberto Biolè – alla necessità di strutturare un registro nazionale dedicato allo scompenso cardiaco a frazione di eiezione preservata/recuperata – tema scottante e avveniristico, proposto dalla Dott.ssa Francesca Musella – è stato difficile per lo spettatore non incuriosirsi durante la discussione di queste presentazioni. Le pillole metodologiche del Prof. Luigi Tavazzi e la comprensione delle criticità e delle possibilità di implementazione dei deficit del Servizio Sanitario Nazionale sapientemente espressa dal Prof. Silvio Garattini hanno impreziosito questo momento integrativo tra professionalità in pieno slancio

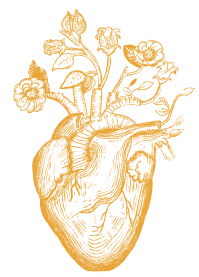
emotivo ed intellettuale. Il momento clou di questo percorso dedicato ai giovani è stata poi la Convention di sabato 21 maggio, in sala Agorà (Figura 3). Moderata dal Prof. Aldo Maggioni e dalla Dott.ssa Stefania Di Fusco, che ha anche introdotto i lavori riassumendo il progetto dei workshop “Next Generation ANMCO: a network for clinical research”, la sessione è stata l'occasione per presentare altri due studi elaborati durante questi workshop: il Dott. Alberto Aimo e la Dott.ssa Nunzia Borrelli hanno presentato i progetti rispettivamente sull'Eplerenone nei pazienti con miocardite e sugli Inibitori di PCSK-9 nella progressione della stenosi aortica calcifica. La sessione è stata però anche l'occasione per presentare nuove proposte su come produrre nuove idee, migliorare la cultura metodologica, e creare un network

### **Il Prof. Salim Yusuf ha ricordato ai giovani l'importanza dei gruppi di ricerca per crescere, e del non demordere di fronte ai fallimenti**

di giovani cardiologi interessati alla ricerca (relatori i Dottori Margherita Calcagnino e Filippo Zilio) e per seguire due importanti letture: la prima, del Prof. Roberto Ferrari, sul (suo) percorso per arrivare alla presidenza della Società Europea di Cardiologia caratterizzato, oltre che da intelligenza, da curiosità, fantasia, volontà, e quella conclusiva

### **Il progetto Next Generation ANMCO è stato inserito all'interno del Congresso Nazionale 2022 con tre sessioni, impreziosite da letture di altissimo livello, in cui sono stati presentati i progetti di ricerca elaborati durante i workshop**

del Prof. Salim Yusuf. Quest'ultimo, che nel corso della discussione sulle proposte aveva ricordato ai giovani l'importanza dei gruppi di ricerca per crescere e del non demordere di fronte ai fallimenti ha focalizzato l'attenzione su come ridurre la mortalità cardiovascolare del 50% attraverso un trattamento aggressivo dei fattori di rischio mediante una polipillola contenente antipertensivo, statina e acido acetilsalicilico. Le sessioni dedicate alla Next Generation ANMCO incluse nell'ambito del Congresso Nazionale 2022 sono state, dunque, un'ottima occasione per divulgare la cultura della conoscenza e della crescita professionale della nuova generazione di Cardiologi, aspetto su cui è in corso un importante investimento intellettuale ed economico da parte del Consiglio Direttivo e del Centro Studi ANMCO. L'auspicio è ora quello di riuscire a trasformare le basi teoriche in un primo progetto concreto, nel prossimo futuro, per dare piena realizzazione all'attività del network della Next Generation: ad maiora!♥



**Nell'ambito delle malattie rare, l'ipertensione polmonare è una patologia trasversale che coinvolge specialità**

# Ambulatorio cardiologico dell'ipertensione polmonare: ci vuole competenza, passione e multidisciplinarietà

**Una guida pratica per organizzare un ambulatorio dedicato ai pazienti ad aumentato rischio di ipertensione polmonare o già in terapia specifica**

**A**prire e gestire un ambulatorio dedicato all'ipertensione polmonare (IP) è una sfida impegnativa ed allo stesso tempo stimolante, che permette di creare una rete interdisciplinare con altri colleghi, realizzando un circuito virtuoso di referral di pazienti e interscambio di competenze, fonte di arricchimento personale e professionale.

Il vantaggio per i pazienti è notevole, in quanto vengono seguiti in tutto il percorso diagnostico-terapeutico, con risparmio di tempo e risorse, al fine di ridurre al minimo il tempo "door to therapy".

## Da dove cominciare...

Prima di aprire un ambulatorio dedicato all'IP è necessario verificare:

1) Quali esami del percorso

diagnostico dell'IP, raccomandati dalle linee guida, possono essere eseguiti nel proprio Ospedale e, se necessario, avviare delle

**Prevedere l'esecuzione dell'elettrocardiogramma e dell'ecocardiogramma transtoracico, oltre alla valutazione clinica di tutti i pazienti, in concerto con infermieri dedicati**

collaborazioni con altri centri per completare l'iter (ad esempio per l'analisi genetica). Inoltre, per l'Ipertensione Arteriosa Polmonare,

riconosciuta come malattia rara con codice RG0120, verificare se la propria struttura è autorizzata al rilascio dell'esenzione ed alla gestione dell'intero percorso clinico-assistenziale.

2) Se il proprio Ospedale è autorizzato dalla Regione alla prescrizione e dispensazione dei farmaci specifici per l'ipertensione arteriosa polmonare o, in caso contrario, avviare una collaborazione con un centro autorizzato regionale.

## Quali pazienti

Le tipologie di pazienti afferenti sono quattro:

- Pazienti in follow-up dopo un episodio di embolia polmonare acuta, con possibilità di gestione a medio e lungo termine della terapia anticoagulante (se non altri





Figura 1 - Esempio di Gruppo Multidisciplinare Intraospedaliero per l'Ipertensione Polmonare

ambulatori dedicati presenti nella propria struttura) e soprattutto per la sorveglianza dell'eventuale sviluppo di IP cronica tromboembolica/malattia polmonare cronica tromboembolica in pazienti con determinate caratteristiche (elevata velocità tricuspidalica  $>3,4$  m/s alla dimissione dopo embolia polmonare, emboli prossimali bilaterali alla TAC in corso di embolia polmonare acuta, persistenza di dispnea o elevati valori di NT-proBNP a distanza di almeno 3 mesi dall'evento acuto).

- Pazienti riferiti da altri specialisti,

spesso in seguito all'esecuzione di un ecocardiogramma con evidenza di "pressione polmonare elevata", casi in cui il work-up diagnostico può essere particolarmente "challenging".

- Pazienti affetti da connettivopatia nota, in particolare sclerosi sistemica, per lo screening ecocardiografico annuale, come raccomandato dalle linee guida ESC 2015, oppure affetti da HIV con dispnea non altrimenti spiegata (inviati da infettivologi).

- Pazienti trattati con terapia specifica per ipertensione (arteriosa) polmonare, in follow-up, compresi

eventualmente pazienti cardiopatici congeniti adulti in terapia in collaborazione con centri di cardiologia pediatrica dedicati.

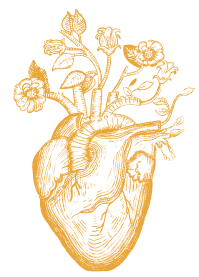
### Le attività dell'ambulatorio dedicato

Bisogna prevedere l'esecuzione dell'elettrocardiogramma e dell'ecocardiogramma transtoracico, oltre alla valutazione clinica di tutti i pazienti. Possibilmente, va eseguito il test del cammino dei sei minuti. In tutte queste fasi, un ruolo fondamentale è rivestito dal

**I pazienti vengono seguiti in tutto il percorso diagnostico-terapeutico, con risparmio di tempo e risorse, al fine di ridurre al minimo il tempo "door to therapy"**

personale infermieristico dedicato (almeno una unità).

Nel paziente con sospetto ecocardiografico di IP (probabilità intermedia o alta) viene avviato il percorso diagnostico completo con tutti gli esami di primo livello (prove di funzionalità respiratoria con diffusione del monossido di carbonio (DLCO), TAC torace ad alta risoluzione, esami ematici, eventuale saturimetria notturna). In questa fase è particolarmente importante il confronto con radiologo e pneumologo per escludere le IP del gruppo II e III. Successivamente, laddove indicato, viene programmata la scintigrafia polmonare ed il cateterismo cardiaco destro, con



*Figura 2 - Esecuzione di un con controllo dei parametri, con ausilio di infermiere dedicato e contemporanea valutazione pneumologica, in un ambulatorio cardiologico per l'ipertensione polmonare.*

eventuale test provocativi come la vasoreattività con ossido nitrico o il “fluid challenge” per escludere ipertensione polmonare gruppo 2 (patologie del cuore sinistro) latente. **Il paziente con IP “gruppo 1”** Nel paziente con diagnosi confermata di ipertensione arteriosa polmonare si decide la terapia specifica in relazione al profilo di rischio (basso, intermedio o alto), viene redatto il piano terapeutico per la farmacia

**L'ambulatorio cardiologico dedicato all'ipertensione polmonare è un “trait d'union” tra vari specialisti, volto a migliorare l'outcome dei pazienti affetti da questa patologia rara**

dell'Ospedale o del territorio (decisione basata sulla residenza del paziente e la conseguente agevole accessibilità all'Ospedale per l'erogazione dei farmaci) e programmato il successivo follow-up, indicativamente a cadenza trimestrale. I pazienti con diagnosi di ipertensione arteriosa polmonare idiopatica o sospetto di malattia venoocclusiva polmonare vengono inviati all'ambulatorio di genetica



per il counseling pre-test, il prelievo ematico e il counseling post-test qualora il test desse esito positivo. Importante è il colloquio con il paziente e la famiglia, cercando di identificare il caregiver più adatto alla gestione del percorso terapeutico, soprattutto laddove sia necessario l'utilizzo di prostanoidi parenterali. Ad ogni visita di follow-up viene valutata la classe funzionale, eseguito elettrocardiogramma, ecocardiogramma, test del cammino e la determinazione del BNP/NT-proBNP. Caso per caso, viene stabilito se eseguire prima della modifica terapeutica una rivalutazione con il cateterismo cardiaco destro. Talora si procede a test cardiopolmonare e viene programmata la risonanza magnetica cardiaca.

### **Il paziente con IP "gruppo 4" o cronica tromboembolica**

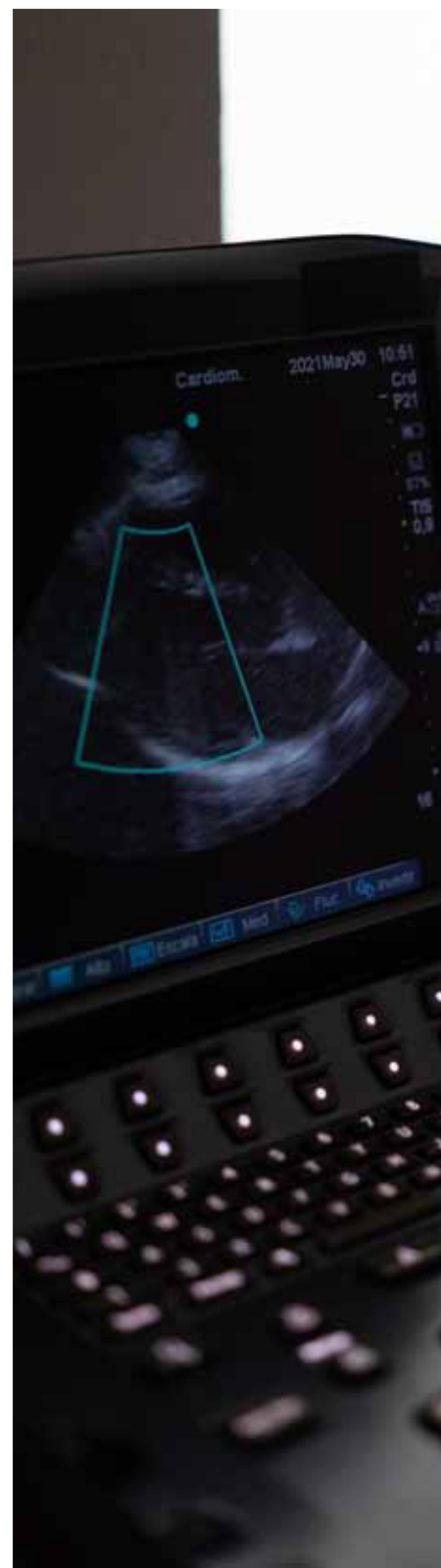
In caso di diagnosi clinico-strumentale di IP cronica tromboembolica (IPCTE), il paziente viene inviato al centro di riferimento per la valutazione di fattibilità dell'intervento di endoarterectomia polmonare. Il successivo follow-up clinico-strumentale è identico a quello del paziente con ipertensione arteriosa polmonare; in caso di persistenza/ricorrenza di IP post-chirurgica o nel caso in cui il paziente sia stato giudicato inoperabile sarà iniziata la terapia specifica in accordo col centro cardiocirurgico di riferimento.

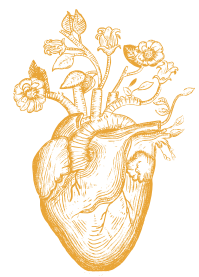
In tutti gli altri casi di IP (gruppo II, III, V), viene ottimizzata la terapia della malattia di base secondo le vigenti linee guida, in collaborazione con lo specialista di riferimento. Alcuni pazienti selezionati possono essere inviati presso centri di

riferimento nazionali ad alto volume per l'inserimento in trial clinici sperimentali con terapia specifica. Per concludere, l'ambulatorio cardiologico dedicato alla diagnosi e cura del paziente con ipertensione (arteriosa) polmonare deve essere

**Costruire un ambulatorio rivolto ai pazienti con ipertensione polmonare o affetti da patologie a rischio di svilupparla nel tempo, costituisce una sfida per il cardiologo ospedaliero, che deve fungere sia da "driver" che da collante tra le varie specialità coinvolte in questo ambito**

inteso come una sorta di "centro di raccordo" con gli altri professionisti coinvolti, quali pneumologo, radiologo, medico nucleare, reumatologo, internista o angiologo, ematologo (Figura 1) e l'elenco non è esaustivo dato che l'IP, come ben noto, può complicare il decorso di molte patologie, il cui fine ultimo è di caratterizzare in modo chiaro ogni paziente riferito, iniziare la terapia con farmaci specifici laddove indicato e garantire il miglior outcome possibile, gestendo al meglio le armi terapeutiche ad oggi disponibili.♥





# La dissezione aortica di tipo A Epidemiologia di un evento raro

**Dissezione dell'aorta ascendente (Stanford A)  
Numero di interventi per anno  
anni 2001-2021  
(media 8.7 interventi/anno/350.000 residenti)**

Servizio di Cardiocirurgia  
Istituto Cardiocentro Ticino- EOC

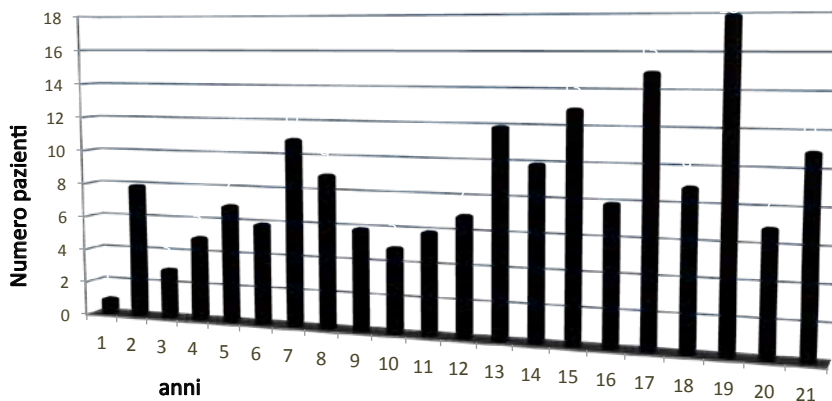


Grafico 1

**L**a dissezione aortica rappresenta una delle emergenze più importanti per le sue connotazioni di gravità, di tempestività decisionale, di capacità nella diagnosi e nella cura. Se non affrontata, la dissezione acuta della parte ascendente dell'aorta è gravata da una mortalità che raggiunge il 50% dei casi nelle prime 48 ore. Il suo trattamento è di pertinenza della cardiocirurgia, la diagnosi e la sua

prevenzione no. La dissezione aortica può essere considerata secondo due punti di osservazione: l'evento in sé con le sue caratteristiche di emergenza, decessi, tipo di rottura della parete, estensione, complicanze a breve e a lungo termine, e la sua prevenzione, attuata osservando indicazioni precise che prevedono misure terapeutiche, precauzioni nell'attività fisica, e naturalmente l'intervento cardiocirurgico.

La presenza di una dilatazione aneurismatica evidente della radice e/o dell'aorta ascendente post-giunzionale, facilita il compito di chi deve decidere. Mai come in questo caso le linee guida vengono considerate un aiuto fondamentale. Gli eventi, tuttavia, non avvengono esclusivamente in presenza di una significativa dilatazione del vaso. Nella realtà, solamente un quarto dei pazienti presenta al momento della dissezione una dilatazione ritenuta rischiosa a priori per una possibile rottura della parete aortica. Nella stragrande maggioranza dei casi il vaso è sì dilatato, ma non raggiunge il valore previsto per l'indicazione all'intervento. Questi casi sono particolarmente interessanti in quanto avvengono spesso in pazienti mai sottoposti ad accertamenti, nei quali il diametro aortico viene misurato per la prima volta al momento dell'evento. Quindi, non coincidendo l'indicazione all'intervento con quanto si osserva generalmente nella realtà, quali sono le caratteristiche epidemiologiche della dissezione dell'aorta ascendente? Quali le sue cause principali? Quali sono le persone, nella nostra pratica clinica, per le quali è importante anticipare l'indicazione alla cardiocirurgia? Per rispondere a queste e a molte altre domande, occorre uno studio



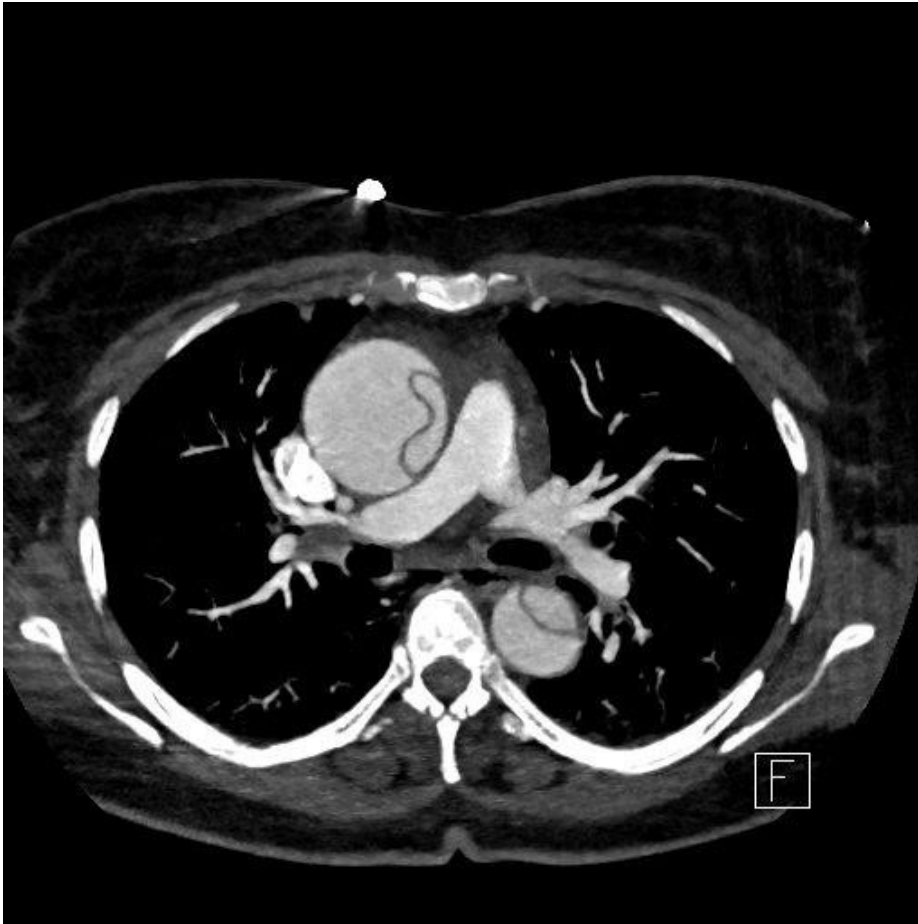
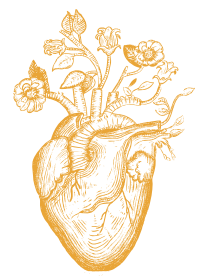
minuzioso dei casi a noi noti che consenta di approfondire le caratteristiche e i meccanismi che sono alla base di ognuno di essi e che permetta di evidenziare i fattori presenti e scatenanti. Questo è lo scopo del lavoro effettuato presso l'Istituto Cardiocentro Ticino dall'Unità delle malattie cardiovascolari rare del Servizio di Cardiocirurgia, grazie ad una condizione territoriale (organizzativa ed epidemiologica) molto favorevole. In un'area interamente delimitata dal confine e dalle Alpi quale è la Svizzera italiana, il nostro Istituto è l'unico riferimento per tutte le emergenze cardiologiche e cardiocirurgiche in quanto primo Ospedale raggiungibile dal soccorso appartenente al cantone e alla regione limitrofa dei Grigioni di lingua italiana. Questa particolarità, insieme ad una popolazione residente numericamente nota (attualmente di 350.000 abitanti), fornisce la possibilità di studiare la dissezione aortica con dei riferimenti epidemiologici accurati e l'opportunità di analizzarla secondo le sue due prospettive, l'evento e la prevenzione. Per quanto riguarda il numero di dissezioni che hanno interessato l'aorta ascendente (di tipo A secondo la classificazione Stanford, I e II secondo la classificazione DeBakey), dal 2001 ad oggi sono stati sottoposti ad intervento cardiocirurgico 184 pazienti, dei quali il 72% era di sesso maschile (133 pazienti). L'età media è stata di 66 anni, con il 40% dei casi di età superiore ai 70 anni e il 24% dei pazienti di età inferiore ai 50 anni. La media degli interventi è stata di 8.7 casi all'anno, con una ampia variabilità di anno in anno



*Dissezione dell'aorta ascendente (tipo Stanford A, DeBakey II). Paziente maschio, 78 anni*

