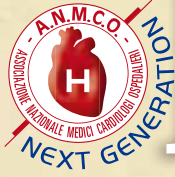


Cardiologia

negli Ospedali



NOVEMBRE / DICEMBRE 2022 N° 250

Rivista dell'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri – ANMCO





1963-2023
CELEBRATION

ANMCO LEADERSHIP



54°

Congresso Nazionale
Associazione Nazionale
Medici Cardiologi Ospedalieri

congress.anmco.it
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



Edward Hopper, Christmas Card, 1928

N. 250
novembre/dicembre 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 e Attilio Iacovoni

DAL PRESIDENTE DELLA FONDAZIONE PER IL TUO CUORE

Iniziano le prime attività p.6
di Domenico Gabrielli a nome del
Consiglio di Amministrazione della
Fondazione per il Tuo cuore



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

Seconda Conferenza Nazionale p.14
 del CLUB delle UTIC ANMCO
di Serafina Valente, Furio Colivicchi
e il Gruppo di Coordinamento del Club
delle UTIC ANMCO

DAL SITO WEB

Sulla rotta del nuovo Sito WEB p.18
 ANMCO: avviso ai naviganti
di Giuseppina Maura Francese,
Fortunato Scotto di Uccio, Cesare Baldi,
Gavino Casu, Manlio Cipriani,
Stefania Angela Di Fusco, Franco Giada,
Nadia Ingianni, Fabiana Lucà,
Letizia Riva, Francesca Simonelli,
Simonetta Ricci, Luana Di Fabrizio



Calendario Eventi

[Leggi di più](#)

DALLE AREE

AREA CRONICITÀ CARDIOLOGICA

A metà del guado p.23
di Maurizio Giuseppe Abrignani, Pier
Luigi Temporelli, Giulio Binaghi, Arturo
Cesaro, Francesco Ciccirillo, Alessandro
Maloberti, Chiara Cappelletto, Giovanni
De Luca, Vincenzo Lo Priore, Antonio
Terranova a nome dell'Area Cronicità
Cardiologica



AREA MALATTIE DEL CIRCOLO POLMONARE

“L'essenziale è invisibile agli occhi” p.25

Rendiamo visibile il tromboembolismo venoso!

di Iolanda Enea e Claudio Picariello a nome dell'Area Malattie del Circolo Polmonare



AREA MALATTIE RARE

L'Intelligenza Artificiale p.31

in medicina e la sua applicazione nel campo dell'amiloidosi cardiaca

di Giuseppe Limongelli, Giuseppe Palmiero, Federica Verrillo e Cristina Chimenti a nome dell'Area Malattie Rare

AREA SCOMPENSO CARDIACO

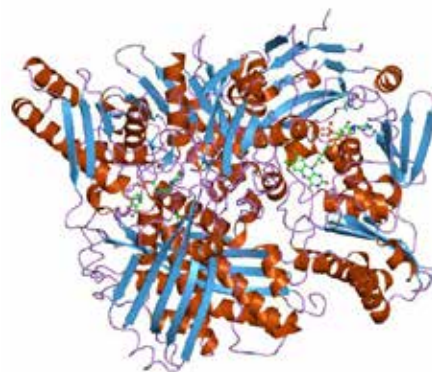
ADVOR TRIAL p.35

di Mauro Gori, Luisa De Gennaro, Samuela Carigi, Renata De Maria, Piero Gentile, Giuseppe Leonardi, Francesco Orso, Maria Denitza Tinti, Marco Marini

DALLE REGIONI ABRUZZO

Inibizione della xantina ossidasi e prevenzione cardiovascolare p.42

di Massimo Di Marco, Enrico Occhiuzzi, Daniele Fortani, Roberta Magnano, Laura Pezzi, Piergiusto Vitulli, Alberto D'Allea, Elvira Verrengia, Giovambattista Desideri, Leonardo Paloscia



BASILICATA

Endocardite infettiva post TAVI p.45

di Marco Fabio Costantino, Gianpaolo D'Addeo e Francesca Cortese

TOSCANA

Stato di salute dell'ANMCO Toscana p.47

di Leonardo Misuraca a nome del Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Toscana



VENETO

La I Convention degli p.50

Ambulatori Scompenso ANMCO

Veneto 2022: l'esperimento è riuscito *di Daniela Mancuso e Claudio Bilato*



CONVERSANDO CON LE LEGGENDE

Intervista alla Professoressa p.54

Catherine Otto: una guida riconosciuta a livello mondiale nell'imaging cardiovascolare

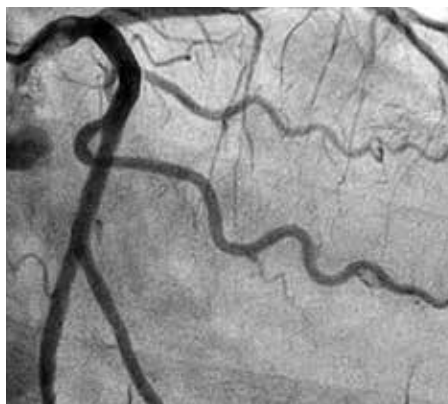
di Stefania Angela Di Fusco





LETTO... E COMMENTATO. ECHI DALLA LETTERATURA INTERNAZIONALE

REVIVED BCIS2 p.57
Angioplastica nella disfunzione ventricolare sinistra ischemica di *Leonardo Misuraca*



COME ERAVAMO

Nelle pagine di "Cardiologia negli Ospedali" la memoria storica dell'ANMCO
Parte quinta: 1991-1993 di *Sergio Pede*

CARDIOLOGI SCRITTORI

Introduzione p.68
di *Giuseppe Di Tano*
Crimini e malattie: p.69
metodo clinico e metodo investigativo poliziesco a confronto di *Claudio Rapezzi*



LETTI PER VOI

La partita più importante di *Beatrice Balduzzo* p.74
"Il mio cuore elettrico" p.76
scritto da Massimo Santini e Luca Santini
di *Maria Chiara Gatto*
IN MEMORIA DI...
Ricordando Giuseppe Pajes p.78
di *Furio Colivicchi*



Un ricordo per un insostituibile amico e collega: Claudio Rapezzi di *Roberto Ferrari* p.79





Editoriale

Quale miglior augurio di buon 2023 se non quello di chiudere il 2022 con un numero denso di progetti e di idee per il prossimo anno ed è proprio il nostro caro Presidente della Fondazione per il Tuo cuore Domenico Gabrielli che apre le prime pagine della rivista aggiornandoci sulle numerose iniziative sociali e culturali della Fondazione, annunciando anche il nuovo Responsabile del Settore Operativo Educazionale, Pasquale Caldarola, a cui facciamo in nostri vivissimi auguri e complimenti. Sono numerosissime le iniziative della Fondazione, di particolare spicco è stata sicuramente l'attività "Cuore ed armonia", svoltasi nello splendore di Palazzo Altieri a Roma in cui il Comitato Scientifico è riuscito a promuovere le iniziative di ANMCO e della Fondazione a larghi strati del mondo civile in presenza di ospiti illustri. Di interesse l'articolo di Serafina Valente che annuncia la seconda Conferenza Nazionale del Club delle UTIC ANMCO che si terrà il 10 - 11 febbraio 2023 a Firenze in un bellissimo luogo il Teatro del Maggio Musicale fiorentino. Dopo il successo della prima edizione a cui hanno partecipato attivamente 620 cardiologi italiani, nella seconda sono già iscritti oltre 1.000 cardiologi; appuntamento imperdibile che è già diventato un "cult" della cardiologia italiana. Maura Francese con i collaboratori del nuovo Sito Web ANMCO, a cui

facciamo in nostri complimenti per il loro continuo impegno ed entusiasmo, ci hanno aggiornato sugli straordinari progressi del sito, ben 61.454 utenti hanno visitato il sito di cui 60.194 sono nuovi utenti con 7,95 visualizzazioni in media per utente. I consueti articoli di aggiornamento sulle attività delle Aree sono ricchi di novità. L'articolo "A metà del guado" dell'Area Cronicità Cardiologica fa il sunto sulle iniziative dell'Area, che solo a metà del suo percorso ha già prodotto un numero considerevole di documenti ed iniziative, dimostrando molto entusiasmo ed un importante spirito di collaborazione, sono infatti numerose le iniziative progettate con le altre Aree. L'Area Malattie del Circolo Polmonare ci svela l'interessante iniziativa proposta, che con il motto "L'essenziale è invisibile agli occhi", ha promosso, insieme a Fondazione per il Tuo cuore, la Giornata Mondiale di Prevenzione del TEV svoltasi il 13 ottobre con la partecipazione di ben 27 strutture distribuite sul territorio nazionale. Una iniziativa veramente utile mirata allo screening e al counseling gratuito del TEV una patologia che ha purtroppo una prevalenza ancora significativa. Davanti a malattie rare non si può che chiedere aiuto alla tecnologia avanzata ed ecco la brillante messa a punto dell'Area Malattia Rare su questo argomento. Diversi studi hanno infatti dimostrato come

l'intelligenza artificiale applicata alla diagnostica di malattie rare come l'amiloidosi cardiaca possa migliorare la sua diagnosi precoce. Il deep learning utilizzato dalla intelligenza artificiale benché molto attrattivo non è privo di limitazione come ben ricordato e puntualizzato nell'articolo. La prolifica Area Scompensio Cardiaco ci educa sempre sui numerosi studi che continuamente vengono pubblicati su questo argomento. Questa volta ci viene presentato lo studio ADVOR Trial tra le principali novità del Congresso ESC 2022. Un dimenticato diuretico, l'acetazolamide, in aggiunta al diuretico dell'ansa, ha ridotto il grado di congestione in tre giorni nei pazienti affetti da scompenso cardiaco acuto congestizio, dimostrando come il precoce blocco sequenziale del nefrone si confermi una strategia decongestionante efficace. La Regione Abruzzo coordinata da Massimo Di Marco ci ricorda come l'inibizione della xantina ossidasi non sia solo un farmaco per la cura dell'iperuricemia, ma si associ ad una riduzione di eventi cardiaci, cerebrali e renali in alcuni pazienti ad alto rischio cardiovascolare. Marco Fabio Costantino dalla Regione Basilicata affronta un tema spinoso molto attuale, l'endocardite infettiva post TAVI, ricordandoci come questa complicanza benché rara, abbia una elevata mortalità ospedaliera (36-64%) soprattutto in presenza di diagnosi



Edward Hopper, Christmas Card, 1928

tardiva. Dalla Regione Toscana avanzamenti grazie all'incremento dei nuovi iscritti di giovane età che hanno portato innovazione ed entusiasmo. Daniela Mancuso e Claudio Bilato ci riportano il successo della prima Convention degli Ambulatori Scompenso del Veneto mirata a creare una rete per l'insufficienza cardiaca in una regione molto attiva e piena di centri all'avanguardia. Non si può non parlare a fine anno di leggende della cardiologia ed ecco la stimolante intervista di Stefania Di Fusco alla Professoressa Catherine Otto autrice di numerosi libri, sui quali molti di noi hanno studiato l'ecocardiografia. Altro articolo attualissimo è il commento allo studio REVIVED BCIS2 riguardo l'angioplastica nella disfunzione ventricolare sinistra ischemica

di Leonardo Misuraca, che ci dimostra come la terapia medica se ottimizzata riesca a ridurre in modo significativo la mortalità anche nei pazienti con cardiomiopatia ischemica. Non si ha futuro senza memoria storica e Sergio Pede ci ricorda i 30 anni della nostra Associazione in un articolo che dimostra come la collaborazione tra ANMCO e SIC sia essenziale per la crescita professionale e culturale di entrambe le Società. Come non regalare un libro a Natale! Approfittiamo così per ringraziare Beatrice Balduzzo per i bei libri che continua a proporci nella rubrica. Anche questa volta ci suggerisce un riflessivo libro utile per finire il 2022 con saggezza. Avvicinandoci al Capodanno Maria Chiara Gatto ci presenta l'esplosivo libro di Massimo e Luca Santini "Il

mio Cuore elettrico" distribuito gratuitamente e disponibile anche in versione ebook. L'ultima sessione della rivista è dedicata alla memoria di due cari colleghi recentemente scomparsi, Giuseppe Pajes, ricordato dal Presidente Fulvio Colivicchi, e Claudio Rapezzi. Giuseppe di Tano ricorda Claudio Rapezzi ripubblicando un suo articolo storico "Crimini e malattie: metodo clinico e metodo investigativo poliziesco a confronto" articolo da leggere e rileggere con periodicità e Roberto Ferrari con l'affettuoso dolore di un amico, lo ricorda con una serie di aneddoti scritti da persone che lo hanno conosciuto e gli sono affezionate, come tutti noi che lo avremmo ascoltato per ore raccontarci di cardiologia e non solo. Buone Feste a tutti Voi.♥



DAL PRESIDENTE DELLA FONDAZIONE PER IL TUO CUORE

DI DOMENICO GABRIELLI

A NOME DEL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE DELLA FONDAZIONE PER IL TUO CUORE



Iniziano le prime attività

Cari Colleague e Colleghi, cari Tutti, “Cardiologie Aperte”, una delle pietre miliari della Fondazione sarà anche per il 2023 proposta con le modalità del 2022, sperando poi di poter tornare alla manifestazione in presenza nel prossimo futuro, siamo in piena fase di organizzazione per la settimana dal 12 al 19 febbraio 2023. La collaborazione con American Heart Association si sta sostanziando, sia nel settore della ricerca che delle iniziative per i laici, mediante la firma di un accordo a tre che vede impegnati sia noi che ANMCO, ovviamente. Fra le iniziative a favore della popolazione sta per partire la collaborazione con il Rotary, relativa al progetto The Tube, progetto sperimentale del distretto 2090 del Rotary, grazie alla collaborazione con il Governatore Dott. Paolo Signore, peraltro nostro Socio. Il progetto prevede ascolto e counselling per le famiglie con adolescenti difficili che noi implementeremo con counselling di prevenzione cardiovascolare e soprattutto con informazioni sugli effetti delle sostanze di abuso sulla salute cardiovascolare; è stato preparato un canovaccio, grazie all’impegno dell’Area Cronicità Cardiologica ANMCO guidata da Maurizio Abrignani, e in particolare all’entusiasmo del Dott. Francesco Ciccirillo, formato da una intervista guidata e da un set di diapositive che modificate potranno essere utilizzate anche nelle Scuole, grazie alla collaborazione con il Ministero,

se ritenuto di interesse. Stiamo inoltre portando avanti ipotesi di collaborazione con la Comunità di Sant’Egidio sia a livello italiano che internazionale, progetti su cui vi aggiorneremo. Sono altresì in via di progettazione iniziative di cooperazione internazionale che speriamo di portare avanti con il Ministero degli Esteri e con il Rotary International e la stessa comunità di Sant’Egidio ed eventualmente anche con altri stakeholder, se interessati. A breve sigleremo il protocollo d’intesa con l’Arma dei Carabinieri, di concerto con ANMCO nella persona del Presidente Furio Colivicchi, per attività di counselling e formazione a loro favore; l’idea è di allargare, qualora via sia interesse, alle altre Forze di Polizia, in particolare la Polizia di Stato, ma vi sapremo dire in merito a breve. Banca del Cuore/

Il tempo del cuore.

CARDIOLOGIE APERTE 2023

CAMPAGNA NAZIONALE PER IL TUO CUORE
PER LA PREVENZIONE DELLE MALATTIE CARDIOVASCOLARI

Dal 12 al 19 febbraio torna la diciassettesima edizione di **CARDIOLOGIE APERTE**, la Campagna Nazionale per la Prevenzione di Malattie Cardiovascolari!

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

Per prendere visione delle molteplici iniziative realizzate dalle singole cardiologie aderenti all’iniziativa, visitare il sito www.periltuocuore.it.

Hai domande sul tuo cuore o problemi cardiovascolari? **CHAMA ORA IL NUMERO VERDE della Fondazione per il Tuo cuore!**

800 05 22 33 Negli orari: 10:00 - 15:00 / 14:00 - 16:00

PER MAGGIORI INFORMAZIONI Inquadra il codice o visita il sito www.periltuocuore.it

#accogliamolticuore #cardiologieaperte

Truck Tour, che è una delle iniziative di punta della Fondazione, sarà ovviamente proseguita con impegno e impiego delle necessarie risorse, Michele Gulizia è garanzia di successo. A breve dovremmo avere il Calendario

Il 5xMille moltiplica il Tuo cuore

UNA FIRMA PER IL TUO CUORE E PER TUTTI I CUORI, PICCOLI E GRANDI

SOSTIENI LA RICERCA SULLE MALATTIE CARDIOVASCOLARI

Dona il 5xMille alla Fondazione per il Tuo cuore - HCF Onlus:

indica il codice fiscale 94070130482 nella dichiarazione dei redditi.

Non ti costa nulla e fa del bene a tanti cuori, grandi e piccoli.

I ♥ 5xMille
codice fiscale 94070130482



lavorando per aggiornare il Sito, per cui a breve avremo delle novità in merito, abbiamo deciso di affiancarla con altri giovani cardiologi per avere una task force dedicata, inoltre abbiamo chiesto alle Aree ANMCO di fornire dei nominativi di Cardiologi da impegnare nelle attività via web della Fondazione. Vi informo che nel Consiglio di Amministrazione della Fondazione del 25 novembre 2022 il Dott. Pasquale Caldarola è stato nominato Responsabile del Settore Operativo Educazionale. Una delle maggiori linee di attività è stato già annunciato che sarà quella di provare a incrementare la quota di raccolta fondi e a questo proposito invito tutti ad attivarsi fin d'ora per allocare a favore della nostra Fondazione il 5 per mille proprio e dei propri cari; si percorreranno anche altre strade per la raccolta fondi, sempre cercando

di privilegiare il mondo al di fuori della Cardiologia per non competere nella ricerca di risorse con ANMCO. Il 13 ottobre abbiamo partecipato, su impulso dell'Area Malattie del Circolo Polmonare ANMCO, alla Giornata Mondiale del Tromboembolismo Venoso, con attività che hanno viste coinvolte numerose Cardiologie, che ringraziamo per l'impegno profuso e con una campagna mediatica molto penetrante. Desideriamo anche comunicare, con un certo orgoglio, che abbiamo dato inizio alla attività "Cuore e armonia": in data 18 novembre nello splendore di Palazzo Altieri a Roma, grazie all'impegno ed entusiasmo del nostro Consigliere laico Cavaliere del Lavoro Giampietro Nattino e del Gruppo Bancario Banca Finnat, che presiede insieme a Furio Colivicchi a nome di ANMCO, abbiamo tenuto

di impegni per il 2023; siamo anche fiduciosi di poter analizzare e pubblicare al più presto i dati di questa importante e unica banca dati. Nell'ottica della particolare attenzione al nostro Centro Studi, che è il fiore all'occhiello del mondo ANMCO e che è guidato con competenza e dedizione da Aldo Maggioni, oltre l'impegno di dare impulso alla acquisizione di nuovi Studi, internazionali e non, per proseguire sulla strada che ha portato negli anni a pubblicazioni con Impact Factor degno di produzioni universitarie; abbiamo stabilito, insieme al Presidente ANMCO, Furio Colivicchi, in qualità anche di Delegato per la Ricerca, di utilizzare riserve di risorse economiche per gli Studi ANMCO orfani, ritenuti di importanza strategica, a tal fine abbiamo previsto un impegno significativo per poter iniziare la fase regolatoria di Bring - Up Prevention e Bring - Up HF, come previsto nel Piano della Ricerca in vigenza. Stefania Angela di Fusco sta

REGIONE	OSPEDALE	STURTTURA	INDIRIZZO	CAP	CITTA	PROV	DIRETTORE
ABRUZZO	OSPEDALE CIVILE DELLO SPIRITO SANTO	CARDIOLOGIA CON UTIC	Via Fonte Romana, 8	65124	PESCARA	PE	Dott. LEONARDO PALOSCIA
CALABRIA	OSPEDALE SANTA MARIA DEGLI UNGHERESI	UOC CARDIOLOGIA-UTIC	Via Montegrappa	89024	POLISTRENA	RC	Dott. VINCENZO AMODEO
CAMPANIA	AZIENDA OSPEDALIERA S. ANNA E S. SEBASTIANO	UOC MEDICINA E CHIRURGIA D'URGENZA	Via Palasciano, 1	81100	CASERTA	CE	Dott. DIEGO PATERNOSTO
CAMPANIA	FONDAZIONE PASCALE	S.C. CARDIOLOGIA	Via Mariano Semmola	80131	NAPOLI	NA	Prof. NICOLA MAUREA
CAMPANIA	PRESIDIO OSPEDALIERO LUIGI CURTO	UO CARDIOLOGIA-UTIC	Via Luigi Curto	84035	POLLA	SA	Dott. SILVIO SAPONARA
EMILIA ROMAGNA	ARCISPEDALE SANT'ANNA	U.O. CARDIOLOGIA - UTIC	Viale Aldo Moro 8, Cona	44124	FERRARA	FE	Prof. GABRIELE GUARDIGLI
EMILIA ROMAGNA	OSPEDALE BELLARIA	U.O. DI CARDIOLOGIA	Via Altura, 3	40139	BOLOGNA	BO	Dott. STEFANO URBINATI
EMILIA ROMAGNA	OSPEDALE SANTA MARIA BIANCA	U.O. DI CARDIOLOGIA	Via Fogazzaro, 1	41037	MIRANDOLA	MO	Dott. CARLO RATTI
LAZIO	INMI LAZZARO SPALLANZANI	SERVIZIO DI CARDIOLOGIA	Via Portuense 292	00149	ROMA	RM	Dott. GIANLUIGI BIAVA
LAZIO	OSPEDALE SANT'ANDREA DI ROMA	U.O.C. CARDIOLOGIA	Via di Grottarossa, 1035	00189	ROMA	RM	Prof. MASSIMO VOLPE
LAZIO	OSPEDALE SAN CAMILLO	UOC CARDIOLOGIA	Circonvallazione Gianicolense, 87	00152	ROMA	RM	Dott. DOMENICO GABRIELLI
LAZIO	AO SAN GIOVANNI ADDOLORATA	UOC CARDIOLOGIA D'URGENZA E UTIC	Via Amba Aradam, 8	00184	ROMA	RM	Prof. FRANCESCO PRATI
LOMBARDIA	ISTITUTO OSPED. FONDAZIONE POLIAMBULANZA	UNITA OPERATIVA DI CARDIOLOGIA	Via Bissolati, 57	25124	BRESCIA	BS	Dott. CLAUDIO CUCCIA
LOMBARDIA	OSPEDALI TREVIGLIO-CARAVAGGIO	CARDIOLOGIA	Piazza Ospedale, 1	24047	TREVIGLIO	BG	Dott. FILIPPO OTTANI
LOMBARDIA	PRESIDIO OSPEDALIERO DI PASSIRANA	UO CARDIOLOGIA RIABILITATIVA	Via Settembrini, 1	20017	RHO - FRAZIONE PASSIRANA	MI	Prof. GIUSEPPE DE ANGELIS
MARCHE	POLIAMBULATORIO DI CIVITANOVA MARCHE	CARDIOLOGIA TERRITORIALE	Via Abruzzo	62012	CIVITANOVA MARCHE	MC	Dott. LUIGI NINONÀ
PIEMONTE	AZIENDA OSPEDALIERA SANTA CROCE E CARLE	SC CARDIOLOGIA	Via Michele Coppino, 26	12100	CUNEO	CN	Dott.ssa ROBERTA ROSSINI
PIEMONTE	OSPEDALE SS. TRINITÀ	S.C. DI CARDIOLOGIA	Via Zoppis, 10	28021	BORGOMANERO	NO	Dott. PIERFRANCO DELLAVESA
PUGLIA	ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II	UOSD CARDIOLOGIA DI INTERESSE ONCOLOGICO	Viale Orazio Flacco, 65	70124	BARI	BA	Dott. STEFANO OLIVA
PUGLIA	OSPEDALE MIULLI	U.O.C. CARDIOLOGIA - UTIC	S. P. Acquaviva delle Fonti - Santeramo	70021	ACQUAVIVA DELLE FONTI	BA	Dott. MASSIMO GRIMALDI
PUGLIA	SAN FRANCESCO HOSPITAL	U.O.C. CARDIOLOGIA	Viale Degli Aviatori, 128	71122	FOGGIA	FG	Dott. ALDO RUSO
TOSCANA	OSPEDALE VILLAMARINA	CARDIOLOGIA E UTIC	Via Forlanini, 24	57025	PIOMBINO	LI	Dott.ssa LARA FREDIANI
SICILIA	OSP ABELE AJELLO	U.O.C. CARDIOLOGIA CON UTIC	Via Salemi, 125	91026	MAZARA DEL VALLO	TP	Dott. MICHELE GABRIELE
SICILIA	OSPEDALE E. MUSCATELLO	U.O. DI CARDIOLOGIA - UTIC	Contrada Granatello	96011	AUGUSTA	SR	Dott. GIOVANNI LICCIARDELLO
SICILIA	OSPEDALE GIOVANNI PAOLO II	U.O.C. CARDIOLOGIA-UTIC	Contrada Cisternazzi	97100	RAGUSA	RG	Dott. ANTONINO NICOSIA
SICILIA	POLICLINICO CATANIA PRESIDIO SAN MARCO	CARDIOLOGIA UTIC	Viale Carlo Azeglio Ciampi	95100	CATANIA	CT	Dott. ALESSIO GAETANO LA MANNA





il primo incontro, alternandoci nelle presentazioni anche con il Prof. Francesco Musumeci, componente del nostro Comitato Scientifico, con l'idea di lanciare un format che vogliamo esportare anche in altre sedi e rendere magari un appuntamento fisso nel calendario annuale. La sala era affollata di un uditorio qualificato che annoverava fra gli altri il Dott. Gianni Letta, sua Eccellenza il Prefetto Stefano Gambacurta e tanti altri ospiti eccellenti, oltre ovviamente al nostro Consiglio di Amministrazione al completo; la serata ha riscosso un grande successo ed è stata condotta con la consueta professionalità e signorilità dalla Dott.ssa Barbara Capponi della RAI. Al termine abbiamo goduto delle performance della Soprano Cinzia Forte e del pianista Antonello Maio, professionisti di assoluto livello del mondo della lirica. Questa iniziativa ha avuto il senso di promuovere le attività di ANMCO e Fondazione e la cultura della prevenzione nella popolazione, provando ad appassionare al mondo cardiovascolare larghi strati del mondo civile. Stiamo inoltre provando, come vi avevo anticipato, a identificare delle Ambasciatrici e Ambasciatori della Fondazione e valutando ulteriori opportunità. Dopo questo excursus su alcune delle attività della Fondazione nel senso della continuità, ma con pensiero rivolto alla ulteriore evoluzione, che avremo modo di approfondire nelle prossime comunicazioni, vi saluto cordialmente anche a nome del CDA della Fondazione. ♥



Studi in corso (DATI AGGIORNATI AL 21/11/2022)

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 (luglio 2023)	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
EMPA-KIDNEY In collaborazione con oxford University EMPA-KIDNEY – on treatment Phase	19 (229)	500 (6.000)	246 (6.669)	Event driven	Chiuso
EMPA Kidney – Post Trial Follow-up Phase	17 (229)	NA	246 (6.669)	2 anni	In corso

Studi conclusi (DATI AGGIORNATI AL 21/11/2022)

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
BLITZ-AF CANCER (osservazionale)	77 (112)	800 (1.500)	960 (1.515)	1 anno (settembre 2022)	Arruolamento chiuso Follow-up chiuso

■ FIBRILLAZIONE ATRIALE ■ PREVENZIONE ■ OUTLIERS ■ SCOMPENSO ■ INSUFFICIENZA RENALE CRONICA

FOCUS ON

Censimento delle Strutture Cardiologiche Anno 2022 (8° Censimento)

Gruppo di Lavoro: Furio Colivicchi (Presidente ANMCO), Alessandro Navazio (Coordinatore), Giancarlo Casolo, Alessandra Chinaglia, Leonardo De Luca, Giuseppe Di Pasquale, Michele Massimo Gulizia, Gerolamo Sibilio, Donata Lucci (Project Manager).

A distanza di 7 anni dall'ultima edizione, l'ANMCO ha deciso di effettuare un nuovo Censimento delle Strutture Cardiologiche che è passato alla sua fase operativa il 3 ottobre u.s.

Il Censimento si propone di aggiornare la distribuzione territoriale delle Strutture Cardiologiche nazionali ospedaliere, universitarie e private dotate di posti letto accreditati per l'attività cardiologica. In aggiunta a questi dati il Censimento si propone di acquisire nuove informazioni sulle Unità Operative di Cardiologia italiane riguardo allo stato normativo,

l'assetto organizzativo e le attività svolte; verrà inoltre fatto un focus specifico sul possibile ridimensionamento di attività e funzioni che può aver determinato la recente pandemia COVID-19.

Per la prima volta il Censimento verrà effettuato in collaborazione con l'ISTAT. Questa importante opportunità consentirà di contestualizzare la realtà organizzativa cardiologica italiana nell'ambito di informazioni generali relative alla salute cardiovascolare del nostro paese e di effettuare analisi più approfondite dei bisogni assistenziali presenti e futuri.

Il Censimento ci consentirà di delineare la realtà attuale della Cardiologia nazionale e di valutarne l'evoluzione e lo sviluppo rispetto ai precedenti rilevamenti. Costituirà inoltre una banca dati sulla realtà cardiologica del nostro Paese, aggiornabile periodicamente e a disposizione per tutte le esigenze di valutazione e/o di programmazione relative all'area cardiovascolare sia in ambito nazionale che di singola regione. È evidente che questi obiettivi si

realizzeranno soltanto se il Censimento sarà completo sia nell'accuratezza e completezza della compilazione dei questionari predisposti su web, sia nella diffusa partecipazione delle Strutture Cardiologiche. Diversamente, le informazioni acquisite saranno di limitata validità e pertanto difficilmente utilizzabili per interagire con amministratori e programmatori sanitari.

I dati raccolti saranno elaborati e diffusi in maniera aggregata (nazionale, area geografica, regioni), mentre non verranno mai divulgate le informazioni relative ad una singola Struttura Cardiologica.

Tutti i Direttori/Responsabili delle Cardiologie nazionali hanno ricevuto via mail l'invito a compilare su web il questionario del Censimento 2022. Al 21 novembre ha risposto il 77% delle Cardiologie. Invitiamo chi non avesse ancora provveduto alla compilazione del questionario a farlo al più presto!

