

Cardiologia

negli Ospedali



MARZO / APRILE 2023 N° 252

Rivista dell'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri – ANMCO

1963 - 2023

ANMCO
CELEBRATION



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

ENDORSEMENT BY



ITALY

2023 ACCOMPLISHED
CHAPTER™

AMERICAN COLLEGE
of CARDIOLOGY®

STORIA E FUTURO DELLA CARDIOLOGIA




1963 - 2023 ANMCO Celebration

N. 252
marzo/aprile 2023
Rivista ufficiale dell'Associazione
Nazionale Medici Cardiologi
Ospedalieri

Editor
Manlio Cipriani
 Co - Editor
Attilio Iacovoni
 Direttore Responsabile
Mario Chiato
 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 Mario Chiato e Manlio Cipriani

DAL PRESIDENTE

LIPIDS in ROME p. 6
*di Furio Colivicchi, Antonella Spinelli,
 Alessandro Aiello, Stefania Angela Di
 Fusco*



Leadership Clinico-Organizzativa p. 9
 in Cardiologia
*di Stefania Angela Di Fusco e Furio
 Colivicchi*

**DAL PRESIDENTE DELLA FONDAZIONE
 PER IL TUO CUORE**

Fondazione per il Tuo cuore: p. 13
 stato dell'arte
*di Domenico Gabrielli a nome del
 Consiglio di Amministrazione della
 Fondazione per il Tuo cuore*

In questo 2023 abbiamo deciso di
 attivare nuovamente il numero verde
 della Fondazione 800 05 22 33 per
 rispondere gratuitamente a tutti i
 cittadini su problemi o dubbi legati alle
 malattie del cuore e istituito la
 «Giornata Nazionale del Cuore».



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

Il punto sugli Studi Clinici p. 19
 del Centro Studi della Fondazione
 per il Tuo cuore
a cura del Centro Studi

DAL DIRETTIVO

2ª Conferenza Nazionale p. 24
 del Club delle UTIC ANMCO. Una tappa
 importante per la formazione di tanti
 professionisti impegnati nelle aree
 critiche
*di Michele Magnesa, Stefania Angela Di
 Fusco, Filippo Zilio, Pietro Scicchitano,
 Maria Chiara Gatto, Noemi Bruno,
 Chiara Bernelli, Gianmarco Iannopolo,
 Claudio Montalto, Stefano Poli, Aldo
 Maggioni e Serafina Valente*



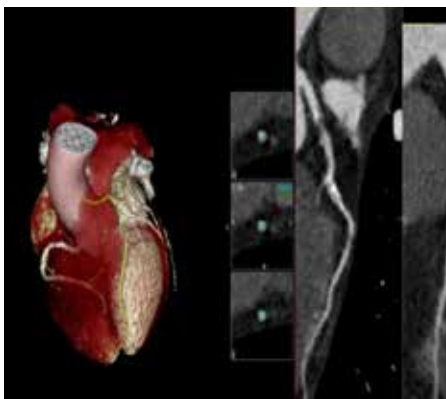
Il 54° Congresso Nazionale p. 28
 ANMCO: un evento che guarda ai
 Giovani Cardiologi!
*di Filippo Zilio, Stefania Angela di Fusco
 e Aldo Maggioni per l'Area Giovani e il
 Progetto Next Generation ANMCO*

DALLE AREE

AREA CARDIOIMAGING

TC coronarica ed ecostress p. 32
nel dolore toracico

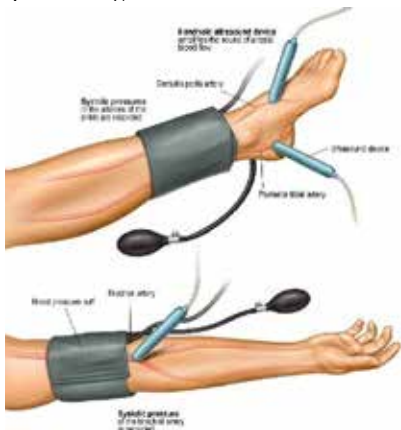
di Valeria Pergola, Francesca Mantovani, Granit Rabia, Georgette Khouri, Massimiliano Rizzo, Vincenzo Polizzi, Alessia Gimelli, Antonello D'Andrea, Marco Campana



AREA CRONICITA' CARDIOLOGICA

Il Progetto Cuore & Arterie p. 35

di Maurizio Giuseppe Abrignani, Antonio Francesco Amico, Gian Francesco Mureddu, Roberto Ceravolo, Stefania Angela Di Fusco, Pier Luigi Temporelli, a nome delle Aree Cronicità Cardiologica, Prevenzione Cardiovascolare ed Epidemiologia Clinica

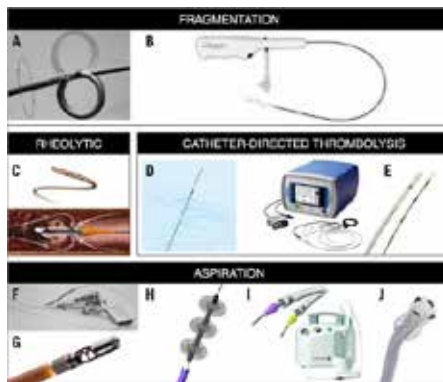


AREA GIOVANI

L'importanza dello screening p. 38
cardiovascolare ripetuto nei giovani agonisti: un importante messaggio dal programma italiano di screening medico-sportivo negli atleti
di Stefano Albani e Filippo Zilio a nome dell'Area Giovani

AREA MALATTIE DEL CIRCOLO POLMONARE

Pulmonary Embolism Response p. 41
eam (P.E.R.T.) ovvero l'Heart Team del cuore destro per la cura dell'embolia polmonare: come implementarlo nella realtà italiana
di Nino Camassa e Claudio Picariello a nome dell'Area Malattie del Circolo Polmonare



AREA MANAGEMENT&QUALITA'

Il Consenso (dis)informato p. 45
di Vincenzo Ferrari e Fabiana Lucà



DALLE REGIONI

MUMA

Congresso Interregionale p. 52
ANMCO MUMA 2023
di Massimo Di Marco, Roberta Magnano, Adriano Murrone, Giovanni Tarsi, Annalisa Viele



ABRUZZO

Strategie di prevenzione, p. 56
identificazione precoce e terapia della cardiotoxicità indotta da farmaci chemioterapici
di Massimo Di Marco, Laura Pezzi, Roberta Magnano, Daniele Forlani, Alberto D'Alleva, Elvira Verrengia, Piergiusto Vitulli, Leonardo Paloscia



CALABRIA

L'Università della Calabria p. 62
e l'arte della Medicina
di *Mario Chiatto e Giuseppe Trebisacce*



LIGURIA

ANMCO Regione Liguria: p. 62
la strategia del TEAM che ha rilanciato
le attività regionali
di *Vered Gil Ad, Marco Botta, Annamaria Municionò, Luca Olivotti*



TOSCANA

Dialogo sull'intelligenza artificiale p. 66
di *Gabriele Grippo, Carlotta Sorini Dini, Enrica Talini, Francesco Orso, Gaia Magnaghi, Leonardo Misuraca, Maria Laura Canale, Marisa Carluccio, Giancarlo Casolo*



VENETO

Congresso Regionale ANMCO p. 69
Veneto 2023: anche quest'anno un
successo... di fine biennio!
di *Francesco Bacchion, Claudio Picariello e Claudio Bilato a nome del Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Veneto*



CUORI ALLO SPECCHIO

Perché è bello "stare" p. 74
in ANMCO: intervista ad un Consigliere
ANMCO Veneto al termine del suo
mandato quinquennale
di *Francesco Bacchion e Claudio Bilato*



LETTO... E COMMENTATO. ECHI DALLA LETTERATURA INTERNAZIONALE

Anatomia o fisiologia? p. 78
Il duello continua nel FRAME-AMI trial
di *Leonardo Misuraca*

COME ERAVAMO

Nelle pagine di "Cardiologia negli Ospedali" la memoria storica dell'ANMCO p. 80
Parte settima: 1999-2003
di *Sergio Pedè*

RIFORMA TER: QUELLO CHE I CARDIOLOGI OSPEDALIERI DEVONO SAPERE
a cura dell'Area Management & Qualità

M. Scherillo (Chairman), C. Schweiger (Co-Chairman), C. Bellec, U. Guiducci, D. Miceli, P.A. Ravazzi

Con l'emanazione del Decreto Legislativo 19 giugno 1999 n. 229 e la successiva pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale il 16 luglio u.s., prende l'avvio definitivo la cosiddetta riforma ter del Servizio Sanitario Nazionale, un provvedimento che ha avuto un iter piuttosto travagliato e discusso e che ha provocato anche qualche "paccanara" tra i sindacati rappresentativi dei medici ospedalieri.

L'attuale dispositivo si propone di proseguire nel processo di "razionalizzazione" del sistema sanitario già avviato con i santi Decreti 502/92 e 517/93 mediante i quali è stata sviluppata la visione "aziendale" della Sanità implementando criteri di efficienza ed efficacia ed introducendo contemporaneamente il concetto di qualità delle cure erogate.

La tematica del testo integrale della riforma ter appare piuttosto difficoltosa per i continui riferimenti a precedenti decreti (specie il 502/92) e per i frequenti rinvii a provvedimenti collegati e successivi a varie scadenze, pertanto ci sembra opportuno tentare di sviluppare, ad uso dei Cardiologi Ospedalieri, i punti di maggiore rilievo di interesse.

Le parole-chiave che principalmente ci riguardano sono elencate in Tab. 1:

continua a pagina 2

Amici dell'ANMCO

ASTRA FARMACEUTICI	MERCK SHARP & DOHME	SERVIER ITALIA
BAYER ITALIA	PARKE-DAVIS	SMITHKLINE BEECHAM
BOEHRINGER INGELHEIM	PFIZER ITALIANA	ZENCA
BRISTOL-MYERS SQUIBB	ROCHE	
KNOLL FARMACEUTICI	SCHERING-PLUGH	

CARDIOLOGI SCRITTORI

Diario di un Cardiologo. p. 89
Una guardia di notte... (2)
di *Silvio Klugmann*

LETTI PER VOI

Vivere in apnea p. 91
di *Beatrice Balduzzo*





Editoriale

Cari Colleghi,
“Cardiologia negli Ospedali” vi dà il benvenuto a Rimini per questa cinquantaquattresima edizione del Congresso ANMCO; come ogni anno, in questa occasione, la nostra rivista si presenta al Congresso con un numero particolarmente ricco di contenuti e idee da sviluppare. Cercherò brevemente di illustrarle. Lo sfoglio e si apre con due articoli del Presidente Nazionale della nostra Associazione Furio Colivicchi. Il primo articolo parla del recente Congresso “Lipids in Rome” che ha affrontato il tema del trattamento delle dislipidemie con particolare riferimento alle indicazioni derivanti dalle più recenti linee guida e ai nuovi farmaci, già disponibili o in via di approvazione, che consentiranno di trattare con maggiore efficacia questo importante problema di salute pubblica che ha un peso determinante nello sviluppo delle cardiovasculopatie. Il secondo articolo a firma del Presidente riguarda l’evento formativo denominato Leadership Clinico-Organizzativa in Cardiologia, che Colivicchi ha promosso con lo scopo di accrescere le competenze organizzative e gestionali degli operatori della cardiologia ospedaliera, un problema rilevante in una fase della nostra professione che ha visto e vede una profonda e continua evoluzione del sistema sanitario verso modalità di cura che richiedono, accanto a tradizionali

competenze cliniche, capacità organizzative e manageriali sempre più avanzate per la introduzione di nuove tecnologie fino all’intelligenza artificiale. Di grande interesse l’articolo di Domenico Gabrielli, Presidente della Fondazione per il Tuo cuore, che anche a nome del Consiglio di Amministrazione della Fondazione, ci informa sulle attività che quest’ultima sta portando avanti. Di grande importanza appare il protocollo firmato con l’arma dei Carabinieri su iniziative formative in relazione a prevenzione e RCP a favore dei membri dell’arma; tra le iniziative svolte e in corso di attuazione il Presidente ricorda Cardiologie Aperte che si è svolta lo scorso febbraio con il solito grande successo di partecipazione; la giornata Nazionale del Cuore svoltasi lo scorso marzo e la partecipazione della Fondazione per il Tuo cuore alla Giornata per la Donazione degli Organi e Tessuti che ci ha visti a fianco del Ministero della Salute e del Centro Nazionale Trapianti in una campagna di sensibilizzazione per la donazione degli organi. Infine due nuove importanti iniziative da portare avanti: il progetto THE TUBE (sotto-progetto scuola) finalizzato a sensibilizzare gli studenti sui danni cardiovascolari derivanti dalle sostanze di abuso e l’adesione al progetto EUROPA DONNA ITALIA nella parte finalizzata alla prevenzione cardiovascolare nelle donne affette da tumore al

seno. Non poteva mancare un articolo sugli studi clinici ANMCO che testimoniano la tradizionale e costante vocazione alla ricerca clinica della nostra Associazione con una serie di studi in corso e altri in fase di attuazione; una rete ormai consolidata e riconosciuta da decenni a livello internazionale. Un lungo articolo è dedicato alla seconda Conferenza Nazionale delle UTIC diretta dal Presidente Colivicchi e coordinata da Serafina Valente. L’evento ha visto la partecipazione di numerosi cardiologi impegnati nelle nostre terapie intensive, molti dei quali giovani. È stata molto apprezzata la varietà dei temi affrontati (dalla cardiopatia ischemica acuta allo scompenso nelle sue varie forme, alle aritmie, alle procedure assistenziali) e il taglio clinico di tutte le presentazioni. Un’esperienza sicuramente da ripetere nei prossimi anni. Corposo il contributo delle Aree, a cominciare dall’Area Giovani che anticipa le iniziative che si svolgeranno durante questo Congresso. Tra queste mi piace sottolineare lo spazio che sarà dedicato al mentoring in cui giovani cardiologi potranno avere colloqui diretti con cardiologi di grande esperienza clinica e scientifica per avere strumenti e suggerimenti che consentano loro di sviluppare al meglio le inclinazioni professionali. Sempre a cura dell’Area Giovani viene pubblicato un articolo sulla importanza dello screening Medico