(Grafico 1). Se consideriamo che 50 pazienti non erano domiciliati in Ticino al momento dell'evento acuto, l'incidenza stimata nella popolazione residente è di 1.96 pazienti/anno/100.000 abitanti. Quattordici pazienti sono stati operati in condizioni definite di salvataggio, 144 in condizioni di emergenza, e 26 in condizioni elettive perché in fase di cronicizzazione. Nel Canton Ticino la gestione dell'emergenza e la conseguente preparazione all'intervento cardiocirurgo rappresentano, dal punto di vista logistico, la realtà di un territorio relativamente piccolo, con quattro centri principali per le

immagini radiologiche d'emergenza (consultabili in rete), e di una agevole disponibilità dell'elitransporto. In questo con diagnosi angiografica, effettuata nelle diverse sedi, e l'ingresso dei pazienti con dissezione acuta in sala operatoria, è stato mediamente di 80 minuti. I decessi intraospedalieri sono stati 31 (17%) e, tra questi, 15 sono deceduti durante l'intervento. Da questa prima analisi della casistica della Svizzera italiana, è emerso che le caratteristiche della popolazione sottoposta ad intervento per dissezione dell'aorta ascendente sono sovrapponibili a quelle già pubblicate a livello mondiale. In particolare



*Dissezione dell'aorta toracica (tipo Stanford A, DeBaker I). Paziente femmina, 50 anni*

è stato possibile confermare che l'evento ha avuto una prevalenza significativamente maggiore tra gli uomini, che l'età media al momento dell'evento è stata di 66 anni e che la coesistenza di una bicuspidia tra i pazienti dissecati è stata piuttosto bassa (il 6% degli eventi). La sovrapposizione dei nostri risultati ai dati in letteratura, conferma quanto già emerso dall'opinione degli esperti mondiali e ci consente di sostenere che il nostro territorio possa effettivamente rappresentare una realtà epidemiologica facilmente esaminabile e riproducibile. La casistica di fatto, grazie a casi numericamente piccoli, diventa

degnata di nota perché riferita alla totalità degli eventi in una popolazione con dati epidemiologici raccolti in modo continuativo, finalizzato e confrontabili con quelli della popolazione residente messi a disposizione dall'Ufficio di Statistica Cantonale. Grazie a numeri relativamente limitati è possibile inoltre capire, per ogni singolo caso, il succedersi degli eventi, le cause, le caratteristiche patologiche dei segmenti di parte aortica asportati (ed esaminati dall'istituto di patologia cantonale), la sua eventuale prevedibilità, la connessione familiare con pazienti già operati e noti, la presenza di una

malattia sottostante responsabile della rottura del vaso. La dissezione può essere imprevedibile, non prevista a determinate condizioni oppure prevedibile in alcuni casi. Come per ogni evento vascolare, è quindi necessario identificarne chiaramente le caratteristiche salienti e i possibili fattori scatenanti. Le cause sottostanti sono molteplici, possono avere un'origine genetica e mettere a rischio anche i familiari del paziente che ne è stato colpito. Il riconoscimento delle condizioni favorevoli merita attenzione perché le sindromi associate a patologia aneurismatica e/o dissezione dell'aorta possono essere difficilmente identificabili se si utilizzano criteri datati e nozioni passate. Il tema è di fondamentale importanza. L'identificazione precoce dei casi a rischio consente un approccio personalizzato ed in elezione all'intervento cardiocirurgico, riducendo in modo drammatico la possibilità di decesso. Subire l'evento dissezione come ineluttabile, o attribuirne le cause a spiegazioni generiche e semplicistiche, è ormai un errore ed è per il medico inaccettabile. L'argomento riguarda molto da vicino la pratica clinica di ogni Cardiologo e sarà oggetto di riflessioni e approfondimenti, anche da parte nostra. Dallo studio, alla prevenzione della dissezione aortica. Il passo è possibile e doveroso.♥

*Analisi e dati anagrafici dei ricoveri/ interventi: Istituto Cardiocentro Ticino-EOC, Lugano Servizio di Cardiocirurgia, Primario Prof. Stefanos Demertzis Unità delle malattie cardiovascolari rare, Dott.ssa Susanna Grego, Cardiologia*



Il primo incontro con i Referenti Regionali dell'Area Nursing  
e Professioni Sanitarie ANMCO

# L'Area Nursing e Professioni Sanitarie incontra i Referenti Regionali ANMCO

Un network di collaborazione attiva tra l'Area Nursing e Professioni Sanitarie e i Referenti Regionali ANMCO

**G**iovedì 14 aprile 2022 alle 14.30 si è svolto, in modalità web conference, **il primo incontro con i referenti regionali ANMCO.**

**La costituzione di un network con i referenti regionali permetterà di dare più forza alle attività progettuali, coinvolgendo attivamente i professionisti e valorizzando le competenze presenti sul territorio nazionale**

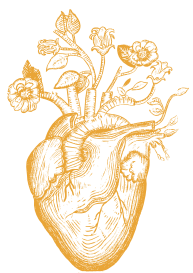
L'incontro si è aperto con i saluti dei Vice Presidenti ANMCO, Dott. Pasquale Caldarola e Dott. Carmine Riccio, che dando il benvenuto ai rappresentanti delle Regioni, hanno dimostrato entusiasmo e sostegno per l'iniziativa dell'Area Nursing e Professioni Sanitarie.



Mapa dei Referenti Regionali Area Nursing e Professioni Sanitarie visibili al seguente link: <https://www.anmco.it/pages/l-associazione/aree-anmco/area-nursing-e-professioni-sanitarie/referenti-regionali>

L'obiettivo principale dell'incontro era quello di stabilire l'avvio di una rete collaborativa con le Regioni e porre le basi per un dialogo partecipativo e costruttivo con i rappresentanti ANMCO regionali.

Durante l'incontro è stata presentata l'Area Nursing e Professioni Sanitarie e tutti i componenti del Comitato di Coordinamento e Consulenti dell'Area. La premessa dell'incontro è stata dedicata alla



Ricerca e attività correlate ad eventi congressuali, sia a livello Regionale che Nazionale. Per ogni pilastro, sono state presentate le attività pianificate da cronoprogramma e le attività in essere anche in una visione prospettica. Al fine di raccogliere gli “unmet need” da parte delle Regioni e acquisire gli elementi utili all’Area Nursing e Professioni Sanitarie, per modulare proposte formative realmente rispondenti alle esigenze degli iscritti a livello delle singole regioni, è stata presentata la **Survey CORE EDUCATION ANMCO**, avente come scopo proprio quello di raccogliere i fabbisogni formativi e spunti per attività future. La Survey è stata inviata a tutti i Referenti Regionali tramite mailing list e si è conclusa con un tasso di risposta del 75%, che come primo riscontro,

nuova denominazione dell’Area, che non rappresenta più solamente gli Infermieri ma da questo mandato 2022-2023, anche le Professioni Sanitarie. Nella condivisione della nuova costituzione delle figure che rappresenteranno l’Area, sono state condivise le motivazioni che hanno portato a questa integrazione, partendo dall’esperienza della Chairperson Infermiera dell’Area Nursing e Professioni Sanitarie, Michela Barisone, che proprio per l’Association Of Cardiovascular Nursing & Allied Professions (ACNAP) della Società Europea di Cardiologia (ESC), presiede il National Societies Committee. Con i Referenti Regionali è stato condiviso l’obiettivo principale dell’Area che è quello di “*Contribuire ad implementare le competenze avanzate dell’infermieristica e delle altre professioni sanitarie in*

**Con l’inizio del nuovo mandato dell’Area Nursing e Professioni Sanitarie 2022-2023, uno dei prioritari obiettivi dell’Area è quello di costituire un Network attivo e collaborativo con le Regioni e i referenti regionali ANMCO, al fine di disseminare con forza le iniziative ANMCO e discutere le iniziative e proposte regionali a livello nazionale**

*ambito cardiologico, promuovendo strategie, collaborazioni a progetti di ricerca multidisciplinari e attività di formazione clinica e organizzativa, al fine di rispondere ai bisogni di salute della popolazione cardiologica in continuità tra ospedale e territorio”.*

Durante l’incontro sono stati presentati pertanto i principali pilastri su cui si fonda l’attività dell’Area: Comunicazione, Formazione,

ha dimostrato partecipazione e contributo, da parte delle Regioni. Tra le attività rivolte alle Regioni è stata anche avviata la mappatura dei Referenti Regionali che si è recentemente conclusa e i cui referenti sono visibili al seguente link: <https://www.anmco.it/pages/l-associazione/aree-anmco/area-nursing-e-professioni-sanitarie/referenti-regionali>.





L'incontro è proseguito presentando gli aspetti di novità di ANMCO e dell'Area Nursing e Professioni Sanitarie, partendo dalla nuova configurazione del sito internet e dei canali social di ANMCO. Un momento dell'incontro è stato dedicato al Congresso Nazionale ANMCO che si è svolto recentemente a Rimini, alle iniziative della Fondazione per il tuo Cuore con l'importante attività del Truck Tour. Sono state infatti condivise le date delle tappe del Truck tour a livello nazionale ed è stato chiesto ad ogni referente regionale di partecipare attivamente, anche nell'arruolamento degli infermieri per le tappe di pertinenza, insistenti sul proprio territorio. Infine è stata data rilevanza

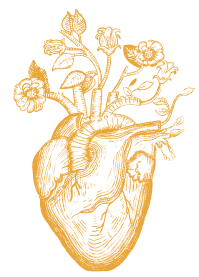
circa le **preziose collaborazioni attive che l'Area Nursing e Professioni Sanitarie ha con altre Aree ANMCO**, come l'**Area Scopenso Cardiaco** coordinata dal Dott. Marco Marini

**L'Area Nursing e Professioni Sanitarie vuole fortemente lavorare nel suo mandato alla costituzione e rafforzamento delle reti**

e il **Centro Studi ANMCO** diretto dal Dott. Aldo Maggioni. Altra importante collaborazione è quella con ACNAP, l'Associazione

europea di infermieristica cardiovascolare e professioni alleate, attraverso cui ANMCO, in qualità di società scientifica nazionale in rappresentanza dell'Italia, viene coinvolta in attività a livello europeo, non ultimo il progetto **"Implementation of the ESC guidelines"** su come le Società Nazionali possono contribuire a disseminare le linee guida ESC e i principali documenti ACNAP in ogni singolo paese affiliato ESC. L'incontro si è concluso con un bel confronto con i Referenti Regionali, dove sono stati raccolti i primi feedback e spunti e proposte per collaborazioni future. I referenti regionali hanno dimostrato molto interesse ed entusiasmo; questo pone le basi per un network che andrà a consolidarsi sempre più efficacemente nell'arco del biennio. Il prossimo incontro con le Regioni e i Referenti Regionali si svolgerà il **6 luglio 2022 dalle ore 14.30 alle 16.30**, in modalità online, dove tra gli argomenti all'ordine del giorno, verranno presentate le risultanze della Survey CORE EDUCATION ANMCO e le prime proposte formative che verranno avviate già a partire dal prossimo autunno. L'Area Nursing e Professioni Sanitarie vuole fortemente lavorare nel suo mandato alla costituzione e rafforzamento delle reti, a cui viene attribuito un significato più ampio e che permetterà di dare più forza alle attività progettuali, coinvolgendo attivamente i professionisti e valorizzando le competenze professionali presenti sul territorio nazionale.♥





**Gli SGLT2i hanno un buon profilo di sicurezza e di tollerabilità; è ipotizzabile un loro impiego già durante il ricovero?**

# Nuove evidenze sull'utilizzo degli SGLT2i nei pazienti con scompenso cardiaco in fase acuta

## Lo studio EMPULSE

**L'**aggiornamento 2021 delle linee guida ESC sullo scompenso cardiaco ha visto come novità più significative l'introduzione degli inibitori del co-trasportatore sodio-glucosio di tipo 2 (SGLT2i) nella terapia dello scompenso cardiaco a funzione sistolica ridotta e il superamento del precedente algoritmo sulla terapia, caratterizzato da step sequenziali e legato all'ordine storico di introduzione dei farmaci "disease modifier". Ciò ha introdotto una serie di riflessioni su quale sia l'ordine più rapido ed efficace di implementazione di queste terapie, alla luce delle evidenze che dimostrano - anche per gli SGLT2i - un beneficio precoce, già dalle prime fasi della somministrazione, oltre che un buon profilo di sicurezza e tollerabilità. In tal senso, l'approccio è passato dall'introdurre in modo sequenziale le varie classi di farmaci, titolando le dosi fino al target previsto prima del passaggio successivo, all'iniziare

la terapia con tutte e quattro le classi di farmaci a disposizione, beta bloccanti, inibitori del sistema renina-angiotensina (RASi) o inibitori del

**Poter iniziare un farmaco già nella fase acuta del ricovero, o nella fase dell'immediato post dimissione, è un punto cruciale per ottimizzare e velocizzare l'implementazione della terapia**

recettore dell'angiotensina e della neprilisina (ARNI), antialdosteronici (MRA) e SGLT2i, con l'obiettivo di implementarli tempestivamente, e possibilmente entro le 4-6 settimane,

tempo in cui per tutti i farmaci si rende evidente il beneficio clinico. Pertanto, poter iniziare la terapia già nella fase acuta del ricovero, o nell'immediato post dimissione, è un punto cruciale per ottimizzare e velocizzare ulteriormente questo processo, sebbene spesso i parametri clinici (congestione, pressione arteriosa, frequenza cardiaca) limitino l'uso aggressivo di farmaci con effetti emodinamici significativi. Se per ARNI l'uso in fase acuta/post-acuta precoce è stato studiato nei trial PIONEER-HF e TRANSITION, per gli SGLT2i le evidenze sinora derivavano da un singolo studio, il SOLOIST-WHF, che ha utilizzato sotagliflozin, inibitore non selettivo dei trasportatori sodio-glucosio tipo 1 e 2, ed ha arruolato esclusivamente pazienti diabetici, senza distinzione in base alla frazione d'eiezione (FE). Il trial, che ha interessato anche pazienti nell'immediato post dimissione, è stato terminato precocemente per carenza di fondi, dimostrando tuttavia, nel



breve follow-up medio di 9 mesi, di ridurre significativamente l'end-point primario di morte cardiovascolare e ricovero o visita urgente per scompenso cardiaco. Per le caratteristiche dello studio e per la popolazione di solo diabetici arruolata è difficile – sulla base dei risultati – trarre delle conclusioni definitive.

**Al follow-up i pazienti del braccio trattamento hanno avuto il 36% in più di probabilità di sperimentare un beneficio clinico rispetto ai pazienti del braccio placebo**

### Lo studio EMPULSE

Recentemente sono stati pubblicati i risultati dello studio EMPULSE (EMPagliflozin 10 mg Compared to Placebo, Initiated in Patients Hospitalised for acUte Heart faiLure Who Have Been StabilisEd), già anticipati al congresso dell'American Heart Association 2021. Il trial EMPULSE, uno studio di superiorità, multicentrico, randomizzato e in doppio cieco, ha arruolato pazienti con scompenso cardiaco acuto (sia "de novo" che "riacutizzazioni") in fase precoce, entro 5 giorni dall'ospedalizzazione, raggiunta una certa stabilità del quadro emodinamico (non dipendenza da inotropi, non recente incremento della terapia diuretica o con nitrati). Erano arruolati pazienti senza distinzione di FE, indipendentemente dalla diagnosi di diabete mellito.

Sono stati randomizzati 530 pazienti a empagliflozin o placebo, con un follow-up di 90 giorni. L'endpoint composito primario era il "beneficio clinico a 90 giorni", costituito da: tempo alla morte per tutte le cause, frequenza degli eventi correlati allo scompenso (HFE), tempo al primo evento di HF e variazione del punteggio al questionario Kansas City Cardiomyopathy (KCCQ) rispetto al basale. Questo è stato espresso come un "rapporto di vittoria" (win ratio), stratificato gerarchicamente per i vari componenti, prevedendo un pareggio o una chiara vittoria in base al rapporto tra numero di vittorie e sconfitte.

Sono stati valutati tra gli outcome secondari il tempo alla morte per cause cardiovascolari o alla ospedalizzazione per HF, le variazioni del punteggio KCCQ, le variazioni nelle concentrazioni sieriche di NT-pro BNP, l'outcome renale inteso come incidenza del ricorso alla dialisi, peggioramento significativo del GFR o la necessità di trapianto renale. I pazienti arruolati erano prevalentemente maschi (66%), con un'età media di 71 anni, nel 68,7% dei casi con FE <40%. Circa il 10% aveva un eGFR < 30 ml/min e poco meno della metà era affetto da diabete.

Al follow-up i pazienti del braccio trattamento hanno avuto il 36% in più di probabilità di «sperimentare un beneficio clinico» rispetto ai pazienti del braccio placebo, per quanto riguarda l'endpoint primario. Tale risultato si è osservato sia nei pazienti con "riacutizzazione di scompenso cardiaco" che con "scompenso cardiaco de novo" (che costituivano quasi un terzo

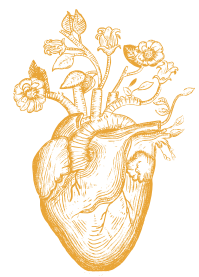
della popolazione arruolata), indipendentemente dalla frazione d'eiezione, dal sesso, dall'età, dai valori basali dei peptidi natriuretici, dalla funzione renale e dalla presenza o meno di diabete. I pazienti trattati con empagliflozin avevano un miglior punteggio al questionario sulla qualità della vita, una più grande riduzione dei valori di NT pro-BNP, una mortalità più bassa (4,2% vs 8,3%) e un minor numero di eventi correlati allo scompenso cardiaco (10,6% vs 14,7%).

Inoltre si è osservato un numero di eventi avversi gravi inferiore nei pazienti trattati con empagliflozin. Significativamente, in tutto il trial non si è registrato nessun episodio di chetoacidosi, e i pazienti nel braccio trattamento sperimentavano una minor incidenza di eventi renali avversi e di insufficienza renale acuta (7,7% vs 12,1%).

**Lo studio EMPULSE ha studiato l'efficacia e la sicurezza di empagliflozin nei pazienti ricoverati per scompenso cardiaco acuto, indipendentemente dalla frazione d'eiezione e dal diabete**

### Conclusioni

Complessivamente si può concludere che i pazienti con scompenso cardiaco acuto trattati con empagliflozin beneficiano di un miglioramento della sintomatologia e della qualità della vita, di una



riduzione dei ricoveri per scompenso cardiaco e di decesso, già nella fase vulnerabile dell'immediato post dimissione, gravata da un'elevata mortalità e da un alto rischio di riospedalizzazione. La sostanziale sicurezza del farmaco e la sua buona tollerabilità ne permettono l'implementazione anche nella fase acuta, spesso caratterizzata da un uso intensivo di farmaci che impattano

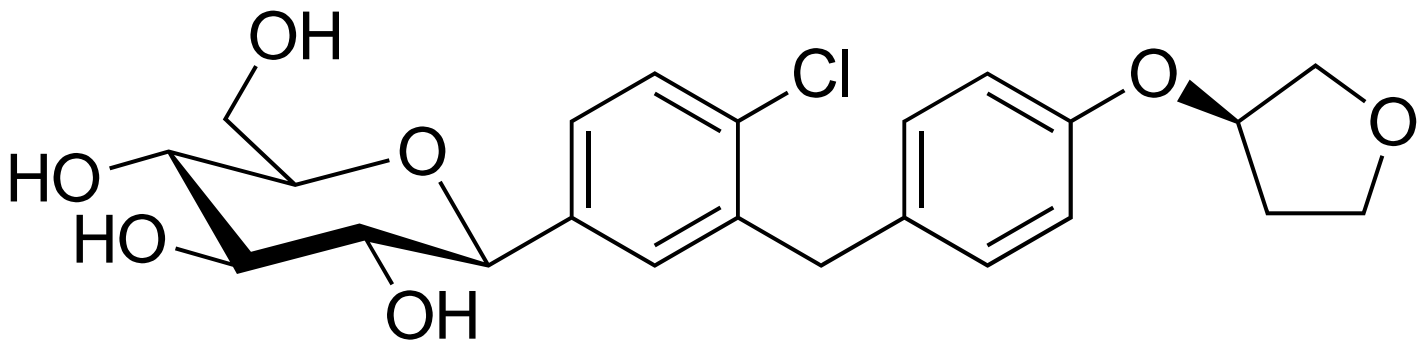
in modo significativo su un profilo emodinamico per definizione instabile.

Inoltre, ai benefici suddetti si aggiunge la possibilità di ampliare ulteriormente la popolazione target, avendo il farmaco dimostrato non solo gli stessi risultati in un ampio spettro fenotipico indipendente dalla frazione d'eiezione al reclutamento, ma anche nei pazienti con scompenso

cardiaco "de novo".

La successiva pubblicazione degli altri studi in corso, come il DICTATE-AHF con dapagliflozin, porterà a consolidare ulteriormente questi risultati o comunque a fornire ulteriori evidenze sull'introduzione precoce di questa classe di farmaci nella terapia dei pazienti con scompenso cardiaco.♥

**Lo studio EMPULSE ha studiato l'efficacia e la sicurezza di empagliflozin nei pazienti ricoverati per scompenso cardiaco acuto, indipendentemente dalla frazione d'eiezione e dal diabete. Al follow-up i pazienti trattati con empagliflozin hanno avuto il 36% in più di probabilità di sperimentare un beneficio clinico rispetto ai pazienti del braccio placebo, con un buon profilo di sicurezza**





## GRUPPO DI STUDIO INTELLIGENZA ARTIFICIALE IN CARDIOLOGIA



**Coordinatore**  
**MARCO MAZZANTI**  
Londra - Regno Unito



**Componente**  
**ANDREA DI LENARDA**  
Trieste

## GRUPPO DI STUDIO RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE E SICUREZZA DELLE CURE



**Coordinatore**  
**VINCENZO AMODEO**  
Polistena - Reggio Calabria



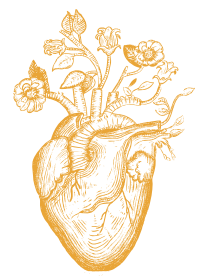
**Componente**  
**GIACINTO CALCULLI**  
Matera



**Consulente**  
**PIERGIORGIO FEDELI**  
Camerino - Ancona



**Consulente**  
**FEDERICO GELLI**  
Firenze



Commento al documento “I sistemi di IA come strumento di supporto alla diagnosi”

# “L’intelligenza artificiale clinica”

Il successo dell’IA a scopo clinico è garantito fortemente da una clinical governance dell’intero processo dove lo strumento di IA viene utilizzato



Il documento rilasciato nel novembre u.s., a cura del Prof. Laghi, dal Consiglio Superiore di Sanità concentra l’attenzione su alcuni aspetti chiave dell’IA tra cui, oltre la tecnologia, considerazioni metodologiche e cliniche unitamente agli aspetti etici e legali. L’esperienza di questi ultimi anni ha rafforzato il concetto che il successo dell’IA a scopo clinico è garantito fortemente da una clinical governance dell’intero processo dove lo strumento di IA viene utilizzato. Ovvero è proprio la clinical data governance che sovrintende poi il governo più tecnico (business) del “data stewardship” con il quale meccanismi di feedback vengono attivati. Questo legame di processo assicura l’interazione con il paziente in termini di privacy e sicurezza e contribuisce a incrementare significativamente la qualità dell’output clinico sia esso predittivo sia esso diagnostico. Centrale nell’ “end-to-end cycle” è la cultura del dato per sé o meglio dei “Big Data”. Tutto ciò che include attività di “data mining”, clusterizzazione, regole di associazione, predizione, di analisi



what-if e, quindi, di pattern da grandi moli di dati generati dal paziente e dalla filiera sanitaria favorisce preliminarmente la fusione dei dati stessi con scarto di quanto non analizzabile e armonizzazione di elementi utili.