Per qualsiasi chiarimento o ulteriore informazione potete contattare il Centro Studi ANMCO (censimento@anmco.it, Tel 055 5101355)



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



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



CONSIGLIERE

COSIMO NAPOLETANO

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



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



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



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



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



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



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 SERAFINA VALENTE, FURIO COLIVICCHI
E IL GRUPPO DI COORDINAMENTO DEL CLUB DELLE UTIC ANMCO



Il convegno è rivolto alla community di cardiologi intensivisti e di area critica, i massimi esperti del settore affronteranno i temi caldi della cardiologia intensiva e di area critica

Seconda Conferenza Nazionale del CLUB delle UTIC ANMCO

Il 10 e 11 febbraio del 2023, a Firenze, in una location magica: il Teatro del Maggio Musicale Fiorentino, si terrà la Seconda Conferenza Nazionale del CLUB delle UTIC ANMCO, convegno dedicato ai cardiologi e a tutti gli specialisti ed i professionisti delle aree critiche ospedaliere

Dopo il successo della prima Conferenza Nazionale del CLUB delle UTIC ANMCO, che si è tenuta presso il palazzo dei Congressi di Firenze lo scorso 8 e 9 luglio, siamo in fase di arrivo con la preparazione della seconda edizione. Il convegno è previsto per il 10 e 11

febbraio del 2023, a Firenze, in una location magica: il Teatro del Maggio Musicale Fiorentino.

Alla prima Conferenza Nazionale del CLUB delle UTIC ANMCO hanno partecipato 620 cardiologi italiani, nella maggioranza giovani, interessati agli argomenti della cardiologia dell'area critica e impegnati a migliorare le loro competenze. Nel corso delle due giornate congressuali si sono susseguite, con ritmo serrato, 23 relazioni e 8 flash lecture, intervallati da momenti di discussione, che hanno visto una partecipazione attiva della platea. Si è spaziato dagli aspetti più controversi delle sindromi coronariche acute e dello scompenso cardiaco acuto, a focus su embolia polmonare e sullo storm aritmico con un taglio molto pragmatico e adattato alle necessità quotidiane del cardiologo di area critica. Si sono poi affrontate alcune tematiche più strettamente intensive come la ventilazione, il trattamento della congestione, l'antibioticoterapia

nel paziente critico, addentrandosi nei meccanismi fisiopatologici ma senza mai perdere il contatto con la pratica clinica quotidiana.

Il programma della seconda edizione è stato redatto pensando ai giovani ma anche a quei professionisti che sono già impegnati a lavorare nelle UTIC Italiane o nell'area critica e che partecipano, tutti i giorni, alla graduale trasformazione della cardiologia intensiva e di area critica da protagonisti. Ad oggi sono oltre 1000 gli iscritti al club delle UTIC e con loro stiamo portando avanti il progetto di crescita dell'area critica con eventi formativi che comprendono i webinar, appuntamenti mensili molto seguiti, le rassegne del decalogo delle UTIC che stanno per essere pubblicate sul Giornale Italiano di Cardiologia, i tutorial e recentemente due Survey. Inoltre è molto costruttivo il legame di collaborazione e di scambi formativi che si stanno realizzando con le Aree ANMCO.



10-11 FEBBRAIO 2023
TEATRO DEL MAGGIO, FIRENZE

2^a CONFERENZA NAZIONALE DEL CLUB DELLE UTIC ANMCO

PROGRAMMA ANMCO DI CARDIOLOGIA DELL'AREA CRITICA

MAIN TOPICS

Sindromi Coronariche Acute

Scompenso Cardiaco

Shock

Embolia Polmonare

Fibrillazione Atriale

Aterotrombosi

Comorbidità Cardiopolmonari

Malattie Infettive in Area Critica

Percorsi Clinici in Emergenza e Urgenza Cardiovascolare

Prevenzione Cardiovascolare Secondaria

10-11 FEBBRAIO 2023
TEATRO DEL MAGGIO, FIRENZE



SEGRETERIA SCIENTIFICA E PROVIDER ECM ANMCO

ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI
CARDIOLOGI OSPEDALIERI
Via A. La Marmora, 36 - 50121 Firenze
Tel. 055 5101365 - Fax 055 5101350
e-mail: segreteria@anmco.it
web: www.anmco.it

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

SUMMEET

SUMMEET Srl
Via Paolo Maspero, 5 - 21100 Varese
Tel. 0332 231416 - Fax 0332 317748
www.summeet.it - info@summeet.it
Provider ECM n° 604



La mission del Club delle UTIC ANMCO è quella di costituire un network di cardiologi, omogeneo per formazione e obiettivi, che interagiscono attivamente sui problemi inerenti la loro attività quotidiana e aspirano a ridisegnare insieme la cardiologia intensiva e di area critica degli ospedali italiani

Come si può vedere dal programma il 10 e 11 febbraio saranno due giornate molto intense dove i maggiori esperti del settore si confronteranno con i presenti su argomenti inerenti la cardiologia intensiva e di area critica. Molto spazio sarà dato alla discussione e

allo scambio di pareri e conoscenze. Sarebbe molto bello ritrovarsi tutti gli iscritti del Club delle UTIC a discutere sulle tematiche di maggior interesse e a programmare insieme il futuro delle nostre UTIC.

La mission del Club delle UTIC ANMCO è quella di costituire

un network di cardiologi italiani, omogeneo per formazione e obiettivi, che interagiscono attivamente sui problemi inerenti la loro attività quotidiana e aspirano a ridisegnare insieme la cardiologia intensiva e di area critica degli ospedali italiani.♥

Il programma della seconda edizione è stato redatto pensando ai giovani ma anche a quei professionisti che sono già impegnati a lavorare nelle UTIC Italiane o nell'area critica

La Seconda Conferenza nazionale del Club delle UTIC si terrà il 10 e 11 febbraio del 2023, a Firenze, in una location magica: il Teatro del Maggio Musicale Fiorentino





UTIC CLUB | ANMCO

CRITICAL CARE COMMUNITY

BOARD SCIENTIFICO

Presidente ANMCO ▶



Furio Colivicchi
(Roma)

◀ Coordinatore



Serafina Valente
(Siena)

Comitato esecutivo e di segreteria tecnico-scientifica



Gaetano Maria De Ferrari
(Torino)



Alberto Genovesi Ebert
(Livorno)



Giovanna Geraci
(Palermo)



Maddalena Lettino
(Monza)



Roberta Rossini
(Cuneo)



Alice Sacco
(Milano)



Fortunato Scotto di Uccio
(Napoli)



Carlotta Sorini Dini
(Siena)



Emanuele Tizzani
(Rivoli)



Paolo Trambaiolo
(Roma)



Sulla rotta del nuovo Sito WEB ANMCO: avviso ai naviganti

Nel numero primaverile di “Cardiologia negli Ospedali” (N. 246, marzo - aprile 2022) abbiamo annunciato il “reload” del Sito Web ANMCO, fortemente voluto per dare una nuova veste ad uno dei principali mezzi di comunicazione dell’Associazione ma soprattutto una nuova anima, più tecnologica. Abbiamo invitato gli utenti del sito a esprimere le proprie impressioni tramite una survey finalizzata a ricevere un feedback sul risultato ottenuto, perché alla fine il sito è per voi, per i Soci, per chi in vario modo entra a far parte del mondo ANMCO. Adesso, a qualche mese di distanza, con i primi significativi dati alla mano, possiamo iniziare a valutare se siamo sulla “giusta rotta”. È stato necessario un intenso lavoro di squadra, squadra tutt’ora in campo, ma il volume di traffico del sito e la risposta nel complesso positiva sono una valida

ricompensa. Quello che salta agli occhi (Figura 1) sono il numero di utenti e le visualizzazioni di pagina considerando che il sito ha non molti mesi di vita e che diverse sezioni, lo ricordiamo, sono riservate ai soli Soci ANMCO. Valutando invece le visualizzazioni delle macro aree del sito (L’Associazione, Contenuti Scientifici, Formazione, Pubblicazioni) possiamo dire ad oggi che la sezione Formazione è la più visitata (Figura 2). Il traffico è per lo più da ricerca organica (Figura 3) e i gli utenti si dividono equamente tra affezionati del pc (sicuramente molto gettonato per seguire le numerose sessioni streaming e on demand) e gli affezionati dello smartphone (Figura 4). Adesso l’obiettivo è mantenere questa rotta contribuendo all’aggiornamento costante dei contenuti associativi,

formativi e scientifici del sito, ma anche concretizzando iniziative nuove che rispondano alle attuali esigenze del cardiologo e siano uno stimolo all’approfondimento crediamo e al confronto. In questo senso crediamo siano stati particolarmente efficaci, ad esempio, i Webinar (<https://www.anmco.it/pages/formazione/webinar/i-webinar-anmco>) a cura delle Aree ANMCO, che ringraziamo, uno strumento agile di approfondimento che in prima battuta è stato lasciato aperto a tutti. Abbiamo inoltre realizzato un Calendario Eventi unico (<https://www.anmco.it/pages/formazione/calendario-eventi/tutti-gli-eventi>) dell’offerta formativa ANMCO e dei principali congressi nazionali ed internazionali di Cardiologia in modo che chiunque a colpo d’occhio possa sapere cosa riserva il prossimo futuro. Se pensate di esservi persi qualcosa date un’occhiata alle News, aggiornate con le ultime novità dal sito. Terminiamo assicurandovi che stiamo lavorando per voi con incontri settimanali (i “lunedì del sito” potremmo chiamarli) per avere il polso della situazione e realizzare sempre nuove iniziative ma, come sempre, restiamo in ascolto per qualunque vostra idea. Concludiamo con gli auguri per le festività natalizie, ormai alle porte, e per le prossime news vi diamo appuntamento al nuovo anno.♥



Calendario Eventi

Leggi di più



I Webinar ANMCO

Leggi di più



Utenti e visualizzazioni

- 61.454 utenti
- 60.194 nuovi utenti
- 13.683 utenti di ritorno
- 488.403 visualizzazioni di pagina
- 7,95 visualizzazioni in media per utente

Pagine (titolo)	Pagine (percorso)	Visualizzazioni	Utenti	Visualizzazioni per utente
ANMCO - Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri	/soci_online/soci_online	95.545	11.768	8,12
ANMCO - Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri	/home	79.095	33.478	2,36
ANMCO - Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri	/	29.132	16.383	1,78
ANMCO - Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri	/censimento/censimento	22.979	808	28,44
ANMCO - Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri	/login	20.711	11.558	1,79
ANMCO - Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri	/pages/formazione	15.512	6.348	2,44
ANMCO - Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri	/pages/formazione/ congresso-nazionale/visita- il-portale	11.799	7.412	1,59
ANMCO - Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri	/pages/pubblicazioni	8.333	3.865	2,16
ANMCO - Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri	/pages/contenuti-scientifici	8.113	4.045	2,01
ANMCO - Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri	/pages/l-associazione	7.147	3.834	1,86



Figura 1

Utenti e visualizzazioni – Macro aree

Macro area	Visualizzazioni	Utenti	Visualizzazioni per utente
L'Associazione	40.713	10.320	3,95
Pubblicazioni	23.355	5.036	4,64
Formazione	71.222	18.748	3,80
Contenuti Scientifici	35.924	9.194	3,91



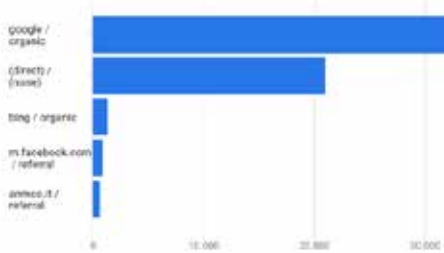
Figura 2



Acquisizione traffico

Canale	Utenti	Sessioni	Sessioni con coinvolgimento	Tasso di coinvolgimento	Sessioni con coinvolgimento per utente
Organic Search	35.279	56.653	40.911	72,21%	1,16
Direct	21.016	34.052	22.128	64,98%	1,05
Unassigned	4.286	4.915	25	0,51%	<0,01
Organic Social	2.189	2.798	1.324	47,32%	0,6
Referral	1.755	3.792	2.702	71,26%	1,54

Utenti per Sorgente/mezzi sessione



Nuovi utenti per Gruppo di canali predefinito del primo utente

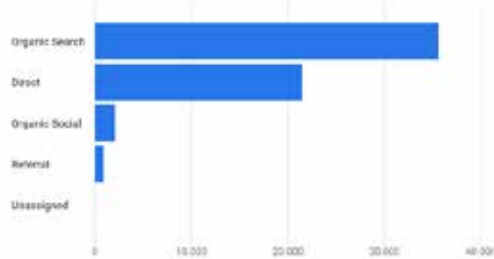


Figura 3

Panoramica della tecnologia

Sistema operativo	Utenti
Windows	20.396
iOS	18.483
Android	14.819
Macintosh	7.005
Linux	596
(not set)	101
Chrome OS	36
PalmOS	1
Windows Phone	1

Utenti per Categoria del dispositivo



Dispositivo	Utenti
web / mobile	32.197
web / desktop	28.131
web / tablet	1.186



Figura 4



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 Scottò Di Uccio (Napoli)

Comitato di Coordinamento

Marco Boccalatte (Pozzuoli, 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)

Ernal Shehaj (Crotone)

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 Conversano (BA)

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 EPIDEMIOLOGA 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 Iannopolo (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 Coccozza (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)



DI MAURIZIO GIUSEPPE ABRIGNANI, PIER LUIGI TEMPORELLI, GIULIO BINAGHI, ARTURO CESARO, FRANCESCO CICCIRILLO, ALESSANDRO MALOBERTI, CHIARA CAPPELLETTO, GIOVANNI DE LUCA, VINCENZO LO PRIORE, ANTONIO TERRANOVA A NOME DELL'AREA CRONICITÀ CARDIOLOGICA

Aderite alla nostra Area!
Abbiamo bisogno del contributo di tutti

A metà del guado

L'Area Cronicità Cardiologica continua il suo percorso

È passato ormai circa un anno dall'istituzione dell'Area Cronicità Cardiologica, nuova nata nella grande famiglia ANMCO, al cui primo Comitato di Coordinamento noi tutti siamo orgogliosi di appartenere. È tempo quindi di fare un bilancio, certamente provvisorio, di quanto realizzato e dei progetti in itinere. Nel precedente articolo abbiamo illustrato il tema dei rapporti tra sostanze di abuso e cardiopatie, una problematica orfana che abbiamo ritenuto di adottare anche in considerazione degli effetti a lungo termine delle droghe e dell'evidenza epidemiologica che il loro consumo non è più limitato ai giovani ma investe fasce di età più elevata ed anche soggetti cardiopatici. È già stata presentata al "Giornale Italiano di Cardiologia" una rassegna sui cannabinoidi ed un'altra, su diverse sostanze di abuso, è di imminente presentazione. Sono in programma altri articoli sull'anamnesi tossicologico-voluttuaria, il significato del consumo di droghe come fattore di rischio ed altro. Siamo inoltre in stretto contatto con la Fondazione per il Tuo cuore e col Presidente Domenico Gabrielli per alcune iniziative su questo tema che coinvolgono i laici, come un poster per le Scuole e per



Paul Gauguin (1848-1903) - *Il guado* (1901) Moskau, Pusckhin-Museum

le sale di attesa degli ambulatori medici, materiale divulgativo e scientifico per il sito ed altro ancora. Un evento imprevisto che potenzialmente potrebbe aggravare la futura gestione del cardiopatico cronico, già compromessa a causa del notevole invecchiamento della popolazione e dalla conseguente grande diffusione di multimorbilità e complessità sanitaria, assistenziale e socioeconomica, è rappresentato dal

long COVID. Sugli aspetti nosografici ed epidemiologici di questa condizione abbiamo già pubblicato un interessante articolo sul *GIC*. In aggiunta alle pubblicazioni già ricordate, altri progetti editoriali sono elencati nella Tabella 1.

Formazione

Abbiamo già inviato al Sito ANMCO tre slideset e stiamo realizzando diversi Corsi FAD su "Digital Health & Cardioncologia" (in collaborazione



con l'Area CardiOncologia), "Cuore e droghe" e "Consulenza cardiologica preoperatoria" (in collaborazione con Area Prevenzione Cardiovascolare) indicati nella Tabella 2. Abbiamo inoltre dato un importante contributo al Call for Ideas per il Congresso Nazionale 2023.

Ricerca

Abbiamo da poco sottoposto ad ANMCO una interessante Web Survey (in collaborazione con le Aree Prevenzione Cardiovascolare e Cardiorenale e Metabolica) sul tema dei nuovi fattori di rischio cardiovascolare; vi invitiamo tutti a partecipare quando sarà il momento. Inoltre, abbiamo intenzione di proporre un'analisi retrospettiva dei dati del Centro Studi sulle recidive ischemiche e le caratteristiche cliniche ad esse associate (in collaborazione con l'area Cardiologia Intensiva ed Interventistica).

Comunicazione

Abbiamo presentato il Poster dell'Area al Congresso Nazionale e informeremo regolarmente tutti i Soci sulle nostre attività con apposite Newsletter e con articoli sulla nostra "Cardiologia negli Ospedali".

In ultimo, un'adeguata gestione della cronicità necessita di Percorsi Diagnostico-Terapeutici-Assistenziali (condivisi e codificati per i vari stadi di patologia) e di un sistema di raccolta dei dati clinici che possa generare indicatori qualitativi di processo, esito e risultato. Per questo ci siamo prefissi di elaborare alcuni modelli/format di percorsi diagnostico-terapeutici integrati di continuità assistenziale tra ospedale e territorio, basati su follow-up clinico-strumentale di diversa intensità, per un'appropriata e rapida presa

Progetti editoriali in itinere

- **Follow-up Management of Direct Oral Anticoagulants (In collaborazione con Area Management)**
- **Multidisciplinary approach and multi-integrated follow-up of heart failure with preserved ejection fraction (In collaborazione con Area Management)**
- **Nuovi fattori di rischio: lipoproteina (a), iperuricemia, infiammazione (collaborazioni con Area Prevenzione e Cardiorenale e metabolica)**
- **Vericiguat (collaborazione con Area Scopenso)**
- **Iperpotassiemia nello scompenso cardiaco e utilizzo dei diuretici nel paziente con cronicità cardiologiche (collaborazioni con Area Scopenso e Cardiorenale e metabolica)**
- **Glifozine in pazienti ad alto rischio CV, senza una condizione di scompenso cardiaco già conclamata (collaborazione con Area Cardiorenale e metabolica)**
- **Valutazione multidisciplinare del paziente cardiologico cronico anziano (collaborazione con Area Nursing e Cardiogeriatría)**

Tabella 1

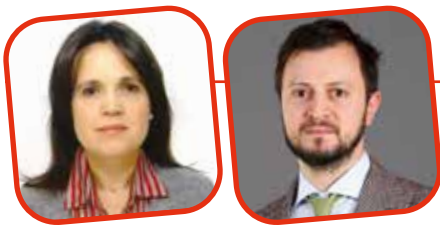
Slideset

- **Lipidi e cardiologia: target e terapie attuali (a cura di A. Maloberti)**
- **Gestione della terapia antiaggregante nella chirurgia non cardiaca nei pazienti con recente sindrome coronarica acuta e con sindromi coronariche croniche (a cura di G. Binaghi)**
- **Sindromi coronariche croniche: rivascolarizzazione o terapia medica? (a cura di M.G. Abrignani)**

Tabella 2

in carico dei pazienti dimessi per sindromi coronariche acute, embolia polmonare, fibrillazione atriale e scompenso cardiaco (in collaborazione con altre Aree ANMCO). E tanto altro ancora bolle in pentola, in particolare un articolato progetto sui rapporti tra cardiopatia ischemica ed arteriopatia periferica (in collaborazione con

le Aree Epidemiologia clinica e Prevenzione). Da tutto questo spero si possa evincere il nostro impegno e soprattutto lo spirito di piena collaborazione che caratterizza il nostro rapporto con altre Aree ANMCO. Seguiteci! E... un buon Santo Natale e un sereno e prospero Anno Nuovo a tutti Voi.♥



L'Area Malattie del Circolo Polmonare ANMCO e la Fondazione per il Tuo cuore hanno promosso in Italia una Giornata di Prevenzione del Tromboembolismo Venoso (TEV)

“L'essenziale è invisibile agli occhi” Rendiamo visibile il tromboembolismo venoso!

13 Ottobre 2022: successo nella adesione dei Soci ANMCO e delle relative Cardiologie alla Giornata Mondiale di Prevenzione Primaria del TEV



Figura 1 - Il manifesto della Giornata Mondiale di prevenzione del TEV

A De Saint Exupery nel “Piccolo Principe” fa dire alla volpe: “Ecco il mio segreto. È molto semplice: non si vede bene che col cuore. *L'essenziale è invisibile agli occhi.* Gli uomini hanno dimenticato questa verità. Tu diventi responsabile per sempre di quello che hai addomesticato. Tu sei responsabile della tua rosa.” L’invito è stabilire legami profondi basati sull’autenticità. Una persona diventa unica se gli dai un valore speciale e si diventa responsabili per quella persona. Le azioni determinano un legame intenso in quanto più concrete e durature delle parole e i “riti” contribuiscono a creare una relazione solida. In qualità di **“ex” ed attuale Chairperson non possiamo nascondere l’orgoglio di “rendere visibile” il fenomeno**

tromboembolismo venoso (TEV) creando una relazione profonda tra i Cardiologi italiani, l’opinione pubblica e questa frequente patologia. Questo è reso possibile da azioni succedutesi nel tempo: in primis la partnership della Fondazione per il Tuo cuore ANMCO con l’International Society of Thrombosis and Haemostasis (ISTH); quindi la collaborazione dell’Area Malattie del Circolo Polmonare ANMCO con Fondazione per il Tuo cuore già durante la presidenza del Prof. Michele Massimo Gulizia e quindi proseguita con l’attuale presidenza del Prof. Domenico Gabrielli: a entrambi il nostro grazie incondizionato. Infine, la sinergia tra l’impegno dell’Area Malattie del Circolo Polmonare ANMCO di “rendere visibile” il TEV e la



Figura 2 - l'Opuscolo sul TEV della Fondazione per il Tuo cuore

mission della Fondazione per il Tuo cuore ANMCO cioè “la crescita di una consapevole prevenzione delle malattie cardiovascolari” si è coniugata con la campagna ISTH “World Thrombosis Day” determinando la nascita di un “rito annuale” per gli associati ANMCO cioè la Giornata di prevenzione mondiale del TEV (Figura 1) in occasione del 13 ottobre, data simbolica in cui nacque Robert Virchow, uno dei maestri della fisiopatologia del TEV. La ISTH ha istituito la Campagna “World Thrombosis Day” nel 2014 per

diffondere la consapevolezza di cause, fattori di rischio, sintomi, segni della trombosi nel mondo, promuoverne la prevenzione e ridurre la mortalità. Il progetto conta circa 3.000 partner in 123 paesi. In Italia vi sono 30 partner tra cui la Fondazione per il Tuo cuore ANMCO. L'impegno comune è condurre campagne per sostenere i sistemi di cura, fare diagnosi precoce e terapia adeguata, promuovere stili di vita sani per la prevenzione. Il meccanismo trombotico è la prima causa di morte cardiovascolare nel mondo occidentale. Almeno 1 paziente su 4 sperimenterà nella vita un evento trombotico: infarto, ictus, trombosi venosa profonda, embolia polmonare o trombosi arteriosa periferica. Tra le malattie trombotiche, si ha minore consapevolezza del TEV per il quale è opportuno approfondire maggiori risorse rimanendo l'embolia polmonare la terza causa di morte cardiovascolare dopo IMA e stroke. Si stima che negli Stati Uniti vi siano circa 900.000 casi/anno di TEV con una mortalità prevista dell'11%; il 33% sperimenterà una recidiva di TEV o svilupperà una sindrome post trombotica, o in minor misura svilupperà ipertensione polmonare cronica post-embolica. **Consapevoli di tale gap nella conoscenza, l'Area Malattie del Circolo Polmonare insieme a Fondazione per il Tuo cuore ANMCO hanno deciso di promuovere la giornata mondiale di prevenzione del TEV.** Si tratta del coronamento di un percorso intrapreso dall'Area già da alcuni anni verso la “prevenzione consapevole del TEV” in termini di formazione dei colleghi, ricerca di settore, divulgazione. Ho avuto

Ben 27 strutture ospedaliere in Italia hanno aderito alla campagna “World Thrombosis Day” della International Society of Thrombosis and Haemostasis (ISTH) promossa in Italia dall'Area Malattie del Circolo Polmonare ANMCO grazie al supporto di Fondazione per il Tuo cuore, volta a sensibilizzare la popolazione generale sul tromboembolismo venoso

l'onore di guidare l'Area nel biennio 2015-2016 e già allora avanzammo l'idea di affrontare tromboembolismo arterioso e venoso nell'ambito della prevenzione cardiovascolare globale, successivamente, Chairperson Loris Roncon prima e, in seguito, Marco Vatrano, Presidente della Fondazione per il Tuo cuore Michele Massimo Gulizia si è concretizzata la progettualità dell'opuscolo su “tromboembolismo venoso: trombosi venosa profonda ed embolia polmonare” per la biblioteca della salute, distribuito in occasione dell'appena trascorsa giornata di prevenzione (Figura 2). Dopo la prima giornata di adesione nel 2019, ed il successivo stop forzato causa COVID nel 2020 e 2021, la seconda, lo scorso 13 ottobre, ha visto la



Figura 3 - Counseling presso l'ambulatorio per patologie trombotiche a Caserta (Dott.ssa Iolanda Enea)

partecipazione di ben 27 strutture distribuite sul territorio nazionale (Tabella 1). Nel corso di questi anni l'interesse verso il TEV è cresciuto, tuttavia persiste un'importante mancanza di consapevolezza sulla

patologia da parte della popolazione. Quella del 13 ottobre è stata senza dubbio una esperienza esaltante: a Caserta presso l'ambulatorio per le patologie trombotiche e lo screening delle patologie del circolo

polmonare che coordino, la giornata si è articolata nel counseling e nello screening precoce di TEV. Nelle poche ore a disposizione, ho avuto modo di parlare di prevenzione primaria a pazienti oncologici, a ragazze con familiarità per TEV in previsione di gravidanza, a donne in menopausa, a uomini obesi, fumatori (Figura 3). Altrettanto successo di pubblico e partecipazione hanno avuto le iniziative intraprese presso l'Ospedale Sant'Andrea di Roma dalla Dott.ssa Antonella Romaniello (Figure 4 e 5) e presso l'Ospedale Santa Croce e Carle di Cuneo dalla Dott.ssa Francesca Giordana (Figura 6). Il Dott. Claudio Picariello e il Prof. Domenico Gabrielli hanno rilasciato interviste a testate locali e nazionali per mandare messaggi chiari ai cittadini sul TEV, riproposti sul web in



Figura 4 - Foto dell'evento organizzato presso l'Ospedale Sant'Andrea di Roma



Figura 5 - Un momento dell'incontro tra la popolazione e la Dott.ssa Romaniello dell'Area Malattie Circolo Polmonare (Ospedale S'Andrea di Roma)

forma di campagna social con hashtag come #emboliapolmonare (Figura 7). Grande è stata la gioia nel vedere il favore nell'accoglienza dell'opuscolo della Fondazione, il feedback ci ha lasciati soddisfatti, convinti che questo tipo di manifestazioni

abbia una valenza certa nella prevenzione primaria del TEV. In questo biennio l'Area Malattie del Circolo Polmonare sta promuovendo brillantemente la cultura della conoscenza e della prevenzione del TEV: l'obiettivo per gli anni a venire

L'ISTH ha istituito la campagna "World Thrombosis Day" nel 2014 per diffondere la consapevolezza di cause, fattori di rischio, sintomi, segni della tromboembolia polmonare nel mondo, promuoverne la prevenzione e ridurre la mortalità

è di implementare la giornata di prevenzione mondiale rendendola una giornata di "Cardiologie aperte per il TEV" ancora più estesa, dedicata allo screening e al counseling gratuiti impegnandosi in questo con la Fondazione per il Tuo cuore. Spazio ulteriore potrebbe esser dato alla medicina narrativa, con il coinvolgimento dei pazienti mediante casi clinici emblematici, da diffondere sui social come messaggi "chiave". **L'obiettivo è la prevenzione cardiovascolare globale arteriosa e venosa per la riduzione del burden trombotico totale. Rendere visibile il TEV è il primo passo!♥**

La partecipazione alla Giornata Mondiale di Prevenzione del TEV è un primo passo per colmare il "gap di conoscenza" del TEV per una "prevenzione consapevole" nella popolazione generale



Figura 6 - Foto dell'evento organizzato presso l'Ospedale Santa Croce e Carle di Cuneo (Dott.ssa Francesca Giordana)

L'Obiettivo dell'Area Malattie del Circolo Polmonare è stato quello di implementare la Giornata di Prevenzione Mondiale del TEV rendendola una giornata di "Cardiologie aperte per il TEV" dedicata allo screening e al counseling gratuiti, grazie all'impegno ed al supporto di Fondazione per il Tuo cuore

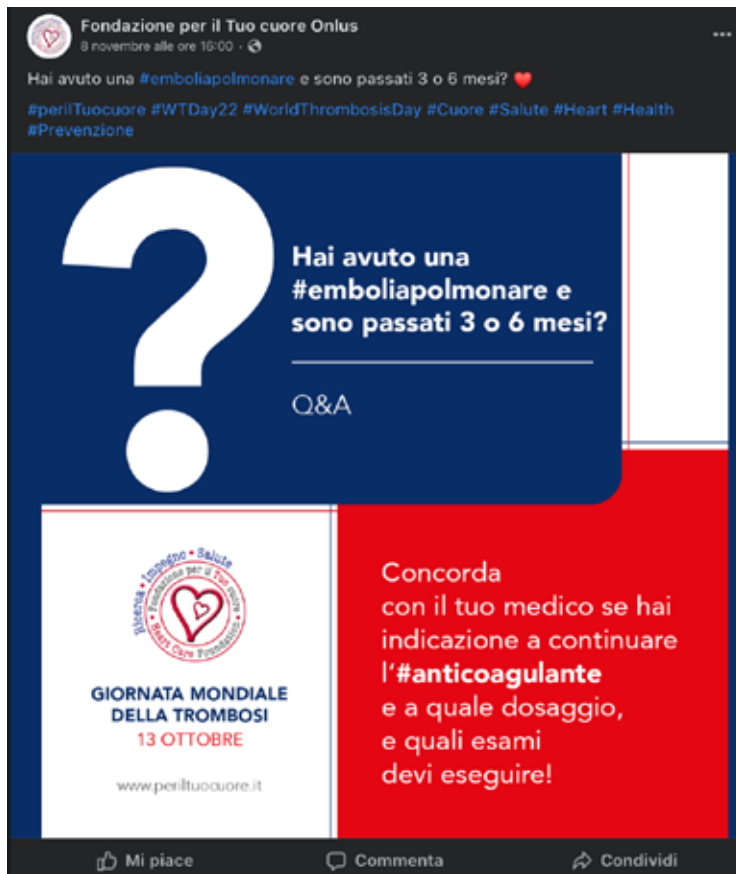


Figura 7 - Campagna social promossa da Fondazione per il Tuo cuore con slogan redatti dall'Area Malattie Circolo Polmonare