- Sportivo nella prevenzione della morte improvvisa che ha abbassato l'incidenza dell'evento allo 0.4/100.000 con una riduzione del rischio relativo del 90% rispetto alla fase prescreening esteso. L'Area CardioImaging affronta uno degli aspetti più importanti e per certi versi stressanti del nostro lavoro: che cosa fare in presenza di un dolore toracico acuto. L'articolo mette a confronto due metodiche: la TAC coronarica e l'ECO stress (o la loro integrazione) finalizzate a una diagnosi quanto più accurata e ad una eventuale dimissione precoce. L'Area Cronicità Cardiologica pubblica un importante contributo sul significato clinico e prognostico delle vasculopatie periferiche che rappresentano un marker di interessamento vascolare multidistrettuale, devono indurre a ricercare con attenzione la presenza di vasculopatia cardiaca e in altri distretti, sono un indicatore di prognosi severa nei cardiopatici. L'Area Malattie del Circolo Polmonare dedica un lungo articolo ad illustrare i vantaggi in termini di precocità diagnostica, trattamento e outcome dell'approccio multidisciplinare che ha per acronimo PERT (Pulmonary Embolism Response Team) nella gestione dei pazienti con sospetto di embolia polmonare che giungono ai PS dei nostri ospedali. Gli autori sottolineano come questa strategia, che vede impegnati cardiologo

clinico ed interventista, radiologo, chirurgo vascolare, anestesista, cardiocirurgo, medico di PS ha preso piede da tempo negli Stati Uniti con risultati incoraggianti, ma trovi fatica ad essere implementata nei nostri ospedali. L'Area Management&Qualità affronta con un articolo agevole, ma denso di contenuti legislativi, il problema del consenso informato, un argomento con il quale ogni giorno siamo chiamati a confrontarci, di cui spesso non consideriamo le importanti implicazioni giuridiche e che non può risolversi con una firma su un foglio denso di informazioni che spesso i pazienti fanno fatica a capire. Le Regioni forniscono come al solito un corposo contributo al Giornale con articoli su iniziative che evidenziano ancora una volta, se ce ne fosse bisogno, la vitalità e la diffusione capillare di ANMCO nel nostro Paese. Per la rubrica "Cuori allo Specchio" Francesco Bacchion racconta la sua esperienza nel Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Veneto con un articolo pieno di entusiasmo a partire dal titolo: "Perché è bello stare in ANMCO...". Leonardo Misuraca nella rubrica "Letto ... e commentato" illustra i risultati dello studio FRAME-AMI che ha confrontato la rivascolarizzazione guidata da angiografia o da riserva frazionale di flusso nel paziente con infarto miocardico e malattia multivasale. Nella rubrica Letti per

voi Beatrice Balduzzo recensisce il libro "Vivere in apnea", una storia toccante del rapporto tra un padre e un figlio autistico e soprattutto della scoperta del rapporto con gli altri. Sergio Pede nella rubrica "Come eravamo" continua a proporci la Memoria storica dell'ANMCO attraverso le pagine di "Cardiologia negli Ospedali", soffermandosi in questo numero sugli anni 1999-2003. Infine per "Cardiologi scrittori" Silvio Klugmann racconta una storia personale che è però un po' la storia di tutti i cardiologi che hanno lavorato in grandi ospedali e nella quale ognuno di noi può trovare un pezzo di vita. Bene. Non mi resta che augurarvi un benvenuto a Rimini. Buona lettura♥



LIPIDS in ROME

Un evento che risponde al bisogno della comunità cardiologica, e non solo, di conoscere benefici e modalità d'impiego dei nuovi farmaci per la gestione delle dislipidemie



Alla luce della prossima disponibilità di tante nuove opportunità terapeutiche per la gestione delle dislipidemie e la prevenzione delle malattie cardiovascolari aterosclerotiche, e per rispondere al bisogno della comunità cardiologica, e non solo, di

conoscerne benefici e modalità d'impiego, nei giorni 30 e 31 marzo presso il Centro Congressi Auditorium Aurelia di Roma, si è tenuta la prima edizione del Congresso sulla lipidologia clinica intitolato "Lipids in Rome", organizzato dal Presidente ANMCO,

Furio Colivicchi. L'evento formativo promosso dall'ANMCO, in collaborazione con la Società Italiana per lo Studio dell'Aterosclerosi e con l'endorsement dell'American College of Cardiology, ha analizzato i temi relativi alla terapia ipolipemizzante finalizzata alla riduzione del rischio cardiovascolare, con un focus particolare sulle recenti innovazioni terapeutiche e i loro risvolti nella pratica clinica. All'apertura del congresso Furio Colivicchi ha ricordato la citazione di Eugene Braunwald che "aspirina, penicilline e statine sono tutte storie di grandi successi" della medicina. Ha poi sottolineato che le strategie finalizzate alla gestione dell'ipercolesterolemia, principale fattore eziopatogenetico della malattia cardiovascolare su base aterosclerotica, rappresentano una componente essenziale della prevenzione cardiovascolare. Nella prima relazione sul tema lipoproteine e danno cardiovascolare, Stefania Di Fusco ha esaminato i dati della letteratura a favore degli effetti pro-aterogeni, pro-infiammatori e pro-trombotici della lipoproteina (a) (Lp(a)) e alla stretta correlazione tra i livelli plasmatici di Lp(a) e rischio cardiovascolare. Stefano Urbinati ha sottolineato il concetto che, in prevenzione primaria, la durata



dell'esposizione al fattore di rischio è proporzionalmente correlata al rischio di sviluppare la malattia aterosclerotica. Questo dato è stato confermato per il fumo, l'ipertensione arteriosa, il diabete mellito, diverse forme di dislipidemia, la precocità della menopausa e anche la durata dell'esposizione a una malattia infiammatoria cronica. Ha inoltre evidenziato che a differenza di altri indici metabolici, per il colesterolo-LDL (C-LDL) non è mai stata documentata una curva J, in sostanza con i valori più bassi di C-LDL non si evidenziano effetti collaterali. Alberico Catapano ha affermato che una sfida del prossimo futuro è poter scoprire chi è predisposto geneticamente a sviluppare l'aterosclerosi. Inoltre, rivestendo il ruolo di chair delle linee guida della Società Europea di Cardiologia e della Società Europea dell'Aterosclerosi per il trattamento delle dislipidemie, ha ritenuto essenziale sottolineare l'utilità della misurazione della Apolipoproteina B (classe I, livello di evidenza C) e della

Lp(a) (II, C) in casi selezionati di pazienti, come indicato nelle ultime linee guida. È stata poi la volta di Carmine Riccio, il quale ha sottolineato che malgrado i chiari benefici dimostrati in termini di riduzione degli eventi cardiovascolari (CV) delle terapie ipolipemizzanti nei pazienti con sindrome coronarica acuta (SCA) e l'aumentato numero di farmaci disponibili, nel mondo reale rimane un'importante distanza dai target di C-LDL raccomandati dalle linee guida internazionali, questo a causa di un sottoutilizzo dei farmaci per la riduzione del C-LDL. Le ragioni alla base del sottoutilizzo sono molteplici ed includono gli effetti collaterali e il rischio percepito associato alle statine, le disparità geografiche e di genere, i diversi protocolli e sistemi sanitari di cura, i costi e l'inerzia terapeutica. Ha inoltre citato il recente Position Paper ANMCO sulla gestione dell'ipercolesterolemia nei pazienti affetti da SCA, sottolineando l'importanza della terapia di combinazione durante l'ospedalizzazione. Maurizio

Abrignani si è soffermato sull'importanza dell'efficacia della terapia di combinazione e ribadito il concetto "cost-effectiveness" della terapia preventiva con statine per molti pazienti, grazie all'accesso al mercato dei farmaci generici. L'intervento di Marcello Arca si è basato sui risultati dello studio Fourier in termini di outcome associati all'impiego di evolocumab, anticorpo monoclonale anti-proteina della convertasi subtilisina/Kexina di tipo 9 (PCSK9i). Lo studio è riuscito a dimostrare per la prima volta, che la riduzione del C-LDL attraverso l'inibizione di PCSK9 risulta in un beneficio cardiovascolare clinicamente significativo in termini di riduzione di eventi cardiovascolari maggiori, compresi infarto miocardico, ictus e rivascolarizzazione precoce. Questi benefici sono stati possibili portando il C-LDL fino a una mediana di 30 mg/dL, molto al di sotto degli attuali target proposti dalle linee guida vigenti e supportano la necessità di una riduzione del C-LDL molto rilevante e a lungo termine in pazienti con malattia cardiovascolare. Ha preso poi la parola Furio Colivicchi presentando l'acido bempedoico, l'opzione terapeutica recentemente introdotta nella pratica clinica, mirata alla riduzione del C-LDL, utilizzabile su larga scala con costi più contenuti rispetto agli anticorpi monoclonali e a somministrazione orale. Furio Colivicchi ha fatto riferimento al documento Expert Opinion ANMCO sul posizionamento terapeutico dell'acido bempedoico nel trattamento dell'ipercolesterolemia in prossima pubblicazione sul

Giornale Italiano di Cardiologia, illustrando i principali scenari clinici e analizzando il piano terapeutico che presenta ad oggi alcune criticità. Ha, inoltre, presentato i risultati dello studio CLEAR OUTCOMES che ha confermato gli effetti benefici dell'acido bempedoico sull'incidenza di eventi cardiovascolari maggiori (MACE) in pazienti ad alto rischio di o con malattia cardiovascolare ed intolleranti alle statine. Alessandro Aiello ha illustrato l'inclisiran, una piccola molecola di acido ribonucleico (siRNA) coniugato con N-acetil galattosamina (Gal-NAC) che agisce con l'innovativo meccanismo di silenziamento genico. La coniugazione del siRNA con Gal-NAC permette un'azione selettiva a livello epatico, dove inibisce la sintesi di PCSK9, agendo quindi a monte rispetto agli anticorpi monoclonali che ne antagonizzano l'attività nel circolo ematico. Alessandro Aiello ha sottolineato i vantaggi del regime terapeutico che, prevedendo solo due somministrazioni l'anno con iniezioni sottocutanee, permetterebbe di superare il comune problema della scarsa aderenza alla terapia ipolipemizzante. La prima giornata del congresso si è conclusa con la relazione di Leonardo De Luca sulla riduzione del rischio residuo, che persiste nonostante l'aggressiva riduzione del C-LDL con gli inibitori PCSK9. È stato sottolineato che, tra le possibili cause eziopatogenetiche del rischio residuo, i trigliceridi in associazione all'attivazione del processo infiammatorio potrebbero spiegare la peggiore prognosi osservata in alcuni pazienti con ottimale controllo dei tradizionali fattori di rischio. Ha quindi mostrato

i risultati del trial REDUCE-IT sull'uso dell'acido eicosapentaenoico (EPA) che, somministrato due volte al giorno, è risultato superiore al placebo nel ridurre i trigliceridi, gli eventi cardiovascolari e la morte cardiovascolare in una popolazione di pazienti con livelli plasmatici dei trigliceridi borderline o moderatamente elevati (135-499 mg/dl) e malattia CV nota o ad alto rischio di svilupparla, già in terapia con statine e con livelli di C-LDL relativamente ben controllati. La seconda giornata dei lavori si è aperta con una sessione dedicata alla gestione della dislipidemia dopo una sindrome coronarica acuta. Claudio Bilato ha evidenziato la necessità di un superamento dell'approccio step-wise, ormai datato e che non risponde al bisogno di un tempestivo raggiungimento dei target terapeutici, ottenibile con nuove strategie terapeutiche che includano farmaci potenti ed innovativi. A seguire Leonardo De Luca con la sua relazione ha sottolineato l'importanza di una strategia fast track sulla base delle evidenze dei grandi trial che hanno dimostrato un beneficio, in termini di riduzione dei MACE, con una precoce riduzione del C-LDL. Nella successiva sessione dedicata alle nuove terapie orali per il trattamento dell'ipercolesterolemia, Furio Colivicchi ha fatto una narrazione puntuale del programma di sviluppo dell'acido bempedoico e Alberto Zambon ha illustrato i risultati dello studio CLEAR OUTCOME, che ha dimostrato una riduzione statisticamente significativa del rischio relativo di MACE nei pazienti intolleranti alle statine (con un background di statine nullo o

molto basso) trattati con 180 mg al giorno di acido bempedoico. L'ultima sessione dell'evento è stata dedicata al ruolo dei siRNA nel trattamento dell'ipercolesterolemia. Maurizio Averna ha discusso i risultati ottenuti con inclisiran nel programma di sviluppo Orion: una riduzione del C-LDL pari a circa il 50%, stabile nel tempo e con effetti avversi pressoché nulli. Gian Piero Perna ha affrontato il tema della personalizzazione della terapia a seconda del "fenotipo" di paziente. A seguire un'animata discussione è stata occasione per rispondere a quesiti relativi alla sicurezza ed eventuali eventi avversi associati all'impiego della nuova molecola. La lettura conclusiva di Marino Scherillo è stata focalizzata sull'inizio della terapia con PCSK9i in UTIC nei pazienti con SCA e ha posto ancora una volta l'accento sul concetto del fast track e del precoce impiego della terapia più efficace nei pazienti a più alto rischio, quelli da lui definiti nello acronimo MADRE (Multivessel disease; Age \geq 65 anni; Diabetes; Renal Impairment; Event recurrent). Concludono i lavori Furio Colivicchi e Marcello Arca, sottolineando la necessità di una precoce implementazione di trattamenti efficaci nel contesto di strategie che favoriscano aderenza e persistenza al trattamento. Il Presidente ANMCO, Furio Colivicchi, chiude l'incontro dando appuntamento a Rimini al Congresso Nazionale ANMCO dal 18 al 20 maggio per un approfondimento dei temi trattati nel corso di questo evento. ♥

Bibliografia
Braunwald E. SGLT2 inhibitors: the statins of the 21st century. Eur Heart J. 2022 Mar 14;43(11):1029-1030.