È l'applicazione del contesto semantico che cataloga i dati emersi risultati valutabili e che precede un forte coinvolgimento di supervisione attiva dell'esperto sanitario che valida i risultati ottenuti da tecniche di NLP (Natural Language Processing), Machine Learning, ecc. Utilizzando machine learning di bigdata "trasparente-spiegabile" cioè supervisionato (con rinforzo) si può giungere al rilascio di indicatori clinici sintetici (vedi esperienza covid regione Marche - RICOVAI-19 trial - M. Mazzanti, et al. doi.org/10.1101/2022.02.04.22270087). È la più chiara evidenza di come nella valutazione paziente-centrica, questo modello di

IA consente di rendere sostenibile la medicina digitale non più limitata al solo "gathering" dei dati da un punto a un altro e riesce invece a supportare il clinico negli snodi decisionali rilasciando KPI che assumono, per la loro dinamicità nel tempo, più un valore prognostico oltre che intrinsecamente diagnostico. La maturità, in ambito clinico, di questi strumenti e l'ampia variabilità dei dati provenienti dall'ambiente (tra cui i multi-omics e i marcatori bio-molecolari) ci porta ora a considerare l'IA in un ambito meno legato alle tecnologie o alle singole tecniche diagnostiche ma all'intera valutazione clinica del paziente dove è possibile ipotizzare di tendere sempre più alla medicina di precisione e alla medicina personalizzata.

E ancora, lo stesso trial ha dimostrato di eliminare i bias perché il contesto dei dati proveniva dal "real world" e non solo da informazioni

retrospettive con ampio range di metriche usate e significativa rappresentatività dei cluster identificati. Una realtà questa che, proprio per la sua caratteristica intrinseca di governance clinica, si è tradotta come un modello virtuoso di collaborazione interdisciplinare tra medici e sviluppatori di sistemi di IA dimostrando di migliorare il risultato clinico noto supportando, in termini giuridici, l'adozione di azioni per responsabilità civile nei confronti di un operatore di un sistema di IA con previsioni a diversi tipi di rischio. Nel caso di adozione del machine learning, fortemente utilizzato nella pratica clinica, il training continuo e la supervisione con rinforzo riducono ad ogni transazione informativa medico-paziente gli errori intrinseci, anche di pertinenza medico-legale, dello strumento di IA incrementandone continuamente la precisione.♥





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 - Crotone  
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

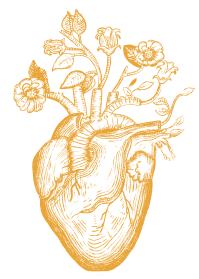
**VENETO**

*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)



I potenziali meccanismi fisiopatologici attraverso cui elevati livelli di acido urico possono esercitare un effetto dannoso sull'apparato cardiovascolare

# Iperuricemia e rischio cardiovascolare

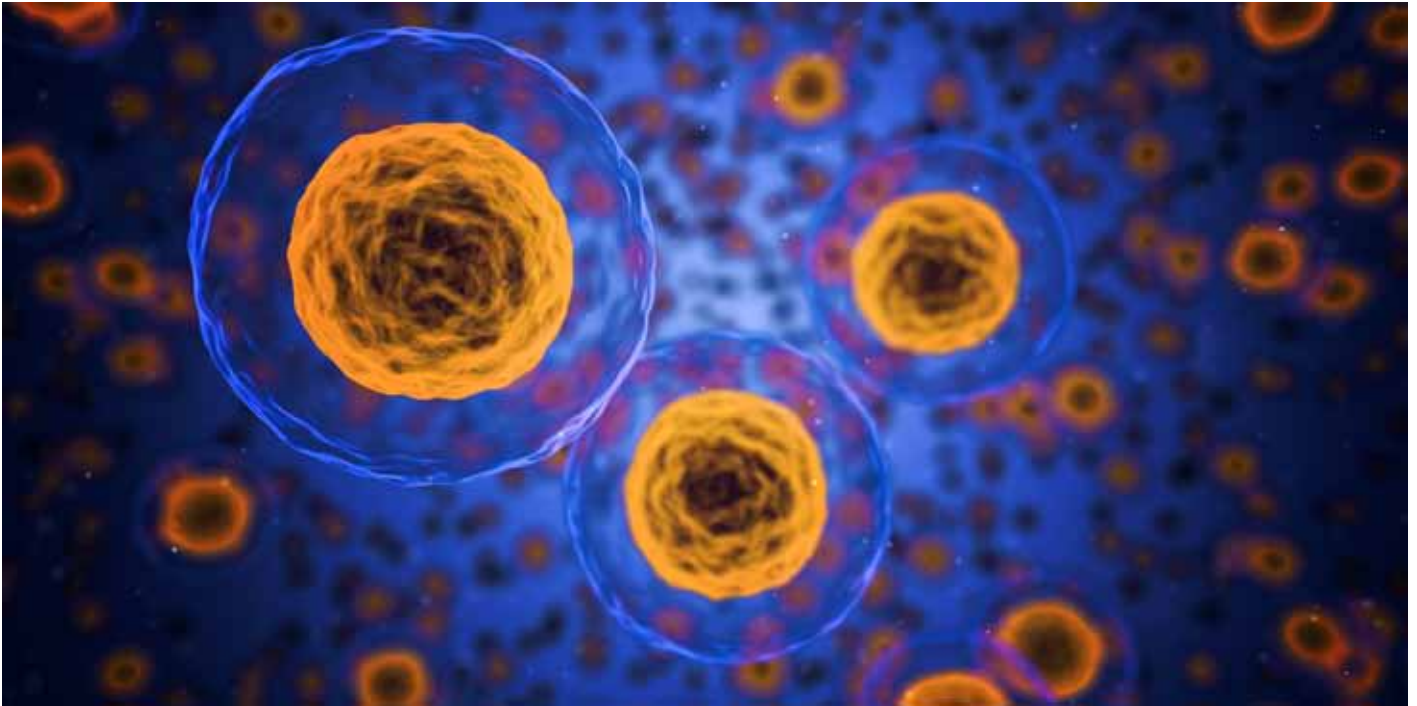
L'associazione tra iperuricemia e avverso outcome clinico

**D**agli studi sull'eziologia delle malattie cardiovascolari, l'acido urico (UA), indipendentemente dalla gotta, ha quindi guadagnato notevoli attenzioni<sup>(6)</sup>: i livelli circolanti di acido urico nel siero costituiscono un marker prognostico ben consolidato sia in soggetti sani, che in pazienti con ipertensione, obesità, dislipidemia, aterosclerosi, diabete e insufficienza renale cronica<sup>(7-11)</sup>. In particolare, in pazienti stabili con coronaropatie e insufficienza cardiaca, l'associazione tra iperuricemia e avverso outcome clinico è ben documentata<sup>(12,13)</sup>. L'aumento dei livelli circolanti di acido urico risulterebbe quindi fortemente correlato ad un incremento in termini di ospedalizzazione, in particolare in pazienti con CVD (Cardiovascular disease) e CKD (chronic kidney disease), e di mortalità in generale, divenendo così un importante fattore prognostico nell'ambito di numerose patologie che colpiscono prevalentemente il soggetto anziano. Da un punto di vista fisiopatologico l'acido urico è in grado di favorire lo sviluppo di alterazioni metaboliche, cardiovascolari e renali<sup>(14-16)</sup>. Le

**L'iperuricemia è una condizione patologica che si riscontra assai frequentemente sia nella popolazione generale che nei pazienti ad elevato rischio cardiovascolare (ipertensione, sindrome metabolica, diabete, dislipidemia e malattia renale cronica)**

evidenze in vitro e gli studi di biologia cellulare dimostrano, ad esempio, che l'acido urico può esercitare un potente effetto pro-ossidante e pro-aterogeno<sup>(17-19)</sup>: la via metabolica della xantina ossidasi che genera acido urico rappresenta un'importante fonte di stress ossidativo<sup>(20)</sup>. È evidente che l'overfeeding di questa via metabolica per l'eccessivo apporto alimentare di substrato finisce per essere un'importante parte in causa nella fisiopatologia del danno cardio-nefro-metabolico nel paziente iperuricemico. L'acido urico ha tutte le potenzialità biologiche per favorire

lo sviluppo e la progressione del danno vascolare indipendentemente dalla precipitazione di cristalli di urato monosodico grazie alle sue capacità di ridurre la biodisponibilità di ossido nitrico a livello endoteliale e di attivare numerose pathway biochimiche coinvolte nell'aterogenesi<sup>(15)</sup>. La formazione di cristalli di urato monosodico, comunque, pur non rappresentando una condizione indispensabile per lo sviluppo del danno vascolare da acido urico, probabilmente contribuisce alla genesi del danno vascolare medesimo attraverso l'induzione di uno stato di flogosi cronica<sup>(15)</sup>. Studi epidemiologici hanno dimostrato che l'acido urico costituisce un fattore di rischio cardiovascolare e risulta associato al rischio di mortalità derivante da CVD, sia esse acute, subacute e croniche<sup>(21)</sup>: elevati livelli di acido urico potrebbero quindi rappresentare un fattore prognostico nell'infarto acuto del miocardio (IMA). Numerosi studi hanno anche dimostrato che l'iperuricemia comporti un aumento del rischio di sviluppo dell'ipertensione, indipendentemente da altri fattori<sup>(14,22)</sup>. Tale percentuale aumenta nei soggetti in trattamento con

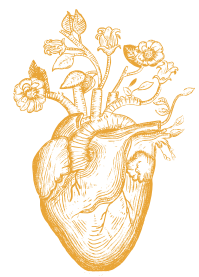


diuretici<sup>(23)</sup>. La forza della relazione tra livelli sierici di acido urico e ipertensione diminuisce con l'avanzare dell'età dei pazienti e della durata dell'ipertensione, suggerendo che l'acido urico potrebbe essere più rilevante nei soggetti giovani con insorgenza precoce di ipertensione<sup>(14,22)</sup>. È inoltre da ricordare come sia da tempo dimostrata una relazione diretta tra iperuricemia lieve e danno d'organo ipertensivo a livello renale, cardiaco e vascolare periferico<sup>(24)</sup>. I soggetti ipertesi con livelli di acido urico più elevato presentano inoltre un incremento delle resistenze vascolari renali indicative di iniziale compromissione angiostrotica<sup>(25)</sup>. L'uricemia potrebbe quindi, a buon diritto, essere considerata non solo un potente predittore di eventi, ma un vero e proprio fattore di rischio per le malattie CV e renali e di conseguenza un importante marker

prognostico di mortalità ad esse correlate. Inoltre bisogna sottolineare la capacità dell'acido urico sierico di influire sulla funzionalità renale, che probabilmente inizia a manifestarsi al di sotto del suo limite di solubilità, risultando indipendente dal deposito di cristalli di urato monosodico. Questo aspetto è di non trascurabile rilevanza clinica in quanto la presenza di un variabile grado di compromissione della funzione renale, sia essa causa e/o conseguenza dell'iperuricemia, finisce poi per condizionare le scelte terapeutiche in termini di terapia ipouricemizzante<sup>(26)</sup>. Non è ancora chiaro se l'iperuricemia rappresenti un fattore di rischio o sia semplicemente un marker di malattia cardiovascolare. Attualmente non esistono in letteratura dati sufficienti per raccomandare il trattamento farmacologico dell'iperuricemia asintomatica per la prevenzione

**Lo scopo di questo articolo è descrivere brevemente le principali evidenze cliniche ed epidemiologiche che supportano il ruolo dell'iperuricemia come fattore di rischio cardiovascolare emergente e analizzare i meccanismi fisiopatologici che sottendono agli effetti dannosi sull'apparato cardiovascolare**

primaria e secondaria della malattia cardiovascolare, nonostante sembri possa esercitare un possibile effetto benefico sull'apparato cardiovascolare

**Bibliografia**

1. Zhu Y, Pandya BJ, Choi HK. Prevalence of gout and hyperuricemia in the US general population: the National Health and Nutrition Examination Survey 2007-2008. *Arthritis Rheum* 2011;63(10): 3136-41.

2. Trifirò G, Morabito P, Cavagna L et al. Epidemiology of gout and hyperuricemia in Italy during the years 2005-2009: a nationwide population-based study. *Ann Rheum Dis* 2013;72(5):694-700.

3. Darmawan J, Rasker JJ, Nuralim H. The effect of control and self-medication of chronic gout in a developing country. Outcome after 10 years. *J Rheumatol* 2003;30:2437-43.

4. Klemp P, Stansfield SA, Castle B et al. Gout is on the increase in New Zealand. *Ann Rheum Dis* 1997;56:22-6.

5. Miao Z, Li C, Chen Y et al. Dietary and lifestyle changes associated with high prevalence of hyperuricemia and gout in the Shandong coastal cities of Eastern China. *J Rheumatol* 2008; 35:1859-64.

6. Fenech G, Rajzbaum G, Mazighi M et al: Serum uric acid and cardiovascular risk: state of the art and perspectives. *Joint, bone, spine: revue du rhumatisme* 2014, 81(5):392-397.

7. Zhao G, Huang L, Song M et al. Baseline serum uric acid level as a predictor of cardiovascular disease related mortality and all-cause mortality: a meta-analysis of prospective studies. *Atherosclerosis* 2013;231:61-68.

8. Kawai T, Ohishi M, Takeya Y et al. Serum uric acid is an independent risk factor for cardiovascular disease and mortality in hypertensive patients. *Hypertens Res* 2012;35:1087-1092.

9. Masuo K, Kawaguchi H, Mikami H et al. Serum uric acid and plasma norepinephrine concentrations predict subsequent weight gain and blood pressure elevation. *Hypertension* 2003;42:474-480.

10. Chen X, Li Y, Sheng CS, Huang QF et al. Association of serum uric acid with aortic stiffness and pressure in a Chinese workplace setting. *Am J Hypertens* 2010;23:387-392.

11. Bandukwala F, Huang M, Zaltzman JS et al. Association of uric acid with inflammation, progressive renal allograft dysfunction and post-transplant cardiovascular risk. *Am J Cardiol* 2009;103:867-871.

12. Niizeki T, Takeishi Y, Arimoto T et al. Hyperuricemia associated with high cardiac event rates in the elderly with chronic heart failure. *J Cardiol*

**La gotta è la più comune artrite infiammatoria nei paesi sviluppati, specialmente nella popolazione anziana<sup>(1-2)</sup>, ed è diventata frequente anche in altre parti del mondo come la Cina, la Polinesia, la Nuova Zelanda e l'Africa subsahariana urbana, dove era considerata una malattia molto rara in passato<sup>(3-5)</sup>. Uno studio italiano, di Trifirò et al.<sup>(2)</sup>, ha descritto un aumento della prevalenza della gotta in Italia dallo 0,7% del 2005 allo 0,9% di 2009, con un rapporto uomo:donna di 4:1. È stata osservata inoltre una tendenza parallela riguardo una crescente prevalenza di iperuricemia, definita da livelli di acido urico sierico (SUA) >6 mg/dl (8,5% nel 2005 rispetto all'11,9% nel 2009)**

**4. Tuttavia, la prevalenza di iperuricemia negli italiani è risultata inferiore a quella degli altri paesi**

2006;47:219-228.

13. Kim SY, Guevara JP, Kim KM et al. Hyperuricemia and coronary heart disease: a systematic review and meta-analysis. *Arthritis Care Res* 2010;62:170-180.

14. Feig DI, Kang DH, Johnson RJ. Uric acid and cardiovascular risk. *N Engl J Med* 2008;359:1811

15. Grassi D, Desideri G, Ferri C. New insight into urate-related mechanism of cardiovascular damage. *Curr Pharm Des* 2014 Apr 16. [Epub ahead of print] PubMed PMID: 24745926.

16. Borghi C. Uric acid as a cross-over between rheumatology and cardiovascular disease. *Curr Med Res Opin* 2013;29(Suppl3):1-2.

17. So A, Thorens B. Uric acid transport and disease. *J Clin Invest*. 2010; 120:1791-9.

18. Kanellis J, Kang DH. Uric acid as a mediator of endothelial dysfunction, inflammation, and vascular disease. *Semin Nephrol* 2005; 25:39-42.

19. Yu MA, Sanchez-Lozada LG, Johnson RJ, et al. Oxidative stress with an activation of the renin-angiotensin system in human vascular endothelial cells as a novel mechanism of uric acid-induced endothelial dysfunction. *J Hypertens* 2010;28:1234-42.

20. Berry CE, Hare JM. Xanthine oxidoreductase and cardiovascular disease: molecular mechanisms and

pathophysiological implications. *J Physiol* 2004;555: 589-606.

21. Lazzeri, C., Valente, S., Chiostrì, M et al. (2010). Uric acid in the acute phase of ST elevation myocardial infarction submitted to primary PCI: Its prognostic role and relation with inflammatory markers: a single center experience. *International Journal of Cardiology*, 21(138), 206-209.

22. Grayson PC, Kim SY, LaValley M et al: Hyperuricemia and incident hypertension: a systematic review and meta-analysis. *Arthritis care & research* 2011, 63(1):102-110.

23. Cannon PJ, Stason WB, Demartini FE et al. Hyperuricemia in primary and renal hypertension. *The New England journal of medicine* 1966 Sep 1;275(9):457-64.

24. Viazzi F, Leoncini G, Ratto E et al. Mild hyperuricemia and subclinical renal damage in untreated primary hypertension. *American journal of hypertension* 2007 Dec;20(12):1276-82

25. Viazzi F, Parodi D, Leoncini G et al. Serum uric acid and target organ damage in primary hypertension. *Hypertension* 2005 May;45(5):991-6.

26. Desideri G, Cherubini A, Vendemiale G et al: Iperuricemia cronica con e senza depositi di urato nell'anziano: specificità cliniche e terapeutiche. *G Gerontol* 2015;63 (SUPPL. 4):1-28

DI VITTORIA RIZZELLO, GIOVANNI PULIGNANO, FABIO MENGHINI, LUIGI SOMMARIVA,  
ALESSANDRO AIELLO, SILVIO FEDELE, ALESSANDRO DANESI, PARIDE GIANNANTONI, GIUSEPPE PAJES



**Il Congresso ANMCO Lazio 2022 si è proposto di svolgere un programma di aggiornamento e formazione sui progressi ottenuti nelle varie linee di sviluppo della Cardiologia e sugli aspetti organizzativi legati agli obiettivi di salute aziendali e regionali**

# Il Congresso Regionale dell'ANMCO Lazio 2022: informazione, formazione e confronto

**Finalmente in presenza per condividere novità in Cardiologia e percorsi diagnostici-terapeutici**

**I**l 3 e il 4 maggio scorsi si è svolta con grande successo l'edizione 2022 del Congresso dell'ANMCO-Lazio a cui hanno partecipato, finalmente in presenza, i Cardiologi ANMCO della Regione. Il Congresso è stato aperto dal Presidente Regionale, Giuseppe Pajes, che ha esposto le attività messe in atto dal Consiglio Direttivo Regionale nel corso degli ultimi 2 anni incentrate sulla diffusione dell'appropriatezza prescrittiva e sulla collaborazione con le altre società scientifiche regionali, quali ARCA, FADOI, SIMEU, GISE e AIAC. Il presidente ha inoltre presentato le nuove attività di formazione programmate, con il patrocinio ANMCO, per i prossimi mesi. Il primo incontro previsto sarà un minicorso di RMN e TAC, organizzato con i fondi regionali, che avrà l'obiettivo di aumentare la

**Il 3 e il 4 maggio scorsi si è svolta con grande successo l'edizione 2022 del Congresso Regionale dell'ANMCO Lazio a cui hanno partecipato, finalmente in presenza e con grande interazione, i Cardiologi ANMCO della Regione**

cultura e la competenza dei Cardiologi su queste metodiche che sono entrate in maniera preponderante nel management routinario del paziente cardiopatico e che indubbiamente devono far parte del nostro bagaglio culturale (Figura 1).