ABRUZZO	PESCARA:	Ospedale Civile dello Spirito Santo, Primario dott. L. Paloscia
CALABRIA	POLISTENA:	Ospedale Santa Maria degli Ungheresi, Primario dott. V. Amodeo
CAMPANIA	CASERTA:	Azienda Ospedaliera S. Anna e S. Sebastiano, Primario dott. D. Paternosto
	NAPOLI:	Ospedale Fondazione Pascale, Primario dott. N. Maurea
	POLLA (SA):	Ospedale presidio ospedaliero L. Curto, Primario dott. S. Saponara"
EMILIA ROMAGNA	BOLOGNA:	Ospedale Bellaria, Primario dott. S. Urbinati
	FERRARA:	Arcispedale S. Anna, Primario Prof. G. Guardigli
	MIRANDOLA (MO):	Ospedale S. Maria Bianca, Primario dott. C. Ratti"
LAZIO	ROMA:	Ospedale S. Camillo, Primario dott. D. Gabrielli; Ospedale S. Giovanni Addolorata, Primario Prof. F. Prati; Ospedale S. Andrea di Roma, Primario Prof. M. Volpe, Ospedale INMI Lazzaro Spallanzani, Primario dott. G Blava
LOMBARDIA	BRESCIA:	Istituto Ospedaliero Fondazione Poliambulanza, Primario dott. C. Cuccia
	RHO FRAZIONE PASSIRANA (MI):	Presidio Ospedaliero di Passirana, Primario dott. G. De Angelis
	TREVIGLIO (BG):	Ospedale Treviglio Caravaggio, Primario dott. F. Ottani"
MARCHE	CIVITANOVA MARCHE:	Ospedale Poliambulatorio di Civitanova Marche, Primario dott. L. Ninonà
PIEMONTE	CUNEO:	Azienda Ospedaliera S. Croce e Carle, Primario dott.ssa R. Rossini
	BORGOMANERO:	Ospedale SS Trinità, Primario dott. P. Dellavesa"
PUGLIA	ACQUA VIVA DELLE FONTI:	Ospedale Miulli, Primario dott. M. Grimaldi
	BARI:	Istituto Tumori Giovanni Paolo II , Primario dott. S. Oliva
	FOGGIA:	Ospedale S. Francesco hospital, Primario dott. A. Russo"
TOSCANA	PIOMBINO:	Ospedale Villa Marina, Primario dott.ssa L. Frediani
SICILIA	CATANIA:	Policlinico Presidio S. Marco, Primario dott. A.G. La Manna
	RAGUSA:	Ospedale Giovanni paolo II, Primario dott. A Nicosia
	AUGUSTA (SR):	Ospedale E. Muscatello, Primario dott. G. Licciardello
	MAZARA DEL VALLO (TP):	Ospedale Abele Ajello, Primario dott. M. Gabriele"
VENETO	MOTTA DI LIVENZA (TV):	Ospedale riabilitativo di alta specializzazione, Primario dott. F. Antonini Canterin"

Tabella 1: Centri che hanno aderito alla Giornata Mondiale di prevenzione TEV



Cardiologia e Futuro

L'Intelligenza Artificiale in medicina e la sua applicazione nel campo dell'amiloidosi cardiaca

L'Intelligenza Artificiale come ausilio alla pratica clinica nell'Amiloidosi Cardiaca

L'Intelligenza Artificiale (IA) è la disciplina che studia la capacità dei sistemi informatici di simulare l'intelligenza umana, supportando la stessa in compiti complessi. Lo sviluppo tecnologico delle ultime decadi ha consentito l'applicazione dell'IA in numerosi campi, ivi compreso quello medico. Nelle branche mediche l'IA può essere uno strumento in grado di integrare l'abilità dei clinici al fine di migliorarne la performance nella pratica clinica, specie in ambiti complessi. L'IA ha dimostrato, ad esempio, di poter favorire la diagnosi eziologica di malattia, con tutto ciò che ne consegue in termini di miglioramento dell'iter preventivo e diagnostico del paziente.

Le difficoltà diagnostiche delle malattie complesse

La diagnosi eziologica di malattie complesse e a bassa prevalenza quali le cardiomiopatie è spesso resa difficile dalla necessità di

mettere insieme dati di diversa provenienza (clinici, laboratoristici e strumentali), spesso scarsi o poco specifici, raccolti in tempi diversi e valutati con un processo di iterativo necessario per il sorgere del sospetto diagnostico. L'IA può supportare il clinico in questo processo al fine di favorire il riconoscimento di una specifica patologia nell'ambito di una popolazione in studio a partire dall'identificazione e dalla connessione di quei segni e sintomi che rimandano ad essa (red flags diagnostiche). Il risultato finale è in genere espresso in modo classificatorio (es. presenza/assenza di malattia) o probabilistico (es. probabilità che un certo sottogruppo presenti la malattia). La amiloidosi cardiaca rappresenta, in tal senso, un esempio paradigmatico delle difficoltà diagnostiche che si possono incontrare qualora occorra individuarla in una data popolazione di studio. Tuttavia, essa può essere

L'Intelligenza Artificiale, disciplina che studia la capacità dei sistemi informatici di simulare l'intelligenza umana, ha un enorme potenziale nella creazione di algoritmi finalizzati alla diagnosi di molteplici patologie, tra cui tra cui l'Amiloidosi Cardiaca. L'articolo ha lo scopo di illustrare gli attuali vantaggi e svantaggi del suo impiego nella pratica clinica



al contempo anche un esempio dell'utilità dell'impiego dell'IA in questo campo. Per lungo tempo considerata rara, complessa e sostanzialmente intrattabile, negli ultimi anni le novità in ambito di diagnosi e trattamento hanno invece profondamente modificato la percezione della amiloidosi cardiaca da parte dei clinici. Ciononostante, la amiloidosi cardiaca è ancora ad oggi largamente sotto diagnosticata. Anche grazie agli avanzamenti in ambito di diagnosi non invasiva, il processo diagnostico è stato reso più agevole negli ultimi anni. Il principale fattore limitante la diagnosi resta quindi la difficoltà nel far sorgere il sospetto di amiloidosi nella mente del clinico: la aspecificità delle manifestazioni cardiovascolari, la sovrapposizione delle manifestazioni fenotipiche con altre forme a maggior prevalenza nella popolazione generale, e la difficoltà nel riconoscimento di segni e sintomi extracardiaci da parte di clinici meno esperti in cardiomiopatie sono tutti fattori che influiscono negativamente in tal senso. Tali difficoltà diagnostiche sono a loro volte responsabili del ritardo diagnostico, poco tollerabile se si considera l'attuale disponibilità di trattamenti tanto più efficaci quanto più precocemente posti in atto. Si stima, infatti, che il tempo medio tra l'insorgenza delle manifestazioni di malattia e la diagnosi eziologica va dai 6 mesi ai 5 anni. È intuitivo che il numero e la precocità delle diagnosi possa aumentare qualora il paziente sia intercettato in una fase precoce da un cardiologo esperto di amiloidosi cardiaca. A tal fine è nata negli ultimi anni l'esigenza di costruire sistemi che facilitino il precoce

riconoscimento della malattia partendo dai diversi scenari con cui essa può presentarsi.

L'utilizzo dell'Intelligenza Artificiale nella diagnosi di malattie complesse

In medicina la maggior parte dell'analisi da parte degli algoritmi derivati dall'IA si basa o su dati numerici (es. dati clinici derivati dal monitoraggio dei parametri vitali) o di imaging (es. frame ottenuti

In epoca molto recente sono comparsi in letteratura i primi studi che hanno utilizzato l'Intelligenza Artificiale nella diagnosi di Amiloidosi Cardiaca, impiegando dati numerici o di imaging estrapolati dai processi diagnostici della pratica clinica

dall'imaging radiologico e non). I modelli di machine learning sono quelli maggiormente impiegati in campo medico. Essi si basano sull'impiego di algoritmi in grado di apprendere determinate funzioni a partire da un insieme di dati senza che questi siano stati codificati a tale scopo a priori. Gli algoritmi possono analizzare un ampio numero di dati (es. clinici, laboratoristici, elettrocardiografici e di imaging), imparando nel contempo a riconoscere delle variabili (es. red flags) e sviluppano un modello in grado di predire un risultato finale in

base alle connessioni riscontrate fra queste (es. probabilità di amiloidosi in un dato sottogruppo che presenti più red flags). Un algoritmo è quindi "intelligente" proprio perché, come fa il clinico durante la sua formazione e poi la sua pratica clinica, è in grado di imparare dall'esperienza e sulla base di questa è in grado di fare una predizione o di rispondere ad un certo quesito, come ad esempio individuare una specifica malattia (es. amiloidosi cardiaca) in un certo ambito (es. fenotipo ipertrofico). In epoca molto recente sono comparsi in letteratura i primi studi che hanno impiegato l'IA nella diagnosi d'amiloidosi cardiaca impiegando dati numerici o di imaging estrapolati dai processi diagnostici della pratica clinica. Garcia - Garcia et al. sono partiti dai dati numerici ottenuti dalle schede cliniche di ammissione e dimissione di circa 11.600 pazienti con più di 65 anni ricoverati nella decade che va dal 2009 al 2019. Di questi, 36 pazienti avevano una diagnosi finale di amiloidosi cardiaca e sulla base delle caratteristiche di questi è stato costruito un algoritmo per il riconoscimento della malattia nel resto della popolazione in studio. I modelli costruiti si sono dimostrati abili nell'individuare i soggetti con amiloidosi cardiaca, specie nel sottogruppo dei pazienti con segni e sintomi di scompenso cardiaco. I dati d'imaging da cui partire per la costruzione di algoritmi che facilitino la diagnosi d'amiloidosi cardiaca possono essere estrapolati da numerose fonti: esami ecocardiografici, esami scintigrafici e/o SPECT, esami di risonanza magnetica cardiaca. Di seguito descriviamo alcuni esempi.



Duffy et al. hanno sviluppato un algoritmo basato sul deep learning che, a partire dai frame di immagini ecocardiografiche ottenute dalla sezione 4 camere apicale di 23.745 pazienti, ha dimostrato di poter riconoscere fra questi i soggetti con ipertrofia ventricolare sinistra (attraverso la misurazione dello spessore del setto interventricolare) e di classificare correttamente in questo sottogruppo i soggetti con diagnosi specifiche (quali la cardiomiopatia ipertrofica e la amiloidosi cardiaca). Esistono ad oggi diversi modelli di deep learning basati su reti neurali convoluzionali (convolutional neuronal network, CNN) che si sono dimostrati in grado di riconoscere e discriminare l'iperaccumulo miocardico dei tracciati ossei impiegati in esami

I dati di imaging da cui partire per la costruzione di algoritmi che facilitino la diagnosi di Amiloidosi Cardiaca possono essere estrapolati da esami ecocardiografici, esami scintigrafici/SPECT, esami di Risonanza Magnetica Cardiaca

scintigrafici eseguiti con indicazioni non cardiologiche (prevalentemente di natura oncologica). Halme et al. hanno testato un nuovo modello basato su CNN in grado di riconoscere e discriminare l'iperaccumulo miocardico del

radiotracciante secondo lo score visuale di Perugini a partire da esami scintigrafici condotti su 1334 pazienti. Questi modelli hanno dimostrato una performance diagnostica non inferiore a quelli già esistenti e si sono dimostrati in grado di distinguere accuratamente fra esami negativi (score di Perugini < 2) e positivi (score di Perugini ≥ 2). Ciò dimostra il potenziale diagnostico di modelli in grado di favorire col loro impiego una diagnosi precoce di amiloidosi cardiaca da transtiretina anche quando applicati ad esami scintigrafici non eseguiti per tale finalità. Un lavoro del 2020 condotto dal gruppo italiano di Pisa ha testato l'impiego di algoritmi ottenuti col deep learning per la predizione automatizzata della probabilità di amiloidosi cardiaca su immagini di caratterizzazione tissutale con late gadolinium enhancement in 206 esami di risonanza magnetica eseguiti per sospetta amiloidosi. Questa strategia di deep learning è stata confrontata con algoritmi basati sul machine learning in cui le caratteristiche di risonanza suggestive di amiloidosi cardiaca sono state scelte manualmente in modo da riprodurre la lettura dell'esame da parte di un operatore esperto. L'algoritmo di deep learning ha dimostrato una performance diagnostica per la diagnosi d'amiloidosi cardiaca da immagini di risonanza sovrapponibile alla strategia basale sul machine learning.

I limiti dell'uso dell'Intelligenza Artificiale in medicina

Nonostante questi interessanti e promettenti dati preliminari, l'applicazione dell'Intelligenza Artificiale in medicina ha tuttavia

ancora numerosi limiti.

1. *La ritrosia della comunità medica* giustificata da vari fattori fra i quali:

Nonostante si sia ancora agli albori dell'impiego dell'Intelligenza Artificiale in medicina, è innegabile l'enorme potenziale di questa ed il ruolo che essa potrebbe avere nei prossimi anni in setting quali la diagnosi di precisione, la diagnosi precoce e lo screening di popolazione nell'Amiloidosi Cardiaca

- la scarsa dimestichezza dovuta alla mancata formazione in questo ambito e l'assenza di percorsi formativi specifici;
 - l'incremento della burocrazia che ruota intorno alla digitalizzazione dei dati;
 - la mancanza di leggi che regolamentino l'applicazione dell'IA nei vari scenari clinici;
 - l'erronea concezione che l'Intelligenza Artificiale si contrapponga al clinico e possa in futuro minare la sua autonomia nella pratica quotidiana.
2. *Le difficoltà nella validazione delle tecnologie basate sull'Intelligenza Artificiale* fra le quali:
- l'errato disegno di molti trials finora prodotti, che perlopiù hanno validato gli algoritmi in specifici settori



proponendo il confronto dell'IA in contrapposizione alle abilità del clinico, laddove l'IA andrebbe interpretata invece come un ausilio complementare ad essa;

- la necessità di conoscere da parte degli enti regolatori i complessi presupposti matematici alla base degli algoritmi, progettati in genere su dati poi non impiegati per la validazione, impiegati al fine di poter verificarne la correttezza dell'impiego, contrastata dalla necessità delle aziende di preservare il segreto industriale considerando un sistema, quale quello attuale, non open source ma basato sul profitto e la concorrenza;

- il disegno prevalentemente retrospettivo degli studi condotti sull'IA e l'impiego di campioni di

piccole dimensioni, laddove l'IA richiede l'impiego di popolazioni molto numerose da cui estrarre dati di sottopopolazione al fine di evitare il fenomeno dell'overfitting, ovvero la capacità di performare in modo ottimale in un dato dataset e di non riprodurre lo stesso risultato su dataset diversi;

- la necessità di continue rivalutazioni e calibrazioni degli algoritmi adottati in un certo setting al fine di limitare le fluttuazioni delle differenze demografiche nelle diverse popolazioni e così di ridurre il rischio dell'overfitting.

3. *Le implicazioni etiche dell'impiego dell'Intelligenza Artificiale nella pratica clinica* che sono numerose:

- il rischio della depersonalizzazione della pratica medica;

- la necessità di regolamentare i dati clinici sensibili, del singolo paziente e della popolazione, che provengono da varie fonti (monitoraggio continuo dei parametri vitali, raccolta dei dati laboratoristici e strumentali durante la pratica clinica);

- la necessità di definire la proprietà intellettuale degli stessi e di assicurarne la sua protezione, una notevole sfida etica, legale e politica al giorno d'oggi.

Nonostante tali limiti, e nonostante si sia ancora agli albori dell'impiego dell'IA in medicina, è innegabile l'enorme potenziale di questa e il ruolo che essa potrebbe avere nei prossimi anni in setting quali la diagnosi di precisione, la diagnosi precoce e lo screening di popolazione.♥



pexels.com - pixabay



Quali novità terapeutiche per i pazienti affetti da scompenso cardiaco acuto

ADVOR trial

Scompenso cardiaco acuto: update terapeutico

Content: ADVOR Trial

Le instabilizzazioni e riacutizzazioni di scompenso cardiaco (SC) modificano la storia naturale del paziente, determinando incremento di morbilità e mortalità. Segni e sintomi di congestione sono presenti nella maggior parte dei pazienti con instabilizzazione acuta di SC. I farmaci più utilizzati per ridurre i segni e sintomi di congestione sono i diuretici dell'ansa, che spesso non sono sufficienti a risolverla completamente. Secondo i dati dello studio DOSE, studio di confronto tra dosi e modalità infusive diverse con furosemide nello SC acuto pubblicato nel 2011, solo il 15% dei pazienti non presentano più congestione a 72 ore di trattamento e, secondo i dati del registro ADHERE, in dimissione il 20% dei pazienti presentano peso aumentato rispetto al momento del ricovero. Inoltre, la presenza di congestione correla con un outcome sfavorevole in termini di mortalità e reospedalizzazioni. L'ipotesi dello studio ADVOR è stata che l'acetazolamide, un diuretico che inibisce il riassorbimento di sodio a livello del tubulo prossimale del nefrone, possa favorire la risoluzione della congestione in

Tra le principali novità in ambito di scompenso cardiaco, al Congresso ESC 2022 è stato presentato l'ADVOR Trial. Lo studio ha considerato i pazienti affetti da scompenso cardiaco acuto nei quali l'infusione endovena di acetazolamide, in aggiunta ai diuretici dell'ansa, ha ridotto in tre giorni il grado di congestione

associazione al diuretico dell'ansa. Lo studio randomizzato in doppio cieco ha testato l'ipotesi che l'aggiunta di acetazolamide ai diuretici dell'ansa possa potenziarne l'effetto, favorendo la diuresi e la natriuresi, determinando quindi una decongestione più rapida ed efficace. Sono stati arruolati pazienti ospedalizzati per SC (sia in emergenza che in elezione) e con diagnosi clinica di SC acuto con

almeno un segno di congestione (uno tra edema, versamento pleurico, ascite), elevati livelli di NT-proBNP (>1000 pg/ml) o BNP (> 250 pg/ml) e già in trattamento con diuretico dell'ansa per almeno 1 mese con dosi uguali o superiori a: 1 mg di bumetanide, 40 mg di furosemide, 20 mg di torasemide. Sono stati esclusi pazienti con PAS <90 mmHg, con eGFR <20 ml/min/1,72 m², che avevano fatto più di 80 mg di furosemide ev durante attuale ricovero e pazienti in terapia con SGLT2-i. Al momento dell'arruolamento in tutti i pazienti è stata sospesa la terapia con diuretici dell'ansa per os ed iniziata per via endovenosa in bolo ad un dosaggio uguale al doppio rispetto a quello della dose di mantenimento per os. Ad un gruppo è stato somministrato anche il bolo di acetazolamide endovena (500 mg), mentre all'altro gruppo un bolo con placebo. Nel secondo e terzo giorno dalla randomizzazione, se ancora presenti segni di congestione, si continuava la terapia con diuretici dell'ansa endovena in associazione ad acetazolamide o placebo. È importante notare come il trial prevedeva anche la sospensione di qualunque altro



Riassumiamo i risultati di ADVOR trial presentati nell'ultimo Congresso ESC

diuretico già in corso a domicilio, ad eccezione dei diuretici risparmiatori di potassio (pertanto diuretici quali idroclorotiazide, metolazone, amiloride, indapamide dovevano essere sospesi all'arruolamento). L'end point primario è stato il raggiungimento della decongestione, definita come assenza di segni di sovraccarico di volume (edema, versamento pleurico, ascite) al giorno 3 dalla randomizzazione, in presenza di un output urinario di almeno 3.5 L alla seconda mattina dopo la randomizzazione, ovvero a 30-48 ore dalla randomizzazione. End point secondari sono stati: la mortalità per tutte le cause e reospedalizzazioni per SC nei 3 mesi di follow up; la durata dell'ospedalizzazione; le variazioni del questionario EuroQoi-5 (EQ-5D) valutato al momento della randomizzazione, al quarto giorno, dopo eventuali reospedalizzazioni e dopo 3 mesi. Su un totale di 519 pazienti, una decongestione efficace è avvenuta in 108 pazienti (42%) del gruppo acetazolamide

Il blocco sequenziale del nefrone si conferma una strategia decongestionante efficace nel paziente affetto da scompenso cardiaco acuto

e in 79 (30%) nel gruppo placebo, con una percentuale di pazienti ancora congesti alla dimissione del 21% nel gruppo acetazolamide e 37% nel gruppo placebo. Il trattamento con acetazolamide è stato associato ad una maggiore diuresi e natriuresi. Il farmaco è risultato sicuro, non avendo determinato un peggioramento della funzionalità renale, ipokaliemia, ipotensione rispetto al placebo. A fronte di un maggior output urinario non c'è stato un beneficio in termini di outcome (sostanzialmente analogo tasso di mortalità e reospedalizzazione per scompenso cardiaco tra i 2 gruppi).

Conclusioni e commento allo studio

L'acetazolamide appare un farmaco sicuro che in aggiunta ai diuretici dell'ansa determina una decongestione più efficace nei pazienti con SC acuto. Il trial ADVOR suggerisce pertanto l'impiego nei pazienti ricoverati per SC acuto dell'acetazolamide in bolo ev, un diuretico di vecchia generazione che agisce sul tubulo contorto prossimale del nefrone alcalinizzando le urine e che pertanto necessita di controllare il pH del sangue periodicamente. Ancora una volta rimane una significativa percentuale di pazienti ancora congesti alla dimissione, 21% nel gruppo acetazolamide e 37% nel gruppo placebo, a dispetto di una degenza media di 9 e 10 giorni rispettivamente, fattore associato a nota prognosi sfavorevole. Uno dei messaggi impliciti più importanti di questo studio deve essere un maggiore sforzo ad ottenere una migliore decongestione del paziente, possibilmente applicando un blocco sequenziale del nefrone.♥

L'acetazolamide, in aggiunta al diuretico dell'ansa, riduce il grado di congestione in tre giorni nei pazienti affetti da scompenso cardiaco acuto

Bibliografia

1. 2021 ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure Eur Heart J 2021 00,1-128
2. Heidenreich PA, Bozkurt B, Aguilar D, et al. 2022 AHA/ACC/HFSA Guideline for the Management of Heart Failure: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. J Am Coll Cardiol 2022;79:e263-e421.
3. Miller WL. Fluid volume overload and congestion in heart failure: time to reconsider pathophysiology and how volume is assessed. Circ Heart Fail 2016;9:e002922.
4. Felker GM, Lee KL, Bull DA, et al; NHLBI Heart Failure Clinical Research Network. Diuretic strategies in patients with acute decompensated heart failure. N Engl J Med 2011;364:797-805.
5. Fonarow GC, Heywood JT, Heidenreich PA, Lopatin M, Yancy CW; ADHERE Scientific Advisory Committee and Investigators. Temporal trends in clinical characteristics, treatments, and outcomes for heart failure hospitalizations, 2002 to 2004: findings from Acute Decompensated Heart Failure National Registry (ADHERE). Am Heart J 2007;153:1021-1028.
6. Mullens W, Dauw J, Martens P, et al. Acetazolamide in Acute Decompensated Heart Failure with Volume Overload for the ADVOR Study Group DOI: 10.1056/NEJMoa2203094



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



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



Roberto Caporale

CALABRIA

Presidente

Roberto Caporale - Cosenza

Consiglio Regionale

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



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



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



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)



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)



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 Khoury - 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)



ANMCO

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

• da presentare entro il 28 febbraio 2023 •

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

DATI ANAGRAFICI

NOME E COGNOME SESSO F M
DATA E LUOGO DI NASCITA
INDIRIZZO
CITTÀ / PROVINCIA / CAP
TELEFONO / CELLULARE / FAX
E-MAIL

DATI PROFESSIONALI

DENOMINAZIONE OSPEDALE
DENOMINAZIONE STRUTTURA
INDIRIZZO
CITTÀ / PROVINCIA / CAP
TELEFONO / CELLULARE / FAX
E-MAIL
ANNO DI LAUREA ANNO DI ISCRIZIONE ALL'ANMCO
STATUS DI FELLOW DI ALTRE SOCIETÀ MEDICHE
LINGUE CONOSCIUTE
Livello di Conoscenza: Eccellente Buono Mediocre

DOCUMENTAZIONE (BARRARE I DOCUMENTI PRESENTATI)

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

CAMPI DI INTERESSE IN CUI IL CANDIDATO SI RITIENE ESPERTO

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



INFORMATIVA E CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

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

ANMCO Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (di seguito, il "Titolare" o "ANMCO"), con sede in Firenze, Via La Marmora n. 36, telefono 055-51011, fax 055-5101350 ed email: fellowship@anmco.it, in qualità di Titolare del trattamento, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del Regolamento UE n. 679/2016 (di seguito, il "Regolamento privacy") e successive modificazioni ed integrazioni, raccoglie e successivamente tratta dati personali dei Soci richiedenti la c.d. "Fellowship" (di seguito, l'"Interessato").

L'elenco aggiornato dei Responsabili del trattamento, ove designati, può essere fornito su richiesta da parte dell'Interessato. I dati identificativi del Responsabile della Protezione dei Dati (ai sensi dell'art. 37 del Regolamento privacy) sono reperibili sul Sito al seguente link: www.anmco.it/pages/entra-in-anmco/chiamo/contatti.

1. Finalità e modalità del trattamento.

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

1. previa verifica dei requisiti necessari richiesti, l'iscrizione nella Fellowship e la fruizione di tutti i benefici da ciò derivanti;
2. l'adempimento di specifici obblighi previsti dalla legge, da un regolamento o dalla normativa comunitaria;
3. l'invio, ove prevista, della documentazione dell'Associazione specificamente dedicata all'aggiornamento del Socio Fellow.

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

2. Base giuridica del trattamento, natura del conferimento e conseguenze di un eventuale rifiuto.

2.1) Finalità di cui al precedente paragrafo 1, punti 1., 2. e 3.

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

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

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

- (i) all'Amministrazione finanziaria e/o ad altre pubbliche Autorità, ove imposto dalla legge o su loro richiesta;
- (ii) alle strutture e/o società esterne di cui ANMCO si avvale, preposte allo svolgimento di attività connesse, strumentali o conseguenti all'iscrizione nella Fellowship;
- (iii) ai consulenti esterni, se non designati per iscritto Responsabili

del trattamento;

(v) alla società Centro Servizi ANMCO S.r.l. Società Benefit e alla Fondazione "per il Tuo cuore" Onlus, quali soggetti facenti parte del mondo ANMCO.