Un evento formativo promosso dal Presidente ANMCO, Furio Colivicchi, mirato ad accrescere le competenze organizzativo-gestionali ancorandole allo specifico ambito professionale della Cardiologia ospedaliera

Leadership Clinico-Organizzativa in Cardiologia

Negli ultimi 30 anni abbiamo assistito ad una profonda evoluzione del Sistema Sanitario, un cambiamento che ha portato alla crescente necessità che i clinici non solo abbiano competenze professionali ma anche organizzative e per alcuni aspetti

manageriali. Sulla base di questa premessa l'ANMCO ha realizzato l'evento residenziale "Leadership Clinico-Organizzativa in Cardiologia" che si inserisce nella mission dell'Associazione, cioè di formare i medici Cardiologi e in particolare i propri associati. L'obiettivo

dell'evento è quello di accrescere le competenze organizzativo-gestionali ancorandole allo specifico ambito professionale della Cardiologia ospedaliera, dove sempre più frequentemente ci si trova a lavorare in team multidisciplinari e multiprofessionali per realizzare progetti innovativi. Da qui la necessità di competenze ed abilità che favoriscono una costruttiva interazione. L'evento, svoltosi il 21 marzo nel learning center della sede ANMCO di Firenze, è stato condotto da Gianfranco Gensini e Angelo Tanese.

Peculiarità del management all'interno delle aziende sanitarie pubbliche

Per un corretto approccio al management nel contesto delle aziende sanitarie pubbliche è necessario tenere in considerazione i tre elementi di specificità e complessità che le contraddistinguono: l'essere Aziende, l'essere aziende Sanitarie, e l'essere Pubbliche. Nel 1992 che con il decreto legislativo (D.lgs.) 502/92 vengono istituite le aziende sanitarie. Si tratta di un cambiamento

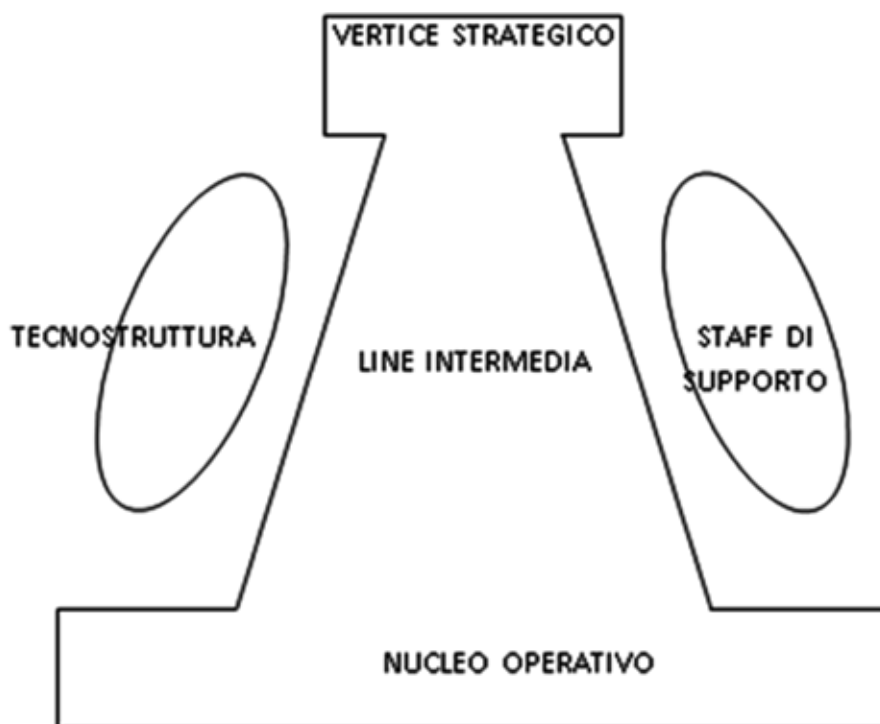


Figura 1 - La macrostruttura aziendale secondo Henry Mintzberg



Figura 2 - Una visione di sistema per la gestione del cambiamento organizzativo, tratto da Tanese A. «L'efficacia del cambiamento organizzativo», in Bergamaschi M., *L'organizzazione nelle aziende sanitarie*, Mc Graw-Hill, 2000

sostanziale che, individuando nel direttore generale l'organo di governo dell'azienda, introduce un modello manageriale finalizzato ad un più efficiente utilizzo delle risorse. L'essere Azienda vuol dire che nell'implementazione delle attività cui essa è preposta deve essere sempre preso in considerazione l'aspetto economico e la sua sostenibilità nel tempo. In pratica le risorse disponibili devono essere utilizzate secondo criteri di efficienza, efficacia, ed economicità. La sua gestione è basata su principi di autonomia e responsabilità, senza però prescindere dai vincoli dovuti al contesto economico, politico e sociale. L'essere azienda sanitaria vuol dire: che è composta da specifiche professionalità con

autonomia clinica e specializzazione tecnica; che eroga un servizio con un impatto sulla salute delle persone e di notevole rilevanza sociale; che richiede un importante investimento tecnologico e la cui complessità organizzativa è correlata alle dimensioni delle risorse gestite, l'interdipendenza dei processi e la diversità dei servizi. Infine, essere azienda sanitaria Pubblica vuol dire che, in ultima analisi, il finanziamento proviene da imposte e tasse pagate dagli stessi cittadini destinatari dei servizi. Proprio per il suo essere pubblica l'azienda sanitaria dovrà, dunque, rispettare tutti i principi di neutralità, trasparenza, e formalizzazione degli atti ed operare in un modello economico di "quasi mercato" in cui

pur esistendo forme di competizione/ concorrenza tra erogatori, i servizi sono erogati senza il corrispettivo di un «prezzo».

Organizzazione della macrostruttura Aziendale

Una volta definito il tipo di struttura in cui si opera, un utile riferimento per la progettazione dell'organizzazione di aziende in cui confluiscono culture e logiche diverse è rappresentato dal modello di Henry Mintzberg, secondo il quale la macrostruttura aziendale si compone di cinque parti fondamentali (Figura 1): - un vertice strategico, che nelle aziende sanitarie pubbliche si identifica nella direzione generale cui compete la responsabilità globale, che formula le strategie e gestisce le relazioni con l'esterno;



Figura 3 - Il Presidente ANMCO, Furio Colivicchi, con Angelo Tanese e Gianfranco Gensini al learning center ANMCO per l'evento formativo "Leadership Clinico-Organizzativa in Cardiologia"

- una linea intermedia (direttori di dipartimento/area/distretto) costituita da responsabili apicali che sono l'anello di collegamento tra il vertice strategico e il nucleo operativo; - il nucleo operativo composto dalle unità operative che producono beni o servizi, quali unità operative complesse, unità operative semplici dipartimentali, etc; - la tecnostuttura composta da personale specializzato che si occupa della progettazione e standardizzazione dei processi operativi e ha come obiettivo ultimo quello di "rendere più efficace il lavoro degli altri"; - lo staff di supporto che gestisce i servizi amministrativi e tecnico-logistici



Figura 4 - Angelo Tanese illustra lo status del Sistema Sanitario Nazionale prima dell'avvento della pandemia

per favorire il buon funzionamento dell'intera macrostruttura.

Gestione del cambiamento nel contesto delle aziende sanitarie pubbliche

In generale, ogni organizzazione essendo un sistema di relazioni cambia nel tempo. L'impiego di tecnologie innovative e sofisticate e di professionalità sempre più specializzate nel contesto di organizzazioni complesse e diversificate sul territorio, quali sono le aziende sanitarie, richiede un'attenzione particolare nell'orientare e indirizzare il cambiamento. Presupposto fondamentale per un'appropriata gestione del cambiamento è conoscere il punto di partenza, come si è giunti all'assetto organizzativo presente, definire i possibili percorsi, il traguardo desiderato e quello raggiungibile. Il testo *Il ruolo del management nel Servizio Sanitario - Una storia in tre atti* (Egea, 2018), di Angelo Tanese, offre un'interessante lettura sull'evoluzione del Sistema Sanitario Nazionale, con approfondimenti sul processo di aziendalizzazione in sanità e su come è cambiato il ruolo del management sanitario dagli anni '90 ad oggi. Nell'ambito delle organizzazioni aziendali, la pandemia da COVID-19 ha dato un'improvvisa e repentina spinta al cambiamento. Nel contesto pandemico il management sanitario, spinto da una vigorosa pressione decisionale, ha dovuto lavorare innanzitutto per assorbire lo choc cognitivo e l'impatto emotivo e quindi riorganizzare in maniera sistemica le modalità di erogazione dei servizi. Per un'ottimale gestione del cambiamento, tre aspetti

chiave devono essere presi in considerazione: 1) il cambiamento deve essere una scelta, non subito; da qui la necessità di mettere in campo scelte condivise all'interno dell'organizzazione 2) l'integrazione operativa deve essere interpretata come una necessità, a tale scopo bisogna mettere in atto una visione ed un'azione non isolata ma di sistema 3) l'innovazione deve essere

Il leader non solo deve diffondere la visione dell'azienda ma deve anche promuovere condizioni in cui quanti cooperano per l'azienda stessa siano portatori di nuove idee

inclusa tra gli obiettivi dell'azienda, questo per offrire dei servizi sempre più vicini ai bisogni dei cittadini. In pratica, il cambiamento non va solo dichiarato ma progettato insieme e guidato.

Essere leader del cambiamento

Il compito del leader non è quello di «imporre il cambiamento» o di limitarsi ad annunciarlo e proclamarne la sua necessità, ma di costruire le condizioni perché l'organizzazione, il sistema, sia in grado di realizzare un percorso di trasformazione e di sviluppo che conduca al cambiamento, superando le inerzie e le resistenze sia interne che esterne. Da qui la necessità di avere una «strategia di cambiamento».

Per guidare con successo un processo

di cambiamento organizzativo occorre (Figura 2):

- Generare una visione e una tensione al cambiamento. Il leader non solo deve diffondere la visione dell'azienda ma deve anche promuovere condizioni in cui quanti cooperano per l'azienda stessa siano portatori di nuove idee. Il cambiamento gestionale è più efficace quando parte dal basso e trova una leadership che indirizza le energie creative di ciascuno.

- Mettere a disposizione dell'organizzazione «risorse per il cambiamento».

- Gestire l'incertezza che può essere maggiormente percepita in contesti in continua evoluzione. Gestire i potenziali conflitti e le possibili resistenze al cambiamento.

Una visione di sistema per chi ha un incarico di direzione di struttura all'interno delle aziende sanitarie

Per chi ha un incarico di direzione di struttura, che sia un dipartimento, un distretto, un'area, un'unità operativa complessa, etc., c'è un unico punto di domanda da cui partire: a cosa serve la propria struttura. È necessario essere consapevoli del fatto che una struttura serve solo se produce un valore aggiunto. Il compito di chi dirige la struttura è, dunque, quello di dimostrare di generare quel valore con i risultati che ottiene. Per il raggiungimento di risultati concreti, il processo di riorganizzazione e di programmazione deve coinvolgere tutto il personale, nessuno escluso. Sempre al fine del raggiungimento dei risultati e di propendere verso un continuo miglioramento, il monitoraggio e la valutazione dei risultati devono essere sistematici e permanenti.♥



Fondazione per il Tuo cuore Stato dell'arte



20 gennaio 2023
firmato il Protocollo

il protocollo d'intesa triennale su attività da svolgere a favore dei Carabinieri (del protocollo), questa intesa ci consentirà oltre che di attuare campagne di prevenzione e di informazione a favore dell'ARMA, di portare avanti anche un rilancio delle attività di RCP; così guadagnando ulteriore visibilità istituzionale e promuovendo un importante servizio a favore dei Carabinieri, cosa che ci inorgoglisce.

La settimana dal 12 al 19 febbraio si sono tenute le Cardiologie Aperte, che rimangono una delle classiche attività della Fondazione. Anche quest'anno sono state proposte in forma da remoto, escluse diverse iniziative locali portate avanti in autonomia, seppur aderenti al progetto; speriamo di poter tornare alla manifestazione in presenza nel prossimo futuro e abbiamo già in mente diverse novità. Più di 200 Cardiologie italiane, più di 600 Cardiologi, ai quali va il nostro più profondo riconoscimento, hanno risposto per più di 1.500 ore complessive dedicate alle domande poste, un segno di presenza e vicinanza molto importante, ci sono poi state iniziative locali molto importanti, lodevoli e significative. Durante la settimana abbiamo avuto modo sui social media e sui media anche televisivi di fare diversi passaggi, che hanno visto impegnate figure di spicco della cardiologia ospedaliera,

Cari Colleghe e Colleghi, Cari Tutti,
in occasione del 54 Congresso Nazionale ANMCO, ho particolare piacere di mettervi al corrente delle attività che stiamo portando avanti come Fondazione.