A seguire è intervenuto il Presidente Nazionale dell'ANMCO, Furio Colivicchi, che ha ribadito l'importanza del contributo di ogni Cardiologo per migliorare, attraverso l'acquisizione di specifiche competenze, che l'ANMCO ha dato la possibilità di certificare, l'organizzazione dei reparti ed ambulatori di Cardiologia con l'obiettivo di migliorare la cura del paziente in tutte le fasi della sua malattia. Il Congresso è stato quindi sviluppato in maniera dinamica ed eterogenea con 2 tavole rotonde, 4 letture, 4 question-time con gli esperti e 5 sessioni frontali. In particolare, la sessione sulla "Cardiologia di Genere" ha ricevuto il plauso dell'Assessore alla Sanità della Regione Lazio, Dott. Alessio D'amato, che anche quest'anno non ha fatto mancare il suo saluto al Congresso dell'ANMCO

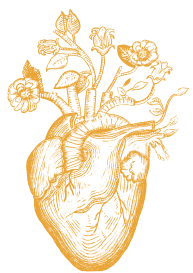


Figura 1 - Brochure di uno degli eventi formativi organizzati dall' ANMCO Lazio

Lazio, riconoscendone la grande rilevanza ed il contributo offerto alla Sanità Regionale anche nella condivisione dei documenti programmatici (Figura 2). Nell'ambito della Tavola Rotonda sulla Telemedicina sono stati presentati i risultati della SURVEY indetta dal Consiglio Direttivo dell'ANMCO Lazio da cui è emerso come il concetto di Telemedicina nella nostra Regione sia ancora molto generico, con una scarsa implementazione della stessa, sicuramente poco istituzionalizzata (Figura 3). Nella discussione, gli elementi apparsi necessari per il miglioramento e per la maggiore

diffusione effettiva sono: l'aggiornamento della dotazione informatica della maggior parte delle Aziende Sanitarie del Lazio, la formazione di personale medico e infermieristico dedicato, la creazione di unità operative dedicati; tali item sono requisiti indispensabili per consentire anche il successivo passaggio dalla Telemedicina alla Digital Health. Nella seconda Tavola Rotonda del Congresso, sulle reti regionali, i Cardiologi si sono confrontati con diversi esponenti della Regione Lazio, tra cui Marina Davoli, responsabile del programma PREVALE Nazionale e Sergio Ribaldi, Bed Manager regionale e responsabile delle reti dell'emergenza. Dalla discussione è emersa la necessità di andare oltre la rete dell'infarto miocardico ormai ben collaudata, concentrandosi e trovando soluzione alla gestione dello shock cardiogeno, con la formulazione di una rete per la gestione di tale emergenza, che consenta il trasferimento in tempi rapidi dei pazienti presso centri in grado di trattarli in modo appropriato con impianto di device di assistenza al circolo. Inoltre, è stato ricordato dal presidente regionale, Giuseppe Pajes, come il PDTA dello scompenso cardiaco è stato da tempo discusso e condiviso nei tavoli regionali in epoca Pre-COVID, con il contributo

fondamentale nella stesura della nostra associazione, e attende solo una conferma definitiva. Il Congresso è stato quindi impreziosito da quattro letture su argomenti di indubbio rilievo clinico. In particolare, il Presidente Nazionale Furio Colivicchi nella sua trattazione sul "Futuro della cura delle dislipidemie" ha presentato i possibili scenari clinici in cui l'acido bempedoico e l'incliseran potranno trovare maggiore applicazione per il raggiungimento degli ambiziosi target di LDL-colesterolo raccomandati dalle linee-guida internazionali (Figura 4). Il nostro Past President Nazionale Domenico Gabrielli ha presentato il Documento di Consenso ANMCO sull'appropriatezza prescrittiva dei DOACs, sottolineando il ruolo dell'Associazione nella diffusione della cultura dell'appropriatezza prescrittiva, aspetto irrinunciabile nella nostra pratica clinica quotidiana. Francesco Musumeci ci ha quindi parlato del futuro della Cardiocirurgia che guarda sempre più alla mini-invasività e all'interazione con la Cardiologia interventistica. Ovviamente, in considerazione del periodo pandemico correlato al SARS-COV2, non poteva mancare uno spazio dedicato al danno miocardico in corso di COVID-19 e Luciano De Biase nella sua lettura ci ha parlato dell'

**Il Presidente Nazionale dell'ANMCO, Dott. Furio Colivicchi, nel suo intervento ha ribadito l'importanza del contributo di ogni Cardiologo ANMCO per migliorare, attraverso l'acquisizione di specifiche competenze, anche certificate, l'organizzazione dei diversi reparti ed ambulatori di Cardiologia della Regione**



Figura 2 - Il saluto dell'Assessore alla Sanità della Regione Lazio



Figura 3 - La Survey dell'ANMCO Lazio sulla telemedicina ha dimostrato come l'utilizzo della televisita in cardiologia sia ancora marginale nella nostra Regione

eterogeneità fisiopatologica e dell'importanza del danno miocardico in corso di infezione da SARS-COV-2, sottolineando che le possibili implicazioni prognostiche di tale danno emergeranno gradualmente

nei prossimi anni e quindi sarà importante prevedere per questi pazienti un programma di follow-up clinico e di imaging multimodale che potrebbe portarci grandi sorprese. Nell'ambito della prima giornata, si è

La sessione sulla “Cardiologia di Genere” ha ricevuto il plauso dell'Assessore alla Sanità della Regione Lazio, Dott. Alessio D'amato, che anche quest'anno non ha fatto mancare il suo intervento al Congresso dell'ANMCO Lazio

svolto il Question Time sulla Cardiologia Interventistica Strutturale, in un simposio congiunto ANMCO-GISE Lazio in cui 2 esperti (Fabrizio Tomai e Francesco Di Felice) hanno risposto ad una serie di quesiti sui criteri di selezione dei pazienti da candidare a TAVI, Mitraclip, chiusura di auricola e di PFO. In particolare, sono stati esplicitati il corretto work-up diagnostico del paziente di inviare a TAVI, le problematiche correlate con la recente estensione dell'indicazione a TAVI anche nei pazienti a basso rischio e la gestione di pazienti complessi come quelli con concomitante amiloidosi. È stato inoltre sottolineato come nel paziente con insufficienza mitralica funzionale l'identificazione del corretto timing per l'invio alla Mitraclip sia cruciale per una buona risposta alla terapia. Il MitraScore è stato proposto come uno strumento che potrebbe avere un ruolo nella pratica clinica in questo tipo di pazienti. Particolarmente attuale si è rivelata la Sessione sullo scompenso cardiaco (SC) in cui sono stati approfonditi alcuni aspetti sull'implementazione delle glicofine

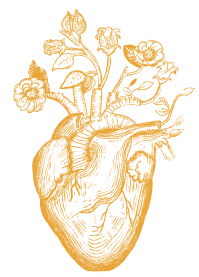


Figura 4 - La lettura del Presidente Nazionale ANMCO, Furio Colivicchi, sul futuro della cura delle dislipidemie

nella pratica clinica. In particolare, Giovanni Pulignano nella sua relazione ha fornito dei modelli di implementazione dei 4 farmaci disease-modifying nello SC a funzione sistolica ridotta; Alessandro Battagliese ha passato in rassegna le evidenze sulle glifozine nel paziente con funzione sistolica preservata e ha prefigurato un futuro probabilmente prossimo in cui la quasi totalità dei pazienti con SC e funzione sistolica <60% riceveranno una glifozina (a meno che non tollerata); Donatella Del Sindaco infine ha passato in rassegna i risultati delle glifozine nei pazienti anziani da cui si desume una buona tolleranza di questo farmaco. Il programma del Congresso ha inoltre dedicato una sessione alla Cardiologia di Genere in cui è emersa l'estrema

diversità tra uomini e donne nell'ambito delle sindromi coronariche acute e dello SC. Si è sottolineato come sia necessario sviluppare dei percorsi dedicati alle donne con l'obiettivo di diffondere la cultura della prevenzione e della diagnosi precoce. In particolare, Anna Rita Felici ha presentato il modello realizzato presso il Nuovo Ospedale dei Castelli in cui diabetologi, ginecologi, reumatologi, dietologi e nefrologi condividono un percorso finalizzato alla diagnosi precoce dello SC nelle donne. Nei due Question Time sulla Fibrillazione Atriale e sullo SC avanzato sono stati affrontati diversi aspetti pratici nella gestione di queste due patologie, andando a sviscerare, soprattutto per lo scompenso avanzato, i vari passaggi

terapeutici necessari in una patologia di pazienti in cui è necessario un'expertise comprovata del centro di riferimento. Il quarto Question Time del Congresso ha riguardato il "Ruolo del Multimodality Imaging in Cardiologia". Attraverso la condivisione di casi clinici sono state passate in rassegna le molteplici indicazioni della RM cardiaca nella pratica clinica. Dal Question Time è chiaramente emerso il concetto che la RM sia ormai uno strumento diagnostico anche prettamente cardiologico, al pari dell'ecocardiogramma, e che pertanto ogni Cardiologo debba conoscerne le applicazioni ed interpretarne i risultati. Infine, il Congresso si è concluso con una Sessione "Caleidoscopio" in cui Alessandro





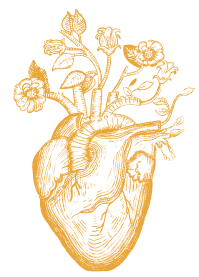
Figura 5 - Il progetto della Rete delle Malattie Rare ha iniziato il suo percorso con una prima riunione conoscitiva e programmatica che ha coinvolto Centri prescrittori e non

Aiello ha valorizzato la pratica della Medicina Narrativa enfatizzando come la capacità di ascoltare sia una virtù che il Cardiologo clinico “moderno” deve “ri-acquisire” per poter curare il paziente in tutta sua totalità. Irma Bisceglia ha scandagliato la complessa e reciproca relazione tra neoplasia e SC che nei prossimi anni emergerà sempre più chiara e impellente. L'ultima relazione del Congresso di Alessandro Shiabasi, in cui sono stati analizzati i dati dello studio MASTER-DAPT, è stato un richiamo alla necessità di personalizzare la terapia, soprattutto nei pazienti ad elevato rischio emorragico. Inoltre “a latere”

del congresso si è svolta la prima riunione preliminare per l'organizzazione all'interno della nostra Regione di una rete per la gestione delle malattie “rare” cardiologiche, progetto che rappresenta una delle priorità dell'attuale consiglio direttivo dell'ANMCO Lazio. Alla riunione hanno partecipato gli esperti della maggior parte dei Centri Regionali autorizzati alla prescrizione delle terapie specifiche attualmente disponibili (San Camillo-Forlanini, Policlinico Umberto I, Sant'Andrea, Policlinico Tor Vergata, e Fatebenefratelli Isola Tiberina) e i 15

**Il Congresso è stato sviluppato in una modalità dinamica ed eterogenea con 2 tavole rotonde (sulla telemedicina e sulle reti tempo-dipendenti oltre lo STEMI), 4 letture, 4 question-time con gli esperti, e 5 sessioni tradizionali. Questa diversificazione delle presentazioni ha permesso di sviluppare moltissime tematiche di grande rilevanza clinica in maniera estremamente interattiva.**

principali Ospedali Regionali (Campus Biomedico, S. Giovanni-Addolorata, S. Eugenio, S. Spirito, S. Filippo, Vannini, Sandro Pertini, Policlinico Casilino, San Camillo De Lellis di Rieti, Ospedale di Tivoli, Ospedale di Frascati, Ospedale di Anzio, Nuovo Ospedale dei Castelli, Grassi di Ostia e San Paolo di Civitavecchia), che hanno designato singoli Cardiologi interessati a strutturare la loro attività diagnostica all'interno di un percorso ben definito e concordato, con la finalità di garantire a tutti i pazienti la giusta terapia. Durante la riunione Cristina Chimenti (Chairperson dell'Area Malattie Rare dell'ANMCO) ha sottolineato l'importanza di creare una rete che consenta la diffusione della cultura delle malattie rare, garantisca la condivisione di percorsi diagnostico-terapeutici corretti e fornisca dati affidabili per scopi scientifici (Figura 5). In particolare, quest'esigenza appare particolarmente prioritaria per l'amiloidosi cardiaca che, in considerazione della crescente riconosciuta rilevanza epidemiologica, si configura come malattia tutt'altro che rara. Il primo passo per la creazione della rete sarà una survey regionale per conoscere le facilities dei vari centri partecipanti per una migliore gestione delle risorse disponibili. In conclusione, il Congresso Regionale dell'ANMCO Lazio è stato un momento di splendida condivisione, finalmente in presenza, di esperienze sul campo, di percorsi diagnostici terapeutici e di nuove evidenze scientifiche, con l'obiettivo di contribuire a creare all'interno della nostra Regione un uniforme livello di assistenza clinica e di protocolli diagnostici terapeutici. ♥



Il primo progetto del nuovo direttivo Regionale  
La rete sullo Shock Cardiogeno  
Un argomento ostico, ma intrigante

# Scompenso cardiaco avanzato: costruiamo la rete Regionale Marchigiana

In ogni progetto fondamentale il coinvolgimento dei cardiologi di una intera Regione

Il nostro Consiglio Direttivo Regionale Marche il 27 maggio ha concluso il primo anno “lavorativo” mettendo in campo il primo progetto e cioè il Congresso residenziale sulla “Rete Marchigiana dello Shock Cardiogeno”. È stato snocciolato sotto molti punti di vista un argomento ostico ma intrigante e che ha mosso l’entusiasmo dei presenti. La giornata è stata impreziosita dal saluto delle autorità, l’Assessore Regionale alla Sanità Dott. Filippo Saltamartini e dal Direttore dell’Area Vasta 3 Dott. Carlo Di Falco e dalla presenza del nostro Presidente Colivicchi, che ha aperto i lavori con una lettura sulle

**Lo S.C. è un quadro clinico gestionale molto complesso, gravato da una elevata mortalità. Esso racchiude in sé tutte le patologie cardiache nei loro aspetti più gravi**

“Reti Cliniche”, del Past President Dott. Gabrielli e del Presidente Designato Dott. Oliva. La buona riuscita di un congresso inoltre si evince dalla partecipazione dei colleghi Cardiologi con i quali si è soliti collaborare quotidianamente, ed infatti la giornata è stata arricchita dai cardiologi marchigiani che si sono avvicendevolmente susseguiti portando alla nostra attenzione diversi aspetti riguardanti lo shock cardiogeno tutti argomentati con vivida forza e resi ancora più interessanti in quanto avvalorati dalla esperienza dei relatori stessi. L’intento del Consiglio Direttivo ANMCO Marche, noi ci teniamo a sottolinearlo, è quello di coinvolgere in modo attivo nelle diverse iniziative tutte le Cardiologie della Regione e tutti i colleghi: nuove idee e crescita derivano dalla dialettica quindi dal confronto e dalla partecipazione attiva di tutti e non dei pochi perché la società è di tutti e per tutti. Lo shock cardiogeno (SC) è un quadro clinico-gestionale molto complesso e gravato da una elevata mortalità.



Figura 1

**UTIC III LIVELLO:**  
*Ospedali Riuniti di Ancona*  
**UTIC II LIVELLO con Emodinamica:**  
*Ascoli Piceno, Macerata, Pesaro*  
**UTIC I LIVELLO senza Emodinamica:**  
*Camerino, Civitanova Marche, Fabriano, Fano, Fermo, Jesi, Senigallia, San Benedetto del Tronto, Urbino*

Esso racchiude in sé tutte le patologie cardiache nei loro aspetti più gravi. Sappiamo come la diagnosi di SC non è affatto semplice considerando che necessita di un insieme di dati clinico strumentali oltre ad un particolare acume clinico, certamente fondamentale partire dalla eziologia per e dai meccanismi fisiopatologici



## Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Marche



*Giovanni Tarsi*



*Luca Angelini*



*Fabrizio Buffarini*



*Alessandro Capestro*



*Alessandro D'Alfonso*



*Josephine Staine*



*Francesca Terzi*

per la gestione e trattamento. Proprio per la complessità è evidente a tutti che la possibilità di operare attraverso protocolli condivisi che coinvolgano personale sanitario dedicato e che cerchino di uniformare trattamenti e percorsi sia indispensabile per un successo clinico. Necessaria una rete per il suo trattamento. La idea della Rete dello S.C. inizia dalla individuazione delle diverse capacità operative nelle diverse Cardiologie Marchigiane individuando le cardiologie di I-II e III livello (Figura 1).

Necessario anche definire la tipologia del paziente “responder” che meglio può ricevere interventi invasivi – avanzati a tale riguardo il protocollo ha valutato i criteri di inclusione – esclusione per gli step di trattamento più avanzato. Da clinici

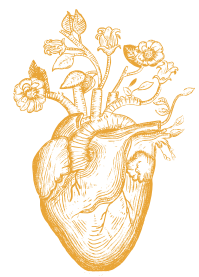
**La necessità di una Rete per la complessità di una patologia come lo Shock Cardiogeno**

**La idea della Rete dello S.C. inizia dalla individuazione delle diverse capacità operative nelle diverse Cardiologie Marchigiane individuando le cardiologie di I-II e III livello**

ci siamo soffermati sul sistema di classificazione SCAI, sul monitoraggio dei parametri emodinamici, sulla terapia da intraprendere con tempi di valutazione serrati prima di un eventuale centralizzazione del paziente previo contatto con il Centro di riferimento e grazie all’ausilio di un modulo di presentazione del paziente. Durante la discussione finale non potevano non emergere criticità, tra le più importanti, la carenza di organico, che sta affliggendo soprattutto le UTIC di I livello, ma la rete stessa può rappresentare anche la risoluzione di questa criticità, potendo veicolare costantemente nuovi stimoli professionali anche

nei centri periferici. Molto c’è da fare, ma di certo iniziare è già un grosso passo. Inoltre riteniamo che l’interazione tra Centri è una grossa motivazione per migliorare il proprio approccio al paziente, migliorare la qualità dei trattamenti e l’outcome. Il progetto-protocollo ha entusiasmato tutti i partecipanti, ognuno ha dato il proprio supporto e anche le critiche indirizzate su alcuni aspetti organizzativi sono state costruttive. Il nostro primo incontro si è concluso favorevolmente con l’intento di tutti di proseguire il percorso: il prossimo passo sarà la trasformazione del progetto Rete in PDTA regionale. Molte imprese sono difficili nessuna impossibile!♥

**Nuove idee nascono dalla dialettica quindi dal confronto e dalla partecipazione attiva di tutti e non dei pochi perché la società è di tutti e per tutti**



Formazione e competenza sulla lettura ECG: basi di conoscenza indispensabili nel lavoro quotidiano del nostro personale infermieristico

# Un Corso di Elettrocardiografia per Infermieri: uno strumento pratico a cura dell'ANMCO Toscana

Corso di Formazione a distanza disponibile dal 15 giugno al 31 dicembre 2022

## Iniziamo con l'ECG

L'Elettrocardiogramma è una delle tecniche strumentali più antiche nella pratica Cardiologica. Si parla delle prime registrazioni dell'attività elettrica cardiaca dalla fine dell' '800 inizi del '900 eppure ancora oggi è uno degli strumenti più importanti e diffusi, nella pratica quotidiana perché di facile esecuzione e in grado di fornire una vasta gamma di informazioni. Pertanto, volendo iniziare un Percorso Formativo in ambito Cardiologico per il personale infermieristico, nell'ambito dell'area Cardionursing di ANMCO Toscana, abbiamo pensato proprio di partire dall'approfondimento di questo argomento. Inoltre questa idea è stata rafforzata ascoltando l'esigenza espressa da giovani infermieri che entrando a far parte del

personale delle nostre Cardiologie, Rianimazioni, Pronto Soccorso e Medicine, hanno espresso la loro preoccupazione per la mancanza di esperienza e competenza nell'interpretare i tracciati Elettrocardiografici che si trovano ad eseguire ogni giorno nel corso delle loro giornate lavorative in corsia ed ambulatorio, in particolare durante le urgenze. Per non parlare della necessità di interpretare gli allarmi dei tracciati delle telemetrie dei pazienti monitorizzati nelle UTI. **Esperienza e competenza al servizio della formazione** Abbiamo pensato che con l'aiuto di Infermieri e Tecnici esperti, impegnati da anni nelle nostre Cardiologie, sarebbe stato possibile ed utile, proprio per implementare queste competenze, organizzare

un corso di Formazione a distanza asincrona, modalità di semplice fruibilità anche in considerazione delle difficoltà di conciliare formazione e turni di lavoro. La risposta del personale infermieristico interpellato nella varie Cardiologie della Toscana, è stato davvero entusiasmante e insieme a tutti i relatori, che si sono offerti per questa iniziativa, sono intercorsi incontri via mail e web per coordinare ed organizzare l'evento.

## Struttura del Corso di ECG

Il Corso (Figura 1), inizia con la descrizione delle basi anatomiche e elettrofisiologiche del sistema di conduzione cardiaco, che è la base della conoscenza e dell'interpretazione dell'Elettrocardiogramma, essendo la registrazione su carta della sua attività elettrica. Segue una relazione sulle





Progetto grafico: C.R.C. GROUP

Evento regionale  
**ANMCO Toscana**



**FORMAZIONE  
FaD  
ASINCRONA  
A DISTANZA**

**NOTIZIARI  
NEXT GENERATION**

**CORSO DI  
ELETTROCARDIOGRAFIA  
PER INFERMIERI**

dal **15 GIUGNO**  
al **31 DICEMBRE**  
2 0 2 2

Registrali al corso:  
[regional.anmco.it](http://regional.anmco.it)



**RESPONSABILE DELL'EVENTO**  
**Enrica Talini** (Livorno)

- ▶ **Introduzione**  
**Enrica Talini**
- ▶ **Introduzione all'elettrocardiografia. Cenni di anatomia e fisiologia del sistema di conduzione cardiaco. Le derivazioni ECG. Esecuzione tecnica.**  
**Elena Russo**
- ▶ **Letture ECG. Il significato dell'onda P, del QRS e dell'onda T: calcolo della frequenza cardiaca, determinazione dell'asse elettrico del QRS, misurazione del tratto QT, il tratto ST, l'onda T.**  
**Giuditta Mannucci**
- ▶ **L'ECG nell'ischemia miocardica: NSTEMI e STEMI.**  
**Emilia Cocco**
- ▶ **Disturbi del ritmo: le bradiaritmie. I disturbi di formazione del ritmo, i disturbi di conduzione atrio-ventricolari, i disturbi di conduzione intraventricolari.**  
**Elia Stocchi**
- ▶ **Disturbi del ritmo: le tachiaritmie. Tachicardia sinusale, extrasistolia atriale, fibrillazione e flutter atriale, extrasistolia ventricolare, tachicardia ventricolare, fibrillazione ventricolare, torsione di punta.**  
**Franca Pinelli, Lucia Fabiani**
- ▶ **ECG e stimolazione da pacemaker. PM monocamerale, bicamerale, biventricolare, stimolazione hiyssiana.**  
**Sara Ribecchini**
- ▶ **Monitoraggio remoto di PM e ICD: l'ambulatorio virtuale. Ruolo dell'infermiere.**  
**Elena Piccinetti**

**RAZIONALE**

L'esame elettrocardiografico (ECG) rappresenta uno degli strumenti più importanti e diffusi nella pratica clinica perché di facile esecuzione e in grado di fornire una vasta gamma di informazioni. Migliorare la capacità di interpretazione dell'ECG è indispensabile per molte figure professionali sanitarie. Il corso è quindi rivolto a coloro che intendono acquisire gli elementi fondamentali per interpretare correttamente l'ECG normale e patologico, competenza che si rende necessaria nella gestione quotidiana dei pazienti ed in particolare per la corretta valutazione del monitoraggio elettrocardiografico di pazienti che si trovano in UTIC, Rianimazione, Medicina, Pronto Soccorso. Al termine del corso i partecipanti avranno acquisito la capacità di riconoscere i più comuni quadri elettrocardiografici e saranno in grado di impostare e gestire un corretto monitoraggio, anche in remoto.

**Consiglio Regionale ANMCO Toscana**

**Presidente**  
Giancarlo Casolo - Lido di Camaiore (LU)

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

**SEGRETERIA SCIENTIFICA E PROVIDER E.C.M.**



**Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri**  
Via A. La Marmora, 36  
50121 Firenze  
formazione.scientifica@anmco.it  
Tel. +39 055 51011  
Fax +39 055 5101350  
www.anmco.it

**E.C.M.**  
Questo evento formativo (Id. 669- 348318) è accreditato per Infermieri.

**Obiettivo formativo tecnico-professionale:** Contenuti tecnico-professionali (consostente e competenza) specifici di ciascuna professione, di ciascuna specializzazione e di ciascuna attività ultraspecialistica, ivi incluse le malattie rare e la medicina di genere.