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

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

4. Diritti dell'interessato.

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

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

L'Interessato ha inoltre il diritto:

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

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

5. Durata del Trattamento.

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



La xantina ossidasi, enzima chiave della via metabolica che porta alla formazione di acido urico, sembra rappresentare un determinante fisiopatologico centrale nella patologia cardio e nefro vascolare nei pazienti iperuricemici

La sua attività può essere aumentata in modo imponente in seguito a stimoli ischemici/ipossici o infiammatori cronici come nella flogosi vascolare aterogenica

Inibizione della xantina ossidasi e prevenzione cardiovascolare

L'inibizione della xantina ossidasi può rappresentare un'importante obiettivo terapeutico per la riduzione dell'insidioso "rischio cardiovascolare residuo"

Nell'obiettivo della riduzione dell'incidenza della malattia cardiovascolare una crescente attenzione è rivolta al rischio cardiovascolare residuo determinante un'aumentata probabilità di patologia e complicanze cardiovascolari anche dopo un efficace controllo dei tradizionali fattori di rischio. È noto dalla letteratura come l'iperuricemia con o senza depositi di urato giochi un ruolo importante nel continuum della patologia vascolare cardio-cerebro-renale con un comportamento simile a quello degli altri classici fattori di rischio. La presenza concomitante dell'iperuricemia e dell'ipertensione arteriosa e del diabete mellito genera circuiti di forte amplificazione del rischio cardiovascolare globale⁽¹⁾. La xantina ossidasi, isolato

Seppur nella grande eterogeneità delle evidenze esistenti, alcuni trial hanno portato nuove evidenze a supporto del ruolo protettivo vascolare del trattamento farmacologico con gli inibitori della xantina ossidasi, protezione guidata principalmente da outcome di riduzione di eventi renali

nel latte per la prima volta oltre cento anni fa, è costituito da due forme tra loro interconvertibili: la xantina ossidasi che è capace di

ridurre solo l'ossigeno e la xantina deidrogenasi che è capace di ridurre sia l'ossigeno che il NAD⁺. Entrambe le forme catalizzano la conversione dell'ipoxantina a xantina e della xantina ad acido urico costituendo le ultime due reazioni finali della degradazione delle purine⁽²⁾. La xantina ossidasi trascritta da un singolo prodotto genico può subire modificazioni post-traslazionali ad esempio in corso in infiammazione con trasformazione in xantina ossidasi. Inoltre la xantina ossidoreductasi mostra essa stessa una discreta attività ossidasica in presenza di una ridotta disponibilità di NAD⁺, ad esempio in condizioni di ischemia-ipossemia come nella flogosi vascolare aterogenica⁽³⁾. In queste condizioni inoltre si è osservato un aumento dell'espressione della xantina ossidasi



Nell'obiettivo strategico dell'abbattimento del rischio cardiovascolare residuo un ruolo importante è svolto dall'inibizione della xantina ossidasi. Stimoli ischemici-ipossici o infiammatori cronici portano ad un'importante aumento della espressione di tale enzima con conseguente alterazione della funzione endoteliale in senso proaterogeno, protrombotico e vasocostrittore. La letteratura scientifica suggerisce come gli interventi terapeutici mirati all'inibizione della xantina ossidasi sono associati ad una riduzione di eventi cardiaci, cerebrali e renali in alcuni paziente ad alto rischio cardiovascolare.

con potenziamento degli effetti lesioni sulla funzione endoteliale. L'aumentata attività enzimatica della xantina ossidoreduttasi determina disfunzione endoteliale tramite le specie reattive dell'ossigeno con un duplice meccanismo: potenziamento degli effetti dello stress ossidativo e degradazione dell'ossido nitrico con effetto vasocostrittore e aterogeno vascolare⁽⁴⁾. Il trattamento con inibitori della xantina ossidasi ha mostrato infatti un miglioramento della funzione vascolare in diversi contesti clinici come il diabete mellito e l'insufficienza cardiaca⁽⁵⁾. Una meta-analisi ha evidenziato un effetto favorevole del trattamento con gli inibitori della xantina ossidasi su numerosi parametri cardiovascolari come la funzione endoteliale valutata come capacità di vasodilatazione, miglioramento dello stress ossidativo e, a livello strettamente cardiaco, un significativo miglioramento della FE, dell'indice cardiaco, del volume telesistolico e della funzionalità

miocardica⁽⁶⁾. Le evidenze scientifiche su outcome clinici hanno evidenziato risultati a volte discordanti, frutto anche della grande disomogeneità dei studi e della popolazioni analizzate. Lo studio *Oxypurinol Therapy for Congestive Heart Failure (OPT-CHF)* ha valutato 405 pazienti con scompenso cardiaco moderato-severo a ridotta frazione di eiezione (classe NYHA III/IV) evidenziando un miglioramento clinico in corso di trattamento con ossipurinolo (matabolita attivo di allopurinolo) nei paziente con ipericemia⁽⁷⁾ invece lo studio *Xanthine Oxidase Inhibition for Hyperuricemic Heart Failure Patients (EXACT-HF)* che ha arruolato 253 pazienti ipericemici (uricemia >9.5 mg/dl), con scompenso cardiaco sintomatico a ridotta frazione di eiezione, randomizzati al trattamento con allopurinolo 600 mg/die o placebo per 24 settimane, non ha dimostrato differenze significative nei due bracci di trattamento relativamente

all'outcome primario (sopravvivenza, peggioramento dello scompenso cardiaco e stato funzionale globale⁽⁸⁾. Il trial *Febuxostat for Cerebral and Cardiovascular Events Prevention Study (FREED)* ha prodotto nuove evidenze a supporto di una possibile protezione cardiovascolare derivante dall'inibizione della xantina ossidasi⁽⁹⁾. Lo studio multicentrico, prospettico e randomizzato in aperto con analisi in cieco degli endpoint ha valutato più di mille paziente ultrasessantacinquenni con alti valori di acido urico (uricemia >7.0 e ≤9.0 mg/dl) ad alto rischio di eventi cerebrali, cardiaci e renali assegnati a due regimi di trattamento febuxostat o non-febuxostat per un periodo di 36 mesi. L'outcome primario (composito di eventi cerebrali fatali e non fatali, eventi cardiovascolari e renali, e mortalità per cause vascolari non cerebrali o cardio-renali) è risultato significativamente più basso nel braccio febuxostat (HR 0.750, intervallo di confidenza al 95% compreso tra 0.592 e 0.950, p=0.017), riduzione principalmente trainata dalla riduzione degli eventi renali (16.2% nel braccio febuxostat vs 20.5% nel braccio non-febuxostat, HR 0.745, intervallo di confidenza al 95% compreso tra 0.562-0.987, p=0.041). L'occorrenza di eventi cardio-cerebrovascolari maggiori, come pure la mortalità, sono risultate simili nei due gruppi di trattamento, dato peraltro in linea nello studio *Febuxostat Versus Placebo Randomized Controlled Trial Regarding Reduced Renal Function in Patients With Hyperuricemia Complicated by Chronic Kidney Disease Stage 3 (FEATHER)*⁽¹⁰⁾. Crescenti evidenze scientifiche osservano come il blocco della xantina ossidasi

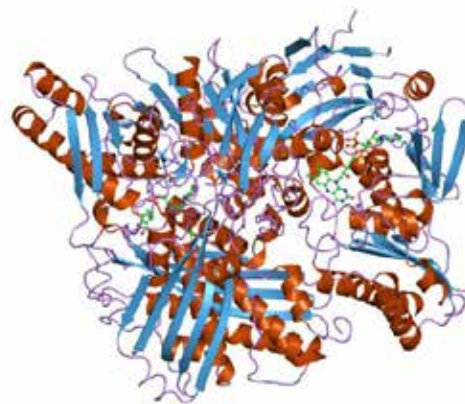


La via metabolica che porta alla formazione dell'acido urico sta assumendo sempre maggiore importanza nella ricerca come possibile elemento causativo della patologia cardiovascolare nei pazienti con iperuricemia con o senza depositi di urato. La sua inibizione rappresenta un obiettivo terapeutico nel contesto della prevenzione della patologia cardiaca e delle sue complicanze

possa configurarsi come uno step importante per la riduzione del rischio cardiovascolare residuo in alcuni pazienti ad alto rischio. L'iperattività enzimatica della xantina ossidasi, in seguito a stimoli ischemici o infiammatori cronici, che a sua volta causa disfunzione endoteliale, ne rappresenta il substrato patologico. Maggiori evidenze sono necessarie per comprendere a quali categoria di pazienti tale trattamento risulti maggiormente protettivo.♥

Bibliografia

1. Borghi C, Desideri G, Grassi G et al. Considerazioni Su goTta, Acido urico e rischio cardiovascolare. Evidenze, aspetti controversi e prospettive future-CRISTAL. Sinergie Edizioni Scientifiche, 2012.
2. Berry CE, Hare JM. Xanthine oxidoreductase and cardiovascular disease: molecular mechanisms and pathophysiological implications. J Physiol 2004;555(3): 589-606.
3. Harris CM, Massey V. The reaction of reduced xanthine dehydrogenase with molecular oxygen. Reaction kinetics and measurement of superoxide radical. J Biol Chem. 1997; 272:8370-8379.
4. Sabán-Ruiz J, Alonso-Pacho A, Fabregate-Fuente M, et al. Xanthine oxidase inhibitor febuxostat as a novel agent postulated to act against vascular inflammation. Antiinflamm Antiallergy Agents Med Chem. 2013;12(1):94-9.
5. Butler R, Morris AD, Belch JJ, et al. Allopurinol normalizes endothelial dysfunction in type 2 diabetics with mild hypertension. Hypertension. 2000; 35:746-751.
6. Higgins P, Dawson J, Lees KR, McArthur K, Quinn TJ, Walters MR. Xanthine oxidase inhibition for the treatment of cardiovascular disease: a systematic review and meta-analysis. Cardiovasc Ther. 2012 Aug;30(4):217-26.
7. Hare JM, Mangal B, Brown J. Impact of Oxypurinol in Patients With Symptomatic Heart Failure Results of the OPT-CHF Study. J Am Coll Cardiol 2008;51:2301-2309.
8. Givertz MM, Anstrom KJ, Redfield MM, et al. NHLBI Heart Failure Clinical Research Network. Effects of Xanthine Oxidase Inhibition in Hyperuricemic Heart Failure Patients: The Xanthine Oxidase Inhibition for Hyperuricemic Heart Failure Patients (EXACT-HF) Study. Circulation. 2015;131(20):1763-71.
9. Kojima S, Matsui K, Hiramitsu S, et al. Febuxostat for Cerebral and Cardiovascular Events Prevention Study (FRE-ED) investigators. Febuxostat for Cerebral and Cardiovascular Events Prevention Study. Eur Heart J. 2019 Mar 7. pii: ehz119. doi: 10.1093/eurheartj/ehz119.
10. Kimura K, Hosoya T, Uchida S et al. Febuxostat Therapy for Patients With Stage 3 CKD and Asymptomatic Hyperuricemia: A Randomized Trial. Am J Kidney Dis. 72(6): 798-810.



Modello tridimensionale dell'enzima xantina ossidasi

In molti pazienti ad elevato rischio cardiovascolare l'intervento terapeutico con gli inibitori della xantina ossidasi può rappresentare uno strumento importante per la protezione vascolare. Maggiori evidenze sono necessarie per comprendere quali pazienti possano beneficiare maggiormente di tale trattamento



Novità nel trattamento della patologia aortica

Endocardite infettiva post TAVI

Una patologia non frequente ma insidiosa

L'articolo espone i dati della letteratura sulla prevalenza annuale, i fattori di rischio, i microrganismi coinvolti, le complicazioni, la diagnosi e la terapia dell'endocardite infettiva post TAVI

La Endocardite Infettiva (EI) è una complicanza grave della TAVI, associata a significative morbilità e mortalità. **Ha una incidenza compresa tra lo 0,3 % e 2,1 % pazienti/anno, senza significative differenze rispetto ai pazienti sottoposti a Sostituzione Valvolare Aortica (SVA) chirurgica (rischio cumulativo a 5 anni del 5,8 % e 5,1 %, rispettivamente).** È in rapporto a fattori di rischio che possono essere classificati come modificabili e non modificabili. Sono non modificabili (e legati a meccanismi non chiari): il sesso maschile (incidenza 14 volte superiore rispetto alle femmine) e la giovane età (con possibili implicazioni sulla estensione delle indicazioni della TAVI). Fattori di rischio modificabili sono: il diabete mellito, la insufficienza renale cronica

e alcuni aspetti tecnici. Fra questi la TAVI effettuata in anestesia generale e con intubazione oro-tracheale, il residuo perivalvular leak con rigurgito aortico almeno moderato, il posizionamento sub-ottimale della protesi, la necessità di post-dilatazione, l'impianto di pace-maker, le complicanze vascolari, i major bleeding. Non sembrano invece esservi differenze nella incidenza di EI post TAVI relativamente al tipo di protesi (balloon expandable vs self expandable) né relativamente alle modalità di accesso vascolare (trans-femorale vs trans-apicale); del tutto controverso il ruolo dell'ambiente ove la procedura viene effettuata (cath-lab vs sala operatoria vs "sala ibrida"). **A seconda del timing di comparsa le EI su TAVI sono classificate come precoci (18 %) ovvero entro 60 giorni dalla procedura); intermedie (62 %) ovvero fra due mesi e un anno;**

**L'ecocardiografia è la modalità diagnostica di primo impiego
La modalità trans esofagea aumenta la sensibilità**

La mortalità ospedaliera è elevata (36-64%) ed è correlata alla precocità della diagnosi

tardive (20 %) ovvero dopo un anno. Nell'insieme l'80% dei casi si verifica entro il 1° anno (rispetto al 40 % delle EI che si sviluppano nello stesso lasso di tempo dopo SVA). Sono differenti i germi responsabili a seconda del timing della EI. I micro-organismi patogeni più frequenti sono lo stafilococco aureo, gli stafilococchi coagulasi-negativi, gli streptococchi, ma soprattutto gli enterococchi (che sono tre volte più frequenti rispetto alle EI post SVA) probabilmente perché comuni contaminanti dell'ambiente caldo-umido della piega inguinale. Uno studio recente ha dimostrato che il 17 % dei pazienti sottoposti a procedure trans-femorali (di qualsivoglia tipo) presenta una colonizzazione della piega inguinale da parte di enterococchi (più elevata nei pazienti con elevato BMI), che sono germi resistenti alla abituale profilassi con cefalosporine. Ampiamente riportate le EI da germi atipici. Controversi i dati sulla incidenza delle EI con emocolture



L'articolo espone i dati della letteratura sulla prevalenza annuale, i fattori di rischio, microrganismi coinvolti, complicazioni, diagnosi e terapia dell'endocardite infettiva post TAVI

negative. Sotto il profilo della clinica i sintomi più frequenti sono la febbre (80 %), la insufficienza cardiaca (20%), le manifestazioni emboliche, lo stroke ischemico. Possibile la comparsa di disturbi di conduzione o aritmie che segnalano la estensione peri-anulare del processo infettivo (18 % dei casi). Sintomi costituzionali possono essere presenti nei pazienti con stato settico. Ma la sintomatologia non è sempre presente e tipica: i pazienti sono spesso anziani ed anergici e i sintomi possono simulare una infezione respiratoria, urinaria o gastro-intestinale. Le complicazioni possibili sono numerose e comprendono: grave insufficienza cardiaca, insufficienza renale acuta, insufficienza intra o perivalvolare aortica, ascesso e dissezione della radice aortica, stroke ischemico, etc. La diagnosi di EI post TAVI è ardua e i criteri di Duke modificati hanno bassa sensibilità e specificità per la più alta incidenza di emocolture negative, i rilievi ecocardiografici equivoci, la sintomatologia non sempre tipica. **La ecocardiografia (trans-toracica e trans-esofagea) è la tecnica di primo impiego. I rilievi ecocardiografici più frequenti sono le vegetazioni, poste sui lembi valvolari (48 %) soprattutto per le protesi balloon expandable, sul frame dello stent (18 %) soprattutto per le protesi self expandable o sulla valvola mitrale nativa (20 %).** Ma il maggiore shadowing delle strutture metalliche e le più piccole dimensioni delle vegetazioni delle EI post TAVI riducono al 67 % la sensibilità combinata delle due tecniche ecocardiografiche rispetto all'86 % delle EI su protesi valvolari chirurgiche. Con la ecocardiografia transesofagea e la

TAC sono generalmente valutabili le complicanze peri-anulari (ascesso, fistola, pseudoneurisma). Con avanzate tecniche di imaging che combinano la 18F-FDG PET con la TAC è possibile aumentare la sensibilità diagnostica, purché la indagine sia effettuata ad almeno 3 mesi dall'impianto. La mortalità ospedaliera è alta (dal 36 % al 64 %), tanto maggiore per quanto più tardiva è la diagnosi ed è fortemente condizionata dalla presenza di complicazioni: insufficienza cardiaca, insufficienza renale acuta e elevati valori di logistic EuroSCORE sono i principali determinanti della mortalità intra-ospedaliera e a distanza. La terapia antibiotica mirata è il trattamento di prima scelta, ma gravata da una mortalità elevata (fino al 40 %). Quasi 2/3 dei pazienti sono esclusivamente trattati con la terapia medica, benché oltre il 50 % abbia presentazioni cliniche severe (insufficienza cardiaca, embolismo, estensione peri-anulare della infezione) di per sé meritevoli di indicazione chirurgica. Ma il trattamento chirurgico è di fatto realizzato raramente – rispetto alla EI su protesi chirurgiche 15 % vs 50 % – per il più elevato profilo di rischio dei pazienti TAVI e per la complessità della procedura di espianto della valvola (soprattutto in caso di protesi auto-espandibile). La esigua letteratura sull'argomento – in verità inficiata da criteri molto difformi di selezione dei pazienti – non sembra indicare che il trattamento chirurgico migliori la sopravvivenza rispetto alla terapia conservativa né scongiuri il rischio di ricorrenze della EI (20 % vs 13,6 %). L'approccio al paziente con EI post TAVI è complesso:

necessita di un team multidisciplinare di elevata competenza composto da cardiologo, cardiocirurgo, infettivologo, anestesista, esperto di imaging. È necessaria una diagnosi precoce e un tempestivo inizio della terapia antibiotica mirata; l'approccio chirurgico può prevenire complicanze diversamente fatali. In termini di prevenzione, l'approccio "minimalista" alla TAVI può ridurre le complicanze infettive e facilitare la precoce mobilizzazione, ma è necessaria una scrupolosa asepsi dell'accesso femorale. È raccomandata la monosomministrazione di cefalosporina prima dell'impianto, ma ne è dubbia la efficacia nei confronti dell'enterococco e di altri germi Gram negativi resistenti. Sono postulati alternativi schemi di terapia antibiotica (per esempio amoxicillina + acido clavulanico 2,2 gr endovena) ma non ne è ancora documentata la efficacia. Dopo la TAVI è raccomandata la profilassi antibiotica in caso di procedure odontoiatriche, mentre è più dibattuta in caso di altre indagini invasive.♥

Bibliografia

- 1) Incidence and outcomes of infective endocarditis following transcatheter aortic valve implantation. Allen CJ, Patterson T, Chehab O et al. Expert Rev Cardiovasc Ther. 2020;18(10):653-662.
- 2) Prosthetic valve endocarditis after transcatheter valve replacement: a systematic review. Amat-Santos IJ, Ribeiro HB, Urena M, et al. JACC Cardiovasc Interv. 2015;8(2):334-346.
- 3) Infective endocarditis complicating transcatheter aortic valve implantation. Harding D, Cahill TJ, Redwood SR, Prendergast BD. Heart. 2020;106(7):493-498



Breve commento sui dati di attività della sezione regionale toscana dell'ANMCO

Stato di salute dell'ANMCO Toscana

Tra pochi mesi sarà rinnovato il Consiglio Direttivo Regionale dell'ANMCO Toscana. Aumentati il numero degli iscritti, cospicua la componente di Soci giovani, numerose le attività realizzate

Alle porte del 2023, con l'avvicinarsi delle elezioni per il rinnovo del Consiglio Direttivo Regionale, è tempo di valutare lo stato di salute dell'ANMCO Toscana, analizzandone i dati di attività.

1. ANMCO Toscana sta crescendo. Il numero di Soci è in crescita lineare dal 2018: dai 369 Soci registrati a fine 2018 si passa a 406 a settembre 2022 (Figura 1), costituendo così il 7.1 % dei Soci nazionali.

2. ANMCO Toscana attrae i giovani. Nell'ultimo quinquennio, la fascia di età della maggioranza dei nuovi iscritti è compresa tra 30 e 39 anni. Non è trascurabile nemmeno la quota di giovanissimi: 10 nuovi Colleghi under 30 sono entrati a far parte delle nostre fila da giugno 2018 a oggi (Figura 2).

3. I Soci sostengono con sufficiente regolarità l'Associazione. Il 60 % degli iscritti è in regola con la quota associativa nell'anno corrente.

4. L'ANMCO Toscana incide fattivamente sulla organizzazione

SOCI ANMCO Toscana
Andamento 2018-2022

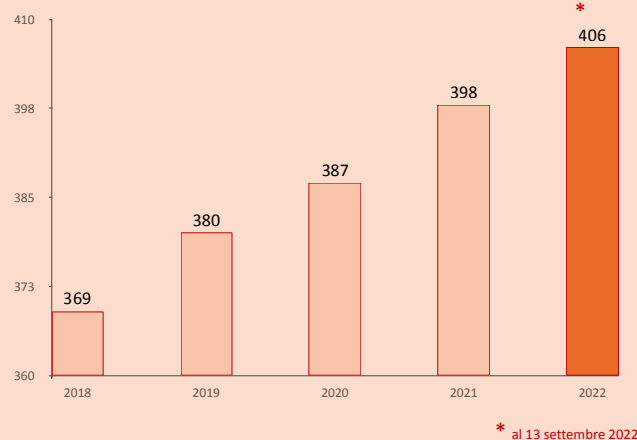


Figura 1

Il numero di Soci è in crescita lineare dal 2018: dai 369 Soci registrati a fine 2018 si passa a 406 a settembre 2022, costituendo così il 7.1 % dei Soci nazionali

sanitaria regionale. Dal 2018 ad oggi sono stati pubblicati, sul "Giornale Italiano di Cardiologia", cinque percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali (PDTA), alcuni dei quali già operativi e recepiti dagli organismi regionali di governo clinico: shock cardiogeno, "storm" aritmico, gestione ambulatoriale del paziente oncologico, amiloidosi



Nell'ultimo quinquennio, la fascia di età della maggioranza dei nuovi iscritti è compresa tra 30 e 39 anni
Non è trascurabile nemmeno la quota di giovanissimi: 10 nuovi Colleghi under 30 sono entrati a far parte delle nostre fila da giugno 2018 a oggi (Figura 2)

cardiaca. Ulteriori clinical pathway sono in corso di preparazione o pubblicazione.

5. Il Journal Club dell'ANMCO Toscana compie quattro anni di età. Poche settimane fa, a distanza di quattro anni esatti dall'esordio, è comparsa l'edizione numero 40 (<https://www.anmco.it/pages/contenuti-scientifici/journal-club>).

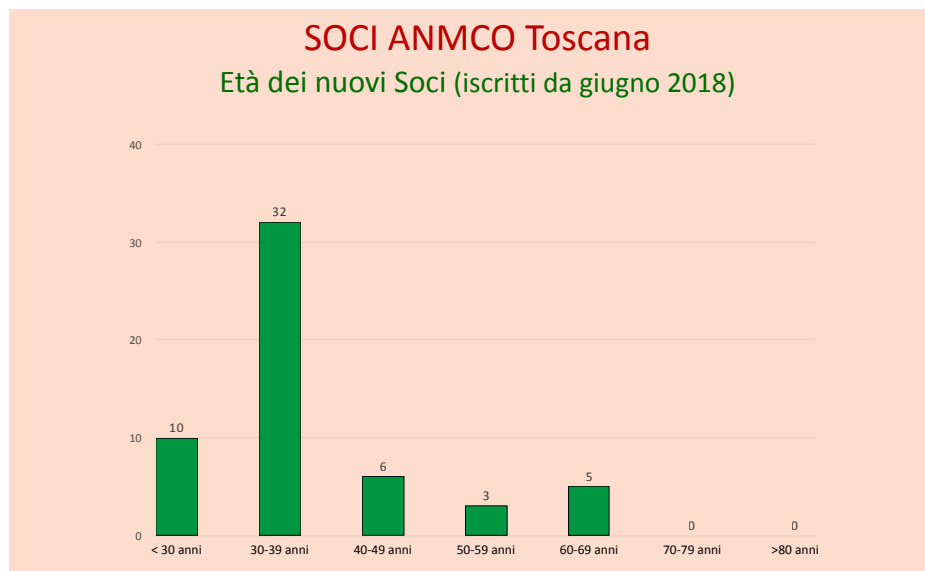


Figura 2

Oltre al Journal Club mensile, il Consiglio Direttivo Regionale offre periodicamente la revisione delle Linee Guida della Società Europea di Cardiologia (<https://www.anmco.it/pages/contenuti-scientifici/guidelines-in-pills>) e approfondimenti su tematiche più settoriali curate da Colleghi Specializzandi (<https://www.anmco.it/pages/contenuti->

Viene presentata una sintesi delle attività realizzate dall'ANMCO Toscana nel biennio 2020-2022





scientifici/approfondimenti-anmco-regione-toscana/approfondimento-n-1-gestione-della-cardiomiopatia-ipertrofica). Merita inoltre una ulteriore segnalazione la pubblicazione di un corposo “White Paper” sul Piano Nazionale di Rinascita e Resilienza, curato dalla Dottoressa Gaia Magnaghi (<https://www.anmco.it/pages/contenuti-scientifici/white-papers-anmco/pnrr>). 6. Il Congresso Regionale è un appuntamento di fine estate estremamente partecipato, che offre spazio e visibilità ai Soci provenienti da tutte le aree della Toscana, in particolare ai Soci più giovani. La recente pandemia non ha impedito lo svolgimento di edizioni online del Congresso Regionale, che si sono rivelate proficue e partecipate. Innegabile è stato il piacere di rivedersi in presenza nel corso

dell’ultima edizione di settembre scorso. Consentitemi, cari Soci, di accennare ora a qualcosa che esula dai numeri e dai dati di attività. Tra qualche mese sarà rinnovato il Consiglio Direttivo Regionale. Abbiamo lavorato insieme, ma siamo stati bene insieme. Non solo colleghi ma, col tempo, amici. Lasceranno il Direttivo i Consiglieri Laura Canale, Gabriele Grippo, Carlotta Sorini Dini. Termina il suo incarico il Presidente Giancarlo Casolo. A loro va il riconoscimento per aver creato un gruppo vero, che ha lavorato tanto, che certamente avrebbe potuto fare ancora meglio, ma che porta con sé la certezza di aver inciso realmente sulla vita associativa. Al futuro organismo direttivo regionale, e al futuro Presidente, l’augurio di mantenere alto il profilo dell’ANMCO Toscana.♥

Lo stato di salute dell’ANMCO Toscana è buono, come dimostrano l’aumento lineare del numero di iscritti, i numerosi neoiscritti giovani, la pubblicazione costante e periodica di documenti clinici, la partecipazione del Congresso Regionale



Gli Ambulatori Scompensato del Veneto fanno rete

La I Convention degli Ambulatori Scompensato ANMCO Veneto 2022: l'esperimento è riuscito

Dall'Ospedale al Territorio: è necessaria la costruzione di un continuum assistenziale centrato sul paziente

Grande successo di partecipazione per la prima convention degli Ambulatori Scompensato del Veneto, che si è svolta a Padova il 12 novembre 2022 e che ha visto riuniti oltre 150 professionisti coinvolti nei vari Centri della nostra Regione. Questo primo esperimento a livello regionale, e forse nazionale, vuole essere l'inizio di una tradizione che raccolga le diverse esperienze maturate da parte di chi, sia in ambito medico che infermieristico, lavora negli ambulatori dello scompensato cardiaco, a partire dal

Lo scompensato cardiaco costituisce un'epidemia crescente ed è uno dei maggiori problemi sanitari nel mondo occidentale

livello territoriale fino a quello avanzato. Lo scopo dell'incontro è stato quello di gettare le basi per la creazione di una Rete regionale degli ambulatori dello Scompensato, con il fine non solo di aumentare i livelli di assistenza dei nostri pazienti, ma anche di promuovere la cultura e la conoscenza, e possibilmente anche di stimolare la ricerca scientifica. La giornata è iniziata con un aggiornamento sui dati epidemiologici dello scompensato cardiaco che, con un importante impatto non solo clinico ma anche sociale ed economico, costituisce un'epidemia crescente ed è uno dei maggiori problemi sanitari nel mondo occidentale. Dopo un riepilogo sugli strumenti utilizzati per la stratificazione prognostica e sulle novità dalle Linee Guida ESC nel trattamento farmacologico dei pazienti con HFrEF, i lavori sono

proseguiti con una sessione dedicata ad un update su evidenze e modalità di impiego dei "4 pilastri" della terapia farmacologica: bloccanti del sistema RAAS, betabloccanti, antialdosteronici, SGLT2 inibitori. Ampio spazio è stato dedicato anche al ruolo dei "farmaci da non dimenticare" ricordando indicazioni, "non-indicazioni" e modalità di impiego di digitale e ivabradina ma anche fornendo consigli pratici nell'utilizzo dei diuretici, ribadendone il ruolo non secondario. Dai vecchi farmaci si è passati ad una sessione

È necessaria una maggior comunicazione tra gli operatori sanitari ospedalieri, sia medici che infermieri, ed i colleghi che lavorano nel territorio



Figura 1 - Alcune delle protagoniste dell'evento

dedicata alle novità (o quasi) della terapia farmacologica, dai chelanti del potassio al vericiguat, facendo il punto anche su indicazioni e modalità di utilizzo del ferro carbossimaltoso. Non si è parlato solo di farmaci, ma anche di terapia non farmacologica dello scompenso, con un aggiornamento su resincronizzazione ventricolare e stimolazione “fisiologica”, sulle indicazioni all’ablazione della fibrillazione atriale e sulle modalità di trattamento percutaneo dell’insufficienza mitralica e tricuspidalica, concludendo con un update su tecniche e indicazioni alla ultrafiltrazione “gentile” nei pazienti con insufficienza cardiaca refrattaria alla terapia diuretica. Nell’ultima parte della giornata

Si è svolta a Padova la I Convention degli Ambulatori Scompenso, che mira a creare una Rete dello Scompenso al fine di promuovere la cultura e migliorare i livelli di assistenza dei pazienti affetti da insufficienza cardiaca

sono stati discussi gli aspetti più prettamente organizzativi-gestionali dell’ambulatorio scompenso. Questa sessione, molto sentita e partecipata, ha dato voce a tutti i

professionisti coinvolti, dai medici ospedalieri ai medici dell’assistenza primaria, agli infermieri, parte integrante e fondamentale per la presa in carico di questi pazienti. Il tema della multidisciplinarietà e della multiprofessionalità, comune a molti ambiti della medicina, è particolarmente vero e sentito nel percorso terapeutico dei pazienti con scompenso cardiaco, che presentano caratteristiche cliniche ed esigenze assistenziali diverse a seconda dello stadio della malattia, la cui gestione efficace non può dunque prescindere da un approccio integrato, ospedaliero e territoriale, adattato alle necessità del singolo paziente. A questo fine, e considerando che attualmente nel Veneto ci sono circa 80.000 pazienti affetti da scompenso



Figura 2 - La sala gremita durante la convention



Figura 3 - Lavori in corso



Figura 4 - Lavori in corso

cardiaco, con un incremento costante dell'incidenza di 2-3.000 pazienti ogni anno, a cui corrisponde una richiesta crescente di risorse, appare cruciale sviluppare e promuovere un modello integrato regionale di cura di questi pazienti. Lo schema proposto dal Documento di Consenso ANMCO che prevede tre livelli assistenziali dell'Ambulatorio Scopenso (Territoriale, in stretta collaborazione con le cure primarie, Ospedaliero in tutte le Cardiologie e Avanzato nelle strutture dotate di Cardiochirurgia) particolarmente si addice alla nostra regione caratterizzata sia dalla presenza diffusa nel territorio di strutture cardiologiche sia di centri di avanguardia per quanto riguarda i trapianti di cuore e le assistenze ventricolari. Perché questo possa avvenire, è necessaria non solo

una maggior comunicazione tra gli operatori sanitari che lavorano nelle strutture ospedaliere ed i colleghi

Lo scopenso cardiaco costituisce un'epidemia crescente
È necessaria la creazione di una Rete dello Scopenso ed una maggior comunicazione tra gli operatori sanitari ospedalieri e territoriali, ma anche tra Ospedali con complessità di cure differenti

che lavorano nel territorio, ma anche una maggior comunicazione tra Ospedali con livelli di complessità di cura differenti. Proprio dall'esigenza di favorire la collaborazione fra professionisti che operano a vari livelli con un obiettivo comune e nell'ottica di creare un continuum assistenziale centrato sul paziente, è nata l'idea di questa prima convention, come momento di aggregazione, confronto e condivisione. L'entusiastica partecipazione dei rappresentanti di ciascun livello di cura ha confermato la rilevanza dell'argomento e le grandi aspettative riposte in questo evento. La prima pietra per la costruzione di un percorso virtuoso è stata posata, e se il buon giorno si vede dal mattino, le premesse per ulteriori positivi sviluppi futuri sono molto promettenti.♥



Intervista alla Professoressa Catherine Otto: una guida riconosciuta a livello mondiale nell'imaging cardiovascolare



Professoressa Catherine M. Otto, MD
Editor-in-Chief di Heart
Cattedra di Cardiologia
J. Ward Kennedy-Hamilton
Professoressa di Medicina
Università di Washington

La Professoressa Catherine Otto è una esperta di Ecocardiografia di fama internazionale e autrice di diversi libri dedicati all'ecocardiografia. Tanti cardiologi, e non solo, hanno imparato l'ecocardiografia dai suoi libri di testo. È Professoressa di Medicina e Direttore della Clinica

delle valvole cardiache presso l'Università della Washington School of Medicine di Seattle, Washington. Attualmente è Editor in Chief della rivista scientifica Heart.