Come già detto, in data 20 gennaio, nella prestigiosa cornice del Comando Generale dei Carabinieri, alla presenza del Comandante Generale Luzi e dei principali Direttori di Dipartimento dell'ARMA, abbiamo avuto modo di firmare



Dal **12 al 19 Febbraio 2023**

Si è svolta la **XVII** edizione di

Anche per l'anno 2023 il **numero verde della Fondazione 800 05 22 33** è stato a disposizione di tutti i cittadini.

Oltre **600 Cardiologi ANMCO** per oltre **1.500 ore** si sono resi disponibili per rispondere **gratuitamente** su problemi o dubbi legati alle malattie del cuore.

Non sono mancate varie iniziative locali che hanno rafforzato la diffusione della prevenzione cardiovascolare.



per sensibilizzare sulla prevenzione cardiovascolare e altri argomenti di interesse e per aumentare la diffusione della conoscenza delle attività di Fondazione e ANMCO, con particolare attenzione alla Ricerca Clinica tramite il Centro Studi; anche le attività sui social hanno ottenuto grande evidenza con ben 146.000 persone raggiunte nelle prime settimane di aprile.

Il 14 marzo abbiamo aderito, insieme con ANMCO alla Giornata Nazionale del Cuore, marcando la nostra appartenenza e fornendo un servizio utile ai cittadini.

Il progetto The Tube in collaborazione con il Rotary distretto 2090, sta per partire, così come i contatti con il MIUR per concordare la possibilità di una campagna di sensibilizzazione nelle scuole sugli effetti cardiovascolari delle sostanze di abuso, nel mese di giugno ci sarà il primo incontro sperimentale del sottoprogetto scuola, con un evento a Fermo, che speriamo di esportare in tutta Italia.

Nel filone delle attività di prevenzione di genere abbiamo proseguito il confronto con la Presidente, Dott.ssa Rosanna D'Antona e i quadri dirigenti di Europa Donna Italia, onde produrre una serie di collaborazioni, la prima delle quali finalizzata alla prevenzione cardiovascolare nelle donne affette da tumore al seno. A breve partirà la Campagna Banca del Cuore /Truck Tour che è una delle iniziative di punta della Fondazione; speriamo anche di poter analizzare e pubblicare al più presto i dati di questa importante e unica banca dati. Quest'anno avremo degli slot dedicati ai Carabinieri, nelle sedi



14 MARZO 2023 – GIORNATA NAZIONALE DEL CUORE

In questo 2023 abbiamo deciso di attivare nuovamente il **numero verde della Fondazione 800 05 22 33** per rispondere **gratuitamente** a tutti i cittadini su problemi o dubbi legati alle malattie del cuore e istituito la «Giornata Nazionale del Cuore».



PRESIDENTE

Rosanna D'Antona



Progetto THE TUBE (sottoprogetto scuola)



1 giugno 2023 primo incontro a Fermo





GIORNATA NAZIONALE PER LA DONAZIONE DI ORGANI E TESSUTI 16 APRILE 2023



In occasione della XVI Giornata per la donazione di organi e tessuti, la Fondazione per il Tuo cuore dell'ANMCO e la Fondazione Cuore Domani di SICCH hanno affiancato il Ministero della Salute e il Centro Nazionale Trapianti per focalizzare l'attenzione sull'importanza di diventare donatori.

Cardiologi e Cardiocirurghi di ANMCO e SICCH si sono resi disponibili tramite il **numero verde della Fondazione 800 05 22 33** per rispondere **gratuitamente** a tutti i cittadini.

previste e questo ci farà acquisire ulteriore visibilità istituzionale oltre a permetterci di dare un servizio utile. Stiamo inoltre proseguendo i contatti per coinvolgere figure laiche di rilievo nelle nostre attività e progetti, sempre ai fini di ottimizzare le future campagne di raccolta fondi utili per la messa in atto sia della ricerca indipendente che delle attività a favore della popolazione precipua della Fondazione (Ambasciatori e Ambasciatrici della Fondazione per il tuo cuore).

Il 16 aprile, in collaborazione con il CNT e il Ministero della Salute, insieme con la Fondazione Cuore Domani della SICCH abbiamo aderito alla giornata nazionale della donazione di organi, mettendo a disposizione al numero verde di nostra competenza cardiologi e cardiocirurghi dei principali centri di trapianto di cuore italiani per rispondere ai quesiti dei cittadini. Anche questo è stato un grande successo al punto da voler programmare la Campagna di sensibilizzazione per la donazione/ trapianto di cuore, che vedrà varie iniziative, la prima delle quali prevista ad aprile nella giornata della donazione di organi e che vedrà l'inizio di una collaborazione, speriamo feconda, con la Fondazione della Società Italiana di Cardiocirurgia; l'intenzione è di collaborare anche ai fini della raccolta fondi utilizzando la forza mediatica congiunta per essere più efficaci. Stiamo programmando altre date della iniziativa Cuore e Armonia, per diffondere sempre di più la conoscenza della nostra Fondazione in settori del mondo laico.



Banca del Cuore

Per concretizzare nel mondo reale le proprie finalità di formazione e prevenzione del Rischio Cardiovascolare Globale, sono stati messi in campo strumenti atti a raggiungere tutta la popolazione promuovendo attivamente Campagne di Prevenzione a livello nazionale.

Il **Progetto Nazionale di Prevenzione Cardiovascolare "Banca del Cuore"** ideato e coordinato dal Prof. Michele Massimo Gulizia rappresenta la più importante Campagna realizzata dal 2015: permette uno screening cardiovascolare completo, con rilevamento della pressione arteriosa, dei dati socio-sanitari, delle patologie associate, dei consumi alimentari e farmacologici, degli stili di vita e dello stato individuale. Un **registro permanente nazionale** che, nel rispetto delle vigenti norme in materia di privacy, ne prevede la custodia gratuita e prontamente disponibile.

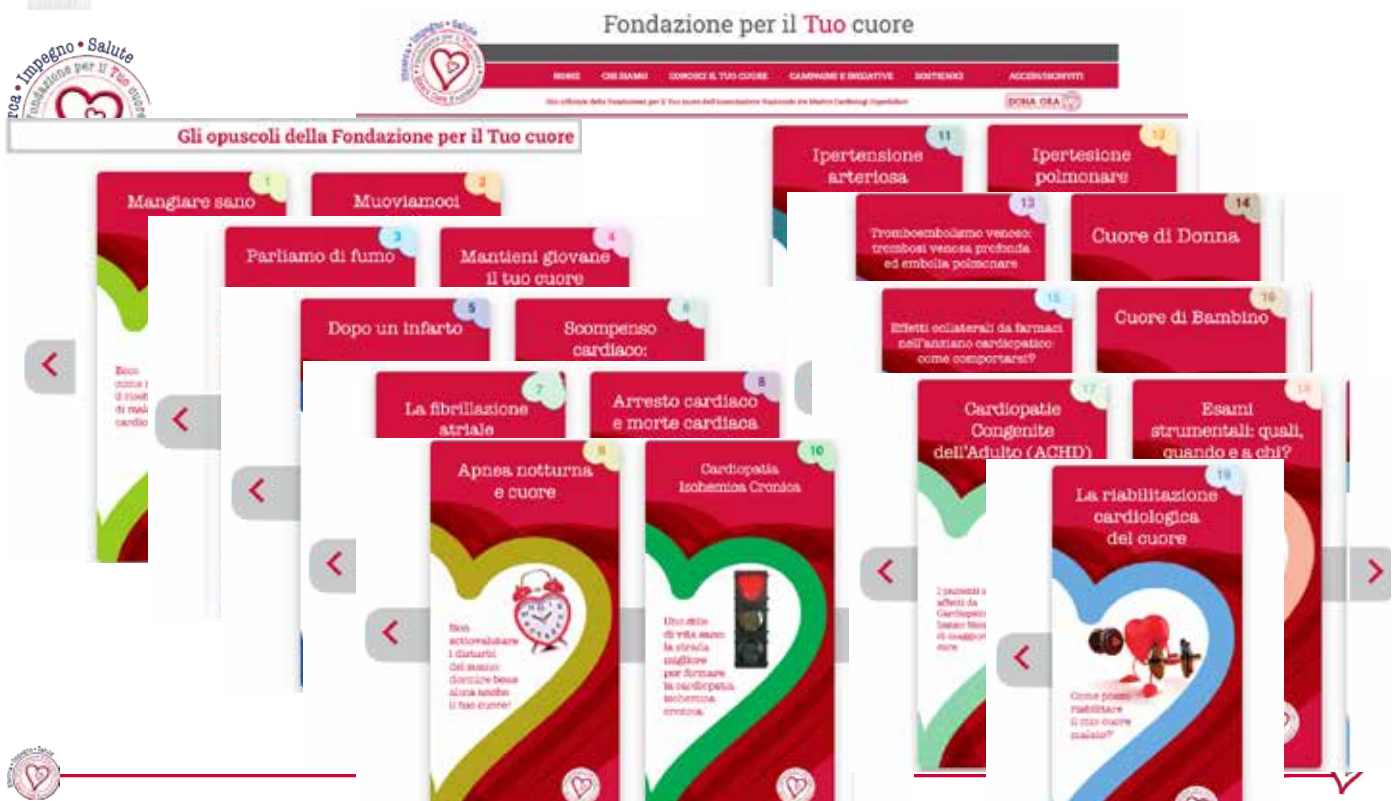
Dal 2017 **Banca del Cuore**, nell'intento di raggiungere il cittadino e favorire maggiore consapevolezza, si è messa "in movimento" con un **Jumbo Truck** appositamente allestito che è entrato nel cuore delle maggiori piazze italiane rendendo in tal modo possibile la diffusione della cultura della prevenzione cardiovascolare.



Cuore e Armonia

Palazzo Altieri – Roma
18 novembre 2022





5x1000

È lo strumento principe per sostenere la ricerca e le attività di screening e di sensibilizzazione che realizza la Fondazione

94070130482



Abbiamo dato impulso all'aggiornamento e allo sviluppo del sito web, coinvolgendo tanti volenterosi colleghi, indicati dalle Aree ANMCO, e procederemo a rivitalizzare il servizio l'Esperto risponde, oltre che aggiornare e implementare la nostra collezione di opuscoli, i cui contenuti saranno resi fruibili anche via web, in maniera dedicata.

Dopo questa carrellata su alcune delle attività della Fondazione, vi saluto cordialmente anche a nome del CdA, ringraziandovi per il contributo che sempre date alle iniziative ed esortandovi a ricordare anche ai vostri familiari e conoscenti l'importanza di devolvere il 5 per mille della dichiarazione dei redditi a favore della nostra Fondazione.♥



I  5xMille
codice fiscale
94070130482

Il 5xMille moltiplica il Tuo cuore



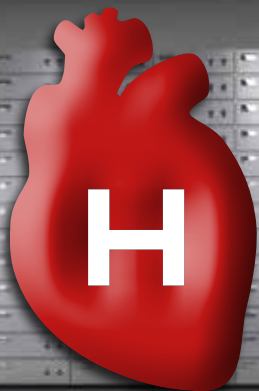
**SOSTIENI LA RICERCA
SULLE MALATTIE CARDIOVASCOLARI**

**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

METTI IL CUORE IN CASSAFORTE!



**ENTRA A FAR PARTE DELLA RETE
DELLE CARDIOLOGIE DEL PROGETTO
DI PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE
"BANCA DEL CUORE!"**

SCOPRI I VANTAGGI DI PARTECIPARE
la tua **Cardiologia** entrerà a far parte del network unico al mondo che permette il rilascio gratuito della **BancomHeart** al tuo paziente, contribuendo a far crescere il database degli oltre 62.056 cittadini già sottoposti a screening cardiovascolare.

Contribuirai alla divulgazione della cultura della Prevenzione Cardiovascolare e sarai annoverato tra i ricercatori nelle più rilevanti pubblicazioni scientifiche di questo database unico nel suo genere.

PROTEGGI IL TUO CUORE

**"Partecipa al programma nazionale
di prevenzione cardiovascolare
BANCA DEL CUORE!"**

Chiamaci, Ti aspettiamo! ☎ 055 5101367

TUTTI I DETTAGLI DELL'INIZIATIVA SU www.periltuocuore.it



Per visionare o scaricare il tuo elettrocardiogramma e i tuoi dati clinici attiva la card **BANCOMHEART** inserendo il PIN, il tuo codice fiscale e la password segreta nel form di registrazione online: www.bancadelcuore.it

PIN N. 1234567890

CODICE FISCALE

PASSWORD



L'Istituto Superiore di Sanità, l'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri e la Fondazione per il Tuo cuore collaborano per la prevenzione delle malattie cardiovascolari.

La **BANCA DEL CUORE** è un Progetto di Prevenzione Cardiovascolare per la popolazione italiana promosso dalla **Fondazione per il Tuo cuore - HCF Onlus**.



L'Istituto Superiore di Sanità, l'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri e la Fondazione per il Tuo cuore collaborano per la prevenzione delle malattie cardiovascolari.

La **BANCA DEL CUORE** è un Progetto di Prevenzione Cardiovascolare per la popolazione italiana promosso dalla **Fondazione per il Tuo cuore - HCF Onlus**.