Per ottenere l'attribuzione dei crediti ECM è necessario **partecipare ad almeno il 90% della durata dei lavori scientifici, compilare completamente il fascicolo ECM, presente sulla piattaforma online e rispondere correttamente ad almeno il 75% delle domande.**

**All'evento sono stati assegnati 3 crediti formativi.**



Con il contributo non condizionante di



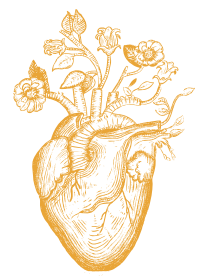



Si ringrazia inoltre per il contributo non condizionante  
Diamedical SAS, Microport CRM, Mitramed SAS, Francesco Plerguidi

Onde del tracciato normale e sulla corretta tecnica di esecuzione che è di fondamentale importanza per evitare tracciati ECG mal registrati (con elettrodi mal posizionati e con tarature errate) che possono indurre a diagnosi non corrette. Si passa quindi ai vari aspetti patologici diagnosticabili attraverso questa metodica: le alterazioni in corso di ischemia miocardica ed il capitolo delle Aritmie (sia bradi che tachiaritmie). Le ultime due relazioni approfondiscono l'argomento dell'interpretazione ECG in pazienti portatori di devices (pacemaker, defibrillatori, sistemi CRT, loop recorder) e della possibilità di comprendere i tracciati endocavitari inviati da remoto da parte dei devices stessi.

## Telemedicina e Monitoraggio Remoto

Anche in questo campo il ruolo del personale infermieristico sta diventando sempre più importante diventando protagonisti indispensabili ed autonomi nella gestione dell'Ambulatorio del Monitoraggio Remoto, affiancati in caso di bisogno dal supporto dell'Elettrofisiologo e dalla cooperazione dei clinici dell'Ambulatorio Scompenso, per creare una rete di cooperazione e supporto nella cura di questi pazienti complessi e fragili. Ciò permetterà al paziente di ottenere una pronta ottimizzazione delle terapie farmacologiche ed elettriche e allo stesso tempo un minor accesso alla struttura ospedaliera. È quindi di fondamentale importanza che il personale infermieristico ne acquisisca le competenze, per ottimizzare la modalità di lavoro nelle nostre Cardiologie.



## Caratteristiche del Corso FAD

Il Corso prevede la partecipazione di 500 iscritti, con accreditamento solo per gli infermieri, ma la possibilità di iscrizione da parte anche di altre figure sanitarie (es. allievi infermieri, ostetriche etc...). Le relazioni saranno disponibili sulla piattaforma del Corso anche successivamente alla conclusione dell'evento, avendo la possibilità di rivederle in qualsiasi

momento. Tuttavia per ottenere i crediti ECM andrà concluso entro il 31 dicembre 2022. La nostra idea è che se il Corso avrà successo cercheremo di prolungarne l'erogazione anche oltre il termine indicato.

## Percorso Formativo Area cardionursing ANMCO Toscana

Questo, è il primo evento FAD organizzato nell'area Cardionursing dell'ANMCO Toscana, ma ci siamo

proposti che rappresenti solo l'inizio di un percorso Formativo rivolto al personale infermieristico, su svariati argomenti in ambito cardiologico (gestione paziente in emodinamica, in Terapia Intensiva, gestione della ventilazione, dell'emofiltrazione, degli accessi vascolari etc). Quindi un futuro formativo da ideare e organizzare per poter lavorare a fianco di personale medico-infermieristico sempre più preparato, motivato e competente.♥

**La conoscenza di base dell'elettrocardiogramma non è un dato scontato in molte organizzazioni sanitarie**

**La necessità di disporre di Professionisti che abbiano familiarità con l'elettrocardiogramma è una esigenza sentita e comune**

**Abbiamo quindi pensato ad uno strumento formativo per il personale infermieristico, elementare ma ricco di contenuti importanti utili all'acquisizione di competenze pratiche**

**A questo scopo è stato deciso di chiedere agli Infermieri delle nostre Cardiologie di preparare e trasmettere contenuti rivolti ai loro Colleghi nella convinzione che questo metodo abbia maggiori probabilità di successo rispetto ai corsi base curate dai Cardiologi**

**Il corso è stato organizzato in modalità FAD asincrona per poterne consentire una fruibilità maggiore, in considerazione delle difficoltà di organizzazione causati dagli orari di lavoro e gli impegni personali**



DALLE REGIONI - VENETO

DI FRANCESCO BACCHION, CLAUDIO PICARIELLO  
E CLAUDIO BILATO



L'ANMCO Veneto si riunisce in congresso come da tradizione annuale, per continuare a "fare rete"

# Il Congresso Regionale di ANMCO Veneto 2022

A Padova, una due giorni molto partecipata e ricca di stimolanti interventi e letture



Figura 1 - Uno scorcio dell'aula congressuale, gremita di Soci ANMCO Veneto partecipanti

Si è tenuto a Padova il Congresso Regionale ANMCO Veneto, per la prima volta con una inedita formula di due giornate congressuali. Il Congresso ha preso avvio il pomeriggio di venerdì 1° aprile 2022 e si è protratto fino al pomeriggio di sabato 2 aprile. La partecipazione è

stata massiccia (Figura 1), con più di trecento adesioni tra medici ed infermieri, sempre nel rispetto delle regole del distanziamento COVID, a testimonianza della volontà di ricominciare a vedersi in presenza dopo più di due anni di stop forzato in cui le iniziative formative e

congressuali si sono tenute per lo più in forma "virtuale". La scelta del Presidente Claudio Bilato, dei Responsabili Scientifici Alessandro De Leo e Giovanni Turiano e del Consiglio Direttivo in qualità di Comitato Scientifico è stata quella di affrontare in maniera esaustiva ma

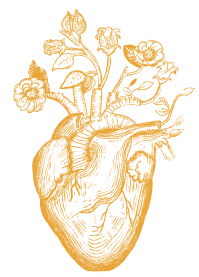


Figura 2 - I moderatori della sessione che ha avuto come ospite la società scientifica AIAC



Figura 3 - L'aula dedicata alle sessioni infermieristiche, anch'essa molto partecipata fino agli ultimi posti della sala

soprattutto pratica le più frequenti problematiche e questioni cliniche che scandiscono quotidianamente la giornata tipo del Cardiologo, non solo ospedaliero. Da alcuni anni il leitmotiv di ANMCO Veneto è “fare rete”. Per tale motivo le sessioni scientifiche sono state organizzate invitando e coinvolgendo nel panel dei moderatori e dei relatori i rappresentanti regionali delle altre società scientifiche cardiologiche quali AIAC, GISE, ITACARE-P, SIECVI, ARCA, SISA e SIC TRIVENETA (Figura 2). Alcune sessioni hanno trattato argomenti che si possono definire vere e proprie “epidemie crescenti” quali la fibrillazione atriale e lo scompenso cardiaco, con particolare attenzione ai nuovi trattamenti farmacologici e non. Si è inoltre discusso sulle nuove frontiere della Cardiologia interventistica e dell’elettrofisiologia, in particolare sul trattamento percutaneo dei vizi valvolari e delle aritmie. Particolarmente apprezzata è stata nel pomeriggio del venerdì

**Da alcuni anni il leitmotiv di ANMCO Veneto è “fare rete”. Per tale motivo le sessioni scientifiche sono state organizzate invitando e coinvolgendo i rappresentanti regionali delle altre società scientifiche cardiologiche quali AIAC, GISE, ITACARE-P, SIECVI, ARCA, SISA e SIC TRIVENETA**





la sessione “How to” su come interpretare i dati del cateterismo destro e leggere ed interpretare la risonanza magnetica cardiaca e le “Clinical practice mini lectures”, presentazioni “flash” di 10 minuti su temi attuali e poco conosciuti come l’utilizzo degli antidoti dei DOACs o dei GLP1RAs. Nella seconda giornata si è inoltre parlato di sindromi coronariche acute, della loro gestione in particolari popolazioni e scenari geografici/temporali e del loro trattamento. Particolarmente seguite sono state le sessioni dedicate alla terapia dello scompenso cardiaco, ai nuovi farmaci per la prevenzione cardiovascolare e alle terapie anticoagulanti in particolari contesti clinici quali l’anziano fragile e il paziente oncologico. La sessione conclusiva è stata dedicata al futuro della Cardiologia, tra telemedicina, big data e intelligenza artificiale, novità e prospettive in tema di Cardiologia interventistica, di elettrofisiologia e di cardiostimolazione, seguite da una vivace discussione. Parallelamente alle attività per i medici, la mattina del sabato, sono state riservate agli infermieri alcune sessioni su circolazione assistita, sistemi di ventilazione meccanica e di nefroprotezione. Tali sessioni, costituite da relazioni sia di medici che di infermieri sono state molto partecipate dal pubblico (Figura 3) e confermano la giusta intuizione del Consiglio Direttivo di dedicare una giornata intera ad un congresso Regionale di Cardionursing già in programma il 14 maggio 2022 a Schio (VI). Durante la due giorni non sono mancati i momenti interattivi con le Istituzioni, cui ANMCO Veneto



*Figure 4-5 - Il Presidente Dott. Claudio Bilato ed il Segretario Dott. Claudio Picariello con le due vincitrici del contest “Scenari Clinici in Cardiologia” tenutosi l’11 marzo a Rovigo*



Figura 6 - Il Dott. Loris Roncon, Tesoriere dell'ANMCO, durante la sua lettura magistrale

pone grande importanza. È stato letto il messaggio giunto dall'Assessore Regionale alla Sanità Manuela Lanzarin che, pur non potendo presenziare all'evento a causa degli innumerevoli impegni, ha voluto comunque far sentire le propria vicinanza e ringraziare l'Associazione per il lavoro svolto. Inoltre il dott. Mario Saia, Direttore della U.O.C. di Governo Clinico Assistenziale di Azienda Zero, ha presentato i dati relativi ai 15 anni della rete Hub-and-Spoke per il trattamento dello STEMI all'interno della Regione, un vero e proprio "fiore all'occhiello" e testimonianza della stretta collaborazione tra Cardiologia e Istituzioni Regionali. Rete che, come il Dott. Saia ha mostrato nella sua relazione, ha permesso la tempestività di trattamento di questa patologia tempo-dipendente anche nei momenti più difficili della

pandemia. Durante la giornata di sabato si è svolto anche un breve momento associativo in cui il Presidente Claudio Bilato a nome di tutto il Consiglio Direttivo ha riassunto quello che è stato fatto in questo anno e gli eventi formativi già in programma per i prossimi mesi, in particolare gli incontri dedicati alla Rete Veneta delle UTIC e i Sabati del Cardiopatico Congenito adulto, con incontri itineranti in vari centri cardiologici del Veneto. Sono stati inoltre consegnati i premi alle due giovani colleghe vincitrici per i migliori casi clinici presentati al recente "Scenari Clinici in Cardiologia" che si è tenuto a Rovigo l'11 marzo 2022 e sono stati presentati i nuovi soci ANMCO (Figure 4 e 5). Il momento più emozionante del congresso è stato il saluto al Dott. Loris Roncon, già direttore della U.O.C. della Cardiologia di Rovigo e attuale Tesoriere Nazionale dell'ANMCO, che

**Il momento più emozionante del congresso è stato il saluto al Dott. Loris Roncon, già direttore della U.O.C. della Cardiologia di Rovigo e attuale Tesoriere Nazionale dell'ANMCO, che ha tenuto una lettura magistrale sul ruolo chiave della Cardiologia polesana nell'embolia polmonare**

ha concluso con il 31 dicembre u.s. la propria attività nella Sanità pubblica. Il Dott. Roncon ha tenuto una Lettura Magistrale in cui ha ripercorso la Sua lunga carriera, costellata di importanti traguardi professionali personali ma soprattutto le tappe della storia dell'Embolia Polmonare e sull'importante contributo che la Cardiologia Veneta ha dato in questo campo (Figura 6). Grazie alle Sue parole, il pubblico ha potuto apprezzare il Suo lungo cammino professionale, che a partire dai primi passi condotti come collaboratore del Dott. Piero Zonzin, vero antesignano veneto nel campo dell'embolia polmonare, ha saputo sviluppare nel corso degli anni una vera expertise che lo ha portato ad essere uno dei maggiori esperti riconosciuti a livello nazionale in questo campo. Non sono mancati i momenti di vera commozione, soprattutto quando, dopo aver sottolineato molti momenti "forti" della storia della Cardiologia Veneta, vi è stata una sorta di "passaggio del testimone" alle nuove generazioni, con l'esortazione ai giovani ad essere orgogliosi della propria scelta professionale e di appartenenza ad una associazione così prestigiosa quale l'ANMCO. ANMCO Veneto ha voluto con una targa suggellare il ringraziamento per la dedizione e per l'esempio umano e professionale che il Dott. Roncon ha sempre manifestato nel corso degli anni. L'evento si è concluso il tardo pomeriggio di sabato 2 aprile alla presenza ancora di un nutrito pubblico, segno dell'interesse per gli argomenti trattati e del livello qualitativo delle relazioni e dei Relatori coinvolti. Appuntamento al 2023!♥



La medicina nell'era di internet: tra soluzioni fast, "tuttologia" e misunderstanding

# Once upon a time

Dica trentatrè

**"Medico: persona alla quale guardiamo fiduciosi quando siamo malati e ringhiamo sospettosi quando stiamo bene"**

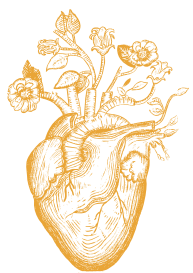
**Ambrose Bierce, Dizionario del diavolo, 1911**

**Mini viaggio tra delizie e dolori di un camice bianco alla prese col paziente "informato"**

**S**alve dottore, ho la laringite." "Una compressa di diuretico è troppo per me, va bene mezza? È ormai raro il paziente "naive" che giunge in ambulatorio riferendo nient'altro che il sintomo che lo ha condotto lì: la tosse per esempio. Il paziente moderno non vuole farsi cogliere "impreparato": inizia a leggere qua e là, parla col vicino di casa, segue con interesse quella nuova rubrica televisiva di medicina. Immane poi l'ausilio di Dottor Google (chapeau!). A cercare di capir meglio, per carità, non vi è nulla di male. A patto che ci si fermi all'ambito, per così dire, gnoseologico. E invece no. Ridendo e scherzando "ci scappa la diagnosi". Dietro quest'affermazione "ho la laringite" (ipse dixit!) ci sono arguti chiacchiericci e alla fine la "diagnosi" non può che essere quella. C'è chi tra i colleghi reagisce male: è il frutto di una crescente sfiducia verso la categoria medica; ma c'è chi, più caparbio, cerca di vederci chiaro perché la realtà va sempre letta a fondo e tra le righe. Perché il paziente non riesce più a "fare

il paziente"? Il rapporto medico-paziente si è nel tempo evoluto col passaggio da una concezione rigida al coevo modello di interazione fluida, biunivoca nel quale il risultato finale necessita di un continuo feedback e corrisponde a molto più della somma algebrica dei singoli messaggi. Un'efficace comunicazione costituisce la conditio sine qua non per la costruzione del rapporto di fiducia necessario all'instaurarsi del processo diagnostico-terapeutico. In soldoni, molto prima che il paziente ci lasci "fare il nostro mestiere" è necessario che quest'ultimo si fidi e si affidi a noi medici. Lungi dal trattarsi di una fiducia cieca, il paziente osserva il micro e macroscopico, analizza i dettagli a livello conscio e subconscio e ricerca una serie di qualità per lui imprescindibili per "l'affidamento" nonché per la nostra presa in carico. Sarà richiesto al professionista di conoscere approfonditamente la sua branca di specializzazione, di essere costantemente aggiornato sulle ultime novità scientifiche, nonché di aver maturato abbondante (e preziosa) esperienza sul campo. Ma

le doti professionali e intellettive da sole non bastano e non possono essere subordinate al piano "umano". Il buon medico non può permettersi di essere un "genio asettico" ma dovrà imparare a gestire al meglio e a dosare la sua "emotività", sfera alla quale non potrà sottrarsi, mai del tutto. Tale capacità non si apprende sui libri di testo ma si matura giorno dopo giorno, tanto in corsia quanto nella vita privata, dove, al termine di una serie di tentativi riusciamo a trovare il nostro personale "modello comunicativo" ovvero sviluppiamo una capacità relazionale funzionale, un registro di comunicazione equilibrato e suscettibile di successive modifiche. Il medico in corsia impara a ragionare per priorità. Una di queste, non secondaria, è che il paziente comprenda sempre quanto gli sta accadendo. L'ansia e tutte le emozioni negative che la malattia porta con sé non possono essere ignorate né trascurate. La malattia, a volte purtroppo, è l'anticamera della morte e forse proprio questa cruda consapevolezza ci esorta ogni giorno ad avere il massimo rispetto



della vita. Ma il paziente è e deve rimanere tale: può di certo informarsi in quanto capire lo aiuterà a non sentirsi “in balia” della malattia. Conoscere e comprendere diventano quindi momenti fondamentali a

**Il buon medico non può permettersi di essere un “genio asettico” ma dovrà imparare a gestire al meglio la sua emotività, sfera alla quale non potrà sottrarsi, mai del tutto**

patto che non pretendiamo che sia Dottor Google a “chiarirci le idee”; ben venga, piuttosto, un secondo e/o un terzo consulto qualora non si sia “convinti”, tutto purché si eviti di cadere nelle trappole di cui sono zeppi i media, le quali inducono a confondere, banalizzare e inquinare

**La cultura non è mai stata un insieme di nozioni ma piuttosto la loro rielaborazione critica e padroneggiarle richiede anni di studio e apprendimento che dura una vita intera**

termini, sintomi, pazienti e patologie. La medicina è una scienza, dunque come pretendere di discuterla nei talk show o di ottenere una “laurea fast” dopo un’ora di navigazione nel



web? Del resto chi chiederebbe al proprio commercialista di sostituirsi al meccanico di fiducia? O al medico di progettare un edificio? O all’architetto di eseguire una delicata operazione chirurgica a cuore aperto? Ecco alcuni esempi perfetti di quanto diventi fuori luogo pretendere di acquisire conoscenze mediche (vere ed evidence based) confrontando (o meglio leggendo al volo) la moltitudine di fonti (non sempre e non tutte attendibili) provenienti dal web. Anche perché la cultura non è mai stata un insieme di nozioni ma piuttosto la loro rielaborazione critica e possederle e padroneggiarle richiede anni di studio, pratica e apprendimento che dura una vita intera. Riappropriamoci dunque della comunicazione di qualità con esperti del campo, preferibilmente in carne ed ossa, che possano realmente dissuadere dubbi con certezze. Se il paziente

deve affidarsi al medico è chiaro che quest’ultimo deve anch’esso in qualche modo “guadagnarsi” tale fiducia: è necessario porre il paziente al centro della relazione comunicativa e che ogni messaggio sia aperto, chiaro e privo di “ombre”; bisogna incoraggiarlo a porre domande altrimenti, per paura o per timidezza, andrà a ricercare quelle risposte chissà dove. Qualsiasi proposta terapeutica non potrà, infine, prescindere dall’esplicita espressione del consenso informato, atto che suggella la presa di coscienza del paziente e dunque il suo “affidarsi” nelle mani del curante. Questo “patto” ha una valenza cardine e rappresenta il primo passo di un lungo percorso, ma che è, forse, il

**Ironica e nostalgica riflessione sul valore e significato della comunicazione in ambito sanitario: “a confessore, medico e avvocato non tener il ver celato”**

più importante in assoluto. Vale la pena sottolineare come comunicare sia sempre un atto alquanto “delicato”, del quale fare un uso oculato: comunichiamo sempre, anche in silenzio. L’unica cosa forse impossibile è proprio la “non comunicazione”: i linguaggi verbale, paraverbale e non verbale parlano di noi, per noi e talvolta in nostra vece. Sarà dunque utile imparare a gestirli in maniera efficiente ed efficace per non lasciare nulla al caso.♥



# L'anfora che pesca il cuore

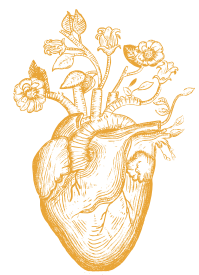
**P**enso che nel nostro mondo occidentale la pesca, in mare lago o fiume, sia sempre stata fin dall'antichità quella praticata oggi, si capisce con i perfezionamenti maturati dall'esperienza e dal raffinamento delle tecniche. Si sono usati gli ami ricoperti dall'esca che inganna il pesce abboccante, poi raffinati dai rulli di lancio e di riporto, ma anche le reti per rastrellarne grandi quantità e le fiocine per animali di grandi dimensioni, come nelle tonnare, che ci ricordano la canzone di Modugno in quell'accorato "piglialu, piglialu"; o le scene ancor più strazianti della caccia alle balene. Il tutto, nel nostro mondo, è legato al razionale e al pragmatico, gli stessi principi che ci hanno guidato nella scienza dopo il perfezionamento del metodo scientifico negli ultimi secoli. Nell'Oriente hanno usato di certo le stesse tecniche di pesca, ma con una in più, che non venne in mente alla nostra fantasia, quella di far entrare il polipo in una specie di anfora, la takotsubo dei giapponesi, dalla quale la povera medusa non poteva riuscire. Ma cosa c'entra tutto ciò con la medicina e la cardiologia in particolare? C'entra perché quando un loro medico giapponese vide che il cuore poteva assumere in particolari circostanze una forma che gli ricordava quell'anfora, la takotsubo appunto, non pensò subito alle coronarie e alle solite patologie di sicuro vanto del progresso medico occidentale, ma a una nuova malattia, denominata

sindrome Takotsubo, caratterizzata da un'anomala contrazione dei ventricoli a forma di quell'anfora, capace di dare lo stesso dolore dell'infarto, lo stesso ECG o quasi e anche una perdita di conoscenza (raramente definitiva), ma senza che le coronarie o le valvole o altro che vi fossero intaccati. Nel nostro mondo occidentale fummo presi in contropiede, si pensò lì per lì a una malattia razziale, tipica di coloro che hanno gli occhi a mandorla, o causata da un loro virus. Ma ben presto ci rendemmo conto che da noi

era mancata semplicemente la pesca del polipo con l'anfora, e pure la fantasia di correlare certe imaging dei ventricoli con qualcosa di nuovo nella valutazione cardiologica. Succede in medicina, così come penso in altri settori della scienza quando siamo troppo engagé (termine più onometopeico del nostro impegnati), in un campo che ha sviluppato grandi progressi e che promette nuovi orizzonti.

La sindrome di Takotsubo non è in realtà uno di questi grandi impegni della medicina, se non per





la rarità, la difficoltà nello scoprirla e il complicato meccanismo che la determina. Infatti, la malattia è di per sé poco frequente, sia perché coinvolge quasi solo la metà del genere umano, il sesso femminile, e sia per le numerose circostanze che debbono convergere per scatenarla: la donna deve essere anziana, in genere sopra i 60, già lontana dalla sua protezione ormonale, ipersensibile nel suo sistema simpatico, quello che accentua la frequenza cardiaca e la pressione, e che sia soprattutto facile ad autoeccitarsi, come a seguito di una grande emozione, di uno stress, o della presenza di una malattia psichiatrica o neurologica, nonché di certe personali alterazioni dell'elettrocardiogramma.