- Professoressa Otto, lei è un esempio per molti cardiologi. Che consiglio darebbe a coloro che stanno ora iniziando ad imparare l'ecocardiografia? I primi passi nell'esecuzione dell'esame ecocardiografico sono affascinanti ma non molto facili. Cosa consiglierebbe per diventare un esperto di ecocardiografia?

Per diventare un esperto di ecocardiografia, è necessario prestare molta attenzione al paziente e al motivo per cui stiamo eseguendo l'ecocardiogramma in quel paziente. Si impara l'ecocardiografia più rapidamente ed in maniera più completa se pensiamo al contesto clinico, alla storia del paziente e al quesito clinico che viene posto e, quindi, provando a rispondere al quesito con una diagnosi integrata, non solo con un elenco dei risultati. Si impara anche comunicando quanto osservato con l'esame ecocardiografico ai clinici di riferimento.

Che impatto avrà il risultato dell'esame ecocardiografico sulla cura del paziente e cos'altro avrei potuto fare per aiutare il medico che si occupa del paziente a prendersene cura in maniera appropriata? L'integrazione dei risultati dell'eco con i dati clinici è cruciale per l'apprendimento. Io ho continuato a lavorare in questo modo nel corso della mia carriera. Quando interpreto gli esami ecocardiografici, il mio primo passo è aprire la cartella clinica per scoprire cosa si sa già del paziente, ad esempio, leggendo il referto operatorio, rivedendo le immagini TC o di Risonanza Magnetica. Quando possibile, si apprende ancora di più seguendo i successivi test diagnostici e, soprattutto, il decorso clinico del paziente. In questo modo io imparo tanto da ogni paziente. Il mio consiglio è di rimanere concentrati sul paziente, non guardare solo l'esame ecocardiografico ma integrarlo nel contesto complessivo.

- Quali sfide ha dovuto affrontare all'inizio della sua formazione? Quale consiglio dà ai giovani tirocinanti per affrontare le difficoltà e le sfide iniziali?

Non ci sono state grandi sfide nella mia formazione iniziale. Nessuno mi ha



trattato male per il fatto di essere una donna. Sebbene le donne in cardiologia fossero poche, non c'erano barriere o impedimenti evidenti per andare avanti. Infatti, i miei colleghi sono stati di supporto e molti sono stati miei mentori in diversi modi. Il mio suggerimento è quello di pensare alle difficoltà e alle sfide evidenti tenendo sempre presente le proprie priorità. Tutti abbiamo la carriera tra i nostri obiettivi, ma abbiamo anche obiettivi personali e sfide personali da superare che potrebbero non essere evidenti agli altri. È importante considerare anche la famiglia, gli amici e la cerchia di persone che sono più vicine, oltre che all'avanzamento nella carriera professionale. Trovare il tempo per ciò che è importante e cercare di minimizzare (o farsi aiutare da qualcun altro per) le cose che sono meno importanti. Nessuno ha il tempo o le risorse per fare tutto. Io ho un marito meraviglioso che mi ha sempre sostenuto e che ha partecipato pienamente alla crescita di nostra figlia.

- In ecocardiografia, quali sono gli errori che vede più frequentemente e che potrebbero essere facilmente evitati nella pratica clinica quotidiana?

Un errore comune è non prendere in considerazione il contesto clinico e ciò che si sa del paziente. Ad esempio, se è presente un dispositivo impiantato o se il paziente è stato sottoposto a un intervento chirurgico o procedura transcatetere, il referto ecocardiografico dovrebbe includere tali informazioni. Un'immagine iperecogena non è un elettrocatetere se il paziente non è portatore di pacemaker! In secondo luogo, c'è spesso la tentazione di fare "overdiagnosi". Ad esempio, dovremmo evitare di misurare il rigurgito aortico in maniera troppo "entusiasmante"; un errore comune è misurare l'artefatto, piuttosto che il segnale di velocità. Nel quantificare il rigurgito, è facile sovrastimare la

gravità in base all'area del getto al color Doppler, sebbene sappiamo che il color Doppler non è accurato. Terzo punto: dobbiamo evitare misurazioni incoerenti. Ad esempio, la gittata sistolica ottenuta con il 2D o 3D dovrebbe corrispondere alla gittata sistolica al Doppler. Se le misure non corrispondono, vanno riprese o bisognerà considerare di eliminare le misure ottenute con dati di imaging di

La Professoressa Catherine Otto, esperta di ecocardiografia di fama internazionale, offre preziosi consigli su come muovere i primi passi in ecocardiografia e una visione dell'implementazione delle nuove applicazioni di ecocardiografia (3D, spakle tracking etc) nel prossimo futuro

bassa qualità. Infine, assicurarsi che il referto non sia contraddittorio, ad esempio che vi sia una corrispondenza qualitativa e quantitativa della frazione di eiezione del ventricolo sinistro. Quindi, in sintesi, gli errori dell'ecocardiografia più comuni e facilmente evitabili sono: la non contestualizzazione clinica, l'"overdiagnosi", l'incoerenza nei dati ottenuti con le misurazioni e la stesura di un referto contraddittorio.

- Come vede il futuro dell'ecocardiografia nell'era dell'imaging cardiaco multimodale? L'ecocardiografia è una metodica con basso

costo e portatile, quindi è improbabile che scompaia. Invece, verrà utilizzato ancora più estesamente. Ogni studente di medicina imparerà l'imaging di base e ogni medico userà frequentemente l'eco al letto del paziente e in ambito ambulatoriale. Uno dei nostri obiettivi come cardiologi dovrebbe essere quello di assicurarsi che l'ecocardiogramma sia fatto bene e correttamente con un continuo controllo di qualità. L'imaging multimodale ha ovviamente enormi potenzialità e continueremo ad usarlo, ma in realtà viene utilizzato nel paziente che è già stato identificato come affetto da malattia cardiaca e quando c'è bisogno di vedere qualcosa di particolare. Nella pratica clinica, per essere in grado di fornire assistenza sanitaria a tutti, dobbiamo concentrarci maggiormente sulle informazioni minime necessarie per una corretta gestione, piuttosto che eseguire ripetutamente test in un piccolo sottogruppo di pazienti. Gli esperti di ecocardiografia hanno un ruolo importante nel garantire risultati di alta qualità e che i pazienti ricevano cure adeguate. È necessario anche garantire che la diagnosi ecocardiografica sia accessibile a tutti, selezionando i pazienti che devono essere sottoposti ad esami più completi, ecocardiografia avanzata o altri tipi di imaging.

- Ad oggi, grazie ai progressi tecnologici, l'ecocardiografia 3D, lo strain e lo speckle tracking sono tecniche sempre meno dispendiose in termini di tempo. A suo avviso queste tecniche dovrebbero essere utilizzate nella pratica clinica quotidiana o devono essere riservate ad alcuni pazienti per i quali questo tipo di valutazione può avere successive implicazioni gestionali? L'ecocardiografia si è evoluta e ha sviluppato nuovi approcci negli ultimi 50



anni. Tradurre in diagnosi l'imaging è sempre complicato. Quando siamo passati dalla modalità Monodimensionale al 2D, è stata una sfida lasciare alle spalle le tracce M-mode a noi tanto familiari e guardare le immagini 2D. Quando il Doppler è diventato disponibile, da molti è stato accolto con scetticismo. Per esempio, mi è stato spesso detto che era troppo difficile registrare una velocità aortica con l'ecografia Doppler e comunque non era utile nella pratica clinica. Come cambiano le cose! Ora abbiamo molte modalità a disposizione che sono ancor troppo dispendiose in termini di tempo e non necessarie. Penso che non possiamo registrare tutte le immagini possibili, tutti i segnali di flusso o fare le analisi avanzate per ogni paziente e continuare a fornire assistenza a tutti quanti ne hanno bisogno. Ogni laboratorio dovrebbe scegliere come utilizzare le tecniche avanzate, come l'eco 3D e lo strain, sulla base della popolazione di pazienti che affrisce al laboratorio e delle esigenze cliniche. Un possibile approccio consiste nel definire uno standard, un esame ecografico minimo e quindi aggiungere nuovi approcci specifici a seconda della diagnosi del paziente. Gli ecocardiografi dovrebbero essere consulenti, non eseguire solo l'imaging in maniera routinaria. Ad esempio, in un paziente trattato con chemioterapia lo strain ventricolare sinistro può essere importante per decidere eventuali successive modifiche del trattamento. In un paziente con malattia della valvola mitrale, l'eco 3D è essenziale per decidere in merito alla riparabilità della valvola, per il monitoraggio chirurgico o di procedure interventistiche. Dovremmo concentrarci sui dati che sono importanti per la cura del paziente, il che richiede che l'esame ecocardiografico deve essere adattato alla specifica domanda clinica in ciascun paziente. Naturalmente,

università e i laboratori di ricerca stanno acquisendo dati di imaging avanzati su molti pazienti che possono essere raccolti in database in modo da poter generare informazioni utili a definire l'utilità clinica di ciascuna di queste modalità. Tuttavia, per un laboratorio clinico ordinario, un esame ecocardiografico di base con imaging 2D di alta qualità, i dati Doppler e le misurazioni quantitative standard saranno sufficienti per la cura del paziente.♥





Trial randomizzato di confronto tra terapia medica ottimale e rivascolarizzazione percutanea in aggiunta alla terapia medica ottimale, nel paziente con disfunzione ventricolare sinistra ischemica

REVIVED BCIS2

Angioplastica nella disfunzione ventricolare sinistra ischemica

La rivascolarizzazione percutanea non migliora la sopravvivenza nel paziente con disfunzione ventricolare sinistra e coronaropatia severa

A Ottobre scorso è comparso su New England Journal of Medicine un trial dall'acronimo difficilmente memorizzabile: REVIVED-BCIS2. Nome complicato, quesito semplice: l'angioplastica conferisce un vantaggio di sopravvivenza, rispetto alla terapia medica ottimale (Optimal Medical Therapy, OMT), nel paziente con severa depressione della FE e malattia coronarica severa? Dopo aver letto il lavoro, la questione è ulteriormente semplificabile: l'angioplastica serve a qualcosa nel suddetto contesto clinico? Spesso, per vari motivi, sottoponiamo a PCI i nostri pazienti con cardiomiopatia ischemica. D'altra parte, un punto fermo delle conoscenze sull'argomento è rappresentato dal fatto che è il bypass coronarico a ridurre la mortalità cardiovascolare

nel medio termine (STICH trial) e la mortalità da ogni causa nel lungo termine (STICH Extension Study, 10 anni di follow up). REVIVED ha randomizzato 700 pazienti a 2 bracci di

up: poco meno di 4 anni. Criteri propedeutici all'arruolamento: FE \leq 35%, malattia coronarica "severa", dimostrazione di vitalità miocardica. Importante: i pazienti randomizzati avevano vitalità nei territori

A 41 mesi dalla randomizzazione, l'aggiunta della PCI alla OMT non ha ridotto l'endpoint primario composto di morte da ogni causa o ospedalizzazione per scompenso (37.2% nel braccio PCI vs. 38 % nel braccio OMT; p=0.96)

trattamento: 1) OMT vs. 2) OMT + angioplastica. Ipotesi degli Autori: la rivascolarizzazione percutanea, in aggiunta alla OMT, riduce la mortalità da ogni causa e le ospedalizzazioni per scompenso rispetto alla sola OMT. Follow

miocardici sottesi dai vasi trattati con PCI. Nello STICH (che testava OMT vs. OMT + bypass coronarico) la presenza di vitalità non solo non rientrava tra i criteri di inclusione, ma la presenza di miocardio vitale non aveva modificato l'outcome: i pazienti



rivascolarizzati chirurgicamente andavano incontro a riduzione della mortalità indipendentemente dalla presenza di vitalità miocardica. Esclusi dall'arruolamento i pazienti instabili, definiti da: recente infarto miocardico (entro 4 settimane), insufficienza cardiaca acuta, aritmie ventricolari sostenute. A ulteriore conferma della rigidità adottata dagli Autori del REVIVED è la definizione di "severità" della coronaropatia: non giudizi soggettivi, bensì calcolo di uno score (British Myocardial Jeopardy Score ≥ 6

= malattia "severa"). Ebbene, i pazienti assegnati al braccio PCI non sono andati incontro né a riduzione della mortalità da tutte le cause, né a ridotta frequenza di ospedalizzazione per scompenso (Figura 1), né a miglioramento della funzione ventricolare sinistra rispetto ai pazienti trattati con sola OMT. REVIVED si accoda così ai lavori che hanno dimostrato lo scarso o nullo impatto dell'angioplastica sugli hard endpoints nel paziente con malattia coronarica stabile. La terapia farmacologica massimale,

L'ipotesi degli Autori è che la PCI, in aggiunta alla OMT, possa migliorare sia la sopravvivenza che la funzione ventricolare sinistra, rispetto alla sola OMT, nei pazienti con cardiomiopatia ischemica



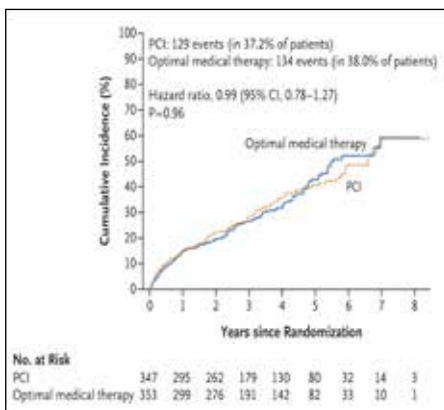
associata a un corretto stile di vita, è sufficiente da sola (senza l'aggiunta dell'angioplastica) a migliorare l'outcome nel paziente stabile. Alcuni dati meritano di essere riportati:
- il tasso di infarto miocardico

contrattilità dopo rivascolarizzazione;
- i pazienti assegnati ad angioplastica vanno incontro a un miglioramento significativo della qualità della vita, espressa mediante il Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire; temo

tratta. Una possibile spiegazione potrebbe consistere nel fatto che il gruppo di controllo nello STICH e nel REVIVED è lo stesso (terapia medica ottimale) ma al contempo non è lo stesso: in 20 anni la terapia farmacologica dello scompenso ha subito un miglioramento drastico, tale da vanificare (ripeto, sono solo ipotesi) l'effetto aggiuntivo della PCI nel REVIVED. Sarebbe interessante ripetere oggi lo STICH, adottando la moderna terapia farmacologica dello scompenso come braccio di controllo. REVIVED BCIS-2 ha alcuni punti deboli: il campione non è molto ampio (700 pazienti, la metà del campione dello STICH) e il follow - up è, ad oggi, relativamente breve (circa 4 anni, mentre nello STICH Extension ci sono voluti 10 anni per la dimostrazione della

In pazienti affetti da CAD severa, FE severamente ridotta e presenza di vitalità miocardica, la rivascolarizzazione percutanea in aggiunta alla OMT non riduce, rispetto alla sola OMT (comprensiva di device therapy), il tasso di morte da tutte le cause né le ospedalizzazioni per scompenso a 3.5 anni di follow - up

nel follow-up è alto (> 30 %) e sovrapponibile nei due gruppi, ovvero: l'angioplastica non previene le sindromi coronariche acute in misura maggiore rispetto alla sola terapia medica;



però che il dato sia questionabile, dato che il disegno dello studio è per sua natura aperto (è probabile cioè che i pazienti sottoposti a PCI percepiscano meno sintomi in seguito alla “riapertura delle coronarie ostruite”);
- circa il 14% dei pazienti in entrambi i gruppi era affetto anche da malattia del tronco comune: frazione piccola, ma non trascurabile, che alimenta gli interrogativi sulla utilità della PCI nel paziente con disfunzione sistolica severa senza sindrome coronarica acuta.

Ma quale ipotesi possiamo avanzare per tentare di spiegare l'effetto nullo della PCI (in aggiunta alla OMT) nei pazienti del REVIVED? Nello STICH, la mortalità cardiovascolare dei pazienti rivascolarizzati chirurgicamente si riduceva rispetto a quelli trattati con sola OMT. Perché invece nel REVIVED la PCI non ha ridotto l'endpoint primario? Sempre di rivascolarizzazione si

Nel braccio PCI, inoltre, non è stato registrato un significativo miglioramento della FE rispetto ai pazienti randomizzati a OMT

- a 12 mesi di follow - up, il miglioramento della FE è trascurabile e sovrapponibile in entrambi i gruppi: viene così messo in discussione il concetto di miocardio “ibernato”, cioè di miocardio vitale che recupera

ridotta mortalità totale nel braccio bypass). Ad ogni modo, il trial è entusiasmante e probabilmente aprirà la strada ad ulteriori lavori sullo stesso argomento. Buona lettura.♥



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

Parte quinta: 1991-1993

L'evoluzione organizzativa del Congresso Nazionale; le difficoltà nei rapporti con SIC (Società Italiana di Cardiologia) e SEC (Società Europea di Cardiologia) e le iniziative per superarle; l'impegno e lo scontro con le Istituzioni sul “Ritardo evitabile”; l'avvio del Centro Studi; l'attenzione verso il GITIC; le iniziative in Campo Sindacale; la sorveglianza attiva sui provvedimenti legislativi e normativi; l'articolazione dell'impegno scientifico e gestionale; la “proposta culturale” della Strutturazione dell'ANMCO in “Aree”; i 30 anni dell'Associazione

Cardiologia negli Ospedali

Verbale dell'incontro ANMCO-SIC

Modena, 31 ottobre 1991

P. Delise

Il Presidente dell'ANMCO, Prof. Vecchio ricorda brevemente le tappe che hanno portato a questo incontro, che a suo parere può definire storico: dall'accordo tra le due Società, avvenuto all'epoca della Presidenza Ferrugio, di far incontrare i due Direttivi in occasione dei rispettivi Congressi, ai contatti intercorsi negli anni successivi con il Prof. Zardini e con il Prof. Visoli quando essi erano Presidenti della SIC, al recente incontro avvenuto a Firenze in occasione del Congresso Nazionale ANMCO tra il Direttivo ANMCO e il Prof. Mantoli.

Ribadisce quanto detto a Firenze e cioè la necessità di rompere il silenzio tra le due Società che unisce alla Cardiologia Italiana. Le due Società infatti hanno molti interessi comuni ed è preferibile discuterne e magari scontrarsi nel tentativo di risolvere i problemi piuttosto che ignorarli.

Il Presidente della SIC Prof. Mantoli si dichiara d'accordo con il Prof. Vecchio sulla opportunità di una cooperazione. Avanza quindi due proposte operative:

- 1) Fare insieme almeno un corso di aggiornamento all'anno nelle singole regioni;
- 2) Concordare una politica comune all'interno della Società Europea di Cardiologia.

Si apre la discussione sul primo punto. Il Prof. Zardini ricorda, e il Dott. Delise conferma, che nel Veneto l'organizzazione di corsi ANMCO-SIC è una tradizione consolidata ormai da molti anni.

Il Prof. Novo riferisce che anche in Sicilia esiste una collaborazione fattiva tra l'ANMCO e la SIC.

Il Prof. Vecchio afferma che l'esistenza di situazioni favorevoli in singole realtà periferiche non può far dimenticare i profondi divaricamenti esistenti in molte regioni, che trovano una difficile soluzione anche per l'assenza di indirizzi prove-

nienti dai vertici. Ritiene quindi di straordinaria importanza il fatto che i due Direttivi Nazionali invitino ufficialmente le Regioni alla collaborazione culturale. Il Prof. Rizzon propone che i Direttivi sollecitino i Consigli Regionali delle rispettive Società a riunirsi almeno una volta all'anno.

Viene deciso all'unanimità di affidare il coordinamento delle attività periferiche ai due Segretari dell'ANMCO, Dott. Delise e della SIC, Prof. Novo.

Si apre quindi la discussione sul secondo punto.

Il Prof. Cherchi riferisce che la Società Europea di Cardiologia (SEC) riconosce un'Associazione cardiologica per ogni Paese e nel caso dell'Italia riconosce la SIC. La SEC comunque conosce la realtà italiana e per tale motivo ha modificato lo Statuto portando i rappresentanti di ogni Paese da tre a quattro allo scopo di consentire la presenza paritetica della cardiologia italiana sia ospedaliera che universitaria con due membri ciascuna.

Riferisce quindi che recentemente si è verificato un fatto ineccezionale. Infatti il 1° e 2° riunito in agosto ad Amsterdam per votare il prossimo candidato italiano al Board, il Prof. Specchia, rappresentante italiano nel Nominating Committee, ha proposto il nome del Prof. Zardini e quindi del Prof. Maseri che sono stati bocciati. È stato invece eletto il Prof. Chierchia su proposta del francese. A suo parere il fatto è grave perché la SEC ha dimostrato di non tener conto del parere ufficiale dell'Italia e di voler individuare i nostri rappresentanti su indicazione del Working Group.

Ritiene quindi necessario che l'ANMCO e la SIC prendano posizione avanzando una candidatura ufficiale comune, dimostrando la volontà del nostro Paese di esercitare i propri diritti. Esistono i tempi tecnici per avanzare la proposta perché il termine ultimo è il

15 gennaio. Dopo tale data la candidatura verrà sottoposta al voto dell'Assemblea. Propone quindi la candidatura di Zardini.

Il Prof. Vecchio contesta al Prof. Cherchi il fatto che la SEC riconosca solo la SIC come Associazione Cardiologica Italiana. Infatti in tutti gli atti ufficiali della SEC vengono citate sia l'ANMCO che la SIC con una rappresentanza paritetica di due membri ciascuna. Afferma quindi che il nome del nostro candidato per il Board avrebbe dovuto essere discusso e individuato prima della riunione del Nominating Committee. Ma i due Direttivi ANMCO e SIC non sapevano che lo stesso si sarebbe riunito ad Amsterdam.

Il Prof. Visoli afferma che la cardiologia italiana è sottovalutata dalla SEC. Ritiene che, malgrado l'indiscutibile valore umano e scientifico, il Prof. Chierchia non sia espressione della Cardiologia Italiana, ma del Working Group Europei.

Il Prof. Zardini si dichiara d'accordo con i precedenti interventi. Afferma inoltre che nella SEC il gruppo dominante è rappresentato dagli olandesi, francesi e tedeschi. Questo gruppo dominante pur dovendo prendere atto della massiccia presenza italiana nella presentazione di comunicazioni e poster di ottima qualità e nella nutrita partecipazione allo svolgimento dei lavori, non tiene conto di noi per quel che riguarda la nomina dei moderatori. Lo prova lo scarso numero di moderatori italiani che sono in genere individuati in base ad amicizie personali.

Il Prof. Vecchio ricorda che il Dott. Delise aveva sottolineato questo problema in un articolo pubblicato nel Bollettino dell'ANMCO a commento del Congresso dell'anno scorso di Salsomaggiore. Lo stesso articolo fu letto dal compianto Prof. Reale che ne colse però solo toni polemicamente verso la SIC mentre criticò il fatto che non era stata citata

L'ANMCO aiura a tutti i lettori
Un Felice Anno Nuovo

Continua il processo di innovazione nell'organizzazione del Congresso Nazionale: “Quest'anno il Congresso ANMCO ha presentato ai suoi soci delle innovazioni culturali volte a rendere più facile e più completo il loro aggiornamento. Tra queste novità era inclusa la creazione di cinque Minicorsi su specifici settori della Cardiologia quali la Cardiologia Nucleare, la Elettrofisiologia Cardiaca, la Elettrostimolazione Cardiaca, l'Ecocardiografia e il Post-infarto” - “I minicorsi del congresso A.N.M.C.O.”, M. Santini (Notiziario N. 82 - settembre 1991, pagina 7).

Ancora connotate da difficoltà le interazioni con la Società Italiana

di Cardiologia, difficoltà che si ripercuotono negativamente sui rapporti con la SEC (Società Europea di Cardiologia): “Fin dalla nascita dell'ANMCO il rapporto tra le due Società non è stato dei più facili ed è stato caratterizzato da momenti di tensione alternati a fasi di collaborazione, da un breve matrimonio durante le presidenze Piccolo e Puddu che diede alla luce il Congresso congiunto di Bari del 1979, seguito da un repentino divorzio. Non c'è dubbio che il motivo principale del contendere sia sul piano strettamente sindacale. Ed è altrettanto chiaro che su tale piano i contrasti si sono fatti più profondi con il crescere culturale dell'ANMCO. Quest'ultima infatti ha sempre meno accettato la storica “supremazia culturale” della cardiologia universitaria nei confronti di quella ospedaliera, che di fatto sono rappresentate appunto dalla SIC e



CARDIOLOGIA NEGLI OSPEDALI

Notiziario dell'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri - ANMCO



Publicazione periodica. Spedizione in abbonamento postale gruppo IV - inf. 70%
Viene spedito ai soci e agli operatori sanitari interessati allo sviluppo della cardiologia ospedaliera

N. 84
Marzo 1992

Il Ritardo evitabile nell'assistenza all'infarto

La Giornata di Genova

P. Salvadé

L'applicazione di rigorosi criteri scientifici allo studio di parametri epidemiologici di interesse socio-sanitario è alla base della importanza dei messaggi che sono stati lanciati dall'ANMCO e dall'Istituto Mario Negri il 18 gennaio a Genova. Fra gli invitati i maggiori cultori della Cardiologia Italiana, una ampia rappresentanza di giornalisti, specializzati e non, i rappresentanti dei politici e dei funzionari del Ministero e degli Assessorati alla Sanità. Questa ultima componente, purtroppo essenziale per rendere operativo qualunque programma in campo sanitario, ha disertato in massa la seduta. Questo si è verificato sia da parte degli ospiti invitati ad assistere che da parte di quelli invitati a parlare, che dopo una prima adesione hanno accampato *tutti* improvvisi ed urgenti inderogabili impegni, con telegrammi dell'ultima ora.

La sessione mattutina è stata introdotta e moderata dal Prof. Vecchio. Al pubblico presente sono stati esposti i risultati dello studio, inviando alcuni chiari messaggi sulle cause del ritardo con cui ancora in un eccessivo numero di pazienti vengono prestate le prime cure in occasione di infarto miocardico. I colleghi del Mario Negri espongono in altra parte di questo bollettino i risultati dello studio con il consueto rigore scientifico. Da parte mia tenterò di svolgere la cronaca della giornata.

Il Prof. Geraci ha dato inizio ai lavori inquadrando il problema del ritardo: ha sottolineato le esigenze cliniche di una maggiore tempestività nella assistenza all'infartuato,

basate sulla prevenzione della mortalità aritmica precoce e sui risultati della terapia trombolitica, tanto più efficace quanto più presto avviata. Ha poi illustrato le variabili sociali ed organizzative alla base dei ritardi, distinguendo la componente decisionale (quella legata al ritardo del ricorso alla struttura sanitaria da parte del paziente), quella organizzativa extraospedaliera e quella del ritardo intraospedaliero. La Dott.ssa Franzosi ha esposto i risultati dello studio ANMCO-Mario Negri, elaborati dai dati raccolti in occasione dello studio GIS-SI 2, su un campione rappresentativo della realtà italiana.

Il ritardo decisionale risulta la causa principale del ritardo assistenziale: alla base di questa componente spesso vi sono fattori psicologici e socio-culturali. Solo ben

conoscendo queste variabili si potranno studiare efficaci strategie preventive. La Dott.ssa Zotti, psicologa, ha approfondito le componenti del ritardo decisionale, evidenziandone alcune componenti psicologiche di particolare interesse.

Il Dott. Fresco ha analizzato alcuni aspetti particolari che si riferiscono alla necessità e alle possibilità di cooperazione fra Centri Cardiologici dotati di UCC e strutture ospedaliere territoriali non dotate di divisioni di Cardiologia.

I dati epidemiologici noti, nei quali i risultati dello studio devono essere collocati, presentati dal Dott. Valagussa, sono impressionanti per la loro importanza. In particolare numericamente rilevanti sono i dati relativi alla malattia ischemica coronarica: una incidenza di 250-300 attacchi ischemici l'anno ogni 100.000 abitanti (fra 25 e 65 anni), dei quali il 64% rappresentato da infarti; una mortalità globale compresa fra 25 e 38%; una incidenza di arresto cardiaco, in corso di episodi ischemici, che si aggira sul 25%, di cui più della metà extraospedaliero. È stato anche rilevato che, nell'attuale situazione organizzativa, la possibilità delle strutture esistenti



Un momento della conferenza.



la sua morte clinica alla presidenza della SIC.

Il Prof. Mariani nominato Presidente S.I.C.

La S.I.C. ha un nuovo Presidente. Al Prof. Mattioli succede il Prof. Mario Mariani, ordinario di Cardiologia a Pisa.

INCONTRO ANMCO-SIC

Dopo anni di reciproca indifferenza, i Consigli Direttivi dell'ANMCO e della SIC si sono incontrati a Modena per discutere alcuni problemi comuni.

ANMCO e la SIC sono le più avanzate Associazioni Cardiologiche Italiane nate l'una dall'altra per tre motivi che hanno avuto tante occasioni di essere in questi anni.

Il grande il nostro rammarico. Avevamo scritto sulle pagine di questo Notiziario che il ruolo di primo piano del nostro Paese era stato assunto da un'Associazione di medici che non aveva mai avuto un ruolo di primo piano.

Notiziario n. 83 - dicembre 1991, pag. 4

in un territorio a densità di ospedali particolarmente elevata, la Brianza, permette di ricoverare in UCC il 100% dei pazienti che necessitano di una strategia volta alla educazione sanitaria della popolazione per accrescere l'efficacia e il ricorso alla cura strettamente da altri studiati, attraverso le iniziative di strategie preventive.

INCONTRO ANMCO-SIC

Dopo anni di reciproca indifferenza, i Consigli Direttivi dell'ANMCO e della SIC si sono incontrati a Modena per discutere alcuni problemi comuni.

ANMCO e la SIC sono le più avanzate Associazioni Cardiologiche Italiane nate l'una dall'altra per tre motivi che hanno avuto tante occasioni di essere in questi anni.

Il grande il nostro rammarico. Avevamo scritto sulle pagine di questo Notiziario che il ruolo di primo piano del nostro Paese era stato assunto da un'Associazione di medici che non aveva mai avuto un ruolo di primo piano.