**BANCA
DEL
CUORE**



Studi in corso (DATI AGGIORNATI AL 03/04/2023)

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 03/04/2023)

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)	961 (1.514)	1 anno	Arruolamento chiuso Follow-up chiuso

■ FIBRILLAZIONE ATRIALE ■ PREVENZIONE ■ OUTLIERS ■ SCOMPENSO
■ INSUFFICIENZA RENALE CRONICA ■ SINDROMI CORONARICHE ACUTE



Studi di prossima attuazione (DATI AGGIORNATI AL 03/04/2023)

Nome dello Studio	N° centri previsti Italia (tutto il mondo)	N° pazienti previsti dal protocollo Italia (tutto il mondo)	Durata prevista del follow-up
BRING-UP Prevenzione (osservazionale)	100	6.000	1 anno
EYE-SHOT 2 (osservazionale)	200	3.000	No follow-up
BRING-UP 3 SCOMPENSO (osservazionale)	100	10.000	1 anno

FOCUS ON

Studio BRING-UP 3 Scompenso

Steering Committee: Dott. Fabrizio Oliva (Chairperson), Dott. Aldo Pietro Maggioni (co-Chairperson), Dott. Manlio Gianni Cipriani, Prof. Furio Colivicchi, Dott. Andrea Di Lenarda, Prof. Domenico Gabrielli, Dott. Mauro Gori, Dott. Massimo Iacoviello, Dott. Marco Marini, Dott. Francesco Orso

Lo scompenso cardiaco (SC) è un importante problema di salute pubblica in tutto il mondo, con un'elevata morbilità, mortalità e utilizzo di risorse sanitarie: poiché lo SC è il risultato finale di molti disturbi cardiaci, la sua prevalenza aumenta con l'età. La mortalità per tutte le cause dei pazienti con SC cronico è rimasta stabile senza miglioramenti sostanziali da oltre 15 anni. Nei pazienti con scompenso cardiaco e frazione di eiezione ridotta (HFrEF)

due ulteriori approcci farmacologici, l'inibizione della neprilisina (ARNI) e del co-trasportatore sodio-glucosio 2 (SGLT2), hanno dimostrato di migliorare la sopravvivenza se aggiunti alle terapie "di base" raccomandate, ovvero bloccanti del sistema renina-angiotensina (RASi), beta-bloccanti e antagonisti del recettore mineralcorticoide (MRA). Le Linee Guida ESC 2021 hanno introdotto un nuovo paradigma di trattamento per l'HFrEF con un approccio terapeutico a quattro pilastri che comprende ARNI/RASi, betabloccanti, MRA e SGLT2i. È importante notare che ora esistono dati di efficacia e sicurezza su trattamenti farmacologici anche in pazienti con una EF>40%. Tuttavia, le Linee Guida non forniscono raccomandazioni formali sulla sequenza da adottare nell'introduzione dei trattamenti raccomandati nei pazienti con HFrEF: la personalizzazione della loro sequenza

rappresenta a tutt'oggi un'esigenza non soddisfatta. Per guidare l'implementazione delle attuali Linee Guida nella pratica clinica, migliorare la qualità complessiva dell'assistenza ai pazienti con SC e, di conseguenza, sperabilmente, gli "outcome" clinici, è necessaria una campagna nazionale che adotti un modello di Implementation Science basato su programmi educativi specifici e sulla raccolta di dati consecutivi dei pazienti. Per questi motivi, la Fondazione per il Tuo cuore e l'ANMCO hanno ritenuto necessario di avviare il progetto nazionale BRING-UP 3 Scompenso, uno studio osservazionale, prospettico e multicentrico, condotto in un campione ampio e rappresentativo di Centri Cardiologici italiani che arruolerà pazienti con SC cronico o SC acuto. I pazienti arruolati saranno seguiti in follow-up per 1 anno, con visite a 6 e 12 mesi.

Lo studio sarà organizzato nelle seguenti fasi:

1. Primo intervento di tipo educativo con i Ricercatori dei Centri coinvolti per discutere le raccomandazioni delle Linee Guida in questo ambito;
2. Arruolamento per 3 mesi o fino a 30 pazienti consecutivi;
3. Valutazione degli end-point primari e secondari dello studio a 6 mesi dall'arruolamento;
4. Secondo intervento educativo per condividere i risultati del primo periodo di arruolamento dello studio, focalizzando l'attenzione sui divari esistenti tra le raccomandazioni delle Linee Guida e la pratica clinica;
5. Nuova fase di arruolamento per altri 3 mesi o fino a 30 pazienti consecutivi;
6. Ulteriore valutazione degli end-point primari e secondari dello studio a 6 mesi dall'arruolamento nel secondo gruppo di pazienti arruolati;
7. Follow-up a 12 mesi per tutti i pazienti inclusi in entrambe le fasi di arruolamento dello studio.

Obiettivo primario dello studio è quello di valutare il livello di aderenza alle raccomandazioni delle Linee Guida per la gestione dei pazienti con HFREF.

La partecipazione di oltre 100 Centri Cardiologici garantirà l'inclusione di almeno 5.000 pazienti in ciascun periodo di arruolamento, consentendo di valutare l'aderenza alle Linee Guida anche in specifici sottogruppi di pazienti.

Studio BRING-UP Prevenzione

Steering Committee: Prof. Furio Colivicchi (Chairman), Dott. Aldo P. Maggioni (Co-Chairman), Dott. Maurizio Giuseppe Abrignani, Prof. Marcello Arca, Prof. Maurizio Averna, Prof. Alberico Luigi Catapano, Dott.ssa Stefania Angela Di Fusco, Dott. Andrea Di Lenarda, Prof. Francesco Fattirolli, Prof. Domenico Gabrielli, Prof. Michele Massimo Gulizia, Dott. Fabrizio Oliva, Dott. Carmine Riccio, Dott. Pier Luigi Temporelli

Il trattamento delle sindromi coronariche acute (SCA) è notevolmente migliorato negli ultimi decenni, con una riduzione significativa della mortalità intraospedaliera ed anche le gravi complicanze a breve termine dopo rivascolarizzazione elettiva (CABG o PCI) sono state notevolmente ridotte. Dunque, rispetto al passato, un numero maggiore di pazienti viene dimesso vivo dopo SCA o rivascolarizzazione coronarica ed è esposto a trattamenti di prevenzione secondaria. Recenti dati nazionali mostrano che oltre il 30% dei pazienti ricoverati per un evento atero-trombotico acuto ha un'ulteriore ospedalizzazione nell'anno successivo alla dimissione. In questo contesto, l'adesione alle raccomandazioni delle Linee Guida sulle strategie di prevenzione secondaria appare largamente insufficiente.

Per questi motivi, la Fondazione per il Tuo cuore e l'ANMCO hanno ritenuto necessario avviare un progetto nazionale di Implementation Science, il BRING-UP Prevenzione, basato su programmi di tipo educativo e sulla raccolta dei dati dei pazienti, con l'obiettivo di cercare di ridurre il divario tra ciò che è disponibile e raccomandato e ciò che avviene effettivamente nella pratica clinica. BRING-UP Prevenzione è uno studio osservazionale, prospettico e multicentrico, condotto in un campione ampio e rappresentativo di Centri Cardiologici italiani che arruolerà pazienti con un evento atero-trombotico documentato: malattia coronarica (CAD), malattia cerebrovascolare (CVD), malattia arteriosa periferica (PAD). I pazienti arruolati saranno seguiti in follow-up per 1 anno, con visite a 6 e 12 mesi.

Lo studio sarà organizzato nelle seguenti fasi:

1. Primo intervento di tipo educativo con i Ricercatori

dei Centri coinvolti per discutere le raccomandazioni delle Linee Guida ed i modelli di trattamento in specifici fenotipi di pazienti;

2. Arruolamento per 3 mesi o fino a 30 pazienti consecutivi con pregresso evento atero-trombotico;
3. Valutazione degli end-point primari e secondari dello studio a 6 mesi dall'arruolamento;
4. Secondo intervento educativo con i Ricercatori per condividere i risultati del primo periodo di arruolamento dello studio, focalizzando l'attenzione sui divari esistenti tra le raccomandazioni delle linee guida e la pratica clinica;
5. Nuova fase di arruolamento per altri 3 mesi o fino a 30 pazienti consecutivi con pregresso evento atero-trombotico;
6. Ulteriore valutazione degli end-point primari e secondari dello studio a 6 mesi dall'arruolamento nel secondo gruppo di pazienti arruolati;
7. Follow-up a 12 mesi per tutti i pazienti inclusi in entrambe le fasi di arruolamento dello studio

Obiettivo primario dello studio è quello di valutare il livello di aderenza alle raccomandazioni delle linee guida con l'ipotesi di migliorare la percentuale di pazienti che raggiungono il target previsto per i livelli di colesterolo.

La partecipazione di oltre 100 Centri Cardiologici garantirà l'inclusione di circa 3.000 pazienti in ogni fase di arruolamento, consentendo di valutare l'aderenza alle Linee Guida anche in specifici sottogruppi di pazienti.♥



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 Cardiotoracovascolare
"A. De Gasperis"
ASST Grande Ospedale Metropolitano
Niguarda-Ca' Granda
Piazza Ospedale Maggiore, 3 - 20162 Milano
Tel. 02/64442565 - Fax 02/66101716
fabrizio.oliva@ospedaleniguarda.it



Leonardo De Luca

SEGRETARIO GENERALE

LEONARDO DE LUCA

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



Loris Roncon

TESORIERE

LORIS RONCON

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



Manlio Cipriani

CONSIGLIERE

MANLIO CIPRIANI

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



Cosimo Napoletano

CONSIGLIERE

COSIMO NAPOLETANO

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



Marco Corda

CONSIGLIERE

MARCO CORDA

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



Alessandro Navazio

CONSIGLIERE

ALESSANDRO NAVAZIO

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



Alfredo De Nardo

CONSIGLIERE

ALFREDO DE NARDO

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



Emanuele Tizzani

CONSIGLIERE

EMANUELE TIZZANI

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



Giuseppina Maura
Francese

CONSIGLIERE

GIUSEPPINA MAURA FRANCESE

U.O.C. di Cardiologia
Ospedale Garibaldi-Nesima
Azienda Rilievo Nazionale e Alta
Specializzazione "Garibaldi"
Via Palermo, 610 - 95122 Catania
Tel. 095/7598506 - Fax 095/7598522
maurafrancese63@gmail.com



Serafina Valente

CONSIGLIERE

SERAFINA VALENTE

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

DI MICHELE MAGNESA, STEFANIA ANGELA DI FUSCO, FILIPPO ZILIO, PIETRO SCICCHITANO, MARIA CHIARA GATTO, NOEMI BRUNO, CHIARA BERNELLI, GIANMARCO IANNOPOLLO, CLAUDIO MONTALTO, STEFANO POLI, ALDO MAGGIONI E SERAFINA VALENTE

2^a Conferenza Nazionale del Club delle UTIC ANMCO

Una tappa importante per la formazione di tanti professionisti impegnati nelle aree critiche



Nei giorni 10 e 11 Febbraio 2023, si è svolta a Firenze la 2^a conferenza nazionale del club delle UTIC ANMCO, un evento diretto dal Presidente ANMCO Furio Colivicchi e coordinato da Serafina Valente. L'obiettivo dell'evento è stato quello di favorire la crescita delle competenze clinico-assistenziali dei medici delle UTIC, dando spunti di riflessione soprattutto ai giovani

cardiologi, i quali rappresentavano la gran parte della platea. Il primo simposio è stato dedicato allo scompenso cardiaco acuto in area critica. **Marco Marini** ha trattato il tema dell'inquadramento multiparametrico dei diversi fenotipi clinici di scompenso acuto; in particolare, ha sottolineato la necessità di identificare precocemente la congestione e

l'ipoperfusione attraverso segni clinici, strumentali (pressione venosa centrale, pressione arteriosa cruenta) ed ecocardiografici, con l'obiettivo di intervenire sull'ipoperfusione occulta ($SVcO_2 < 65\%$), prima di arrivare a uno stato conclamato (lattati > 2 mmol/L). A seguire, **Massimo Iacoviello** ha parlato del blocco sequenziale del nefrone e di come, conoscendo bene i diuretici,



dove e come agiscono e la loro farmacocinetica, si possa instaurare un approccio terapeutico di tipo sequenziale. Così, è possibile agire contemporaneamente a più livelli prima di ricorrere alla terapia sostitutiva renale, ed ottenere il giusto equilibrio tra la decongestione e un'adeguata volemia. **Luca Villanova**, invece, ha affrontato il tema della ventilazione eco-guidata in UTIC e di come si possano valutare il pre-carico, lo stato di

congestione, le pressioni polmonari, l'interdipendenza ventricolare e altri parametri emodinamici, con l'obiettivo di valutare l'interazione cuore-polmone, riducendo al minimo l'effetto deprimente della ventilazione sulla performance ventricolare destra. Passando agli inotropi, **Gaetano Maria De Ferrari** ha analizzato in maniera critica gli studi disponibili per questa classe di farmaci, incoraggiando una tailored therapy con inotropi e vasopressori

in pazienti con shock cardiogeno. Viene sottolineato come non bisogna considerare solo la MAP (<65 mmHg) ma anche altri parametri di perfusione (output urinario, lattati, bicarbonati, deficit di basi). Proseguendo con il tema dello shock cardiogeno, **Alessandro Navazio** ha aperto il secondo simposio analizzandone eziologia, eterogeneità fenotipica e impatto sulla prognosi. Viene sottolineato come l'integrazione dei diversi fenotipi di shock e la valutazione dei risk modifiers permettano di ottimizzare i processi decisionali sul trattamento terapeutico. Anche **Roberta Rossini** si è focalizzata sullo shock cardiogeno, in particolare sullo shock in corso di sindrome coronarica acuta. Ha sottolineato l'importanza delle reti tempo-dipendenti, con approccio rapido e metodico, per prevenire l'evoluzione del quadro di infarto in shock; un aspetto fondamentale per ridurre la mortalità è quello di applicare il contropulsatore o altri supporti meccanici il più precocemente possibile e non dopo la rivascolarizzazione. Nella relazione successiva, **Paolo Trambaiolo**, ha affrontato il complesso tema dello shock cardiogeno da disfunzione ventricolare destra, indice indipendente di mortalità. La gestione terapeutica deve prendere in considerazione la correzione delle cause reversibili, la valutazione del ventricular-arterial coupling, l'ottimizzazione del precarico (fluidi e diuretici), del post-carico (vasodilatatori polmonari) e della contrattilità miocardica (inotropi, tra cui il levosimendan che, rispetto alla dobutamina, riduce le resistenze