L'elettrocardiogramma infatti, associato ovviamente alla clinica, ma da par suo, è il rivelatore di questa strana cardiopatia che la si diagnostica quanto più ci si pensa e che appassiona il medico per la sua commistione con la sfera psico-emotiva. Questa in genere è legata a situazioni negative, incresciose, quali un lutto familiare, un'arrabbiatura, un dissesto finanziario o di reputazione, ma personalmente l'ho potuto constatare anche a causa di una lieta emozione. Successe in una pittrice che dopo il climaterio si cimentò nella ritrattistica, convinta ma non molto compresa dal pubblico, tranne forse il marito da sempre innamorato. Finalmente le giunse il successo e la premiazione in un vernissage a Venezia; l'emozione fu tale da scatenarle il dolore toracico che necessitò un ricovero urgente per sospetto infarto, verificatosi poi una Takotsubo, a lieto fine con la terapia. La letteratura medica e l'aneddotica

oramai è piena di episodi vari e spesso curiosi. Un simpatico medico bolognese, con quell'accento che da solo lo rende accattivante, riferì a un congresso il caso di una signora che svenne in chiesa durante le esequie del marito, fu immediatamente trasferita con lo stesso carro funebre nell'ospedale Sant'Orsola, dove fu diagnosticata e rianimata. I cardiologi patavini hanno pubblicato quello di una anziana cittadina rimasta imprigionata nell'ascensore, la quale colta dal panico ebbe dolore toracico, fu ricoverata e accertata una tipica sindrome Takotsubo. Anche in questo caso come in molti altri l'intervento sanitario ebbe successo e la prognosi fu relativamente benigna. Purtroppo sono riferite anche pazienti che non si sono risvegliate dallo svenimento iniziale o rimasero in coma per lungo tempo.

Siamo quindi di fronte alla scoperta di una nuova malattia, che certamente nuova non è, e chissà quante signore di ogni tempo, in là con gli anni e deluse, più o meno illustri, sono state diagnosticate come infarto, o morte improvvisa, o nei tempi lontani un semplice deliquio risolto con i "sali" oppure un definitivo crepacuore. Forse la stessa Saffo, da giovane ricordata "dal crin di viola e dal riso di miele", che sofferse vedendo sfiorire negli anni del declino la sua avvenenza, cui Leopardi nell'"Ultimo canto" le fa declamare "Bello il tuo manto, o divo cielo, e bella/ sei tu, rorida terra", potrebbe aver chiuso in quella "Placida notte, e verecondo raggio della cadente luna" il suo tormento, se Atropo, la sua moira gentile, le avesse indotto quella silenziosa contrazione del cuore.♥



L'incidenza ed i fattori predittivi d'impianto di pacemaker nell'Amiloidosi Cardiaca da Catene Leggere e Transtiretina sono ignoti

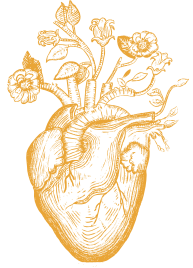
# Amiloidosi Cardiaca e le sfide del Cardiologo: prevalenza, incidenza e fattori di rischio per impianto di Pacemaker nella Amiloidosi da Catene Leggere e Transtiretina

Un'analisi retrospettiva multicentrica identifica fattori predittivi di impianto di pacemaker alla diagnosi di Amiloidosi Cardiaca per personalizzare le strategie di follow up cardiologico e monitoraggio clinico

**L'**Amiloidosi Cardiaca (AC) è una causa emergente di scompenso cardiaco (SC) determinata dal fallimento dei meccanismi omeostatici con l'invecchiamento nella forma da transtiretina wild-type (ATTRwt), da mutazioni destabilizzanti la struttura proteica nella forma da transtiretina variante (ATTRv) o da un disordine ematologico nella forma da catene leggere (AL). Le aritmie e i disturbi del sistema di conduzione sono comuni nella AC, in particolare

fibrillazione atriale (FA), disfunzione del nodo del seno e blocchi atrio-ventricolari (AV). I dati disponibili sulla prevalenza ed incidenza dell'impianto di pacemaker (PM) sono scarsi e si riferiscono prevalentemente alla forma da transtiretina (ATTR-AC) con il 10% dei pazienti già portatori di PM alla diagnosi e 11% con necessità di impianto PM nel follow-up. Per impulso delle società scientifiche ANMCO e SIC, per sensibilizzare su un'epidemiologia in evoluzione e per migliorare i protocolli di

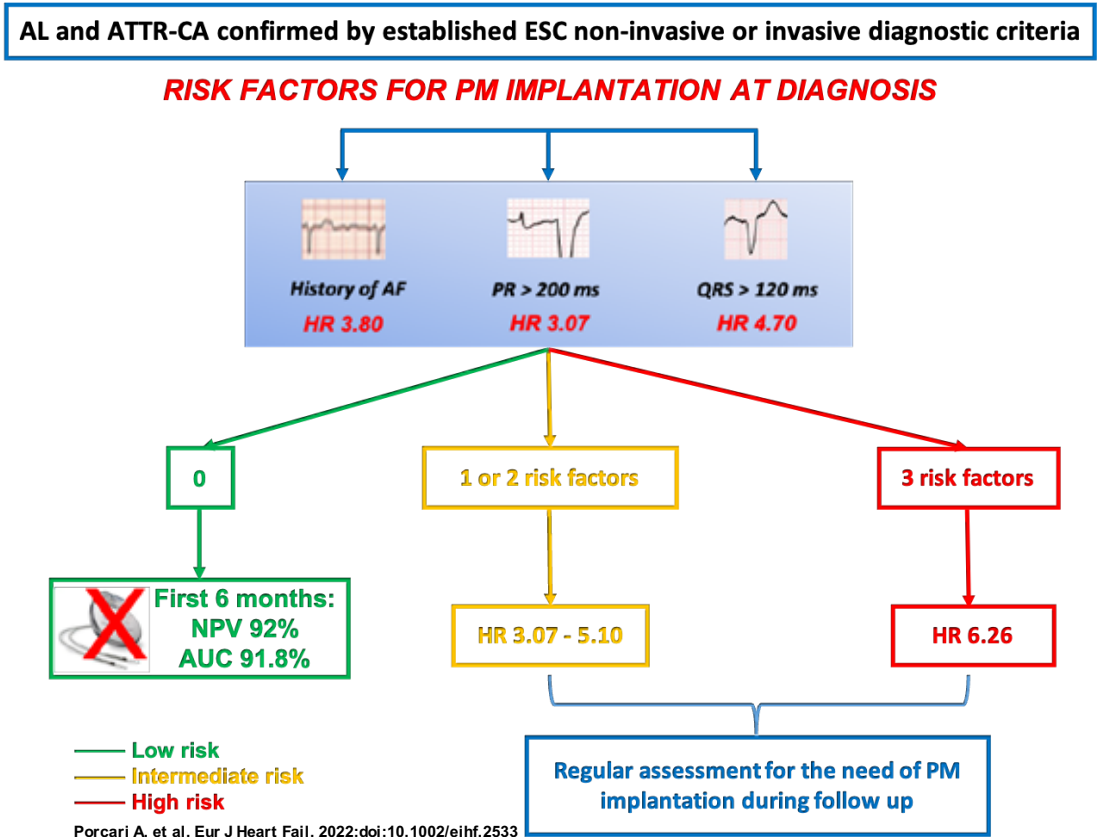
riconoscimento, inquadramento e gestione della malattia è sorta la rete italiana per l'amiloidosi cardiaca, coordinata dal Prof Claudio Rapezzi. In un recentissimo studio pubblicato su *European Journal of Heart Failure*, un gruppo di ricercatori delle Cardiologie italiane dei centri di Trieste (Ospedale di Cattinara), Firenze (Ospedale Careggi), Genova (Ospedale San Martino), Roma (Ospedale Sant'Andrea), Ferrara (Ospedale Santa Maria Cecilia), Padova (Ospedale Universitario) e



Messina (Ospedale Universitario) ha indagato l'epidemiologia ed i fattori predittivi di impianto PM in una coorte retrospettiva (2017-2020) di 459 pazienti con ATTR-AC e AL-AC. Alla diagnosi di AC, il 12% dei pazienti era portatore di un device cardiaco permanente (9% PM e 3% defibrillatore) e non è stata inclusa nell'analisi di incidenza. La popolazione finale di studio constava di 405 pazienti: 83% uomini, età mediana di 76 anni, 25% con SC avanzato in NYHA 3-4, 42% con precedente storia di FA, spessore settale mediano di 17 mm, frazione d'eiezione mediana di 55%, con pattern restrittivo nel 37% dei casi. Ad un follow up mediano di 33 mesi (21-46), 36 (8.9%) dei 405 pazienti hanno impiantato un PM:

10 pazienti con AL-AC (8.4%), 2 pazienti con ATTRv-AC (3.4%) e 24 pazienti con ATTRwt-AC (10.6%). Il tempo mediano tra diagnosi di AC ed impianto è stato di 18 mesi: 13.5 mesi nella AL-AC, 40 mesi nella ATTRv-AC e 18 mesi nella ATTRwt-AC. L'impianto PM era simile nella AL-AC e ATTR-AC all'analisi tempo-dipendente evento-specifica ( $p=0.65$ ). All'analisi multivariabile, la storia di FA (hazard ratio [HR] 3.80,  $p=0.002$ ), l'intervallo PR  $>200$  ms (HR 1.013,  $p=0.002$ ) e un intervallo QRS  $>120$  ms (HR 4.7,  $p=0.001$ ) all'ECG erano predittori indipendenti di impianto PM nel follow up in AL-CA e ATTR-CA. I risultati sono stati confermati con l'analisi dei rischi competitivi per mortalità. Il rischio di impianto PM incrementava in presenza di

un numero crescente di fattori. Il numero dei fattori di rischio presenti si associava ad indici ecocardiografici compatibili con una infiltrazione cardiaca progressivamente più severa. Inoltre, l'assenza di tutti e tre i fattori di rischio aveva un valore predittivo negativo del 92% (88-94%) con un'area sotto la curva (AUC) del 91.8% per impianto di PM nei primi 6 mesi dalla diagnosi di AC. Nella coorte analizzata in questo studio, l'impianto di PM nel follow up non si associava alla mortalità ( $p=0.1$ ). Questo è il primo studio ad indagare l'incidenza ed i fattori associati all'impianto di PM in una coorte contemporanea di AL-AC e ATTR-AC, identificando predittori indipendenti di impianto PM nel follow up per una gestione personalizzata dei pazienti. ♥







# Nelle pagine di “Cardiologia negli Ospedali” la memoria storica dell’ANMCO

Parte terza: 1981-1983

L’attenzione verso i Gruppi di Studio, l’impegno organizzativo, il problema delle Scuole di Specialità, la crisi ANMCO-SIC con l’uscita dalla SIC, il ruolo di Firenze, i 20 anni dell’Associazione

**C**on il primo numero del 1981 “Cardiologia negli Ospedali” cambia in maniera significativa la sua redazione, che viene ad essere costituita da soci ANMCO designati a rappresentare i vari Gruppi di studio. L’iniziativa ha lo scopo di mettere a disposizione dei Gruppi di lavoro un veicolo di diffusione delle loro idee e delle loro iniziative e costituisce nello stesso tempo un invito a tenere ben saldi i collegamenti, nella convinzione che ogni attività dei Gruppi sarà tanto più efficace e più utile quanto più diverrà occasione di incontro per tutti i cardiologi” (NOTIZIARIO N. 41 – Febbraio 1981 – pagina 10). L’attenzione deriva dallo “...sviluppo di molti Gruppi di Studio che certamente sul piano culturale rappresentano per la Cardiologia italiana motivi di crescita ulteriore ed in particolare di attiva presenza nel consesso internazionale, con una rinnovata posizione di dignità e di incisività”, anche se “...tendono a fare associazione nazionale a sé, senza collegamenti con le grandi associazioni né tra loro stessi. Perciò i risultati del loro importante lavoro sono in gran parte sconosciuti ai più, ...” **La situazione della Cardiologia**



Notiziario n. 41, pagina 10

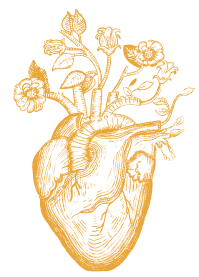
**italiana. Relazione di P. Solinas al Consiglio Nazionale ANMCO** (NOTIZIARIO N. 41 – Febbraio 1981 – pagine 1-2, 7).

Sul piano organizzativo viene sottolineato “... il contributo determinante fornito dall’ANMCO negli ultimi dieci anni allo sviluppo della Cardiologia Italiana con la creazione

di una rete di presidi cardiologici ospedalieri moderni ed efficienti malgrado le persistenti difficoltà e carenze: 120 divisioni, 265 servizi, 220 Unità coronariche testimoniano lo sforzo da noi compiuto in un programma che va ancora completato e potenziato secondo i Piani Regionali”.

**L’allocuzione di Lotto all’inaugurazione del Congresso Italiano di Cardiologia** – A. Lotto (NOTIZIARIO N. 43 – Ottobre 1981 – pagina 1).

Incombe il problema delle Scuole di Specialità, uno degli ambiti nei quali emergono crescenti difficoltà di rapporto con la componente universitaria. L’ANMCO prende posizione richiamando la “Corretta applicazione delle nuove norme sulla docenza universitaria e sui rapporti fra le università e le strutture del S.S.N., alla luce non solo dei principi della legge delegata n°28 del 1980, ma per quanto specificamente riguarda il settore della Sanità, delle disposizioni degli artt. 39 Legge n°833 del 23.12.78 e 27 del D.P.R. n°382/1980. Giova ricordare che secondo le intenzioni del legislatore



*i rapporti fra le università e le strutture del S.S.N. devono essere regolati in modo da garantire un “reciproco” apporto alle attività assistenziali ed a quelle didattiche rispettivamente da parte delle Facoltà di Medicina e delle U.S.L., in una equilibrata collaborazione che escluda posizioni preminenti di un settore sull’altro. ... “Scuole di Specialità*

*da parte della componente universitaria della SIC si sia voluto compiere un atto di forza contro la componente ospedaliera impiegando peraltro una procedura “inusuale” e solo formalmente corretta. Infatti la nomina del Presidente della SIC è avvenuta in contrasto con quanto era stato più volte espresso ed indicato dalla maggior parte degli ospedalieri;*

Firenze, il 6 novembre 1981, il Summit del Consiglio Direttivo; Milano, l’11 dicembre 1981, il Consiglio Nazionale; Roma, il 9 gennaio 1982, l’Assemblea Straordinaria.

Gli organi dell’Associazione deliberano:

“1) L’incompatibilità di appartenenza dei



Notiziario n. 41, pagina 1



Notiziario n. 41, pagina 2



Notiziario n. 41, pagina 7

**- Problema aperto**” – E. Bellini (NOTIZIARIO N. 43 – Ottobre 1981 – pagina 2).

Le difficoltà di rapporto con la componente universitaria si trasformano in **crisi** tra la fine del 1981 e l’inizio del 1982:

*“In occasione del rinnovo delle cariche direttive della SIC sono successi fatti di tale gravità che non possono non incidere sui rapporti tra le due Società. Il Consiglio Direttivo dell’ANMCO, dopo avere ascoltato direttamente dai Colleghi ospedalieri del Direttivo SIC i fatti accaduti, ha tratto la convinzione che*

*mediante la suddetta operazione è stato eletto alla carica di Presidente della SIC un ospedaliero con l’evidente appoggio dei soli universitari. Il Consiglio Direttivo dell’ANMCO ha ravvisato in ciò, al di fuori di ogni considerazione sulle persone coinvolte nella vicenda, una arrogante presa di posizione contro gli interessi degli ospedalieri in contrasto con lo spirito di collaborazione avviatasi da alcuni anni fra le due Associazioni e presente nello stesso statuto della SIC”* **“Le tappe della scissione”**– (NOTIZIARIO N. 44 – Aprile 1982 – pagine 2-3).

Si svolgono a:

soci A.N.M.C.O. ad altre Associazioni nazionali di cardiologia generale (A.N.C.E., S.I.C.)

2) la sospensione del congresso congiunto A.N.M.C.O./S.I.C. 1982 e successivi”.

Nel contempo l’Assemblea generale straordinaria approva **“all’unanimità** un ordine del giorno nel quale “si considera l’attuale situazione tra l’A.N.M.C.O. e la S.I.C. come la necessaria premessa per una prospettiva futura più avanzata nei rapporti tra Cardiologi Universitari e Cardiologi Ospedalieri”- **“Le tappe della scissione”**– (NOTIZIARIO N. 44 –



All'inizio degli anni 80 l'attività dell'ANMCO è rivolta ad affrontare le problematiche connesse alla formazione (Scuole di Specializzazione) e alla interazione con i Gruppi di Studio e con la SIC  
Sono gli anni dello sforzo organizzativo e della programmazione gestionale  
Nel 1983 ricorre il ventennale della fondazione dell'Associazione

Aprile 1982 – pagina 3).  
Il **Congresso 1982** si svolge al Palazzo dei Congressi di Firenze, città della quale Prati scrive: *“Io sono stato certamente il peggiore Presidente dell'ANMCO. [...] Dopo l'autocritica, si concede sempre all'autore qualche sottolineatura delle poche cose buone che ha saputo fare. Io penso di averne fatte due: la creazione della sede ufficiale a Firenze e la scelta di questa città come sede congressuale, ad anni alterni. Se Firenze ebbe tanta parte nei miei atteggiamenti presidenziali fu per innumerevoli motivi,*

*e, tra essi, importantissima, la presenza di Pier Filippo Fazzini, cui si deve la scoperta del suggestivo angolo di via S. Monaca, dove è sorta la sede cui siamo tanto affezionati”* **“Perché la scelta di Firenze”** – Pier Luigi Prati (NOTIZIARIO N. 50 – Aprile-Giugno 1983 – pagina 4).  
Nel 1983 il Congresso Nazionale (il XIV) si tiene a Bologna, città nella quale, venti anni prima (2 giugno 1963), dopo il primo incontro tenutosi a Venezia, il 25 aprile 1963, si era svolta la **prima Assemblea generale**

**costitutiva dell'ANMCO.**

*“In quegli anni la cardiologia ospedaliera muoveva timidamente i primi passi tra notevoli difficoltà e ostacoli per le forti resistenze provenienti da diverse parti, soprattutto dalla medicina generale, sia universitaria che ospedaliera, [...] I medici con qualifica di cardiologo in ospedale erano non più di una cinquantina distribuiti in 4 divisioni, 3 istituti, 20 servizi [...] Il cammino da percorrere ci sembrava, allora, ancora molto lungo e difficile né si intravedeva, a breve distanza uno sbocco positivo della situazione. Ma inaspettatamente si presenta un'occasione in campo politico sanitario nazionale [...] Infatti, nell'anno 1964 si sviluppa negli ospedali italiani una intensa azione sindacale unitaria volta ad ottenere alcuni importanti riconoscimenti sul piano normativo e su quello economico. [...] Ebbene, alle trattative in sede ministeriale, partecipa per la prima volta con le altre associazioni sindacali ospedaliere anche una rappresentanza dell'ANMCO, composta da Puddu, Feruglio e Bellini. [...] Una serie di incontri, convegni e studi effettuati dal 1966 al 1968, forniranno le basi per*

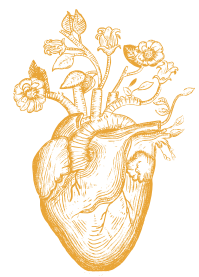


Notiziario n. 43, pagina 1



Notiziario n. 43, pagina 2

**“Determinante il contributo fornito dall'ANMCO negli ultimi dieci anni allo sviluppo della Cardiologia Italiana con la creazione di una rete di presidi cardiologici ospedalieri moderni ed efficienti”**



COME ERAVAMO

“Tenere ben saldi i collegamenti, nella convinzione che ogni attività dei Gruppi sarà tanto più efficace e più utile quanto più diverrà occasione di incontro per tutti i cardiologi”

le proposte che verranno inserite nella legge di riforma ospedaliera che sancirà definitivamente, con le leggi delegate del 1969, la presenza della cardiologia tra i servizi speciali di diagnosi e cura dell'ospedale. [...]Da quest'epoca ha inizio e si svilupperà per tutti gli anni settanta il periodo più intenso, florido ed esaltante della cardiologia ospedaliera ed anche di tutta la Cardiologia Italiana sulla scia del grande progresso tecnologico dell'epoca. [...]crediamo di poter essere giustamente orgogliosi di questi risultati, ottenuti tra notevoli, continue difficoltà, [...]con una riforma che stenta sempre più ad avviarsi e a realizzarsi [...] in questa fase delicata l'ANMCO è ancora attivamente presente a tutti i livelli fino ad elaborare un suo progetto di piano per l'assistenza cardiologica che, sulla nuova realtà sviluppatasi con la riforma, fissa i principi basilari per l'organizzazione dell'assistenza cardiologica [...] “Quanta strada in venti anni! Adesso tanti e nuovi impegni” – Testo del discorso con il quale il presidente Antonio Lotto ha inaugurato il Congresso di Bologna (NOTIZIARIO N. 51 – Luglio-Settembre 1983 – pagine 1-2).♥



Notiziario n. 44 pagina 2



Notiziario n. 44, pagina 3



Notiziario n. 50, pagina 4



Notiziario n. 51, pagina 1



3 - Continuato negli inserti

Segue da pag. 1

coordinati e incisivi. La politica dei tagli che anche il nuovo governo sembra osteso a portare avanti può forse, e non in tutti i settori dove viene attuata, assicurare un contenimento delle spese sanitarie ma non risolve certo i gravi e complessi problemi con i quali bisogna fare urgentemente i conti se non si vuole la paralisi negli ospedali e, quindi, il collasso dell'intero Servizio Sanitario Nazionale.

-Sulla poltrona dello sanità nessuno voleva sedersi. Risolveva durante la fase di formazione del governo Ciriè il Corriere Medico. E anche questa una spia rivelatrice di uno stato non solo di difficoltà ma anche di disagio che deve essere necessariamente rimossa con urgenza, con coraggio e con chiarezza. Chiarezza degli obiettivi e chiarezza degli strumenti necessari per raggiungerli. E non basta. Occorre una reale volontà politica che fino ad oggi è troppo volte mancata: lo testimonia solo per fare un esempio l'ignoranza fine dal piano sanitario nazionale scomparso in chissà quale cassetto di non si sa quale ufficio del Parlamento.