Il nostro Paese è un paese di medici che non ha mai avuto un ruolo di primo piano. Il grande il nostro rammarico. Avevamo scritto sulle pagine di questo Notiziario che il ruolo di primo piano del nostro Paese era stato assunto da un'Associazione di medici che non aveva mai avuto un ruolo di primo piano.

INCONTRO ANMCO-SIC

Dopo anni di reciproca indifferenza, i Consigli Direttivi dell'ANMCO e della SIC si sono incontrati a Modena per discutere alcuni problemi comuni.

ANMCO e la SIC sono le più avanzate Associazioni Cardiologiche Italiane nate l'una dall'altra per tre motivi che hanno avuto tante occasioni di essere in questi anni.

Il grande il nostro rammarico. Avevamo scritto sulle pagine di questo Notiziario che il ruolo di primo piano del nostro Paese era stato assunto da un'Associazione di medici che non aveva mai avuto un ruolo di primo piano.

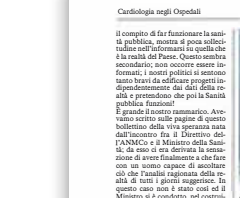
Il nostro Paese è un paese di medici che non ha mai avuto un ruolo di primo piano. Il grande il nostro rammarico. Avevamo scritto sulle pagine di questo Notiziario che il ruolo di primo piano del nostro Paese era stato assunto da un'Associazione di medici che non aveva mai avuto un ruolo di primo piano.

INCONTRO ANMCO-SIC

Dopo anni di reciproca indifferenza, i Consigli Direttivi dell'ANMCO e della SIC si sono incontrati a Modena per discutere alcuni problemi comuni.

ANMCO e la SIC sono le più avanzate Associazioni Cardiologiche Italiane nate l'una dall'altra per tre motivi che hanno avuto tante occasioni di essere in questi anni.

Il grande il nostro rammarico. Avevamo scritto sulle pagine di questo Notiziario che il ruolo di primo piano del nostro Paese era stato assunto da un'Associazione di medici che non aveva mai avuto un ruolo di primo piano.



Il ritardo evitabile nella assistenza al paziente con infarto miocardico. Risultati dello studio collaborativo ANMCO - Istituto Mari Negri.

Ritardo evitabile nella assistenza al paziente con infarto miocardico

Risultati dello studio collaborativo ANMCO - Istituto Mari Negri

A cura del Gruppo di Lavoro dell'Istituto M. Negri

Premesse e razionale dello studio

Il ritardo evitabile nella assistenza al paziente con infarto miocardico. Risultati dello studio collaborativo ANMCO - Istituto Mari Negri.

Il ritardo evitabile nella assistenza al paziente con infarto miocardico. Risultati dello studio collaborativo ANMCO - Istituto Mari Negri.

Ritardo evitabile nella assistenza al paziente con infarto miocardico

Risultati dello studio collaborativo ANMCO - Istituto Mari Negri

A cura del Gruppo di Lavoro dell'Istituto M. Negri

Premesse e razionale dello studio

Il ritardo evitabile nella assistenza al paziente con infarto miocardico. Risultati dello studio collaborativo ANMCO - Istituto Mari Negri.

Il ritardo evitabile nella assistenza al paziente con infarto miocardico. Risultati dello studio collaborativo ANMCO - Istituto Mari Negri.

Ritardo evitabile nella assistenza al paziente con infarto miocardico

Risultati dello studio collaborativo ANMCO - Istituto Mari Negri

A cura del Gruppo di Lavoro dell'Istituto M. Negri

Premesse e razionale dello studio

Il ritardo evitabile nella assistenza al paziente con infarto miocardico. Risultati dello studio collaborativo ANMCO - Istituto Mari Negri.

Il ritardo evitabile nella assistenza al paziente con infarto miocardico. Risultati dello studio collaborativo ANMCO - Istituto Mari Negri.

Ritardo evitabile nella assistenza al paziente con infarto miocardico

Risultati dello studio collaborativo ANMCO - Istituto Mari Negri

A cura del Gruppo di Lavoro dell'Istituto M. Negri

Premesse e razionale dello studio

Il ritardo evitabile nella assistenza al paziente con infarto miocardico. Risultati dello studio collaborativo ANMCO - Istituto Mari Negri.

Il ritardo evitabile nella assistenza al paziente con infarto miocardico. Risultati dello studio collaborativo ANMCO - Istituto Mari Negri.

Ritardo evitabile nella assistenza al paziente con infarto miocardico

Risultati dello studio collaborativo ANMCO - Istituto Mari Negri

A cura del Gruppo di Lavoro dell'Istituto M. Negri

Premesse e razionale dello studio

Il ritardo evitabile nella assistenza al paziente con infarto miocardico. Risultati dello studio collaborativo ANMCO - Istituto Mari Negri.

Notiziario n. 84 - marzo 1992, pag. 3

dall'ANMCO. E questo per un motivo molto semplice: la cardiologia ospedaliera è lentamente ma progressivamente cresciuta sia sul piano organizzativo, tanto da essere studi policentrici

Notiziario n. 84 - marzo 1992, pag. 3

complessi come il GISSI che vengono invidiati da tutto il mondo, sia sul piano culturale e operativo raggiungendo in alcuni centri una qualificazione di assoluto livello internazionale, almeno

Notiziario n. 84 - marzo 1992, pag. 6

Il ritardo evitabile nella assistenza al paziente con infarto miocardico. Risultati dello studio collaborativo ANMCO - Istituto Mari Negri.

Notiziario n. 84 - marzo 1992, pag. 7

Il ritardo evitabile nella assistenza al paziente con infarto miocardico. Risultati dello studio collaborativo ANMCO - Istituto Mari Negri.



Cardiologia negli Ospedali

8

L'emergenza cardiologica tema della Campagna ANMCO 1993

Il Simposio del XXIV Congresso sul ruolo della cardiologia ospedaliera sul sistema dell'emergenza urgenza: il perché di una scelta

L'ANMCO ha deciso di individuare ogni anno un obiettivo prioritario sul quale indirizzare una serie di iniziative che impegnino in maniera coordinata le sue strutture organizzative in modo da offrire al pubblico, agli assistenzialisti e ai medici una buona informazione sul problema e sulle possibili soluzioni. L'insieme di queste attività viene indicato come Campagna ANMCO. Il tema della Campagna ANMCO 1993 sarà quello dell'emergenza cardiologica, problema che si realizza in qualità di ritardo entabile soprattutto nel 1992. Nonostante i notevoli progressi ottenuti nel trattamento dell'infarto, ancora molti pazienti giungono troppo tardi in ospedale e la maggior parte non si giunge all'effetto perché muoiono fuori dall'ospedale, spesso per ritardo nella decisione. Si ritiene utile informare direttamente il pubblico su questo problema, tentando di sensibilizzarlo sulla necessità di non perdere tempo e di non sbagliare la decisione. L'azione informativa dovrebbe essere realizzata:

- mediante cartelli a tutta pagina sui giornali locali con tutte le informazioni necessarie, soprattutto immagini e slogan;
- diffondendo analoghi messaggi, via display e manifesti negli studi medici.

La necessità di un nuovo punto di incontro con i medici dei centri ospedalieri è stata decisa da tutti i delegati regionali, con l'obiettivo di raggiungere un livello di consenso che consenta di portare avanti un'azione coordinata su tutto il territorio nazionale. Sollecitati i singoli associati collaboreranno in modo da costituire una rete nazionale cardiologica ospedaliera di sorveglianza clinica e di valutazione epidemiologica che operi con modalità omogenee, anche attraverso la datazione di strumenti informativi tra loro interattivi ed il supporto di attività segretariali.

Il questionario per conoscere meglio la realtà del settore

Al fine di una migliore conoscenza della situazione attuale di questo settore di assistenza e per poter impostare le strategie

Partendo da questi elementi ritorna raccogliendo da ogni delegazione regionale informazioni sulla condizione locale, in modo da portare avanti un'azione coordinata su tutto il territorio nazionale. Sollecitati i singoli associati collaboreranno in modo da costituire una rete nazionale cardiologica ospedaliera di sorveglianza clinica e di valutazione epidemiologica che operi con modalità omogenee, anche attraverso la datazione di strumenti informativi tra loro interattivi ed il supporto di attività segretariali.

Il problema del ruolo della cardiologia ospedaliera è stato discusso in occasione del XXIV Congresso ANMCO-SIS del marzo 1992, con il quale si richiama l'attenzione del Ministro della Sanità e del Presidente del Consiglio Superiore della Sanità al problema. In questo documento si fa cenno alla necessità del coinvolgimento del cardiologo e livello sia di pronto soccorso che di assistenza. Il documento è stato approvato dal Consiglio Direttivo torinese

La consegna di informazioni coinvolgerà al momento del XXIV Congresso medico del territorio ma anche come tema del I Congresso "La cardiologia ospedaliera sul sistema dell'emergenza urgenza sanitaria".

Le materie prescelte sono:

- 1) Emodinamica ed angiografia (per cui si prevedono diversi livelli di approfondimento di autonomia verso il livello di elettrodiagnostica);
- 2) Elettrodiagnostica; Il Direttivo dell'ANMCO si aspetta la più ampia collaborazione dei Soci esperti in queste discipline per una iniziativa che si sembra di interesse comune e con grandi potenzialità di sviluppo;
- 3) Salvadé

Si propongono l'attivazione, presso la Sede Centrale, di un "Learning Center", che promuoverà sessioni di formazione e di aggiornamento per i Soci.

Cardiologia negli Ospedali

9

II GISSI PREVENZIONE

occasione e stimolo per realizzare negli Ospedali una rete ambulatoriale per il follow up del cardiopatico cronico

Un programma che ANMCO ritiene fondamentale sviluppare a supporto della realizzazione degli ospedali di attività ambulatoriale dedicata ai follow up del cardiopatico cronico. ANMCO ritiene che la rete nazionale cardiologica ospedaliera di sorveglianza clinica e di valutazione epidemiologica che operi con modalità omogenee, anche attraverso la datazione di strumenti informativi tra loro interattivi ed il supporto di attività segretariali.

La continuità assistenziale al cardiopatico cronico anche come strumento di ricerca

Gli scopi che l'ANMCO si prefigge con tale progetto sono di promuovere la continuità assistenziale al cardiopatico cronico e di disporre di uno strumento attuale di questo settore di assistenza e per poter impostare le strategie

Il Direttivo ANMCO che giudica il GISSI Prevenzione un progetto grande rilievo scientifico e di preminente importanza nell'ambito delle politiche assistenziali e di prevenzione, ha formalmente impegnato la delegazione ANMCO nell'ambrosiana, in merito alle attività di tutti gli aspetti organizzativi ed economici necessari per poter dare avvio alla ricerca.

Gli studi Gissi: una linea da continuare!

Cardiologia negli Ospedali

10

Un nuovo impegno per l'ANMCO: ambulatori cardiologici per l'ipertensione dedicati al riconoscimento, prevenzione e trattamento del danno cardiaco

Si stima che circa il 30% della popolazione adulta sia affetta da ipertensione e che nell'ultimo anno la prevalenza sia passata dal 30-40%.

Creare la metà di questi ambulatori non viene riconosciuta; metà degli interventi ricomposti non sono trattati ed i metà di quelli trattati l'ipertensione non è controllata. Per il riconoscimento ed il controllo dell'ipertensione rimangono ancora ampi margini di miglioramento. Sono ben noti i danni cardiovascolari a lungo termine di una ipertensione non adeguatamente trattata.

La realizzazione di una rete ben collegata ed organizzata di ambulatori dedicati al trattamento della ipertensione potrebbe fornire un'adeguata assistenza e delle cure per tale tipo di pazienti.

Il programma di sviluppo prevede:

- individuazione delle strutture cardiologiche disponibili ad impegnarsi in questo settore;
- definizione, approntamento e distribuzione di una cartella clinica computerizzata al fine di creare un supporto informatico omogeneo;
- verifica del "rendimento" (potenzialità e limiti) della rete dei centri in termini di acquisizione corretta dei dati. Organizzazione di corsi di aggiornamento per i medici di famiglia e diagnostici;
- raccolta dei dati ed elaborazione presso il Centro Studi; modifiche e perfezionamento del sistema;
- realizzazione di uno studio pilota per verificare il "rendimento" della rete in termini di acquisizione corretta dei dati, organizzazione e gestione degli archivi, omogeneizzazione delle metodiche segretariali e diagnostiche;
- raccolta dati ed elaborazione presso il Centro Studi; ANMCO, modifiche e perfezionamento del sistema;
- preparazione di uno o più protocolli di studio.

Cardiologia negli Ospedali

14

"MANIFESTO PER L'OSPEDALE ITALIANO"

RUOLO E PROFESSIONALITA' DEL MEDICO OSPEDALIERO NELLA NUOVA REALTA' SANITARIA

L'ANMCO aderisce al "Manifesto per l'Ospedale Italiano", vi riportiamo in queste pagine il testo integrale con l'elenco degli aderenti.

In questo momento di sbandamento della Sanità e di lacerazione politica della nostra società, i medici lanciano unitariamente una proposta di ammodernamento dell'Ospedale e rafforzamento della professionalità, nell'intento di salvaguardare l'ospedale pubblico quale insostituibile punto di riferimento dell'assistenza sanitaria in Italia.

Qualsiasi riforma non ha futuro se non promuove una nuova organizzazione dell'attività e un nuovo profilo istituzionale del medico ospedaliero.

Funzione dell'Ospedale

Esso va concepito, oggi, come una struttura caratterizzata da completa autonomia gestionale che esprima alto grado di tecnologia e una soglia di livello di prestazioni tale da garantire per tutti i cittadini omogenea qualità di assistenza.

Razionalizzazione della Rete Ospedaliera

Partendo da una ridefinizione degli standards dimensionali, strutturali e funzionali degli Ospedali giungersi a una riconversione per quelli che non li raggiungono, pervenire alla costituzione di rete regionale ospedaliera qualificata per un'adeguata assistenza nelle specialità di base alla luce delle nuove tecnologie.

Ospedali di riferimento

All'interno della rete regionale vanno comunque individuati ospedali di riferimento sedi di DEA, di una o più strutture di alta specialità, dello svolgimento della ricerca clinica e dei controlli nonchè delle sperimentazioni applicative farmacologiche e tecnologiche e della formazione specialistica post laurea dei medici e del restante personale sanitario. In tutta Europa, e nel mondo intero, gli Ospedali sono ufficialmente la sede privilegiata per la formazione teorica e pratica professionale. In Italia tale ruolo è praticato, ma non è legislativamente riconosciuto. Bisogna quindi riconoscere formalmente e pienamente all'Ospedale la competenza specifica nella formazione del medico specialista, del medico di medicina generale, del restante personale sanitario.

La moderna organizzazione sanitaria dell'Ospedale

Le attuali Divisioni ospedaliere corrono il doppio rischio di essere contemporaneamente o troppo grandi-rispetto alla crescita di sub-specializzazioni o troppo piccole-rispetto alle esigenze interdisciplinari.

Prof. Lamberto Boffi
AOOI
Associazione Chirurgici Ospedalieri

Prof. Enrico Bollero
ANAAO-SIMP
Sindacato Medici Pubblici

Prof. Riccardo Alicino
AGOOI
Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri

Prof. Elio Ascani
SIOTT
Società Italiana Ortopedica e Traumatologica Infantile

Prof. Fiero Berti
SIBOC
Società Italiana Biochimica Clinica

Prof. Angelo Burlina
SIME
Società Italiana Medicina di Laboratorio

Prof. Vincenzo Capria
AAAOI
Associazione Anestesiisti Rianimatori Ospedalieri

Prof. Robbio Cheli
SOMED
Società Mondiale Endoscopia Digestiva

Prof. Massimo Crespi
BSGE
European Society of Gastrointestinal Endoscopy

Prof. Piero Dalmondo
AIGO
Associazione Italiana Gastroenterologi Ospedalieri

Prof. Mario De Palma
AIFPO
Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri

La preparazione, la formazione, e l'aggiornamento del cardiologo ospedaliero nei programmi dell'ANMCO per il prossimo futuro.

Fra le attività da privilegiare per il prossimo futuro parte dell'ANMCO, un ruolo particolare va riservato all'attività didattica di formazione ed aggiornamento dei cardiologi ospedalieri ed al potenziamento del loro livello di competenza.

L'attuale ordinamento degli studi medici prevede una preparazione teorica, più o meno soddisfacente, acquisita nel corso degli studi e delle scuole di specialità. Restano scoperti i campi:

- 1) della formazione al ragionamento clinico e scientifico del medico ospedaliero;
- 2) dell'apprendimento e della qualificazione delle moderne tecniche diagnostiche e terapeutiche.

La prima viene infatti acquisita durante la quotidiana attività in modo e in grado strettamente didattico e un fiero di lavoro; il secondo o sul luogo di lavoro o mediante stages di apprendimento seguiti per lo più su base volontaria presso Centri di riferimento, ma senza uniformità di criteri didattici né garanzie formali di una competenza assistenziale.

L'ANMCO intende riempire questi vuoti della didattica dei cardiologi.

Per il primo aspetto si propone come Centro Culturale di riferimento, presso la Sede Centrale, di un "Learning Center", che promuoverà sessioni di formazione e di aggiornamento per i Soci.

Per il secondo l'ANMCO intende assumersi il ruolo di coordinare e uniformare le attività didattiche che già sono attuate presso molti reparti ospedalieri, nel campo della preparazione tecnologica. Da un'informazione dei corsi di apprendimento, completata da opportune verifiche delle esperienze, si potrà arrivare a certificazioni di competenza tecnica e clinica, con valore (si spera) di titolo valido ai fini di carriera.

A questo fine, si intende formulare un elenco dei Centri dotati delle caratteristiche necessarie per divenire Centri di Riferimento ANMCO per la didattica e un fiero di insegnamento da applicare in modo uniforme presso questi Centri.

Si è ritenuto opportuno scegliere alcune materie di largo "consumo" da parte dei cardiologi ospedalieri, di sperimentazione di applicabilità di questa iniziativa.

Le materie prescelte sono:

- 1) Emodinamica ed angiografia (per cui si prevedono diversi livelli di approfondimento di autonomia verso il livello di elettrodiagnostica);
- 2) Elettrodiagnostica; Il Direttivo dell'ANMCO si aspetta la più ampia collaborazione dei Soci esperti in queste discipline per una iniziativa che si sembra di interesse comune e con grandi potenzialità di sviluppo;
- 3) Salvadé

Si propongono l'attivazione, presso la Sede Centrale, di un "Learning Center", che promuoverà sessioni di formazione e di aggiornamento per i Soci.

Cardiologia negli Ospedali

10

DIDATTICA

La preparazione, la formazione, e l'aggiornamento del cardiologo ospedaliero nei programmi dell'ANMCO per il prossimo futuro.

Fra le attività da privilegiare per il prossimo futuro parte dell'ANMCO, un ruolo particolare va riservato all'attività didattica di formazione ed aggiornamento dei cardiologi ospedalieri ed al potenziamento del loro livello di competenza.

L'attuale ordinamento degli studi medici prevede una preparazione teorica, più o meno soddisfacente, acquisita nel corso degli studi e delle scuole di specialità. Restano scoperti i campi:

- 1) della formazione al ragionamento clinico e scientifico del medico ospedaliero;
- 2) dell'apprendimento e della qualificazione delle moderne tecniche diagnostiche e terapeutiche.

La prima viene infatti acquisita durante la quotidiana attività in modo e in grado strettamente didattico e un fiero di lavoro; il secondo o sul luogo di lavoro o mediante stages di apprendimento seguiti per lo più su base volontaria presso Centri di riferimento, ma senza uniformità di criteri didattici né garanzie formali di una competenza assistenziale.

L'ANMCO intende riempire questi vuoti della didattica dei cardiologi.

Per il primo aspetto si propone come Centro Culturale di riferimento, presso la Sede Centrale, di un "Learning Center", che promuoverà sessioni di formazione e di aggiornamento per i Soci.

Per il secondo l'ANMCO intende assumersi il ruolo di coordinare e uniformare le attività didattiche che già sono attuate presso molti reparti ospedalieri, nel campo della preparazione tecnologica. Da un'informazione dei corsi di apprendimento, completata da opportune verifiche delle esperienze, si potrà arrivare a certificazioni di competenza tecnica e clinica, con valore (si spera) di titolo valido ai fini di carriera.

A questo fine, si intende formulare un elenco dei Centri dotati delle caratteristiche necessarie per divenire Centri di Riferimento ANMCO per la didattica e un fiero di insegnamento da applicare in modo uniforme presso questi Centri.

Si è ritenuto opportuno scegliere alcune materie di largo "consumo" da parte dei cardiologi ospedalieri, di sperimentazione di applicabilità di questa iniziativa.

Le materie prescelte sono:

- 1) Emodinamica ed angiografia (per cui si prevedono diversi livelli di approfondimento di autonomia verso il livello di elettrodiagnostica);
- 2) Elettrodiagnostica; Il Direttivo dell'ANMCO si aspetta la più ampia collaborazione dei Soci esperti in queste discipline per una iniziativa che si sembra di interesse comune e con grandi potenzialità di sviluppo;
- 3) Salvadé

Si propongono l'attivazione, presso la Sede Centrale, di un "Learning Center", che promuoverà sessioni di formazione e di aggiornamento per i Soci.



dalla pressoché completa inesistenza di un'organizzazione sanitaria extra-ospedaliera che giustifichi i suoi costi con un prodotto di efficacia controllabile” - **“Siamo un punto di riferimento per la cardiologia: dobbiamo essere attentamente ascoltati!”**, P.F. Fazzini (Notiziario N. 86 - ottobre 1992, pagina 1); a proposito della **Legge Delega** (settembre 1992) si sottolinea come **“La conseguenza di questa mancata chiarezza finisce per mettere in pericolo la sopravvivenza stessa di quello che, a ragione, è sempre stato considerato il cuore del Servizio Nazionale, e cioè l'Ospedale.**

[...] **Contro questa impostazione sono previste dalla Cosmed delle forme di protesta per esercitare l'estrema pressione sul Governo” - “Legge delega in materia di sanità, di pubblico impiego, di previdenza e di finanza territoriale”, E. Giovannini (Notiziario N. 86 - ottobre 1992, pagina 10).**

L'impegno organizzativo e culturale si qualifica ulteriormente con: **“L'emergenza cardiologica tema della Campagna ANMCO 1993”;** **“Censimento delle Strutture Cardiologiche negli Ospedali Italiani”;** **“Il GISSI PREVENZIONE occasione e stimolo per realizzare negli Ospedali una rete ambulatoriale per il follow-up del cardiopatico cronico”;** **“Un nuovo impegno per l'ANMCO: ambulatori cardiologici per l'ipertensione dedicati al riconoscimento, prevenzione e trattamento del danno cardiaco”;** **“... l'attivazione, presso la Sede Centrale, di un Learning Center, che promuoverà sessioni di formazione e di aggiornamento per i Soci”;** **“L'ANMCO aderisce al “Manifesto per l'Ospedale Italiano” - Ruolo e professionalità del Medico Ospedaliero nella nuova realtà Sanitaria” - Per tutti (Notiziario N. 87 - dicembre 1992, pagine 4, 8, 9, 10, 14).**

PROPOSTA CULTURALE

Strutturazione dell'ANMCO in "Aree" Fase Pilota

Perché

Una grande Associazione medica, oltre a essere espressione delle idee e dei bisogni dei componenti, deve essere capace di diffondersi all'interno e promuovere all'esterno iniziative culturali di ricerca e di salute pubblica, che la qualificano come protagonista e non come esecutore o commentatore marginale di iniziative di altri. Perché questo avvenga occorre scelte strategiche (l'identificazione e l'attribuzione di priorità alle Aree in cui muoversi); l'aggregazione continuativa di persone colte, creative e ovviamente interessate all'Area, compattezza e determinazione dell'intera Associazione per rendere efficaci le iniziative proposte dagli esperti dell' "Area".

Gli attuali Gruppi di Studio hanno alcune caratteristiche di questo tipo ma alcuni problemi fondamentali che ne limitano l'efficacia operativa: 1. Insufficienza organizzativa a livello di esperienza maturata e soprattutto di segreteria; 2. Limitazioni economiche; 3. Inconsistenza numerica delle persone interessate o inefficacia di queste all'interno delle proprie Unità Cardiologiche. Ne consegue l'inefficienza di creare momenti culturali quantitativamente significativi e scarsa rappresentatività nei confronti del mondo esterno.

In sintesi quindi, il Gruppo di Studio ha, almeno potenzialmente, la continuità di indirizzo e di approfondimento indispensabile allo sviluppo di qualunque Area culturale, ma manca di efficacia nel perseguire ed incidere sui problemi di salute pubblica; la grande Associazione (l'ANMCO) ha potenzialmente questa capacità, ma manca della continuità e della concentrazione e quindi non la esercita. Un tentativo di soluzione potrebbe essere la strutturazione dell'Associazione in "Aree" con "Comitati di Esperti" che ne curino lo sviluppo culturale, ne sviluppino la spinta propositiva e ne facciano uno strumento di aggiornamento e diffusione informativa.

Come

A. Per essere efficace:

1. Essere organizzata in task force che agiscano su obiettivi specifici, che possano essere di breve durata se l'obiettivo è rapidamente raggiungibile e stabili per obiettivi di lunga durata o permanenti. In quest'ultimo caso i membri ruotano con tempi da definire che potrebbero in linea di massima coincidere con i tempi di rinnovamento del Comitato Coordinatore.
2. Fornire una serie di prodotti:
 - 2a) documenti di updating (tra questi un updating sul tema generale dell'Area ogni due anni rivolto a tutti gli associati e una relazione annuale sul lavoro fatto da ogni

- task force);
- 2b) *guidelines* per la comunità medica;
- 2c) preparazione di prodotti informatici per archiviazione definitiva o per raccolte temporanee di dati;
- 2d) collegamento via rete informatica GISSI (eventualmente ampliata) per analisi in tempo reale di situazioni assistenziali, epidemiologiche, policy terapeutiche ecc.;
- 2e) proposte di ottimizzazione dell'assistenza. Questo dovrebbe essere un tipo prodotto di un'Associazione professionale matura e vasta come l'ANMCO, in grado di approfondire culturalmente problematiche attraverso suoi esperti d'Area e con uno strumento come il Centro Studi adeguatamente attrezzato. Proposte potrebbero derivare da osservazioni epidemiologiche su scala nazionale o regionale (punto precedente) riguardanti i fattori di rischio, prevalenza di malattie, analisi costi/benefici verifica di procedure o approcci terapeutici (quanti e quali pazienti sono ricoverati oggi in UCICT?, quanti e quali pazienti vengono coronarografiati?, angioplastiche?, ecc.);
- 2f) proposte di studi ANMCO, anche consistenti nelle o derivanti dalle analisi citate sopra;
- 2g) informazioni o pareri utili per Aziende farmaceutiche (gli Amici);
- 2h) raccolta bibliografica disponibile per gli associati (ed eventualmente fornita periodicamente);
- 2i) pareri su protocolli di studio di singoli associati.

B. Per essere aperta al mondo culturale esterno all'ANMCO:

1. Diaporre di un gruppo di Advisors stranieri o di altre Associazioni mediche italiane con cui intrattenere rapporti sistematici.

C. Per garantire il mantenimento dell'Area come parte dell'ANMCO (e continuità di turnover dei responsabili):

- Dopo il censimento delle persone interessate all'Area:
1. Elezione di un Comitato Coordinatore costituito da tre persone scelte dai cardiologi appartenenti all'Area. Furono i membri del Comitato con scadenze temporali sovrapponibili a quelle del Direttivo dell'ANMCO (ma alternate).
 2. Aggregazione al Comitato di un membro del Comitato Direttivo dell'ANMCO, che funga da ponte informativo.
 3. Fruire della Segreteria dell'ANMCO (quindi non dipendere di segreteria propria).
 4. Fruire di un budget destinato all'ANMCO.
 5. L'associazione al Gruppo di Studio dovrebbe essere libera, cioè non limitata ai Soci ANMCO, ma il Coordinatore del Gruppo dovrebbe essere un Socio ANMCO.
 6. Le manifestazioni scientifiche, la presentazione di prodotti culturali o di proposte organizzative frutto del lavoro del Gruppo saranno manifestazioni, proposte e prodotti ANMCO.

La prima Area che l'ANMCO potrebbe attivare sperimentalmente è l'Area dello Scopenno Cardiaco.
L. Tavazzi

Notiziario n. 88 - marzo 1993, pag. 2

Il Prof. Antonio Lotto, Socio Onorario dell'ANMCO a norma di Statuto in quanto Presidente dal 1980 al 1984, ci scrive.

Un augurio ed un invito per il nuovo anno

Mentre da ogni parte si fa sempre più viva la richiesta di rinnovamento con l'esclusione dei vecchi gruppi di potere, per quanto riguarda lo sviluppo dell'ANMCO in questi ultimi anni, pur positivo sotto molti aspetti, si ha l'impressione che non sia stata molto sentita l'ansia del rinnovamento con un organigramma di vertice abbastanza chiuso e poco sensibile al ricambio.

A chi, come il sottoscritto, ha una lunga esperienza di queste cose, sembra di rivedere la solita italiana tendenza, da parte di alcuni, di considerare un incarico associativo come un diritto permanentemente acquisito da trasmettere, eventualmente, per designazione amichevole, ad altro socio.

Troppo spesso, pertanto, sta accadendo che colui che oggi fa il Presidente sarà domani il Direttore del Giornale, questi a sua volta diventerà Presidente e poi magari il Direttore del Centro Studi o della Società ECO-ANMCO e così via, mettendo in atto un perfetto meccanismo di rientro o riciclaggio.

Altrettanto dicasi per l'organizzazione del Congresso Nazionale che, svolgendosi ormai sempre a Firenze, è diventata appannaggio dei fiorentini. Congresso nel quale compaiono troppo spesso come Moderatori dei Simposi gran parte dei soliti esponenti della vecchia e nuova nomenclatura, anche se con la cooptazione di qualche giovane per dimostrare il "rinnovamento".

Anche il diritto di critica all'interno dell'Associazione sembra diventato difficile da esercitarsi, come spesso è accaduto in Assemblea e come, ad esempio, è successo a chi ha osato criticare il GISSI-2 e l'abbandono troppo stretto tra ANMCO e Mario Negri, a tutto vantaggio di questo ultimo.

Tutto ciò fa intravedere, da parte di coloro che, pur con



riconosciuto impegno e capacità, hanno svolto o svolgono compiti direttivi, una certa tendenza alla precarizzazione che non è certamente in linea con lo spirito aperto e collegiale che da sempre è stata la caratteristica dell'ANMCO.