polmonari). A chiudere la sessione, **Serafina Valente** ha presentato una serie di casi clinici sull'uso del supporto meccanico nello shock cardiogeno; i sistemi di assistenza al circolo sono molto utili a mantenere la portata cardiaca e un'adeguata perfusione d'organo ma soprattutto a evitare la degenerazione nello stadio D ed E della scala SCAI. A chiudere la prima giornata di lavori, il terzo simposio ha trattato il

tema "Le UTIC oggi". **Maddalena Lettino**, riprendendo il documento di consenso ACVC/ESC, ha parlato dell'organizzazione delle UTIC, della competenza e del numero dei componenti lo staff, oltre che della suddivisione in livelli dei presidi ospedalieri sulla base sia del numero di utenti afferenti che della complessità delle cure offerte. Proseguendo, **Fabrizio Oliva** ha tenuto un intervento sul ruolo e

sull'organizzazione delle UTIC italiane, ripercorrendo la storia che ha portato alla trasformazione delle Unità di Cure Coronariche in Unità di Cure Intensive Cardiologiche. Il relatore ha voluto sottoporre all'attenzione di tutti la necessità di riconsiderare il numero delle UTIC sul territorio nazionale, ridefinirne gli standard qualitativi, strutturali e tecnologici indispensabili, il ruolo delle UTIC spoke ed i requisiti

delle UTIC tipo C (che dovrebbero essere dotate di emodinamica 24/7 e cardiocirurgia).

Alberto Genovesi Erbert apre il quarto simposio parlando di ventilazione invasiva, spiegando come la decisione di intraprendere una NIV si basi sulla valutazione congiunta del quadro clinico (presenza di distress respiratorio, coscienza e capacità di collaborazione) ed emogasanalitico (pH, P/F, pCO₂). È stata eseguita una disamina dei vari tipi di ventilazione, sottolineando la necessità di assicurarsi che il ventilatore eroghi la pressione di supporto e che il trigger sia efficace. Proseguendo, **Roberta Della Bona** ha parlato di sedo-analgesia, spiegando come la sedazione debba essere lieve-moderata, somministrando preferibilmente propofol (in caso di ventilazione meccanica) o dexmedetomidine. Importante, inoltre, è la precoce mobilitazione del paziente, le relazioni sociali con i familiari e la stimolazione cognitiva con riorientamento spazio-temporale. **Luisa Cacciavillani** ha preso, invece, in esame le tecniche di terapia sostitutiva renale (RRT), chiarendo le indicazioni cliniche, la gestione della terapia anticoagulante e l'importanza della collaborazione con il nefrologo. Viene sottolineata l'importanza del corretto timing per avviare la RRT, che si basa sulla valutazione di indici clinici (come il sovraccarico di volume) e parametri biochimici di squilibrio metabolico. Il simposio è stato chiuso parlando di cure di fine vita con **Alice Sacco**; bisogna identificare il paziente con insufficienza cardiaca avanzata e quadro clinico di terminalità,

conoscere le normative vigenti che ne regolano la gestione (n. 219/2017), e ottimizzare le cure con il supporto del palliativista, dello psicologo, degli infermieri e della famiglia, proponendo un modello di UTIC "aperta".

Ad aprire il quinto simposio è stata la relazione di **Fortunato Scotto di Uccio** che si è soffermato sulla gestione della durata della DAPT ("short" vs "long") nel contesto delle SCA; questa va modulata in base al rischio emorragico/trombotico del singolo paziente, riportando i dati di sicurezza della DAPT di breve durata nell'alto rischio emorragico. **Emanuele Tizzani** ha riportato i dati epidemiologici relativi ai MINOCA, descrivendone diverse eziologie, terapie mirate e prognosi; da sottolineare è l'elevata incidenza nelle donne ed il non trascurabile tasso di mortalità ad un anno (1,15-3,5%).

A seguire, **Gianni Casella** ha presentato i dati della letteratura sul "Door to Balloon" (DTB) e sul "Door to Unload" (DTU) nello STEMI, concludendo che il DTB è l'obiettivo principale; tuttavia, il DTU può essere una strategia interessante per impedire che infarti importanti sviluppino danni miocardici molto estesi. Infine, a chiudere il simposio, **Giovanna Geraci** si è focalizzata sulla stratificazione prognostica precoce e sulla gestione clinica del profilo lipidico e metabolico nel paziente con SCA. Ha, inoltre, sottolineato la necessità di uno stretto controllo dei valori di colesterolemia, di trigliceridi e di glicemia in questa categoria di pazienti.

Il sesto simposio ha continuato a carpire l'attenzione dei convenuti.

L'esposizione di **Giuseppina Maura Francese** sulle aritmie ventricolari e storm aritmico ha focalizzato la problematica chiarendo, *in primis*, le definizioni. In seguito, **Stefania Angela Di Fusco** ha dettagliatamente riportato il recente documento di consenso ANMCO-SIMEU per la gestione appropriata della fibrillazione atriale in pronto soccorso. Infine, la relazione di **Carlotta Sorini Dini** sulla sindrome post-arresto cardiaco ha avuto come *leit motiv* il riconoscimento precoce e il trattamento appropriato delle aritmie cardiache.

I sei simposi sono stati intervallati da flash lectures su: trattamento delle SCA nel paziente oncologico (Irma Bisceglia), uso degli SGLT2i nel paziente acuto (Fabrizio Oliva), fast track per i PCSK9I (Carmine Riccio) e loro impiego nel post SCA (Furio Colivicchi), uso del defibrillatore indossabile (Giancarlo Casolo), acido bempedoico (Furio Colivicchi), rischio residuo e trigliceridi (Stefano Urbinati), obesità (David Mocini), e una controversia sull'impiego dell'IABP (Fortunato Scotto di Uccio e Leonardo De Luca).

La conferenza si è chiusa con i saluti del Presidente ANMCO e della coordinatrice del Club delle UTIC: a loro vanno i ringraziamenti da parte del gruppo giovani ANMCO per l'opportunità di partecipazione e discussione. Svolgere questi incontri nazionali è senza dubbio importante per ottimizzare la complessa gestione delle emergenze, condividere le preziose esperienze dei diversi centri, focalizzando l'attenzione sul paziente critico. Complimenti anche allo staff della segreteria ANMCO per la mirabile organizzazione. ♥

DAL DIRETTIVO

DI FILIPPO ZILIO, STEFANIA ANGELA DI FUSCO
E ALDO MAGGIONI PER L'AREA GIOVANI
E IL PROGETTO NEXT GENERATION ANMCO



**Proposte che nascono dalla collaborazione tra Area Giovani e altre Aree,
e con Consiglio Direttivo e Centro Studi**

Il 54° Congresso Nazionale ANMCO: un evento che guarda ai Giovani Cardiologi!

Sessioni ispirate ai workshop Next Generation, mentoring, simulatori, corsi tematici: tante le iniziative ideate per favorire la crescita professionale, scientifica e personale della nuova generazione di specialisti

È ormai imminente l'avvio del 54° Congresso Nazionale ANMCO: un congresso, quello del 2023, che rappresenta come sempre per tutti i Cardiologi italiani un'immane occasione di aggiornamento, ma che oggi guarda ancora di più ai giovani. Nel solco di un percorso che l'Associazione sta sviluppando in questi anni grazie alla volontà del Presidente ANMCO Prof. Furio Colivicchi di stimolare e facilitare la crescita professionale della Next Generation degli Ospedali italiani, saranno sempre più numerose le iniziative dedicate ai giovani professionisti. In primo luogo è importante ricordare che per tutti gli specializzandi e per i giovani medici (nati dopo il 01/01/1988) l'iscrizione al Congresso è gratuita! Inoltre, i giovani Cardiologi ANMCO sono già coinvolti in diverse iniziative, come la partecipazione

ai convegni nazionali del Club delle UTIC (un breve report della seconda edizione curato proprio da alcuni di loro è in pubblicazione in questo stesso numero di "Cardiologia

Un ampio ventaglio di iniziative sono predisposte in occasione del Congresso Nazionale, per garantire la migliore formazione e crescita professionale per i giovani Cardiologi, nel solco dell'articolato progetto che ANMCO sta loro dedicando

negli Ospedali"), o il percorso dei workshop "Next Generation ANMCO: a network for clinical research" curato dal Centro Studi

ANMCO della Fondazione per il Tuo cuore, di cui si è conclusa in marzo la quarta edizione, molto apprezzata, come le precedenti, dai partecipanti. Focalizzandoci dunque su quanto accadrà a Rimini, proprio a questi workshop si ispireranno 3 sessioni all'interno del Congresso, facilmente identificabili fin dal titolo "Next Generation ANMCO...", e dalla faculty in cui saranno protagonisti i partecipanti al percorso formativo. Le prime due saranno dedicate alle nuove sfide e alle frontiere della diagnostica e della terapia cardiologica, con particolare focus rispettivamente sulla prevenzione cardiovascolare, e sullo scompenso cardiaco e le cardiomiopatie, mentre la terza sarà una tavola rotonda in cui saranno discussi il primo progetto realizzato tra quelli proposti nelle varie edizioni del workshop, assieme ad alcuni progetti

**Per tutti gli specializzandi
e per i giovani medici
(nati dopo il 01/01/1988)
l'iscrizione al Congresso
è gratuita**

che invece sono stati recentemente elaborati e che auspicabilmente si potrebbero concretizzare in futuro. Questa sessione sarà poi impreziosita da letture di respiro più ampio di cui non anticipiamo nulla: venite a scoprirle nel corso dell'incontro che avrà luogo sabato 20 maggio! Un'altra iniziativa curata dal Direttivo in collaborazione con il Centro Studi sarà uno spazio dedicato al mentoring, in cui i giovani interessati potranno avere dei colloqui *vis a vis* con Cardiologi di grande esperienza clinica e scientifica, con differenti background e campi di interesse, per raccogliere suggerimenti e consigli per sviluppare al meglio le proprie inclinazioni e raggiungere gli obiettivi professionali che si prefiggono. Ancora, ci saranno quest'anno al Congresso degli spazi dedicati alla simulazione pratica in cui grazie alle nuove tecnologie si

potranno imparare a gestire anche alcuni degli scenari più temuti da chi si affaccia alla pratica clinica, magari alle prime guardie in autonomia. Già negli anni scorsi era previsto uno spazio per la simulazione clinica, di cui sono disponibili soluzioni sempre più all'avanguardia; questa volta ci sarà anche un passo in più. In alcune situazioni, infatti, seppure magari fortunatamente poco frequenti, la rapidità di decisione e la capacità tecnica sono decisive; aver avuto l'occasione di sperimentare su un manichino o un modello una manovra necessaria rappresenta in questo senso un grande valore aggiunto. Siete curiosi di sapere di cosa stiamo parlando? Seguite le indicazioni sul sito o sull'app del Congresso per scoprire i dettagli! Questo ampio ventaglio di iniziative nasce dalla stretta collaborazione tra diverse Aree (Giovani, Aritmie, CardioImaging...) che contribuiscono ciascuna per le proprie competenze e delle Aree con il Consiglio Direttivo ANMCO e il Centro Studi della Fondazione per il Tuo cuore. Proprio grazie alla collaborazione tra Area Giovani e Area CardioImaging è stato infine

**Siete curiosi di sapere di
cosa stiamo parlando?
Seguite le indicazioni sul
sito o sull'app del congresso
per scoprire i dettagli**

disegnato un mini-corso base di Risonanza Magnetica Cardiaca, in cui in una giornata cercheremo di percorrere gli aspetti essenziali della metodica, dai principi fisici e dalle sequenze di base fino al potere diagnostico nelle diverse patologie cardiache (cardiopatía ischemica, cardiomiopatie, valvulopatie e shunt...). In sintesi, aspettiamo tutti i Cardiologi, ed in particolare i più giovani, a Rimini, dal 18 al 20 maggio, non solo desiderosi di imparare ma anche pronti a diventare protagonisti dell'evento. Nel frattempo, iscrivendosi (gratuitamente e senza incompatibilità con altre Aree) all'Area Giovani ANMCO (semplicemente flaggando l'Area Giovani nella propria area personale nel sito) sarà più semplice restare aggiornati sulle novità e sulle attività proposte!♥





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 Paparoni (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 (Marsala, 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)

La cardiopatia ischemica può essere diagnosticata avvalendosi di diverse metodiche. Tradizionalmente l'ecografia da stress è stata utilizzata nella diagnosi del dolore toracico. Oggi possiamo avvalerci anche della TC coronarica che offre una valutazione morfologica non invasiva di tutto l'albero coronarico.