A proposito di volontà non si può sottovalutare la vicenda contrattativa. Incidia ricordare quanto sia stata complessa, laboriosa e anche drammatica la fase che ha portato alla stipula del contratto. Quello che preme adesso rilevare è che a quasi due mesi dalla pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale del decreto presidenziale in materia sono stati trovati ancora applicazioni. Non è stata infatti ancora emanata la circolare interpretativa del testo contrattuale che, soprattutto per quanto riguarda le parte economica, si presta a dubbi e interpretazioni. C'è così il timore che in questa situazione operativa possa applicarsi gli standard normativi secondo un proprio giudizio interpretativo. In questi, la materia non univoca. Avremmo dunque, in tal caso, un allungo. Possibile che a tre mesi dall'emanazione del decreto presidenziale si sia ancora in alto mare?

Ha ragione il ministro Degni: niente più perle ma fatti e allora si cominci una buona volta a farli. Anche noi, per una volta, non ripeteremo le lunghissime liturgie delle cose che non vanno nella sanità. La conosciamo benissimo i medici ospedalieri come tutti gli operatori sanitari e paramedici, la conosciamo i cittadini, le organizzazioni sindacali, le forze politiche, gli organi di stampa. Adesso è veramente il momento di rimbeccarsi le maniche. Torna ancora il Corriere Medico in riferimento al dramma di Pozzuoli: l'ospedale è diventato come una trincea. Senza nessuna novità vorremmo dire che da anni gli ospedali sono trincee che adesso rischiano seriamente di essere espugnate dal superparticellismo, dal disinteresse, dalla demagogia e dall'impotenza.

Segue da pag. 1

servizi speciali di diagnosi e cura dell'ospedale. È stata questa sicuramente la conquista più importante nel campo politico-sanitario ottenuta dalla nostra Associazione grazie all'impegno continuo ed intelligente del Dirigente dell'epoca al quale va il nostro più fervido e riconoscente ringraziamento. Da quest'epoca ha inizio e si svilupperà per tutti gli anni seguenti il periodo più intenso, florido ed esaltante della cardiologia ospedaliera ed anche di tutta la Cardiologia italiana sulla scia del grande progresso tecnologico dell'epoca. Basta ricordare le unità coronariche e i Laboratori di emodinamica e del pacemaker. L'Anmco, che è stata alla testa di questo movimento, verrà accreditato notevolmente le adesioni e la partecipazione alle molte attività culturali ed organizzative che si sviluppano in questi anni, divaricando i puri più qualificanti della nostra vita associativa, esempio a molte altre società ed associazioni mediche.

Un numero di soci di poco inferiore ai 2.000 ed un numero consistente di centri, laboratori ed istituti operanti in 120 divisioni, 270 servizi e 200 unità ospedaliere, testimoniano lo sforzo compiuto in questi anni, da parte nostra, per dotare il Paese di una rete moderna ed efficiente di presidi cardiorivitalizzatori, coniamo di poter essere giustamente orgogliosi di questi risultati, ottenuti in non brevi continue difficoltà.

Tali difficoltà persistono tuttora ed anzi si sono accentuate nell'attuale momento di crisi e di tensione di tutto il settore della sanità, con una riforma che stenta sempre più ed avanza e si realizza e che si ripercuote in modo sempre più grave sulla nostra attività cardiologica ospedaliera. In questa fase delicata l'Anmco è ancora attivamente presente a tutti i livelli fino ad elaborare un suo progetto di piano per l'assistenza cardiologica che, sulla nuova scia sviluppatasi con la riforma, fissa i principi fondamentali per l'organizzazione dell'assistenza cardiologica, intra ed extraospedaliera, indicando funzioni e strutture dei diversi presidi nei quali tuttora l'ospedale ebbe sempre un ruolo centrale e di riferimento nei diversi campi di attività, dalla diagnosi alla cura, alla riabilitazione ed alla prevenzione. Noi auspichiamo per i prossimi anni, un ospedale moderno ed efficiente inserito nella realtà in cui si trova ad operare, aperto e sensibile ai più importanti problemi sanitari e sociali ma che rimanga,

## Quanta strada in venti anni! Adesso tanti e nuovi impegni



Il Prof. Puddu mostra la targa consegnatagli dal Presidente

comunicare il vero capitolo dell'assistenza nel suo complesso. Al tema della prevenzione e dedicato il simposio con il quale si aprono i lavori scientifici di questo Congresso, a conferma dell'importanza che noi attribuiamo a questa materia nella lotta alle cardiopatie le quali, anche nel nostro Paese, rappresentano la causa principale di morbidità e di mortalità con oltre

2.000.000 di cardiopatici presenti la cui mortalità annuale supera il 30% dei casi. Crediamo fermamente nella validità delle misure di prevenzione al fine di ottenere una inversione di tendenza in questa grave situazione; ci sentiamo tuttavia in dovere di precisare che occorreranno anni di lavoro intenso e continuo prima che si possano avere i frutti di tale programma.

Nel frattempo, poiché migliaia di cittadini vengono ancora colpiti dalla malattia e rischiano di morire spesso di morte improvvisa è necessario non pensare e rapidi i successi ma mantenere intatto il nostro impegno, in campo clinico e terapeutico, senza allentare minimamente la guardia e senza smobilizzare le nostre strutture. In questo programma di piena e completa

partecipazione nel campo della prevenzione e dell'assistenza diretta e della riabilitazione, ci sentiamo come sempre fermamente impegnati e premiamo che non dobbiamo esserlo anche lo stesso componenti della Cardiologia Italiana, da quelle universitarie a quella extraspedaliera specifiche e di base, con le quali intendiamo collaborare sul piano scientifico e culturale che su quello assistenziale sempre più strettamente, ognuno con i propri compiti, ma uniti in un'unica strategia nella lotta alle cardiopatie.

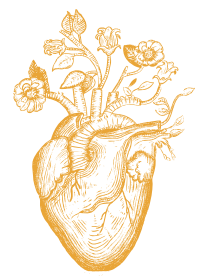
Le tappe fondamentali dello sviluppo della Cardiologia italiana hanno coinciso con alcuni importanti momenti della nostra vita associativa e senza le due strade sono state inestricabilmente legate fra loro e noi pensiamo che lo saranno anche per il futuro. Per questo, malgrado le difficoltà attuali, noi riteniamo che il futuro nostro e quello della Cardiologia italiana saranno ancora positivi soprattutto se sapremo unire le forze di tutte le componenti della Cardiologia italiana. Con questo spirito e con questo auspicio il Congresso Nazionale dell'Anmco.

# SELOKEN® FIALE

neoprolib, 10 mg/5 ml

confezione: scatola di 3 fiale da 5 ml

BRACCO ARTHA



# C'è una Cardiologia in un Ospedale...

## La Cardiologia nelle Malattie Infettive dell'Istituto "Lazzaro Spallanzani" IRCCS di Roma

**L'**Istituto Nazionale Malattie Infettive (INMI) "Lazzaro Spallanzani" di Roma viene inaugurato nel 1936 come presidio destinato alla prevenzione, diagnosi e cura delle malattie infettive ed è stato riconosciuto Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico nel 1996. Attualmente diretto dal Prof. Francesco Vaia, l'INMI è centro collaborativo dell'OMS per l'assistenza, la diagnosi, la risposta e la formazione sulle malattie infettive ad elevata contagiosità. Oltre alla struttura di assistenza clinica sono presenti unità epidemiologiche, diagnostiche e di ricerca.

La missione dell'INMI è:

- Fornire assistenza ai pazienti con malattie infettive;
- Contribuire allo sviluppo della risposta globale alle infezioni emergenti/riemergenti;
- Promuovere l'integrazione tra ricerca clinica, epidemiologica e pre-clinica con l'obiettivo di far progredire la diagnosi, la cura e la

prevenzione delle malattie infettive. L'INMI conta circa 300 posti letto di degenza ordinaria e ben 50 posti letto di terapia intensiva. Numerosi sono gli ambulatori dedicati che prendono in carico pazienti provenienti da tutta Italia e affetti da malattie infettive virali, respiratorie, epatiche e una particolare attenzione è riservata alle donne in gravidanza con malattie infettive grazie ad un ambulatorio dedicato coordinato dalla Dott.ssa Giuseppina Liuzzi. Inoltre, l'INMI al suo interno ospita anche il Polo Interaziendale dei Trapianti (POIT), connesso con l'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini di Roma che è attualmente molto attivo soprattutto per i trapianti epatici: già 24 solo da gennaio a maggio 2022. A livello nazionale ed internazionale l'INMI è stato ampiamente riconosciuto per il ruolo cardine che ha avuto nella gestione, nel contenimento e nella cura dell'infezione da SARS-CoV-2 durante la pandemia tuttora in corso. Non solo di Malattie Infettive

si occupa l'INMI, infatti, all'interno del Dipartimento Clinico e di Ricerca Clinica diretto dal Prof. Andrea Antinori, il Servizio di Cardiologia nelle Malattie Infettive coordinato dal Dott. Gianluigi Biava ha un ruolo fondamentale di prevenzione, diagnosi e cura delle malattie cardiovascolari nei pazienti afferenti all'Istituto. Il Servizio di Cardiologia nelle Malattie Infettive dell'Ospedale "Spallanzani" è attivo da oltre 20 anni e si occupa prevalentemente di cardiologia e aritmologia clinica con specifica attenzione alla prevenzione cardiovascolare in pazienti con malattie infettive quali HIV, HCV, HBV che notoriamente hanno un profilo di rischio più alto della popolazione generale. Durante la pandemia da COVID-19 il ruolo della Cardiologia è stato di grande ausilio e supporto nella gestione dei pazienti in fase acuta ricoverati o afferenti all'ambulatorio delle terapie con anticorpi monoclonali. Numerosissimi sono stati gli

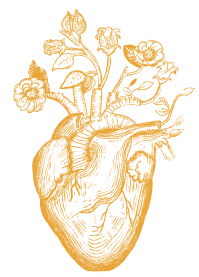


*Istituto Nazionale Malattie Infettive "Lazzaro Spallanzani" IRCCS, via portuense 292, Roma*

esami cardiovascolari diagnostici eseguiti in questi pazienti: dall'ecocardiogramma a letto all'ecocardiogramma transesofageo, alla risonanza magnetica cardiaca, all'angioTC. Le principali complicanze cardiovascolari riscontrate nei pazienti in fase acuta sono state embolia polmonare, trombosi venosa e arteriosa, sindromi coronariche acute, insufficienza cardiaca, miocarditi, pericarditi, endocarditi da concomitante infezione batterica. Nella fase post acuta, sono stati definiti i percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali dedicati ai pazienti con sindrome Long Covid e con sequele cardiovascolari post-acuzie. Al di là del COVID, l'ambulatorio di alta specialità in ecocardiografia, che

può contare su strumentazione di ultima generazione, è un centro di riferimento nella diagnosi delle endocarditi infettive e delle endocarditi su device cardiaci impiantabili. Un ulteriore ambito assistenziale e di ricerca clinica è anche lo studio cardiovascolare del paziente con cardiomiopatia cirrotica che viene eseguito per i pazienti afferenti al POIT. Il Servizio di Cardiologia nelle Malattie Infettive, già da tempo, garantisce un servizio di Teleconsulto e Telerefertazione attivo h 24 7giorni su 7. Nell'Istituto, inoltre, è presente la U.O. di Radiologia coordinata dalla Dott.ssa Stefania Ianniello che si occupa anche di imaging cardiovascolare avanzato ed il laboratorio di Cardiologia Cellulare coordinato

dal Prof. Andrea Frustaci che si dedica alla ricerca cardiovascolare di base. Infine, è attiva una stretta collaborazione con la U.O. di Cardiologia dell'Azienda Ospedaliera San Camillo di Roma diretta dal Dott. Domenico Gabrielli per la gestione di pazienti che necessitano di cardiologia interventistica o cure intensive cardiologiche. Come Socia e Fellow ANMCO considero, dunque, un piacere nonché un privilegio poter presentare la Cardiologia nelle Malattie Infettive dell'INMI Lazzaro Spallanzani a tutti i colleghi e amici dell'ANMCO, al fine di definire e auspicabilmente ampliare la nostra rete di collaborazione che ha come obiettivo principale la cura e la ricerca delle malattie cardiovascolari correlate alle malattie infettive.♥



# Giuseppe Cacciatore e la fotografia, una passione che dura una vita



**L**e foto di questo numero sono di Giuseppe Cacciatore. Romano, ha svolto l'attività di cardiologo presso il Forlanini e successivamente al San Giovanni, coniugando l'attività clinica con la ricerca soprattutto attraverso la collaborazione con l'ANMCO. Dal 2000 al 2004 è stato Co-Chairman e successivamente Chairman dell'Area Scenari Cardiaci della nostra associazione.

Cinque anni fa ha concluso la sua attività di medico ospedaliero e

attualmente svolge attività libero professionale... e fa il fotografo, un'attività ludica ma anche un impegno mentale e fisico.

**Giuseppe, ci conosciamo da tanti anni e spesso ci siamo trovati a parlare di fotografia e della sua importanza come strumento per conoscere meglio la realtà e quello che succede intorno a noi; ma un'immagine "statica" ha davvero la capacità di descrivere il mondo?**

*Sì, penso di sì. La comunicazione umana si è fondata soprattutto sulla parola, ma*

*le immagini, che hanno avuto da sempre un ruolo importante, hanno assunto un rilievo particolare con l'invenzione della fotografia e le innovazioni tecnologiche realizzate dalla sua invenzione ad oggi. Negli ultimi venti anni, in particolare, fotografie e video hanno assunto un posto decisivo nella comunicazione umana. Miliardi di immagini prodotte ogni giorno, specialmente dai telefoni cellulari, sono divulgate dai social network quasi in tempo reale. La forza dell'immagine sta nella sua immediatezza: arriva subito e suscita emozioni. Ne sono la prova quelle terribili dell'attuale conflitto in Ucraina.*  
**Quando hai cominciato a guardare il mondo da un mirino?**

*Già da bambino, forse senza la consapevolezza di quanto detto sopra; avevo quasi sempre a tutte le feste familiari e nei viaggi la macchina fotografica al collo. Poi da studente di medicina, frequentando le corsie ospedaliere, ricordo che il professore, mio tutor, mi*

**Tra l'osservazione che il medico esegue nell'esame globale di un paziente e la scelta dell'inquadratura ci sono degli elementi comuni**





**Giuseppe Cacciatore,  
cardiologo ospedaliero  
con una lunga attività  
nell'ANMCO ci parla della  
sua attività di "fotografo"  
e ci regala alcune delle  
foto che ha scattato nel  
corso degli anni**

*chiedeva di fotografare lesioni cutanee o manifestazioni macroscopiche di eventi morbosi.*

**Una volta mi dicesti che c'è un nesso tra la valutazione di un paziente e la realizzazione di una foto. Ce lo vuoi spiegare ancora una volta?**

*Sì, credo che tra l'osservazione che il medico esegue nell'esame globale di un paziente e la scelta dell'inquadratura*

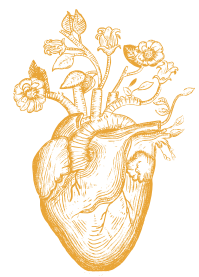
*ci siano degli elementi comuni. Nella valutazione di un paziente si deve essere acuti, si deve insistere su ogni particolare che a prima vista può sembrare insignificante. Quando si sta dietro l'obiettivo si deve studiare l'immagine, il soggetto, scattare secondo le regole della composizione, valutare la luce, poiché si scrive con la luce.*

**Qual è il genere di foto che ti piace di più?**

*Negli ultimi anni la passione per la fotografia si è coniugata sempre di più con quella per i viaggi. I miei scatti sono per lo più di paesaggio. Ma vivendo a Roma, la mia splendida città che offre spunti fotografici eccezionali, non ho sempre bisogno di andare troppo lontano. Sono molto interessato anche alla fotografia naturalistica. Ho avuto modo di fare alcuni safari fotografici: vedere animali nel loro habitat naturale, conoscere le loro regole di vita dettate dalla catena*







*di sopravvivenza è stata un'esperienza indimenticabile.*

**Il digitale offre molte possibilità di post produzione. Pensi sia un vantaggio rispetto al passato che abbiamo conosciuto?**

*Sì, penso di sì; la mia passione di fotografo non si limita allo scatto, ma tornando a casa mi dedico ad un lavoro di postproduzione, indispensabile nell'era della fotografia digitale. In fondo però lo facevamo anche anni fa, con strumenti molto diversi e ingombranti: ingranditori, bagni, viraggi, filtri per provini.*

**Che macchine usi?**

*Ho usato fino a pochi anni fa fotocamere reflex Nikon. Da un paio di anni sono*

*passato a fotocamere mirrorless sia Nikon che Sony: oltre ad un minor peso consentono un settaggio molto facile ed immediato dei parametri di scatto.*

**Grazie Giuseppe, è stato bello risentirci e riprendere il filo di discorsi che facevamo tanti anni fa.♥**

**La comunicazione umana si è fondata soprattutto sulla parola, ma le immagini hanno avuto da sempre un ruolo importante per comunicare**





CARDIOLOGI SCRITTORI

DI DOMENICO MICELI

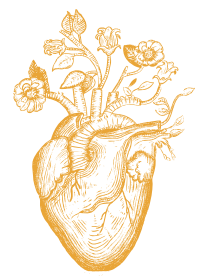


I primi esemplari di bicchiere erano degli utensili naturali, cortecce di alberi, conchiglie, sassi scavati dall'acqua

# Qualche bicchiere di troppo

Una tranquilla domenica di ottobre trascorsa a sistemare regali di nozze si conclude con un intervento medico risolutivo





**I**l bicchiere ha una doppia funzione, tecnica ed estetica. La prima esalta le caratteristiche organolettiche del suo contenuto: una bevanda servita nel bicchiere sbagliato non esprime in degustazione tutte le sue qualità. I bicchieri da vino hanno tutti lo stelo, le varie forme e dimensioni permettono ai diversi tipi di vino bianchi o rossi, giovani o invecchiati, delicati o di grande struttura, di esprimere al meglio la loro fragranza. Una domenica di fine ottobre 1977 trascorsa a sistemare bicchieri, tutti regali di nozze: due tre quattro cinque servizi da sei, addirittura anche tre da dodici, di tutte le forme, alti, bassi, con stelo, senza stelo, panciuti, magri, flute. Sposati da tre mesi, pochi giorni dopo la Specializzazione in Cardiologia, lavoretti precari, elettrocardiogrammi preoperatori in qualche clinica, molti turni in istituto universitario, gratuiti. Luisa è scocciata, quasi avvilita, troppa cristalleria, cerco di stemperare dilungandomi sulla descrizione delle varie tipologie di bicchieri, fondamentali per il corretto servizio delle bevande, aspetto che, sottolineo con aria da intenditore, viene molto spesso sottovalutato. Le flute per gli spumanti secchi, continuo a spiegare, hanno la forma allungata perché devono trattenere il più a lungo possibile le bollicine, che partendo dal fondo del bicchiere attraversano tutto il liquido, mentre la coppa per i vini spumanti dolci ha questa forma perché il vino spumante ad alto contenuto zuccherino, con molta effervescenza e intensi profumi, deve sprigionare i propri aromi per una immediata percezione olfattiva. Ma la casa è piccola, e due

scatoloni di bicchieri li abbiamo dovuti sistemare sotto il letto, e poi, alla fine, la serata è proseguita a pizza e birra, naturalmente nei bicchieri di tutti i giorni. Dopo cena un film di Hitchcock, e davanti alla tv un bicchierino di whisky ci sta, apro la consolle e provo l'ebbrezza di scegliere il più adatto. I bicchieri da whisky sono bicchieri con un design basso e largo, appositamente progettati per garantire il sapore

**Avevamo contato una sessantina di bicchieri, ma non avremmo mai immaginato cosa sarebbe accaduto da qui a qualche ora**



della bevanda, e, come avevo spiegato a Luisa, per esaltare il gusto del contenuto pur mantenendo intatte le sue caratteristiche. Il film è un classico, Psycho, ma mentre, nel pieno della vicenda, Marion sta facendo la doccia e si intravede una figura armata di coltello, suona il citofono. <<Dottò, dottò!>>, Giovanni, il portiere. Ma meglio dire tuttofare, nel condominio si rompe una serranda? Chiami Giovanni, si deve riparare un

**La peculiarità della professione medica, questa possibilità solo a noi concessa di entrare nelle stanze e nelle sfere più intime delle persone**

rubinetto? Chiami Giovanni. <<Dottò currite! Ten'affann>>. <<Chi? Dove?>>. Nella concitazione Giovanni impiega un po' di tempo per spiegarsi. Il Commendatore Imperatrice, secondo piano, sta male. Imperatrice? Boh? Chi sarà mai... Ma tant'è: un veloce check alle due borse. Sì, due: in una il Littmann, lo sfigmomanometro, lacci emostatici, ricettario nuovo di zecca in due formati, siringhe da 5,10, 20 cc, e fiale: Kombetin, da 1/8 (la strofantina non può mancare nel corredo di un cardiologo di scuola condorelliana), Lasix, Tefamin, morfina e compresse di Carvasin. Nella seconda borsa l'elettrocardiografo a batteria Cardioline Delta Plus, della Elettronica Trentina, un regalo di mio padre per la specializzazione, peso 3.5 kg, usato tre volte, prima proprio su di lui, poi mia moglie e mio suocero. Corro, sollecitato da Giovanni. Mi fanno strada verso la camera da letto, e attraversando

**Il commendatore, in pigiama di flanella, è seduto sul letto, respira affannosamente, è sudato, un viso tondo, pletorico, un sissantino, direbbe Camilleri**



il corridoio dò un'occhiata alla cucina, ancora qualche residuo di una recente cena, qualche bicchiere (!) rimasto sul tavolo. Pur nella concitazione del momento viene in mente la peculiarità della professione medica, questa possibilità solo a noi concessa di entrare nelle stanze e nelle sfere più intime delle persone, qualcosa di veramente affascinante. Il commendatore, in pigiama di flanella, è seduto sul letto, respira affannosamente, è sudato, un viso tondo, pletorico, un sissantino direbbe Camilleri, pochi capelli rossicci (tinti?), sul comodino una Settimana Enigmistica, un bicchiere d'acqua e due gialli Mondadori.