Dico questo non per critica o per polemica con chioschessa, ma solo per rivolgere a tutti un invito a voler riproporre quello spirito di aperta e fraterna collaborazione che in passato ci consentì di superare grandi ostacoli e vincere molte battaglie anche vitali per l'Associazione.

Tanto fa, il Presidente Carlo Vecchio, cortesemente mi comunicò che, in considerazione del ruolo da me svolto per quattro anni alla Presidenza dell'ANMCO, il Comitato Direttivo aveva deciso di offrire a me e ad altri Esponenti dell'Associazione, alcune gratificazioni e benefici in qualità di Socio Benemerito.

Risposi ringraziando per l'offerta e per la considerazione del Direttivo ma precisai subito che non volevo con ciò dinanzi in alcun modo un "Notabile" dell'ANMCO in quanto mi trovovo perfettamente a mio agio nell'attuale ruolo di Socio di base, senza incarichi, pronto a collaborare ed a perseverare nell'attività associativa, ma non disposto ad imporporare in campo direttivo. L'Associazione era ormai matura e cresciuta per un ampio ricambio.

L'augurio, quindi, è l'invito per il nuovo anno rivolto a tutti ed in particolare a coloro che sono o saranno intenzionati di compiti direttivi è quello di voler perseverare nel loro impegno associativo, cercando però di non imperversare e tanto meno di precarizzare.

Con tanti auguri e saluti.

Antonio Lotto
Milano, 28 gennaio 1993

Attività del Consiglio Direttivo: una sintesi

Impostazione ed organizzazione del XXIV Congresso; avvio del triennio GISSI-Prevenzione; ipotesi sulla didattica cardiologica negli Ospedali; preparazione della "Campagna ANMCO 1993" sull'emergenza cardiologica "Cardiologia 2000"; prosecuzione del Progetto GISSI-Prevenzione; avvio del triennio del Progetto Ipertensione. Costante, impegnata attenzione ai problemi emergenti della Sanità Nazionale e

del arredamento della sede e delle attrezzature della sala riunioni; rinnovo editoriale del bollettino "Cardiologia negli Ospedali" in cui tennero di farsi notizie sempre più sintetiche, ma non meno complete, di queste attività...

Nel complesso penso si possa affermare che il nuovo Consiglio Direttivo, e la Segreteria, in questi primi mesi di attività, non hanno battuto la fiacca.

Non sono mancati difficoltà e talora anche scontri, inevitabili in un contesto di attività così intenso. Ci stiamo, tutti, impegnando a fondo per un ANMCO migliore ed un migliore futuro della cardiologia italiana, e stiamo tenendo di farlo nel rispetto delle esigenze di tutti. Ai Soci chiediamo collaborazione attiva e... un po' di compiacimento!

P. Salvadei

Notiziario n. 88 - marzo 1993, pag. 8



Non mancano le “voci critiche interne”; una è quella del Socio Onorario Antonio Lotto, che firma una lettera a “Cardiologia negli Ospedali” che si conclude con un augurio e con l’invito “*rivolto a tutti ed in particolare a coloro che sono o saranno investiti di compiti direttivi, [...] di voler perseverare nel loro impegno associativo, cercando però di non imperversare e tanto meno di prevaricare*” - “**Un augurio ed un invito per il nuovo anno**”, A. Lotto (Notiziario N. 88 - marzo 1993, pagina 8).

E l’inizio del nuovo anno 1993 viene connotato da una importante e decisiva **Proposta Culturale**: “[...] *In sintesi quindi, il Gruppo di Studio ha, almeno potenzialmente, la continuità di indirizzo e di approfondimento indispensabile allo sviluppo di qualunque Area culturale, ma manca di efficacia nel perseguire ed incidere su problemi di salute pubblica; la grande Associazione (l’ANMCO) ha potenzialmente questa capacità, ma manca della continuità e della concentrazione e quindi non la esercita. Un tentativo di soluzione potrebbe essere la strutturazione dell’Associazione in ‘Aree’ con ‘Comitati di Esperti’ che ne curino lo sviluppo culturale, ne sviluppino la spinta propositiva e ne facciano uno strumento di aggiornamento e diffusione informativa*” [...] *La prima Area che l’ANMCO potrebbe attivare sperimentalmente è l’Area dello Scompenso Cardiaco*” - “**Strutturazione dell’ANMCO in ‘Aree’. Fase Pilota**”, L. Tavazzi (Notiziario N. 88 - marzo 1993, pagina 2).

In occasione del **XXIV Congresso Nazionale**, a Firenze, si celebra il **XXX anniversario** della fondazione dell’ANMCO (Notiziario N. 90 - settembre 1993, pagine 1-5).♥



CARDIOLOGIA

NEGLI OSPEDALI

N. 90 Settembre 1993 Notiziario dell'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri - ANMCO Costanza I

La cerimonia inaugurale del XXIV Congresso e la celebrazione del XXX anniversario della fondazione dell'ANMCO

L’inaugurazione del XXIV Congresso ANMCO si è svolta alle ore 17:30 di domenica 23 maggio nel Salone dei 500 in Palazzo Vecchio. Dopo la conferenza inaugurale “Il cuore di Firenze” tenuta dal Professor Umberto Baldini (pubblicata per esteso nel fascicolo allegato) e dopo il saluto del Presidente dell’ANCE, della SIC e l’indirizzo augurale del Sindaco di Firenze, il Presidente dell’ANMCO ha pronunciato il discorso inaugurale che riassume brevemente la storia di 30 anni dell’Associazione. ⇨



In questo numero

30 anni di storia dell’ANMCO
Pagina 2

Commenti sul XXIV Congresso
Pagina 4

Il Collegio degli Esperti ANMCO
Pagina 7

Didattica e Learning Center
Pagina 7

Problemi Sindacali: suggerimenti del Vice-Presidente
Pagina 10

La Cardiologia e l’Emergenza
Pagina 12



BAYER ITALIA	GLAXO	SCHERING-PLOUGH
BOEHRINGER INGELHELM	KNOLL FARMACEUTICI	SANOFI WINTHROP
BRISTOL-MYERS SQUIBB	MERCK SHARP & DOHME	ZAMBON ITALIA

Notiziario n. 90 - settembre 1993, pag. 1



Crimini e malattie: metodo clinico e metodo investigativo poliziesco a confronto



L'improvvisa scomparsa di Claudio Rapezzi ha suscitato sorpresa, sgomento e tanta tristezza in tutta la comunità cardiologica.

Chi lo ha conosciuto, lo ha frequentato o ha solo avuto l'opportunità di ascoltare una sua relazione sa della sua profonda cultura cardiologica e delle sue solo apparentemente imprevedute associazioni o rimandi trasversali, spesso interdisciplinari, che rendevano stimolanti ed illuminanti i suoi interventi.

La rubrica "Cardiologi Scrittori" è nata per ospitare brani-racconti scelti dagli Autori.

Ci è sembrato invece doveroso per questo numero, sceglierlo noi e proporre uno storico manoscritto dello "scrittore" Claudio Rapezzi, a quasi 20 anni dalla prima pubblicazione sul Giornale Italiano di Cardiologia del 2003, allora Italian Heart Journal Supplement.

Il tema è sui legami e le analogie tra la malattia ed il crimine, tra il metodo investigativo dei più noti detective della letteratura ed il metodo clinico, uno degli argomenti a cui teneva maggiormente, più volte riproposto anche su prestigiose riviste internazionali.

In sintesi, una serie di preziose riflessioni e indicazioni su come adottare nei nostri comportamenti clinici un approccio mentale analitico e critico, su come valorizzare le possibili incongruenze evitando percorsi gerarchici indotti solo dalla tecnologia, e così sfuggire il "sonno della ragione".

Per i lettori più giovani e per chi lo avesse perso, è un'occasione per scoprire o riscoprire l'elevato spessore intellettuale di Claudio, per noi una occasione per rendere un affettuoso omaggio ad un amico, indiscusso gigante della Cardiologia clinica.



Opinione

Crimini e malattie: metodo clinico e metodo investigativo poliziesco a confronto

Claudio Rapezzi

Istituto di Cardiologia, Università degli Studi, Bologna

(Ital Heart J Suppl 2003; 4 (5): 415-419)

© 2003 CEPI Srl

Ricevuto il 7 maggio 2003; accettato il 12 maggio 2003.

Per la corrispondenza:

Prof. Claudio Rapezzi
 Istituto di Cardiologia
 Università degli Studi
 Policlinico S. Orsola-
 Malpighi
 Via Massarenti, 9
 40138 Bologna
 E-mail: crapezzi@orsola-malpighi.med.unibo.it

Questa breve riflessione si sviluppa a partire da due considerazioni.

In un'epoca della medicina caratterizzata dal ricorso sempre più sistematico e routinario alle tecnologie diagnostiche, il ragionamento medico appare in crisi. Il rischio, oltre che di spendere una quantità eccessiva di denaro pubblico e privato e di rendere approssimativo l'iter diagnostico è anche quello di perdere il piacere intellettuale che è insito nel ragionamento diagnostico.

Le analogie ed i richiami incrociati fra medico e detective, fra crimine e malattia sono abbondantemente presenti nella letteratura, nel cinema e nella televisione. Il paragone ed il richiamo più frequente è quello a Sherlock Holmes identificato come alfiere del metodo "logico-deduttivo". In realtà non solo la medicina ma anche il romanzo poliziesco registra una continua evoluzione. Nuove figure letterarie e nuovi metodi investigativi si sono succeduti negli ultimi decenni, spesso embricandosi.

Una breve riflessione sulle analogie fra il ragionamento diagnostico in medicina ed i metodi investigativi della letteratura "gialla" potrebbe contribuire alla "causa" del metodo clinico^{1,2}.

Le analogie

Gli aspetti comuni alle due discipline sono numerosissimi (Tab. I).

Innanzitutto il periodo storico e la classe sociale di riferimento. Il poliziesco vive il suo momento di grande splendore nella seconda metà del XIX secolo, nel clima di fiducia nelle illimitate possibilità della scienza. Nello stesso periodo la medicina

Tabella I. *Romanzo poliziesco e metodo clinico.*

Stesso periodo storico
Stessa classe sociale di riferimento
Stessa fiducia "neopositivista"
Analogie nel metodo
Scambio letterario dei ruoli

registra l'affermarsi del più classico dei paradigmi indiziari quello imperniato sulla semeiotica medica, la disciplina che consente di diagnosticare le malattie "interne" e quindi inaccessibili all'osservazione diretta attraverso la valorizzazione di "segni" che, insignificanti agli occhi del profano, possono essere decifrati soltanto dall'esperto e lo conducono alla diagnosi finale.

Il detective e il medico entrano in azione davanti al turbamento di uno stato di quiete, del corpo ammalato o del tessuto sociale minacciato dal crimine. Se il medico è colui che indagando i segni del male cerca di scoprirne la causa e di ripristinare l'originario stato di benessere, l'investigatore individua, isola e distrugge il criminale, cioè quella sorta di vero e proprio agente patogeno dell'ordinata convivenza civile in grado di minare l'ordine costituito e la certezza nei poteri di controllo dello stato.

Ma medicina e romanzo poliziesco sono collegati anche da rapporti strettamente letterari nonché da uno scambio (letterario) di ruoli. La storia della letteratura poliziesca è ricca di figure di medici: medici che indagano in prima persona, che affiancano i detective professionisti come esperti (in genere anatomo-patologi), medici assassini e medici vittime. Per non parlare dell'ampio bagaglio tecnico medico-scientifico a cui gli autori classici del poliziesco hanno



spesso attento per escogitare soluzioni raffinate per delitti sempre più sofisticati.

Le qualità del detective (e del clinico) ideale ed i "modelli investigativi"

Per usare le parole che Sir Arthur Conan Doyle fa pronunciare a Sherlock Holmes ne *Il Segno dei Quattro* "tre sono le qualità necessarie al detective ideale: capacità di osservazione, deduzione e conoscenza". Questa affermazione è di fatto il paradigma, il manifesto ideologico di tutta la letteratura poliziesca, a forte matrice anglosassone, che si sviluppa fra la fine dell'800 ed i primi del '900, impersonata dai detective classici dell'epoca aurea del "giallo": Auguste Dupin, Sherlock Holmes, Miss Marple, Hercule Poirot. Se queste tre caratteristiche continuano a rappresentare i pilastri fondamentali del ragionamento investigativo per tutti gli anni successivi, emerge progressivamente nella letteratura poliziesca del '900 l'importanza di altre due qualità: la capacità di ricostruzione psicologica e ambientale della vittima (teorizzata sia dal Maigret di Simenon sia da Padre Brown di Chesterton) e la capacità di percepire le incongruenze all'interno della scena del crimine (è il caso tipicamente del tenente Colombo di Levinson & Link) (Fig. 1). Non possono sfuggire le impressionanti analogie fra detective e clinico per quanto riguarda questo profilo di eccellenza.

Per convenzione l'origine del romanzo poliziesco viene fatta risalire al 1841, anno di pubblicazione dei *Delitti della Via Morgue* di Edgar Allan Poe. In più di un secolo e mezzo le tecniche investigative adottate dalle centinaia di figure di detective più o meno conosciuti e popolari sono numerosissime ma in fondo riconducibili a 4-5 modelli fondamentali di ragionamento. L'identificazione dei modelli fondamentali consente di classificare, anche se in modo approssimativo, personaggi ed autori della letteratura "gialla" (Tab. II). Più che succedersi nel tempo o rappresentare modalità di ragionamento mutuamente esclusive, i modelli si sono in realtà embricati e sommati, così che in singoli de-



Figura 1. Le caratteristiche di un investigatore e di un medico ideali.

- capacità di osservazione
- capacità di deduzione
- cultura
- capacità di ricostruzione psicologica e ambientale
- capacità di percepire le discrepanze

Tabella II. Modelli investigativi nel romanzo poliziesco dal XVII secolo ad oggi.

Caratteristica dominante	Personaggi	Autore
Capacità di osservazione, capacità di sviluppare il ragionamento logico (deduzione, induzione e abduzione)	Zadig	Voltaire
	Auguste Dupin	E. Allan Poe
	Sherlock Holmes	A. Conan Doyle
	Hercule Poirot	A. Christie
	Miss Marple	A. Christie
	Philo Vance	S.S. Van Dyne
	Ellery Queen	F. Danny & M.B. Lee
Cultura	Guglielmo da Baskerville	U. Eco
	Nero Wolfe	R. Stout
Capacità di ricostruzione ambientale e psicologica	Miss Marple	A. Christie
	Maigret	G. Simenon
	Padre Brown Churlie Chan	G.K. Chesterton E.D. Biggers
Capacità di cogliere le incongruenze	Tenente Colombo	Levinson & Link
Azione, ostinazione, tenacia, intraprendenza	Philip Marlowe	R. Chandler
	Lew Archer	R. Macdonald
	Sam Spade	D. Hammett
	Mike Hammer	M. Spillane

tective è di fatto riconoscibile più di una caratteristica dominante. Al lettore attento non possono sfuggire le analogie con la storia del pensiero medico e del metodo clinico.

Capacità di osservazione e di ragionamento logico. Sherlock Holmes impersona il prototipo, quasi la caricatura, di questo modello. Nonostante il suo metodo venga generalmente descritto come "deduttivo", in realtà Holmes non pratica né la deduzione (inferenza di una conoscenza particolare da una regola di carattere generale) né l'induzione (il percorso contrario, dal caso particolare alla regola generale), bensì l'abduzione³. L'abduzione è il processo di formazione di ipotesi esplicative. È l'unica operazione logica che introduce una nuova idea, in quanto l'induzione non fa appunto che determinare una regola e la deduzione sviluppa le conseguenze necessarie di una pura ipotesi. La deduzione prova che qualcosa deve essere, l'induzione mostra che qualcosa è realmente operativa, l'abduzione suggerisce che qualcosa può essere e che quindi probabilmente è (Tab. III).

L'osservazione di Holmes riguarda non solo i fatti e gli eventi visibili ma anche la loro assenza. L'evidenza negativa è considerata spesso altamente significativa.

L'esempio classico è l'episodio di quando Holmes, che sta cercando un cavallo da corsa scomparso, viene così interrogato dall'ispettore Gregson: "c'è qualche altro punto su cui volete attirare la mia attenzione?", "il curioso episodio del cane di notte", "il cane non fece



Tabella III. Il ragionamento "logico".

<i>Deduzione</i>	
Regola:	tutti i fagioli di questo sacco sono bianchi
Caso:	questi fagioli vengono da questo sacco
Risultato:	questi fagioli sono bianchi
<i>Induzione</i>	
Caso:	questi fagioli vengono da questo sacco
Risultato:	questi fagioli sono bianchi
Regola:	tutti i fagioli di questo sacco sono bianchi
<i>Abduzione</i>	
Regola:	tutti i fagioli di questo sacco sono bianchi
Risultato:	questi fagioli sono bianchi
Caso:	questi fagioli vengono da questo sacco

nulla durante la notte", "questo è lo strano episodio", osservò Holmes.

Molti degli aforismi di cui sono costellati i romanzi ed i racconti di Conan Doyle si adattano perfettamente anche al mondo medico e alla vita in corsia e potrebbero essere pronunciati da un qualsiasi clinico con un certo grado di "ipertrofia dell'ego" (Tab. IV).

Nella storia della medicina del mondo occidentale la scoperta e la valorizzazione dei segni è relativamente recente. Il fascino e la grande popolarità dei "segni patognomici" elaborati dai grandi anatomico-clinici del '700 e dell'800 (Laennec, Auenbrugger, Trousseau, Austin-Flint, Cheyne-Stokes, ecc.) sta proprio nella convinzione (*a posteriori* un'illusione) di poter diagnosticare con precisione pressoché assoluta la "sede interna" della malattia a partire dai "segni esterni specifici" che la denunciano.

Nel processo di formazione individuale che inizia con il Corso di Laurea in Medicina, la ricerca dei segni patognomici è spesso il primo approccio metodologico ad essere insegnato. Solo in una fase successiva della propria formazione il medico impara non solo ad amare la semeiotica ma anche a conoscerne i limiti ed i falsi miti.

Tabella IV. Il metodo di Sherlock Holmes.

Voi conoscete il mio metodo: si basa sull'osservazione delle inezie (Il Mistero di Valle Boscombe)

Non c'è nulla di più ingannevole di un fatto ovvio (Il Mistero di Valle Boscombe)

Mai fidarsi di un'impressione generale ma concentrarsi sui dettagli (Un Caso di Identità)

È della massima importanza essere in grado di riconoscere, in un insieme di fatti, quelli accidentali da quelli strutturali (I Signori di Reigate)

Quando hai eliminato l'impossibile, ciò che rimane, per quanto improbabile, non può che essere la verità (Uno Studio in Rosso)

Sherlock Holmes

Analoghe considerazioni valgono per la semeiotica strumentale. La ricerca dei "segni diagnostici" è comune infatti alla lettura di tutte le metodiche indipendentemente dal loro contenuto tecnologico. Ma ancora una volta i limiti ed i falsi miti incombono. Si tratta non solo di limiti personali legati alla scarsa esperienza del singolo clinico, alla scarsa confidenza con le nuove tecnologie o all'oggettiva difficoltà di lettura dei segni, ma anche di limiti strutturali, cioè filosofici. È il paradosso rappresentato dalla *teoria Bayesiana*, in altri termini l'*approccio probabilistico alla diagnosi*. Nel momento di massima sofisticatezza delle tecnologie diagnostiche e di massima fiducia "neopositivista", la comunità scientifica prende consapevolezza del fatto che non solo la bontà del ragionamento e la potenza della metodica nello svelare i segni ma anche la prevalenza della malattia nella popolazione studiata determina l'accuratezza diagnostica finale del metodo, sia esso clinico o tecnologico. Non è legittimo dire che la malattia (ad esempio l'ischemia miocardica reversibile) è o non è presente alla luce della metodica applicata; è possibile semplicemente stabilire di quanto la probabilità pre-test che la malattia esista venga ad essere incrementata dal fatto che un determinato segno è stato svelato grazie all'applicazione del metodo (la probabilità post-test).

Cultura. Se è vero che un certo grado di cultura generale e di conoscenza specifica della casistica è necessario per qualunque indagine, in alcuni investigatori tale qualità si ipertrofizza e tende a rappresentare il principale se non l'unico strumento di soluzione del caso. Nero Wolfe ad esempio (chi è nato prima degli anni '70 non può non ricordare la superba interpretazione televisiva di Tino Buazzelli con Paolo Ferrari nella parte del fido Archie Goodwin) evita qualsiasi contatto diretto con la realtà esterna. Pur rimanendo all'interno del suo appartamento newyorkese a coltivare orchidee, la sua conoscenza della casistica criminale e la sua cultura generale sono tali da consentirgli la soluzione di pressoché tutti i casi, fermo restando il ruolo del collaboratore Archie Goodwin, unico tramite con la realtà esterna.

Anche nel mondo medico esistono comportamenti analoghi. La tentazione di vicariare la scarsa propensione alla pratica clinica diretta con un ricorso sistematico a Internet e a Medline non è rara, anzi è decisamente in crescita, purtroppo senza produrre in genere gli stessi risultati di Nero Wolfe.

Capacità di ricostruzione psicologica e ambientale. Il caso emblematico è quello di Maigret. Il commissario creato da Simenon non ha apparentemente un metodo scientifico di indagine. Egli si immerge letteralmente nel mondo della vittima sino alla immedesimazione fisica e psichica. Per usare le parole del commissario l'importante è "lasciarsi impregnare dall'atmosfera, mettere a fuoco l'immagine del morto" e so-



prattutto stabilire con quest'ultimo una sorta di "sconcertante intimità". Così, ne *Il Defunto Signor Gallet*, a chi gli chiede: "Lei sta indagando sull'assassino o sulla vittima?", Maigret risponde con lucida pacatezza: "Saprò chi è l'assassino quando conoscerò bene la vittima".

Un altro aspetto qualificante dell'attività investigativa di Maigret è l'attenzione quasi maniacale che il commissario dedica all'interrogatorio del presunto colpevole. Sono proverbiali in quasi tutte le inchieste del commissario i lunghi interrogatori notturni che si chiudono generalmente all'alba con la resa dell'assassino e con un'abbondante colazione alla birreria Dauphine (indimenticabile l'interpretazione televisiva di Gino Cervi sotto la regia di Mario Landi nell'insuperata TV in bianco e nero degli anni '60).

Nella storia della medicina l'importanza attribuita al colloquio anamnestico ha conosciuto fasi alterne. Per tutto il XVIII secolo i medici basarono le loro diagnosi prevalentemente sulle dichiarazioni verbali dei pazienti. Dato che nelle nosologie di quel secolo le malattie erano catalogate per sintomi, i pazienti potevano riferire i loro sintomi a voce o anche per lettera, per cui la visita clinica (di fatto la diagnosi) poteva tranquillamente avvenire per via epistolare. Nell'arco dell'800, progressivamente, l'anamnesi incomincia ad articolarsi in un protocollo fisso sotto forma di interrogatorio, in altri termini in una sequenza ordinata di domande precostituite con sempre meno spazio alle libere dichiarazioni e interpretazioni del paziente.

Ognuno di noi ha conosciuto Maestri o colleghi particolarmente abili a "tirar fuori" dal colloquio clinico gli elementi fondamentali per la diagnosi. Si tratta di un'abilità personale quasi artistica, solo in parte purtroppo trasmissibile agli studenti e ai collaboratori.

Capacità di cogliere le incongruenze. Il tenente Colombo, creatura letteraria di Levinson & Link resa popolare attraverso l'interpretazione televisiva di Peter Falk, ha una particolare abilità a percepire le incongruenze (ciò che non va o che stona) nella scena di un crimine. Che cosa ha a che fare quella dozzinale marca di Champagne in camera da letto della vittima con il contesto ricco e raffinato della sua personalità? È molto probabile che si tratti di una messa in scena e che quindi la prima impressione non sia quella vera!

Che cosa ha a che fare questo elettrocardiogramma con voltaggi normali o addirittura ridotti con la diagnosi di cardiomiopatia ipertrofica che l'ecocardiogramma mi offre con apparente sicurezza? Probabilmente niente! Sono pertanto costretto a riconsiderare le mie pseudocertezze e a ripartire con una nuova ipotesi che mi porterà forse verso la diagnosi di amiloidosi cardiaca.

Sembra semplice, ma la capacità di percepire e valorizzare le discrepanze interne presuppone il pieno

possesso culturale del "modello" diagnostico di riferimento e rappresenta quindi un mix di capacità di osservazione, ragionamento logico, conoscenza e fantasia abduittiva; in altre parole un punto molto avanzato nella scala di evoluzione del clinico.

Azione, ostinazione, intraprendenza; ovvero dal Giallo al Noir. A partire dagli anni '30-'40 prende forma un genere letterario (Noir nell'accezione francese, Hard Boiled in quella americana) in cui il gusto per il fine ragionamento logico lascia il posto ad altre caratteristiche dominanti: azione, tenacia, intraprendenza, ostinazione, disincanto e delusione, utilizzo indiscriminato di tutte le risorse disponibili (inseguimenti, intercettazioni, confessioni estirpate con la violenza, ecc.). Philip Marlowe e Sam Spade (indimenticabili le interpretazioni cinematografiche di Humphrey Bogart) sono le indiscusse "icone" di tale genere⁴.

Volendo a tutti i costi perseguire le analogie con il mondo medico, l'ufficio dell'investigatore privato "Hard Boiled", fumoso e trascurato che lascia intravedere dalla finestra l'asfalto bagnato della città violenta, può ricordare la guardiola di un caotico ospedale metropolitano dove un clinico annoiato, distratto e demotivato "spara" a 360 gradi richieste di esami strumentali senza una precisa ipotesi diagnostica da perseguire, nella speranza che prima o poi qualche diagnosi finisca nella rete.

La clinica come arte e scienza dell'investigazione

Come nel caso dell'investigatore, anche in quello del clinico "ideale" si realizza o si dovrebbe realizzare una fusione armonica fra tutti i modelli investigativi delineati in precedenza. Questa evenienza è però decisamente rara! La ricerca di questo sincretismo metodologico è continuamente minacciata dal rischio di esasperazione di una logica astratta, oppure di un compiacimento "psicologista" che conduce ad immergersi nella vita personale del paziente, oppure di abdicare dal ragionamento a favore della ricerca bibliografica, oppure di rinunciare a formulare ipotesi di lavoro per attivare acriticamente tutte le tecnologie diagnostiche possibili.

Se c'è una singola caratteristica che identifica il clinico maturo è la sua capacità, una volta formulato un orientamento diagnostico, di percepire le eventuali discrepanze fra i singoli rilievi clinici e strumentali, valorizzando non solo ciò che c'è ma anche ciò che manca e quindi di ripartire correggendo l'errore. Per lui la clinica non è, all'interno dell'iter diagnostico, semplicemente ciò che attiene all'anamnesi e all'esame obiettivo, bensì la capacità di stabilire collegamenti trasversali fra i singoli esami ed i vari rilievi semeiologici per ricercare congruenze e incongruenze. In questo contesto non esiste una gerarchia di valori imposta dalla tecnologia per cui gli esami semplici valgono meno di quelli com-



plessi e costosi. L'elettrocardiogramma che fa mettere in discussione la diagnosi di cardiomiopatia ipertrofica offerta dall'eco può "valere" di più della tomografia ad emissione di positroni o della risonanza magnetica.

Ringraziamenti

A Ernesto Labriola, Bruno Magnani, Sergio Dalla Volta, Angelo Branzi e Mario Sanguinetti, per l'ispirazione ed i suggerimenti.

Bibliografia

1. Rapezzi C. Camici bianchi e impronte digitali: analogie fra ragionamento diagnostico in medicina e metodo investigativo nel romanzo poliziesco. *Sic et Simpliciter* 2002; 4: 18-21.
2. De Cataldo G, Pomes T. Camici bianchi e impronte digitali. *La medicina nella letteratura gialla*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 1992.
3. Eco U, Sebeok TA. *Il segno dei tre*, Holmes, Dupin, Peirce. Milano: Bompiani, 1983.
4. Giovannini F. *Storia del Noir*. Roma: Castelvechchi Editore, 2000.