TC coronarica ed ecostress nel dolore toracico

Il giusto test per il giusto paziente

Quando preferire la TC coronarica e quando l'ecografia da stress nel paziente con dolore toracico

Le malattie cardiovascolari sono responsabili di 1 decesso su 3 nel mondo e la causa più frequente di mortalità cardiovascolare è la malattia coronarica. Il dolore toracico è il secondo motivo più comune per rivolgersi al pronto soccorso (PS) e, a causa dell'elevata prevalenza e della significativa mortalità associata alla malattia coronarica, l'angina e la sindrome coronarica acuta sono spesso le prime ipotesi diagnostiche. Le Linee Guida Europee del 2020 ci dicono che la tomografia computerizzata (TC) coronarica ha un valore predittivo negativo elevato per escludere le sindromi coronariche acute (SCA), e che i pazienti che si presentano al pronto soccorso con probabilità pre-test da bassa a intermedia per SCA e una TC normale hanno una prognosi eccellente. La TC coronarica fornisce informazioni sulla posizione, l'estensione e la tipologia delle placche aterosclerotiche (Figura 1). I test funzionali consentono di

Nel paziente con dolore toracico l'utilizzo alternativo o integrato delle due metodiche fornisce una valutazione di elevata accuratezza diagnostica e prognostica che consente una rapida e sicura dimissione del paziente in Pronto Soccorso

valutare se i sintomi sono correlati alla presenza delle placche e portano alla visualizzazione di aree ischemiche (Figura 2). Queste ultime possono essere evidenziate e valutate con diverse tecniche di imaging, ottenute confrontando le immagini a riposo con quelle ottenute dopo stress fisico (lettoergometro semisupino, cicloergometro seduto, treadmill) o farmacologico (dobutamina, adenosina, dipiridamolo), mediante

ecocardiografia (ES), tomografia computerizzata a emissione di fotoni singoli (SPECT) o con emissione di positroni (PET). Inoltre c'è un recente interesse nell'uso dello stress farmacologico come parte della TC e della risonanza magnetica (MRI), e nella determinazione della riserva di flusso frazionaria (FFR) con TC. La scelta del test dipende da una varietà di fattori:

- 1 - se si tratta di pazienti in valutazione acuta o stabile,
- 2 - quale è la probabilità pre-test di CAD del singolo paziente,
- 3 - l'accuratezza del test,
- 4 - la probabilità che i risultati dei test cambino la gestione clinica del paziente,
- 5 - la disponibilità della metodica e l'esperienza del Centro.

Da qualche tempo c'è un vivo interesse su come snellire l'attesa nel PS per dimettere rapidamente e in sicurezza i pazienti che accedono al PS con dolore toracico. Dal momento che la grande maggioranza di essi

L'angioTC coronarica è una diagnostica affidabile e molto rapida per la valutazione morfologica dell'albero coronarico

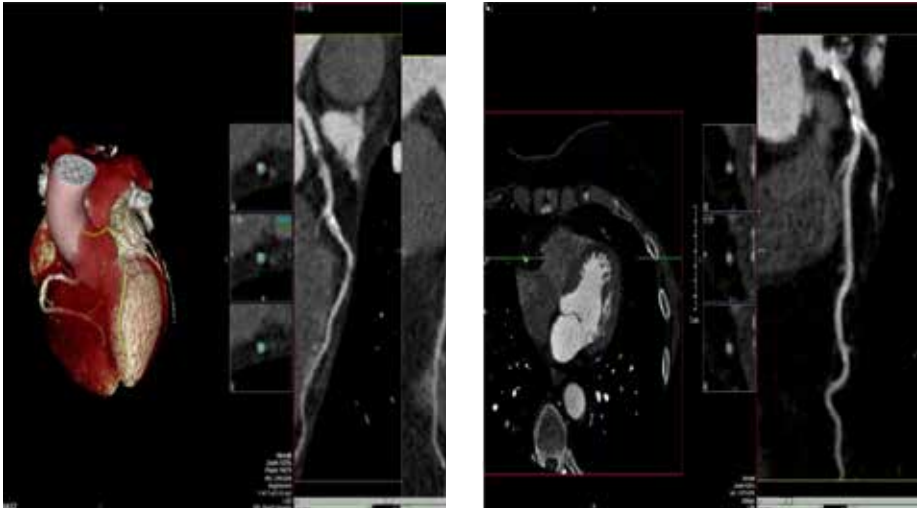


Figura 1 - La TC coronarica fornisce informazioni sulla posizione, l'estensione e la tipologia delle placche aterosclerotiche

non ha patologie che richiedono un trattamento immediato, diventa fondamentale poter eseguire un esame diagnostico rapido, poco costoso e con una buona capacità diagnostica e prognostica. Determinare la modalità ottimale per il triage del dolore toracico è un obiettivo non solo dei medici ospedalieri, ma anche della ricerca sull'efficacia comparativa dei diversi test diagnostici. Diversi trial multicentrici hanno dimostrato che l'angiografia coronarica precoce con TC riduce in modo sicuro la durata della degenza rispetto all'approccio standard con test ematochimici (troponina) e con test funzionali. La TC coronarica ha un netto vantaggio di velocità e di disponibilità oltre che di costi ridotti rispetto ai diversi tipi di stress test. Il suo utilizzo è pertanto considerato appropriato in un percorso di valutazione precoce

per i pazienti con un livello iniziale di troponina normale. Per questi motivi la crescente richiesta di TC coronarica ne sta aumentando rapidamente la diffusione, mentre le richieste di tutte le forme di test funzionali, soprattutto nel setting acuto (PS) stanno diminuendo. Ma l'entusiasmo rispetto a questa nuova promettente metodica si ferma davanti ad altre preoccupazioni relative al suo uso estensivo:

- 1 - l'esposizione alle radiazioni (anche se molto basse),
- 2 - l'aumento dei test non invasivi successivi a causa del rilevamento di stenosi di gravità intermedia,
- 3 - l'elevato numero di TC non diagnostiche per l'inesperienza o l'uso di apparecchiature datate o la presenza di aritmie,
- 4 - l'aumento della richiesta di coronarografia per stenosi considerate

anatomicamente di grado severo, il che può portare a rivascolarizzazioni coronariche di beneficio incerto. C'è poi da considerare l'aumento dell'utilizzo delle risorse cliniche a valle e l'onere inerente ai risultati accidentali. Ciascuno di questi problemi può essere affrontato e spesso risolto dall'uso alternativo e/o integrativo dell'ecocardiografia da stress, metodica di basso costo e di eccellente accuratezza diagnostica e prognostica nel dolore toracico stabilizzato. Se l'obiettivo del test cardiaco non invasivo è selezionare i pazienti che è sicuro dimettere dal PS, la TC cardiaca rappresenta sicuramente un vantaggio. Studi randomizzati hanno mostrato all'unanimità una riduzione della durata della degenza in PS e dei costi con TC coronarica rispetto all'assistenza standard. In contrasto con questo approccio, uno studio randomizzato pubblicato su JACC nel 2018 da Levsky et al, forniva il primo confronto tra TC coronarica e ES in pazienti con dolore toracico che accedevano al PS e mostravano una riduzione statisticamente significativa dell'8% in termini di ospedalizzazione per i pazienti sottoposti a triage con ES rispetto a TC coronarica. In particolare, risultavano ridotti la durata mediana della degenza in pronto soccorso del 13% e la degenza ospedaliera mediana del 41%. L'aumento dell'efficienza del triage con SE era sicuro anche in termini di eventi cardiovascolari avversi maggiori, visite ripetute al PS e ricoveri ripetuti al follow-up a medio termine. Questi dati contrastanti sono molto probabilmente il risultato diretto dell'esecuzione dei vari esami in tempi diversi nell'algoritmo

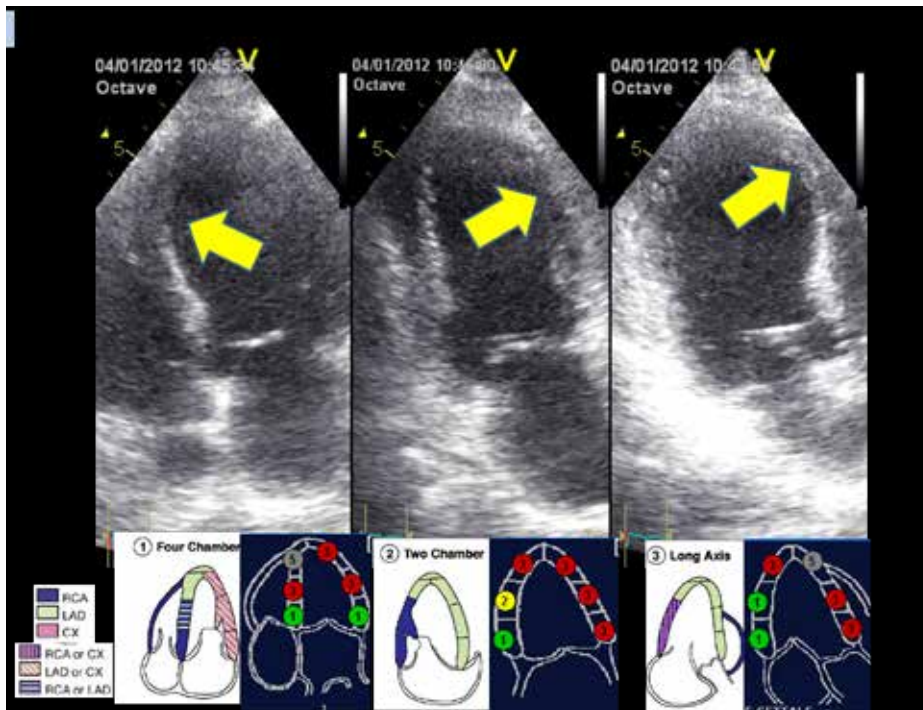


Figura 2 - Lecocardiografia da stress identifica l'ischemia inducibile evidenziando alterazioni della cinetica regionale corrispondente alla distribuzione coronarica

diagnostico. Nella nostra realtà ospedaliera, la gestione diagnostica dipende molto dalla presenza e dalla disponibilità h/24 delle diverse metodiche di imaging e purtroppo anche se i pazienti vengono valutati durante i giorni feriali o festivi, ore diurne o notturne, fattori che possono rendere più disponibile una metodica rispetto alle altre.

Idealmente i pazienti più giovani e con bassa/intermedia probabilità pre-test di coronaropatia sono i candidati ideali per la TC cardiaca, vista l'alto valore predittivo negativo

L'ecostress da sforzo (stress test fisiologico) o farmacologico sopperisce a numerose limitazioni dell'angioTC

della metodica. Lecocardiografia da stress fisico è la metodica di scelta nei pazienti con normale capacità di esercizio e probabilità pre-test intermedia e nei pazienti con coronaropatia già nota, per una valutazione con stressor fisiologico di stenosi di grado intermedio. I test farmacologici vanno impiegati nei pazienti con ridotta capacità di esercizio o impossibilitati a svolgerlo (ad esempio per problematiche ortopediche). Le metodiche di imaging mediante radionuclidi o con MRI andrebbero riservate ai pazienti con finestre acustiche non idonee all'ES (limitazione non frequente con ecografi di alta fascia e operatori esperti), in cui la sensibilità dell'esame risulterebbe ridotta. Lo stress mediante TC potrebbe avere un ruolo nei casi di valutazione di placche

Lo studio anatomico e funzionale delle lesioni coronariche è possibile con l'utilizzo di metodiche non invasive e poco costose

di entità moderata alla TC basale. Gli stressor maggiormente utilizzati nella pratica clinica sono lo sforzo fisico (meglio se su letto-ergometro regolabile), e lo stress farmacologico (principalmente dipiridamolo e dobutamina, a seconda del paziente e dell'esperienza del Centro. Le importanti informazioni fornite dall'ecostress sono ancor più preziose con l'utilizzo dello sforzo fisico (stress fisiologico) di basso costo, che non richiede accessi venosi né farmaci, è privo di fastidiosi effetti collaterali (aspetti che lo fanno preferire ai pazienti e agli operatori) e consente di valutare fisiologicamente i sintomi, la capacità di esercizio (fattore prognostico indipendente) e l'efficacia della terapia anti-ischemica, oltre che la valutazione dinamica di eventuali valvulopatie.