### Un cardiologo fresco di specializzazione, una casa piena di bicchieri regalo di nozze, un vicino di casa in affanno, un intervento risolutivo, l'impaccio di dover richiedere il primo onorario

Mi osserva, non capisco se con terrore o speranza, certo mi vede molto giovane. Cerco di mettere a fuoco: decubito ortopnoico, dispnea verosimilmente cardiaca, mi torna in mente l'esame di Patologia Medica: "l'edema polmonare è una insufficienza acuta del ventricolo sinistro causata da un aumento di pressione nel circolo polmonare". Mentre scaravento sul letto il contenuto della borsa e seleziono



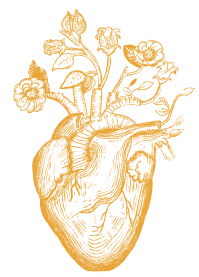
fiale tento qualche veloce domanda, soffre di pressione alta? Ha mai avuto problemi di cuore? La signora mi porge un mazzetto di fogli, vecchie ricette, Igroton Reserpina, Aminomal. Prendo intanto la pressione, Giovanni resta sulla soglia della camera da letto, in una stanza più lontana una tv ancora accesa, forse sul film di Hitchcock. È una dispnea parossistica, al torace ascolto rantoli a piccole bolle, per fortuna non la classica marea montante. La pressione è alta, anche la frequenza, perplesso se fare prima l'ecg o provvedere opto per prendere una vena e fare mezza fiala, un sedicesimo di Kombetin e una di Lasix, mentre Giovanni è in farmacia per una bombola di ossigeno. Che tempi! Oggi si sarebbe fatta una telefonata al 118, chi si azzarda più ad entrare in una casa e somministrare farmaci in vena, uno dietro l'altro. Ma intanto, dopo un pizzichino di morfina, altro sedicesimo di Kombetin, altro Lasix e ossigeno il commendatore sta meglio, respira con meno concitazione, mi guarda commosso, accenna anche ad un sorriso.

Dò disposizioni per il prosieguo, il giorno dopo, ma l'urgenza è sicuramente risolta. <<Dottore, il suo onorario...>>. Onorario? E chi ha mai chiesto un onorario? <<Signora, ma no, abito due piani sopra, ma le pare, mi fa piacere che l'urgenza sia stata risolta, la prego, aggiungo con tono accorato, non si preoccupi>>. Appare chiaro che in questo momento ho solo voglia di scappare, di fuggire da una sensazione di disagio, di essere liberato. Saluto tutti, il Commendatore per primo, poi la signora ed esco con Giovanni. Le mie azioni nel condominio, lo sento, dopo questo intervento, la mia prima visita "privata" in assoluto, subiranno un'impennata. Tempo due giorni e bussano alla porta di casa, un pacco, <<Cristallerie Imperatrice>>: due servizi di bicchieri di cristallo e una bottiglia di Veuve Clicquot. Grazie, Commendatore, alla salute!♥

*Domenico Miceli è nato a Napoli nel 1951, dove attualmente vive. Si è specializzato in Cardiologia nel 1977, ha lavorato in ospedale e tuttora come libero professionista. Segue l'ANMCO dagli anni '90, ed è stato nel comitato di coordinamento dell'Area Management e Qualità, Chairman dell'Area Nursing e Fellow dal 2003.*

*Ha una particolare predilezione per la medicina e la cardiologia divulgativa e, oltre ad avere tenuto incontri rivolti ai cittadini, ha pubblicato articoli e interventi in tema sul web. Ha sempre manifestato grande curiosità e predisposizione per l'informatica e la tecnologia in genere e passione per la lettura, con una preferenza per la narrativa classica e per la saggistica. Ama Buzzati, Camilleri, Simenon.*

*Sin da ragazzo si è cimentato nella scrittura di racconti e rime. E' attualmente componente della giuria letteraria "Fondazione Premio Napoli" Il suo primo romanzo, "Le sospensioni" è pubblicato su Amazon.*



L'ispettore Nishida ci porta alla scoperta di un Giappone fatto di luci ed ombre, dove esiste la comunità degli "evaporati", persone che abbandonano la propria vita per sfuggire a situazioni di disagio sociale e sofferenza

# Evaporare è come morire

Takeshi Nishida indaga sulla morte di un uomo facoltoso addentrandosi in territori inesplorati che portano a galla il passato oscuro e misterioso della vittima



**T**ommaso Scotti, dopo il meritato successo del suo romanzo d'esordio "L'ombrello dell'imperatore", torna a stupirci con un giallo dalla trama accattivante e di grande interesse culturale per i temi sociali trattati. L'autore vive e lavora in Giappone da diversi anni, motivo per cui riesce nell'impresa non scontata di raccontare luci ed ombre del paese del Sol Levante, luogo del quale si sa

troppo poco e quel poco è schiacciato da stereotipi e false verità; Tommaso Scotti ci mostra come in Giappone tradizione e modernità si scontrino e si sovrappongono, nascondendo e svelando al tempo stesso il fascino delle sue contraddizioni e di temi poco noti. Il protagonista, come nel primo romanzo, è l'arguto ispettore di polizia Takeshi Nishida, un mezzosangue nato e cresciuto in Giappone da padre giapponese e madre americana. In questo secondo romanzo della serie, l'autore decide di caratterizzare maggiormente il personaggio di Nishida e di farlo conoscere meglio ai suoi lettori, descrivendone alcune problematiche vissute in gioventù e raccontando il suo rapporto con la famiglia attuale, in particolare con la figlia piccola con cui vorrebbe trascorrere più tempo, ma dalla quale la ex moglie cerca di tenerlo lontano. Nishida, abituato ad utilizzare un pensiero sfaccettato e composito proprio grazie alla sua provenienza nippo-americana, è il personaggio perfetto per incarnare la duplicità di sguardo con cui l'autore osserva le dinamiche giapponesi e le differenze che intercorrono con l'Occidente, in particolare per

**Un uomo facoltoso viene trovato morto nella sua abitazione, trafitto da una spada**

**L'ispettore Takeshi Nishida, alla sua seconda indagine, andrà oltre alla facile soluzione del caso che pare accusare un unico indiziato, e scoprirà la sconvolgente verità solo ripercorrendo il passato oscuro della vittima**

ciò che concerne i rapporti e la comunicazione interpersonali. Il racconto prende il via dalla scena di un omicidio che si è consumato in una zona residenziale di Tokyo, dove Nishida si reca tempestivamente per non perdere particolari fondamentali alla risoluzione del caso. Takaji Mihara, un uomo d'affari facoltoso ormai in pensione e dal profilo socio-culturale elevato, viene trovato morto nel suo appartamento all'interno





di un grattacielo, trafitto da un colpo di spada. La ricostruzione e la spiegazione degli eventi dell'omicidio sembrano essere inizialmente semplici, dal momento che ogni indizio riconduce alla stessa persona che avrebbe avuto il movente per agire e anche l'opportunità, ma, mano a mano che il tempo passa e che il nostro ispettore indaga, iniziano ad emergere incongruenze ed elementi che mostrano agli occhi

**L'ispettore Nishida capisce che la soluzione del caso è complessa e che per risolverla dovrà addentrarsi in una regione buia popolata dagli "evaporati", persone che scompaiono volutamente senza lasciare traccia di sé**

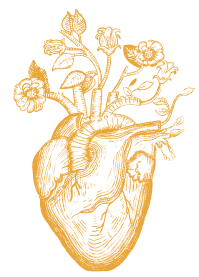
attenti di Nishida come la faccenda sia più complicata di quanto appaia, tanto più che persino le analisi del medico legale riportano alcune stranezze che sembrano contraddire il profilo della vittima. Il presunto colpevole ha dei problemi psichiatrici e, come in un delirio, ripete alla polizia di aver trovato la vittima già morta; Nishida capisce ben presto che, in effetti, la soluzione del caso è complessa e che per risolverla dovrà addentrarsi in una regione buia popolata dagli "evaporati", coloro che decidono di sparire per crearsi una nuova identità. Chi era davvero Takaji Mihara?

L'ispettore si trova di fronte all'assassinio di un uomo che sembra essere senza passato, un uomo che si è fatto da solo e che non convince chi indaga sulla scena del crimine proprio per la sua storia e per la sua ascesa sociale repentina e avulsa da un contesto di provenienza elevato. Tommaso Scotti in questo romanzo sembra utilizzare la trama del giallo come un pretesto per parlare di tematiche e lati oscuri del Giappone contemporaneo poco conosciuti in Occidente e lo fa con uno sguardo lucido sulle stranezze di un mondo fatto anche di sottili crepe che si insinuano in un'aurea di perfezione proverbiale. L'attenzione e le ricerche dell'autore ricadono in particolare sull'inquietante fenomeno dei cosiddetti "evaporati", poco noto in Italia, ma molto sentito in Giappone e che diviene anche il punto d'avvio della trama. Gli "evaporati", ottantamila all'anno circa, sono persone che spariscono nel nulla, facendo perdere ogni traccia di sé per rifarsi un'esistenza e decidono di farlo affidandosi a società clandestine che li aiutino a "scompare" per ricominciare altrove una nuova vita spesso a causa della perdita del lavoro o di situazioni familiari violente e problematiche. Il fenomeno degli evaporati, che raccoglie un gran numero di persone scomparse, si è verificato in Giappone soprattutto dopo lo scoppio della bolla economica alla fine degli anni '80 e negli anni '90, periodo in cui i debiti hanno strozzato parte della società; la scelta di evaporare rispecchia un atteggiamento tipico indotto nelle persone da una società che non ammette la vergogna e la sconfitta, e che spesso proprio per

**Chi era davvero Takaji Mihara? L'ispettore Nishida si trova di fronte all'assassinio di un uomo che sembra essere apparentemente senza passato**

le dinamiche lavorative stressanti porta molte persone ad abbandonare la propria condotta di vita. Sarà proprio seguendo la scia fumosa di queste persone che Nishida cercherà di risolvere il mistero del caso di Mihara, scavando all'interno di un Giappone inedito e sconvolgente per le sue ambiguità. L'autore utilizza due registri stilistici con cui alterna la descrizione dell'indagine a scene liriche e toccanti restituendoci una soluzione del caso molto ben strutturata nella sua logica spiazzante, e stilisticamente caratterizzata da maturità e profondità maggiori rispetto al primo episodio che aveva visto Nishida come protagonista. È un romanzo avvincente, con personaggi fatti di ombre e lati oscuri, che ci accompagna nella profondità del noir in una Tokyo non convenzionale.♥

**Takeshi Nishida indaga per scoprire come si è svolto l'assassinio di Takaji Mihara, e accompagna il lettore attraverso alcuni temi sociali e culturali sul Giappone contemporaneo di grande interesse**

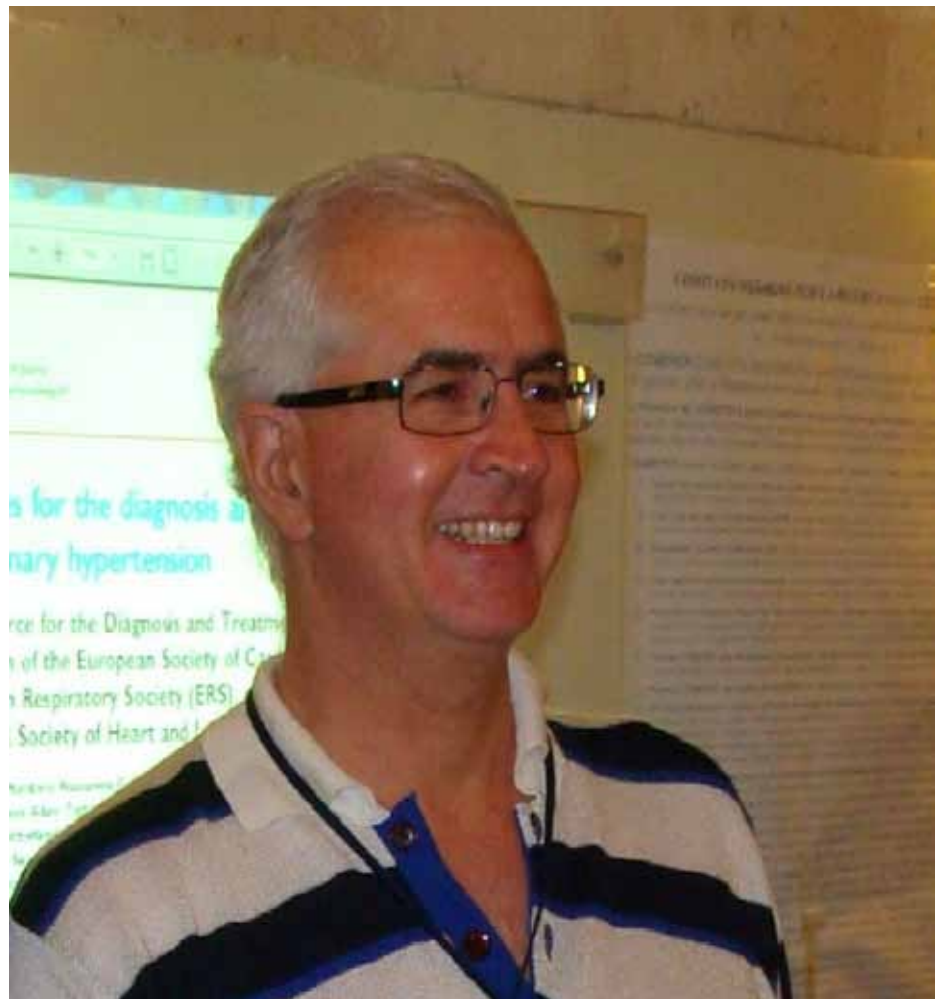


# In memoria di Ermanno Angelini

**I**l Dottor Ermanno Angelini è venuto a mancare all'età di 66 anni il 16 aprile 2022. Era malato da tempo ed aveva esaurito la voglia di lottare. Nella nostra ANMCO era conosciuto da molti per la sua partecipazione attiva nella vita associativa (è stato Consigliere Regionale in Puglia) e negli incontri scientifici, specie nel settore della Ecocardiografia dove aveva approfondito le sue conoscenze. Si era laureato a Pavia frequentando la Cardiologia del Policlinico San Matteo, specializzato in cardiologia a Napoli. Subito dopo aveva frequentato da borsista, la Cardiologia del Centro Medico di Veruno Fondazione Maugeri diretta dal Prof. Tavazzi ed in particolare il Laboratorio di Ecocardiografia con il compianto Dott. Pantaleo Giannuzzi. Finito il periodo formativo a Veruno è ritornato in Puglia e per oltre venti anni ha lavorato presso la Cardiologia del P.O. Perrino di Brindisi diretta dal sottoscritto. Era un Cardiologo curioso, gli piaceva approfondire qualsiasi argomento (non solo di cardiologia) e questo contribuiva a dilatare enormemente il suo orario di presenza. Dopo la prima diagnosi di neoplasia al cervello e dopo il ciclo di terapia è tornato nel suo Laboratorio di Ecocardiografia dando un contributo importante specie nella formazione dei più giovani. Da circa due anni era in pensione; ma

continuava a fornire la sua esperienza di Cardiologo e di Ecocardiografista presso l'Ambulatorio Cardiologico dell'Associazione di Volontariato Brindisi Cuore, di cui era vice presidente. Il suo impegno nel volontariato è stato costante. Lascia la moglie e tre figli. Era molto orgoglioso del loro percorso

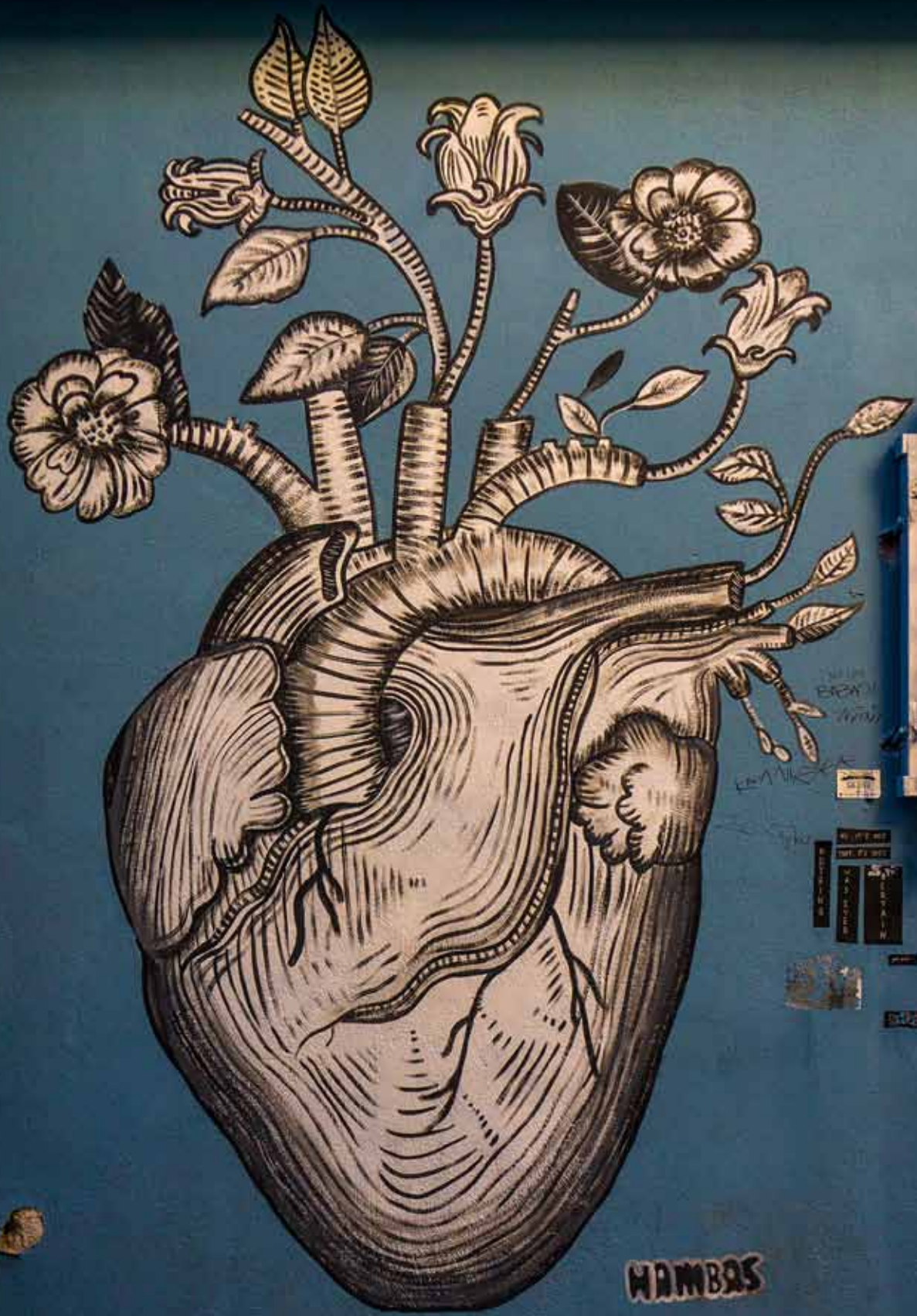
formativo e professionale. Tutti noi, medici e infermieri della Cardiologia del Perrino di Brindisi, lo ricorderemo sempre come un Cardiologo ospedaliero innamorato del suo lavoro, sempre disponibile e amico dei pazienti. Grazie, Ermanno, per quello che ci hai dato.♥





# FELLOW ANMCO 2022

Nome	Ospedale	Reparto	Città	Prov.
<b>Stefano Aquilani</b>	P.O. SAN FILIPPO NERI ASL ROMA 1	CARDIOLOGIA CLINICA E RIABILITATIVA	ROMA	RM
<b>Maria Giulia Bolognesi</b>	OSPEDALE CIVILE "GUGLIELMO DA SALICETO"	U.O. CARDIOLOGIA	PIACENZA	PC
<b>Noemi Bruno</b>	OSPEDALE SAN CAMILLO	U.O.C. CARDIOLOGIA	ROMA	RM
<b>Grazia Casavecchia</b>	OSPEDALI RIUNITI	S.C. DI CARDIOLOGIA UNIVERSITARIA-UTIC	FOGGIA	FG
<b>Arturo Cesaro</b>	AZIENDA OSPEDALIERA S. ANNA E S. SEBASTIANO	CARDIOLOGIA CLINICA UNIVERSITARIA - UTIC	CASERTA	CE
<b>Alberto D'alleva</b>	OSPEDALE CIVILE DELLO SPIRITO SANTO	CARDIOLOGIA CON UTIC	PESCARA	PE
<b>Jacopo Del Meglio</b>	NUOVO OSPEDALE VERSILIA	S.C. CARDIOLOGIA	LIDO DI CAMAIORE	LU
<b>Massimo Di Marco</b>	OSPEDALE CIVILE DELLO SPIRITO SANTO	CARDIOLOGIA CON UTIC	PESCARA	PE
<b>Francesco Fattirolli</b>	AOU CAREGGI	RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA	FIRENZE	FI
<b>Lara Frediani</b>	OSPEDALI RIUNITI	U.O.C. CARDIOLOGIA E UTIC	LIVORNO	LI
<b>Fabrizio Guarracini</b>	OSPEDALE SANTA CHIARA	DIVISIONE DI CARDIOLOGIA	TRENTO	TN
<b>Alessio Gaetano La Manna</b>	POLICLINICO CATANIA PRESIDIO SAN MARCO	CARDIOLOGIA UTIC	CATANIA	CT
<b>Loira Leoni</b>	AZIENDA OSPEDALE UNIVERSITÀ PADOVA	CLINICA CARDIOLOGICA	PADOVA	PD
<b>Bortolo Martini</b>	OSPEDALE ALTO VICENTINO	U.O.C. CARDIOLOGIA - UCIC	SANTORSO	VI
<b>Daniele Masarone</b>	AORN OSPEDALE DEI COLLI P.O. MONALDI	U.O.S.D. CARD. RIABILITATIVA INTENSIVA E SCOMPENSO	NAPOLI	NA
<b>Daniele Nassiacos</b>	PRESIDIO OSPEDALIERO DI SARONNO	U.O.C. DI CARDIOLOGIA	SARONNO	VA
<b>Emilio Maria Pasanisi</b>	OSPEDALI RIUNITI	U.O.C. CARDIOLOGIA E UTIC	LIVORNO	LI
<b>Francesco Piemonte</b>	OSPEDALE SAN GIOVANNI DI DIO	U.O. CARDIOLOGIA - UTIC	FRATTAMAGGIORE	NA
<b>Simona Pierini</b>	OSPEDALE CITTÀ DI SESTO SAN GIOVANNI	U.O.C. CARDIOLOGIA E UTIC	SESTO SAN GIOVANNI	MI
<b>Angela Potenza</b>	OSPEDALE DELLA MURGIA FABIO PERINEI	S.C. CARDIOLOGIA - UTIC	ALTAMURA	BA
<b>Alice Sacco</b>	ASST OSPEDALE METROPOLITANO NIGUARDA	CARDIOLOGIA 1 - EMODINAMICA	MILANO	MI
<b>Carlotta Sorini Dini</b>	AOU SENESE OSPEDALE S. MARIA ALLE SCOTTE	CARDIOLOGIA	SIENA	SI
<b>Antonio Terranova</b>	OSPEDALE SAN CAMILLO	U.O.C. CARDIOLOGIA	ROMA	RM
<b>Marco Zuin</b>	ARCISPEDALE SANT'ANNA	MEDICINA INTERNA UNIVERSITARIA	FERRARA	FE



MAMBAS