Padre e figlio si ritrovano per affrontare la Vita nel suo atto finale

La partita più importante

I due uomini protagonisti, Nando e Sandro, metteranno a nudo le proprie debolezze si confronteranno su verità scomode e mai pronunciate



Marco Missiroli torna in libreria con un romanzo nuovo rispetto ai precedenti, un libro maturo, forte e tagliente, che scava in profondità nei sentimenti e nelle relazioni, tenendo il lettore in una tensione costante dall'inizio alla fine. "Avere tutto" è la storia potente e intima di un padre, Nando Pagliarani, e di un figlio, Sandro (l'io narrante), un quarantenne milanese d'adozione, che torna per alcuni mesi a Rimini a festeggiare il compleanno del padre, ormai rimasto solo dopo la morte della moglie. La trama è scarna, è una storia fatta di pochi avvenimenti, ma densa e che racconta di sentimenti familiari intensi con uno stile intimo e asciutto, con un linguaggio fatto di battute spezzate e di non detti che creano la storia, di dialoghi senza orpelli, al limite della comunicazione. Marco Missiroli

È un libro al maschile fatto di figure reticenti e brusche ma che dialogano tra loro tenendo sempre come punto di riferimento le donne della loro esistenza



Questa è la storia potente e intima di un padre, Nando, e di un figlio, Sandro, che torna per alcuni mesi a Rimini, sua città natale, per festeggiare il compleanno del padre ormai solo e per prendersene cura fino alla fine

decide di ambientare il romanzo nella sua città natale, la Rimini di una vita, dalla quale è andato via a diciannove anni, ma che rimane il luogo intorno a cui ruotano i sentimenti e i ricordi di infanzia. Il fulcro della narrazione ruota intorno ad alcuni temi importanti: in primo luogo il romanzo si concentra sul rapporto, fatto di poche parole, tra padre e figlio, uomini fragili e incompiuti rimasti senza la donna della loro vita, e inoltre sull'accudimento fisico e mentale, sulla grande cura che Sandro offre all'uomo anziano e malato, divenendo così consapevole del fatto doloroso che diventare genitori dei propri genitori è un

L'autore attinge al proprio vissuto per raccontare della malattia del padre e del suo decadimento, fraponendo al tempo presente della narrazione, dei ricordi dolci e intensi sul passato dell'uomo ora fragile e bisognoso di assistenza

passaggio obbligato dell'esistenza. L'autore attinge al proprio vissuto per raccontare della malattia del padre e del suo decadimento, fraponendo al tempo presente della narrazione, dei ricordi dolci e intensi sul passato di Nando, amante del ballo, il vero interesse della sua vita, che divenne la passione condivisa con la moglie e che ancora oggi rappresenta per l'uomo un atto di libertà e di ribellione, un territorio neutro in cui potersi esprimere. Nando da ragazzo amava ballare, partecipava anche a delle competizioni e amava vincere, proprio come il figlio Sandro ama vincere al gioco d'azzardo cui dedica gran parte del suo tempo. Sarà nell'incontro tra i due uomini che si giocherà la partita più importante delle loro vite perché padre e figlio dovranno mettere a nudo le proprie debolezze e confrontarsi su temi di importanza esistenziale e su verità scomode e mai pronunciate, comprendendo il loro senso del limite. I primi colloqui tra padre e figlio, nei quali giocano un ruolo importante l'uso e la tonalità del dialetto riminese, vertono soprattutto su questioni economiche, il denaro è un argomento cruciale nei loro scarni discorsi, ma risulta presto evidente che parlare di denaro è solo un modo per parlare d'altro e adombrare questioni segrete e difficili da affrontare; il riavvicinamento tra i due uomini è lento, ma via via che la convivenza prosegue, emergerà un senso di intimità maggiore e un affetto ricco di sollecitudine, preambolo affinché possano schiudersi le porte per affrontare argomenti più importanti. La domanda ricorrente che Sandro si diverte a porre al padre è la seguente:

«Dove vorresti essere con un milione di euro in più e parecchi anni in meno?», quesito la cui risposta e l'emozione legata ad essa possono variare a seconda dei momenti della vita. È una domanda che funge da copertura per raccontare molto altro, ovvero le proprie aspirazioni passate (ciò che sarebbe potuto essere) e future (possibilità ancora aperte o immaginazione sulla morte imminente), permettendo così un riavvicinamento e una possibilità di raccontarsi come se si fosse in un gioco, la cui posta però, in questo caso, è la vita stessa. È un libro al maschile fatto di figure reticenti e brusche ma che dialogano tra loro tenendo sempre come punto di riferimento le donne della loro esistenza, che, seppur assenti, cuciono in filigrana e ricompongono la relazione tra padre e figlio. L'intimo e struggente romanzo lirico di Marco Missiroli è un libro concentrato in poche pagine che ci raccontano, in modo commovente, dell'energia della Vita che deborda e passa attraverso la malattia e la morte e ci fa vedere come le passioni spesso diventino ossessioni e debolezze. Avere tutto significa fare la scommessa più grande che ci sia, ovvero dire le cose così come stanno, dirsi la verità su ciò che ci riguarda da vicino come esseri umani.♥

È un romanzo che ci racconta della cura di un figlio per il padre ormai anziano e dello sgomento che provoca il ritrovarsi improvvisamente genitori dei propri genitori



“Il mio cuore elettrico” scritto da Massimo Santini e Luca Santini



Non delegare la tutela della tua salute **MANTIENI IL RITMO**. È questo l'incipit dell'opera “Il mio cuore elettrico” recentemente pubblicata dal Prof. Massimo Santini e dal Dott. Luca Santini, distribuita gratuitamente dal quotidiano Il Foglio e disponibile online in versione ebook.

Nell'immaginario collettivo il cuore è un muscolo, ma per capire a fondo le sue caratteristiche e le sue funzioni occorre assimilarlo ad una “pompa elettro-meccanica”. Un concetto fondamentale descritto molto chiaramente nelle pagine del libro dagli autori che, con parole semplici, ma mai banali, descrivono battito per battito il funzionamento fisiologico nonché le malattie “elettriche” che possono affliggere il cuore. Il libro, arricchito da oltre 200 affascinanti illustrazioni di Sandro Rosi e Laura Badellino, è di facile lettura e immediata comprensione soprattutto per chi non è uno specialista della materia.

L'immagine di copertina, creata da Makkox, ha un Cuore come unico protagonista e, con un'unica battuta, è esemplificativo del leitmotiv che scorre nelle oltre 300 le pagine del libro:

- “Cosa fai per vivere?”

- “Batto”.



L'opera divulgativa è caratterizzata da un elevato rigore scientifico-metodologico, ma anche da una eccellente capacità comunicativa. Infatti, come afferma il Dott. Roberto De Ponte nella prefazione al testo *“se il tempo della comunicazione costituisce tempo di cura, questo volume, che rappresenta un tesoro comunicativo in cui cercare informazioni corrette sulle aritmie cardiache, sulle modalità diagnostiche e sulle terapie attualmente disponibili, avrà un impatto positivo anche sul piano della cura del paziente aritmico.”* Il libro è suddiviso in cinque sezioni e trentacinque capitoli che spaziano dalla fisiologia alla fisiopatologia, dall'elettrostimolazione all'elettrofisiologia e non manca una sezione molto coinvolgente che racconta emblematiche storie di vita vissuta. A conclusione dell'opera un glossario per i “non addetti ai lavori” con i termini più utilizzati in aritmologia e una sezione speciale “Battiti in Prosa” con i racconti di Antonella Lattanzi, Marco Lodoli, Gaia Manzini, e Antonio Pascale. Il

testo ha un target di lettura molto ampio, potrebbe essere sicuramente utile agli studenti di discipline bio-mediche, ma conferirebbe un importante fonte di arricchimento anche sulle scrivanie dei nostri studi cardiologici e delle sale di attesa dei nostri ambulatori. Un volume nel quale il paziente può trovare risposte chiare alle frequenti domande che lo affliggono. Un libro che, se letto, permette di appropriarsi di un modo semplice di trasmettere informazioni a volte molto complesse. Il Dott. Fabrizio Ammirati nella postfazione consiglia “vivamente la lettura del libro che si propone come una novità editoriale che uscendo dal mero tecnicismo, per semplicità e chiarezza di esposizione di concetti complessi di cardiologia in generale e di aritmologia, si rivolge non solo ai pazienti cardiopatici ma in generale a chiunque abbia necessità e curiosità di apprendere informazioni in questo campo. Consiglio anche la lettura a quanti si occupano di malattie cardiovascolari, anche se

esperti, al fine di prendere spunti per migliorare la propria comunicazione con i pazienti e con i colleghi.” Insomma, non solo un vademecum, un testo-atlante, ma un compendio di metodologia che arricchisce anche la gestione del rapporto medico-paziente. Sfogliando il libro ci si rende conto di quanto sia importante l'aspetto comunicativo e di quanto il medico debba riappropriarsi del controllo delle informazioni in un mare magnum di nozioni più o meno corrette che possono trovarsi in molti contesti extra-istituzionali. Il rapporto medico-paziente, al giorno d'oggi, deve essere caratterizzato da una chiara ed esaustiva informazione resa al fine di rendere il paziente protagonista dell'atto medico e per assicurarsi, sempre di più, quell'alleanza terapeutica che sconfigge qualsiasi malattia.♥

“Il cuore ha le sue ragioni, che la ragione non conosce”

Blaise Pascal, Pensieri



È possibile scaricare l'e-book inquadrando il QR code



Il Presidente

ANMCO
ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDIOLOGI OSPEDALIERI

Via La Marmora, 36 – 50121 Firenze
<http://www.anmco.it> e-mail: segreteria@anmco.it
Tel. +39 055 510111 - Fax +39 055 5101350

Prot. S877/22/ANMCO
Firenze, 25 novembre 2022

Ai Soci ANMCO

Cari Amici,

il Presidente Regionale ANMCO Lazio, Dott. Giuseppe Pajes, dopo un periodo difficile in cui ha affrontato con coraggio una faticosa malattia, è venuto a mancare.

Giuseppe è stato un collega sempre presente, uno stimatissimo professionista, un carissimo amico con cui ho condiviso tanti momenti della mia esperienza di clinico e di Socio impegnato nella nostra amata ANMCO.

Mancherà molto a tutti noi e per questo ho deciso di istituire un Premio in sua memoria da attribuire a un giovane cardiologo ANMCO under 35 che abbia sottomesso per il 54° Congresso ANMCO 2023 il miglior abstract sull'argomento "*cardiopatía ischemica acuta*".

Il premio verrà consegnato nell'ambito del Congresso, l'appuntamento principe della Cardiologia Ospedaliera, programmato a Rimini presso il Palacongressi nei giorni dal 18 al 20 maggio 2023.

Sono certo che sapremo esprimere il comune senso di appartenenza e il profondo spirito associativo di cui Giuseppe Pajes è sempre stato esempio.

Cordiali saluti

Furio Colivicchi
Presidente ANMCO





Un ricordo per un insostituibile amico e collega: Claudio Rapezzi



Claudio Rapezzi non è più con noi! Ricordarlo non è difficile. Chi di voi non ha conosciuto Claudio Rapezzi? È, però, molto triste. Ancora di più per me, uno dei suoi amici storici. Ci conoscevamo da almeno 40 anni, abbiamo condiviso molte cose e, ultimamente, ci vedevamo tutti i giorni. È difficile ricordarlo in modo non banale. Non avrebbe apprezzato una descrizione del suo curriculum vitae, un plauso scontato di quanto fosse bravo. Insomma, una sorta di necrologio. È inutile soffermarsi sulla capacità di sintesi, l'innata ironia, le allusioni, la possibilità di spaziare a 360 gradi su tutta la cardiologia, le associazioni lampo, l'ammaliante cadenza emiliana che rendeva piacevole e fresca la più banale delle relazioni. Claudio Rapezzi non era mai banale, era Lui. Quindi, come ricordarlo? Da vivo. E, perché no, attraverso qualche aneddoto, episodio, e la voce di persone che lo hanno conosciuto e gli sono affezionate. Ho raccolto alcuni messaggi, chiamato qualche suo amico e ho chiesto di raccontarlo. Ecco il risultato.

Pietro Sangiorgio, cardiologo: ci siamo conosciuti da studenti, coagulati intorno al prof. Labriola con Marinella (poi sua moglie) e Flavia. È difficile dire se siamo stati compagni di studio. Alcuni esami li abbiamo programmati insieme, ma Claudio non ha mai condiviso con noi le ore di studio. È subito emersa quella sua capacità di assimilare e intuire in modo rapido ogni cosa. Gli bastava un'occhiata su una pagina o un capitolo per assorbire ogni concetto e farne una elaborazione analitica. Nonostante ciò, non è mai stato distante da noi che lo osservavamo con stupore. Per lui è stato *naturale avvicinarsi a noi* con simpatia; mi vengono in mente alcune sue battute boccacesche non ora riportabili,

attraverso le quali lo si riconosceva uguale a noi in modo scanzonato. Il libro non lo studiava, se ne appropriava e lo rendeva parte della sua mente geniale. Lo vedo tenere il libro fra le mani e far scorrere le pagine sotto il suo naso, per aspirarne non solo l'odore della carta, che diceva di amare, ma anche l'essenza di quello che era scritto. Questo è per me Claudio nella sua grandezza, semplicità e nella sua ironia spesso dissacrante. Lo terrò gelosamente nel mio cuore e nella mia mente.

Marco Bonvicini, cardiologo pediatra: l'ho conosciuto quando era ancora studente, con Marinella. Frequentavano la medicina interna con il Prof Labriola. Sono entrambi

entrati in "Istituto" come cardiologi pediatrici. Ricordo che erano circa le due di notte, stavamo facendo un cateterismo (*una tetralogia di Fallot*). Finito, stanchi ma contenti, siamo andati in un bar, saranno state le 5 (*allora i cateterismi erano una "cosa seria"*). Era una bella mattina, un'alba bolognese e noi, felici, ci siamo detti "*siamo fortunati a lavorare in cardiologia pediatrica*". Al tempo, la cardiologia dell'adulto era noiosa (*niente ecografia, o cardiologia interventiva*), mentre le cardiopatie congenite necessitavano di un ragionamento diagnostico deduttivo che a Claudio piaceva molto. Faceva diagnosi di ventricolo unico da un elettrocardiogramma! Poi, passo passo, si è interessato a tutta la cardiologia per esplodere



con le cardiomiopatie e l'amiloidosi. Ho sempre pensato che avrei dovuto avere un registratore in tasca, perché se gli chiedevi un consiglio su come impostare una relazione, te la snocciolava "perfetta", ipso facto. Quando faceva lezione era un divertimento per gli studenti "tirava fuori il fuoco da tutti". E poi, Roberto, non sarà un caso se quella sera ci siamo ritrovati assieme in TIC a salutarlo, a toccarlo. Era troppo per noi.

Flavia Robotti, psichiatra: Fin da quando studiavamo insieme si capiva dove sarebbe arrivato. Lo ricordo nella mia stanza in piedi, nel suo maglioncino blu scuro (*indossava con noncuranza solo quel colore*) con un libro in mano che sfogliava rapidamente "Ragazzi, siamo pronti, andiamo alla sessione della prossima settimana" "Pronti? Ma cosa dici Claudio?" Ci siamo laureati, noi, i 4 ragazzi di Labriola, a pochi giorni di distanza l'uno dall'altro nel luglio 76. Insieme in ospedale, insieme agli esami, insieme ora...

Ernesto Labriola, internista: un classico caso di quando l'allievo supera di gran lunga il maestro. Era indeciso se fare cardiologia, neurologia o psicologia. Avrebbe popolato comunque.

Aldo Maggioni, cardiologo trialista: Durante una festa che avevo organizzato a Frassinello Monferrato, in Piemonte, ho offerto spumante (*rigorosamente metodo champenois*) e mortadella finemente affettata. Ne è nata una "conferenza". Claudio, da bolognese, sosteneva che bisogna servirla a cubetti. "Affettata vs cubetto". La disputa si è conclusa, a mio favore,

a Bologna in uno dei ristoranti preferiti da Claudio "L'Osteria Bottega". L'oste l'ha servita affettata, il più fine possibile per esaltarne il profumo! Un altro episodio che ricordo con piacere ci porta ad Amburgo. Eravamo andati con un gruppo di amici, a trovare Roberto Spadoni, cardiologo scultore e storico amico di Claudio. Era presto, troppo presto per fare la colazione in albergo. Siamo così andati in un bar, vicino alla zona a luci rosse popolato a quell'ora da un gruppo di "ragazze" intente a farsi un cappuccino alla fine della "giornata" di lavoro. Claudio, in ritardo, passa davanti al bar, non ci vede e noi tutti lo chiamiamo urlando: "Claudio" "Claudio". Lui ci sente, entra e le "ragazze", in coro lo salutano calorosamente sottolineando come se fosse desiderato. Chiunque si sarebbe imbarazzato! Lui, neanche una piega. Le ha salutate tutte e si è seduto con loro.

Roberto Spadoni, cardiologo e scultore. Ero specializzando, non ci conoscevo ancora. Ero al sesto piano delle nuove patologie. Arriva Claudio e dice: "Avete visto quella dottoressa piccolina?". Dopo ci siamo conosciuti meglio. Una volta mi chiese: "è pronta la lettera di dimissione?" "Certo", rispondo, orgoglioso della mia lunga, precisa e dettagliata lettera. Lui la prende, la legge e commenta: "bella, ben fatta"... e la "straccia"! Ho imparato che bisogna scrivere l'essenziale. Dopo ci siamo conosciuti ancora meglio. La scala di casa sua è fatta con le mie sculture. Ricordo una volta che il Prof. Magnani aveva dimenticato il fonendoscopio nel suo studio, all'ultimo piano. Io ero giovane e mi disse: "Spadoni, le dispiacerebbe andarlo

a prendere?" Dopo aver superato, non senza fatica, una serie di segretarie entrai nello studio del Professore in punta di piedi con quel senso di "reverenza". Incantato, mi trattenni più del dovuto per l'emozione di trovarmi lì davanti alle eleganti boiserie e ad ammirare alcuni "De Pisis". Dopo qualche anno, incontrai Claudio in ospedale. Era lì, nello stesso studio che era del Prof Magnani. Non c'era più la trafia delle segretarie né i De Pisis alle pareti ma le mie opere! Questo era Claudio.



Luigi Tavazzi, cardiologo: Il mio rapporto con Claudio è stato episodico fino all'ultimo decennio, durante il quale ci siamo frequentati con maggiore frequenza e ultimamente con sistematicità. Intellettualmente era un modello invidiabile, associato a una



grande disponibilità affettiva. Mai prevaricando e sempre aiutando chi lo chiedesse (*o non lo chiedesse ma a suo giudizio potesse dare di più*). Se devo fare un esempio di “maestro” (*perché ci sono, al di là dell’ironia che ormai il termine richiama*) Lui, secondo me, lo era ed era il prototipo “buono”. Aveva raggiunto relativamente tardi la visibilità internazionale che avrebbe meritato molto prima. Era anche un *viveur* che gigioneggiava giocando un po’ con la vita. Gusti raffinati ed esigenti nella scelta delle bevande alcoliche. Peraltro, sempre discreto, garbato ma affettivo, creativo, talvolta quasi ritroso ad esporsi. Era molte cose insieme. La morte improvvisa è stata un fulmine per me e per molti.



Matteo Bertini, cardiologo elettrofisiologo: ci siamo conosciuti a Bologna, durante la mia specializzazione e ritrovati a Ferrara dove si è dedicato ad “una nuova metodica in cardiologia:

l’elettrocardiogramma”. Durante il COVID, abbiamo refertato oltre 1000 ECG. Mi diceva sempre: “*la diagnosi elettrocardiografica più complessa è quella di ECG normale! Guarda qui, non ce n’è uno nei limiti della norma, hanno tutti delle alterazioni aspecifiche di... chissà che cosa*”. Un’altra classica affermazione era: “*L’atrio sinistro nell’iperteso corrisponde all’emoglobina glicata nel diabetico*”. “*Giuro che sono stato a dieta Dottore*” o “*ho preso i farmaci e la pressione è sempre stata controllata. Se, però, dopo due mesi l’atrio è ingrandito o la glicata è aumentata, ricordati: mentono!*”.

Gianfranco Sinagra, cardiologo: Claudio aveva la marcia in più della creatività, esuberanza ed originalità didattica. Aveva costante rispetto per le opinioni di tutti, magari smontate con elegante sarcasmo ed ironia. Cosa sarebbe stata la cultura dell’amiloidosi cardiaca in Italia ed in Europa senza la potenza culturale e la leadership indiscussa di Claudio Rapezzi? Fortissimo l’impegno e accurato il programma per promuovere la rete italiana dell’amiloidosi. Chi lo farà ora? Certo nessuno come lui. L’ho visto raramente cupo e malinconico, eppure i momenti difficili ci sono stati. Aveva, però la ricchezza che deriva dal contatto coi giovani discenti, i ricercatori ed i malati. È stato un privilegio essergli amico ed allievo.

Luigi Bolondi, internista: Una personalità come la sua spunta poche volte nella nostra Accademia e perderla è, per chi è stato capace di comprenderla e di stimarla come meritava, un dolore indescrivibile. Per noi bolognesi è poi un dolore doppio (*e anche una ferita insanabile*) perché lo abbiamo perso due volte, la prima

per colpa nostra, quando decise di lasciarci. Perdonaci Claudio.

Gianfranco Tortorici, cardiologo: Per me era più di un’abitudine, era una **necessità**. Ci vedevamo una volta al mese al Cafè Pasticceria Gamberini, in via Ugo Bassi, 12 a Bologna. Arrivava in bicicletta (*mai la stessa perché gliela rubavano*) rigorosamente con la “sua” giacca blu e prendevamo l’aperitivo insieme. Il primo, per lui era il Vesper “*Mi raccomando, ‘agitato non shakerato*”, il mitico drink di James Bond, a base di gin, vodka secca e Vermut bianco che, a differenza del classico Martini, deve essere rigorosamente “*agitato*” non “*shakerato*”. Sapevo che l’avrebbe detto ma adoravo lo stesso sentirglielo ripetere. Altre sue passioni, a seconda dei momenti, erano il Bloody Mary, il Negroni (*questa volta shakerato*) o anche semplicemente pomodoro condito. Mi stupiva che ne sapesse sempre di più anche di “*Celestino*”, lo storico barman che lui apprezzava. Come sempre e come suo stile non lo faceva mai trapelare in maniera troppo evidente! Ma perché era una **necessità**? Perché quei 20-30 minuti con Claudio rappresentavano un’iniezione di idee, pensieri, annotazioni che risvegliavano i miei neuroni chiamati per nome uno ad uno dal “*capitano mio capitano*”. Era una necessità per pensare in modo intelligente non solo di cardiologia (*ambito in cui, egoisticamente, prendevo idee per i miei “Martedì del Cuore” o per leggere quell’articolo che non avrei mai letto o per progettare la Cardiologia dello Sport*) ma anche di vita, famiglia. Insomma, di tutto. Da oggi tornerà ad essere un’abitudine: un cocktail senza Rap sarà solo un cocktail.

**Gabriele Bronzetti**, *cardiologo pediatra*.

Tra le voci che girano attorno a un genio prima o poi arriva quella che sia morto. È ovviamente una notizia infondata. Certe persone non muoiono mai, o meglio, non lo fanno nel senso che crediamo. Claudio Rapezzi ha abbracciato tutta la cardiologia, iniziando con i piccoli cardiopatici congeniti per finire con adulti dal cuore troppo grande, per geni sbagliati e scorie del tempo. Poteva dissertare di dislipidemie, cardiomiopatie, coronarie e aritmie senza apparente fatica. Sollevava allo stesso modo uno stetoscopio e una Tac. Guardando per pochi secondi un elettrocardiogramma, Rapezzi poteva scrivere la cartella clinica di un malato mai visto, dalla diagnosi alla prognosi (avrà mai guardato il proprio Ecg?). Chi di noi ha avuto il privilegio di conoscerlo ha provato i momenti Rapezzi. Sono quegli attimi in cui tu sei seduto davanti a un uomo che racconta diapositive. Ti accorgi subito che non è semplicemente bravo: c'è qualcosa di soprannaturale in quella capacità di sintesi, nelle associazioni fulminanti, nei lampi di intelligenza verticale e di affilatissima ironia.

Maria Grazia Modena, *cardiologa*.

Ai congressi, puntualmente mi diceva *“come sei elegante!”* (e io per anni indossavo, quando parlavo, sempre lo stesso tailleur per scaramanzia). Lo incontravo spesso anche in treno, negli aeroporti, nelle stazioni... Non sapevi mai dove andava, dove cenava... Credo di non averlo mai visto presenziare alle noiosissime cene dei relatori. Un giorno, lo incontrai nell'Echo-Lab del Plummer Building della Mayo Clinic a Rochester. Io



ero là da un mese. Me lo trovai di fianco a guardare un caso. Mi salutò come se ci fossimo incontrati a Santa Maria Nuova di Reggio, non in Minnesota! Chiacchierammo un po', riuscii a carpirgli che stava visitando alcun Echo-Lab di prestigio degli USA. Nient'altro. Come apparve, scomparve. Sempre gentile, cordiale, spiritoso ma misterioso, un po' lupo solitario. Una volta stentai a riconoscerlo, magro, stretto in un abito blu, con un viso scavato. Non resistetti e gli chiesi se andava tutto bene. Mi rispose *“ho solo deciso di fare una lunga vacanza con Marinella per cercare di dimagrire. Ho scelto l'Iran, bella esperienza e d'effetto sulla dieta!!!”*. Avevo visto tante volte Claudio variare di peso come una fisarmonica, ma quella volta avevo pensato al peggio. Nel mitico (*per noi emiliani*), di allora, a Bologna Istituto, per un evento (*non ricordo quale*) c'erano tutti: il Prof Magnani,

i medici, gli specializzandi. Claudio improvvisò una gara a quiz, e sciorinò una serie di domande, con risposta ad alzata di mano. L'ultimo quiz fu *“il Prof Magnani un giorno osò porre il braccio introno alle spalle di Angelo Branzi e guardando le grandi finestre che affacciavano sui viali del S. Orsola disse a Branzi: risposta a) Un giorno tutto questo sarà suo b) Si ricordi di far tenere sempre pulite le vetrate”*. Votammo la b. Questo e molto altro era Claudio Rapezzi. Chissà perché se ne vanno prima, i migliori.

Claudio Borghi, *internista*: Doveva andare a Firenze a *“Conoscere e Curare il Cuore”* a fare una delle innumerevoli relazioni. Essendo - *come sempre* - in ritardo sbaglia treno e presto realizza che non si sarebbe fermato a Firenze. Ecco che inizia un'azione di convincimento con il capotreno per farlo fermare. Operazione impossibile per chiunque! Eppure, il capotreno ammalato dalla sua capacità di parola, lentamente cambiò idea e convinse il macchinista a far rallentare il treno a Firenze Riffreddi per un fantomatico controllo tecnico. Il treno rallentò fin quasi a fermarsi per un attimo e lui saltò giù con la raccomandazione del capotreno di correre, per arrivare... in tempo. Lo aveva convinto che doveva fare un'operazione per salvare un bambino che solo lui poteva fare. Il capotreno si deve essere sentito un eroe. Ma, in realtà, lui lo aveva fregato.

Alessandro Corzani, *ex specializzando*:

Figura imponente autorevole e, a tratti beffarda, ma sempre benevola e prodiga di consigli. Ricordo le red flags, gli aggiornamenti sui nuovi



farmaci, l'occhio sempre rivolto più alla clinica che alle linee guida, i collegamenti con ampi orizzonti culturali, il cardiologo come investigatore in quel memorabile editoriale sul giornale italiano di cardiologia. Lui era per me la traslazione vivente del più grande precetto di Confucio, che il Prof amava ripetere: *“Dai un pesce a un uomo e lo nutrirai per un giorno. Insegnagli a pescare e lo nutrirai per tutta la vita”*. Lui ci ha nutrito. Ci ha reso ciò che oggi siamo.

Mirco Zadro, *ex specializzando*:

Lo incontrai dopo anni dalla specializzazione ad un congresso dove sapeva essere sempre un impareggiabile relatore. Mi avvicinai per salutarlo con un po' di titubanza pensando che potesse non ricordarsi di me o che non desiderasse di

incontrarmi... Invece, mi accolse con uno dei suoi impareggiabili sorrisi, e con quella cadenza che lo ha reso indistinguibile mi chiese... *“caro Mirco, dimmi, com'è la qualità della tua vita?”*

Paola Rapezzi, *la sorella*. Era il mio fratellino maggiore, affettuoso, mi voleva bene ma era un po' comandino: portami una mela - *lavala* - ma non asciugarla. Se la asciugavo si arrabbiava e, sempre bonariamente, mi metteva un cuscino in faccia! La nonna Enrica era una sfoglina. Aveva il laboratorio sotto casa dove faceva tagliatelle, tortellini e tortelloni e per *“Claudino”* panini imbottiti con il ripieno dei tortellini. Ricordo che studiava cardiologia sempre a letto. Io, in famiglia, ero l'unica che poteva entrare in camera sua e ho ancora impresso nella mente il ritmo del

cuore perché lui studiava ed ascoltava il ritmo del cuore. Credo fossero delle registrazioni. Studiava al ritmo di quei cuori.

Marinella Ferlito, moglie e compagna di Claudio da una vita. Ecco una sintesi di ciò che ho da lei percepito. Star dietro a Claudio è stato il suo impegno principale: gli faceva le guardie, le cotolette, lo ascoltava, condividevano la stessa visione del mondo nel suo insieme. È stata la sua confidente e complice. Non era certo un personaggio facile. A volte voleva essere gratificato. Lei lo sapeva. Aveva delle spie ma la spia principale era Lui. Lo perdonava perché era un uomo ricco, che trasmetteva la sua ricchezza. L'unica sua consolazione ora è di andarlo a trovare e di far crescere un gelsomino profumato sulla sua tomba.



Di Claudio si è scritto e detto molto. Cosa potrei dire di più io? Che abbiamo pubblicato lavori che, con alcuni, ci siamo anche divertiti come quello sui camici bianchi e camici gialli⁽¹⁾ quello sul cibo⁽²⁾ e le interviste impossibili⁽³⁾. Parlavamo molto quando lo portavo a Ferrara in macchina, lui seduto dietro, come un pascià ed io alla guida (*diceva che ero il suo autista preferito!*). Abbiamo condiviso la tristezza per un *“semaforo rosso”* che non doveva esserci e che mette in luce quanto sia inappropriato per non dire ingiusto il sistema dei concorsi universitari. Poi la delusione, quando, a semaforo verde nulla è successo nella sua università. Sono contento di aver contribuito al suo trasferimento a Ferrara dove ha trovato riconoscimento e gratificazione per quanto ha fatto. A noi ha dato molto: un nuovo input per le cardiomiopatie, la genetica, la didattica, l'elettrocardiografia. La cardiologia di Ferrara, ben conscia del suo valore, gli ha dato serenità e nuovo entusiasmo.

Ho perso un grande amico, ci sentivamo tutti i giorni. **“Pronto Claudio? Sono Roberto. Disturbo?”**♥

References

- 1) C. Rapezzi, R. Ferrari, A. Branzi. White coats and fingerprints: diagnostic reasoning in medicine and investigative methods of fictional detectives. *BMJ* 2005 Dec;331:1491-4.
- 2) Ferrari R, Rapezzi C. The Mediterranean diet: a cultural journey. *The Lancet* May 2011; 21;377(9779):1730-1
- 3) Rapezzi C, Sinagra G, Merlo M, Ferrari R. The impossible interviews-Sherlock Holmes interviews David Sackett: “How much can we trust the guidelines? ‘*Eur Heart J.* 2021 42(35), 3422-3424



I  5xMille
codice fiscale
94070130482

Il 5xMille moltiplica il Tuo cuore

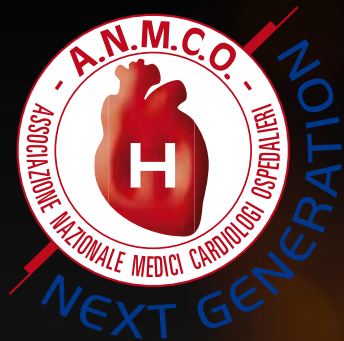


**SOSTIENI LA RICERCA
SULLE MALATTIE CARDIOVASCOLARI**

**Dona il 5xMille alla Fondazione
per il Tuo cuore - HCF Onlus:
indica il codice fiscale **94070130482**
nella dichiarazione dei redditi.**

**Non ti costa nulla e fa del bene a tanti cuori,
grandi e piccoli.**

www.periltuocuore.it



*Tanti auguri a tutti
i nostri lettori
per un sereno Natale*