In conclusione

Lo studio anatomico e funzionale delle lesioni coronariche è possibile con l'utilizzo di metodiche non invasive e poco costose. Nel paziente con dolore toracico stabilizzato l'utilizzo alternativo o integrato di queste due metodiche fornisce una valutazione di elevata accuratezza diagnostica e prognostica che assicura inoltre indubbi vantaggi organizzativi, tra cui una rapida e sicura dimissione del paziente in Pronto Soccorso e una migliore selezione dei pazienti che necessitano di coronarografia e di rivascolarizzazione coronarica. ♥

DI MAURIZIO GIUSEPPE ABRIGNANI, ANTONIO FRANCESCO AMICO, GIAN FRANCESCO MUREDDU, ROBERTO CERAVOLO, STEFANIA ANGELA DI FUSCO, PIER LUIGI TEMPORELLI, A NOME DELLE AREE CRONICITÀ CARDIOLOGICA, PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE ED EPIDEMIOLOGIA CLINICA

Un esempio di collaborazione tra le Aree ANMCO

Il Progetto Cuore & Arterie

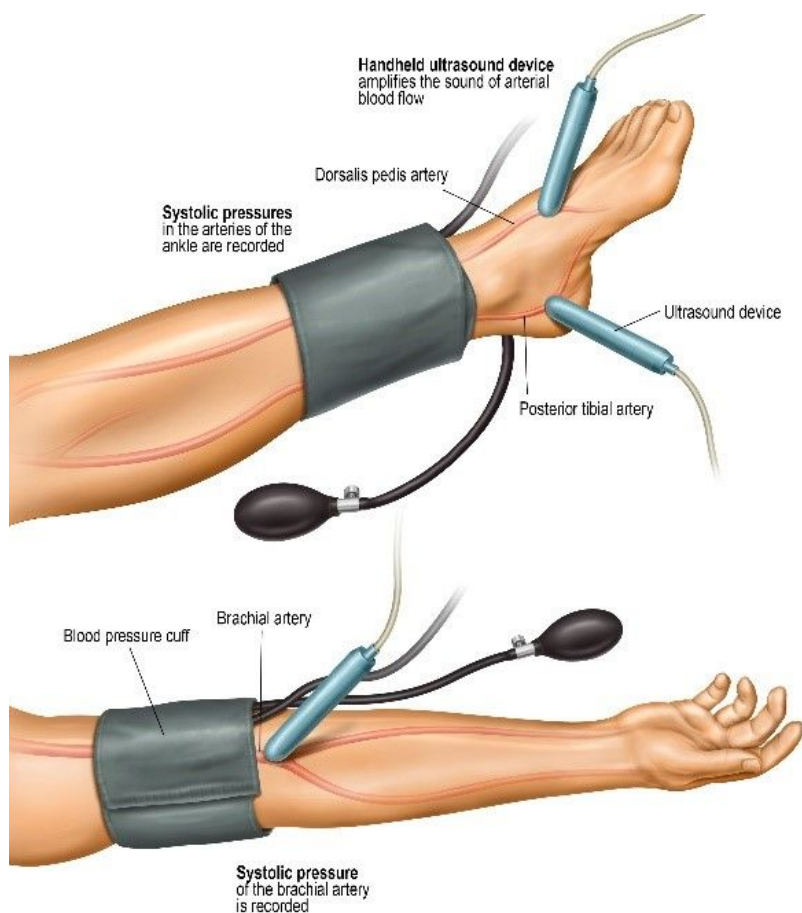
Si stima che più di 230 milioni di individui al mondo siano affetti da una arteriopatia periferica degli arti inferiori. Tradizionali fattori di rischio cardiovascolare, in particolare età avanzata, fumo e diabete, sono fortemente legati ad un aumentato rischio di questa patologia. Tuttavia, la sua importanza clinica è stata storicamente sottostimata rispetto alla malattia coronarica e all'ictus, nonostante sia il suo importante peso a livello economico e sociale (in termini di invalidità e qualità della vita), sia perché può aumentare il rischio di eventi come infarto, ictus e morte cardiovascolare, con una entità simile o perfino maggiore rispetto alla malattia coronarica o all'ictus. I pazienti con una nota arteriopatia periferica hanno, infatti, un incremento da 4 a 6 volte del rischio di cardiopatia ischemica sintomatica, mentre quelli con forme severe e sintomatiche hanno un rischio 15 volte maggiore di morte cardiovascolare. Per tali motivi,

La presenza di una arteriopatia periferica è stata proposta tra le condizioni di rischio cardiovascolare estremo

la presenza di una arteriopatia periferica è stata proposta tra le condizioni di rischio cardiovascolare estremo. Bisogna, inoltre, tenere conto che l'aterosclerosi è una patologia generalizzata, che può esprimersi in diversi distretti vascolari. La presenza di una manifestazione clinica o di imaging di aterosclerosi è associata a una maggiore probabilità di riscontrare la stessa patologia in altre parti dell'organismo. I dati del registro REACH dimostrano che il 18-35% dei pazienti con coronaropatia e il 46-68% dei pazienti con arteriopatia periferica hanno una manifestazione di aterosclerosi in uno o più altri distretti. La malattia polivascolare,

cioè una aterosclerosi clinicamente evidente in più letti vascolari, è sempre più identificata come una condizione cardiovascolare maligna degna di una particolare attenzione da parte dei clinici. Tra i pazienti con coronaropatia, quelli con arteriopatia periferica hanno una maggiore vulnerabilità agli eventi cardiovascolari e un rischio di morte maggiore dell'80%. Tuttavia, più del 50% dei pazienti con arteriopatia periferica non sono consapevoli della loro patologia a causa di sintomi atipici, vaghi o aspecifici. In un gruppo di anziani sottoposti a coronarografia, ad esempio, solo l'1% riferiva una nota arteriopatia periferica, ma il 45% aveva un indice caviglia/braccio (ankle-brachial index - ABI), cioè il rapporto tra la pressione sistolica misurata alla caviglia e quella misurata sull'arteria brachiale ABI, anormale. Questo indice è molto utile nella diagnosi non invasiva della arteriopatia periferica, ma purtroppo poco usato. Un livello di ABI anormale, < 90, è usato come cut-off per la diagnosi di arteriopatia periferica, indipendentemente dai sintomi e da altri eventi cardiovascolari, ed è associato con una maggiore prevalenza di fattori di rischio cardiovascolare e di arteriopatia in altri distretti, per cui considerato un marker surrogato di aterosclerosi sistemica. Un basso ABI è associato





anche con una maggiore incidenza di infarto miocardico, ictus, TIA, insufficienza renale e mortalità da tutte le cause. L'ABI è un marker prognostico indipendente di stratificazione del rischio anche nei pazienti con coronaropatia. Anche dal punto di vista terapeutico l'identificazione di questi pazienti risulta utile. Lo studio COMPASS ha recentemente dimostrato che l'aggiunta di rivaroxaban 2.5 mg BID ad ASA riduce in modo significativo gli eventi cardiaci maggiori e le amputazioni nei pazienti con arteriopatia periferica. Implementare i dati del COMPASS, in aggiunta agli altri interventi di riduzione del rischio cardiovascolare, avrebbe un

impatto sostanziale nei pazienti con aterosclerosi polivascolare. Questi dati suggeriscono che uno screening di routine dell'ABI potrebbe avere un importante significato prognostico nei pazienti con coronaropatia a prescindere dalla loro sintomatologia, e dovrebbe essere implementato in tutti i pazienti, anche allo scopo di instaurare migliori trattamenti volti a ridurre il loro rischio cardiovascolare. Tuttavia, non è ancora ben noto quante siano le conoscenze dei Cardiologi su questo tema, se uno screening con ABI o altre metodiche venga in effetti attuato nei pazienti ricoverati per coronaropatia e quali trattamenti farmacologici vengano instaurati.

Più del 50% dei pazienti con arteriopatia periferica non sono consapevoli della loro patologia a causa di sintomi atipici, vaghi o aspecifici

Il Progetto

Per tali motivi, le Aree Cronicità Cardiologica, Epidemiologia Clinica e Prevenzione Cardiovascolare intendono proporre il Progetto Cuore & Arterie, un pacchetto di iniziative in tema di ricerca dell'aterosclerosi pluridistrettuale nei coronaropatici, che si baserà inizialmente su quattro distinti progetti:

- 1) Una Survey web-based per rilevare se i Cardiologi ricercano o meno l'aterosclerosi pluridistrettuale (studio dei polsi, esame obiettivo, ABI, doppler arterioso). Il questionario è stato già elaborato e consegnato al Direttivo; a breve dovrebbe essere portato all'attenzione dei soci.
- 2) Un'analisi da condurre sulle SDO per valutare la prevalenza di aterosclerosi pluridistrettuale nei dimessi per sindrome coronarica; è verosimile che il dato sia poco rilevante, ma la differenza osservata rispetto ai dati epidemiologici sarà comunque un dato molto interessante su cui riflettere.
- 3) Un'analisi dei dati degli studi ANMCO più recenti per valutare la prevalenza dell'arteriopatia periferica nei pazienti con SCA.
- 4) Una Review sui trial sulla prevalenza di aterosclerosi pluridistrettuale nella cardiopatia ischemica.

I risultati di queste iniziative



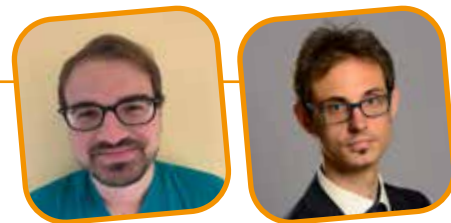
contribuiranno a fornire un quadro complessivo su questo argomento e su essi si potranno programmare:

- 1) eventi formativi, volti in particolare alla diffusione delle conoscenze sul tema e alla implementazione delle metodiche di screening;
- 2) uno Studio clinico Osservazionale implementativo su ABI e altre metodiche diagnostiche per identificare una arteriopatia periferica nei pazienti con coronaropatia.

Si tratta indubbiamente di un progetto ambizioso e che non potrà esaurirsi in breve tempo, ma il tema merita particolare attenzione e la collaborazione tra diverse Aree, oltre a rappresentare un valore aggiunto di per sé, consentirà di mettere insieme know-how ed energie da dedicare alla sua realizzazione. ♥

Per approfondire

- Aday AW, Matsushita K. Epidemiology of Peripheral Artery Disease and Polyvascular Disease. *Circ Res* 2021;128(12):1818-1832
- Agnelli G, Belch JJF, Baumgartner I, Giovass P, Hoffmann U. Morbidity and mortality associated with atherosclerotic peripheral artery disease: A systematic review. *Atherosclerosis* 2020;293:94-100
- Akahori H, Masuyama T, Imanaka T, et al. Impact of peripheral artery disease on prognosis after myocardial infarction: The J-MINUET study. *J Cardiol* 2020;76:402-406
- Bauersachs R, Zeymer U, Brière JB, Marre C, Bowrin K, Huelsebeck M. Burden of Coronary Artery Disease and Peripheral Artery Disease: A Literature Review. *Cardiovasc Ther* 2019, Article ID 8295054, 9 pages <https://doi.org/10.1155/2019/8295054>
- Berkovitch A, Iakobishvili Z, Fuchs S, et al. Peripheral artery disease, abnormal ankle-brachial index, and prognosis in patients with acute coronary syndrome. *Front. Cardiovasc. Med.* 2022 9:902615. doi: 10.3389/fcvm.2022.902615
- de Andrade Falcão FJ, Rodrigues Alves CM, Caixeta A, et al. Relation between the ankle-brachial index and the complexity of coronary artery disease in older patients. *Clin Interv Aging* 2013;8:1611-16
- De Luca L, Di Pasquale G, Gonzini L, et al. Trends in management and outcome of patients with non-ST elevation acute coronary syndromes and peripheral arterial disease. *Eur J Int Med* 2019;59:70-76.
- Dyrbus K, Gasior M, Penson PE, Banach M. Extreme cardiovascular risk—do we need a new risk category? *Eur Heart J* 2022;43:1784-1786
- Grenon SM, Vittinghoff E, Owens CD, Conte MS, Whooley M, Cohen BE. Peripheral artery disease and risk of cardiovascular events in patients with coronary artery disease: Insights from the Heart and Soul Study. *Vasc Med* 2013;18(4):176-184.
- Gutierrez JA, Mulder H, Jones WS, et al. Polyvascular Disease and Risk of Major Adverse Cardiovascular Events in Peripheral Artery Disease. A Secondary Analysis of the EUCLID Trial. *JAMA Network Open* 2018;1(7):e185239. doi:10.1001/jamanetworkopen.2018.5239
- Kim EK, Song PS, Yang, JH, et al. Peripheral Artery Disease in Korean Patients Undergoing Percutaneous Coronary Intervention: Prevalence and Association with Coronary Artery Disease Severity. *J Korean Med Sci* 2013; 28: 87-92
- Kumar A, Bano S, Bhargri U. Peripheral Artery Disease as a Predictor of Coronary Artery Disease in Patients Undergoing Coronary Angiography. *Cureus* 2021 13(5): e15094. DOI 10.7759/cureus.15094
- Lee JY, Lee SW, Lee WS, et al. Prevalence and Clinical Implications of Newly Revealed, Asymptomatic Abnormal Ankle-Brachial Index in Patients With Significant Coronary Artery Disease. *JACC Cardiovasc Int* 2013;6(12):1303-1313
- McClure GR, Kaplovitch E, Narula S, Bhagirath VC, Anand SS. Rivaroxaban and Aspirin in Peripheral Vascular Disease: a Review of Implementation Strategies and Management of Common Clinical Scenarios. *Curr Cardiol Rep* 2019 21: 115 <https://doi.org/10.1007/s11886-019-1198-5>
- Perl L, Bental T, Vaknin-Assa H, et al. Independent Impact of Peripheral Artery Disease on Percutaneous Coronary Intervention. *J Am Heart Assoc.* 2020;0:e017655. DOI: 10.1161/JAHA.120.017655
- Poredos P, Blinc A, Novo S, Antignani PL. How to manage patients with polyvascular atherosclerotic disease. Position paper of the International Union of Angiology. *Int Angiol* 2021;40(1):29-41
- Stalling P, Engelbertz C, Lüders F, et al. Unmet medical needs in intermittent claudication with diabetes and coronary artery disease—A “real-world” analysis on 21197 PAD patients. *Clin Cardiol* 2019;42:629-636



Un recente articolo italiano sull'European Heart Journal
approfondisce un tema cruciale in Cardiologia dello Sport

L'importanza dello screening cardiovascolare ripetuto nei giovani agonisti: un importante messaggio dal programma italiano di screening medico-sportivo negli atleti

Rilevante il confronto con un precedente studio inglese basato sullo screening "once in lifetime"

Vigor Bovolenta, Davide Astori, Christian Eriksen, sono solo alcuni dei nomi più citati, di atleti agonisti (in questo caso professionisti) associati ad arresto cardiaco e successivo riscontro di malattia cardiaca collegata con l'evento. Appare chiaro che se tali eventi sono risultati difficili da prevenire a livello di atleti sportivi professionisti, il mondo dell'agonismo non professionistico risulta essere a rischio di presentare numeri rilevanti. E infatti è così: in Italia, sulla base dei dati della Regione Veneto, prima dell'applicazione sistematica dello screening medico-sportivo annuale

Uno studio italiano suggerisce come l'attuale sistema di visite ripetute in ambito Medico-Sportivo sia efficace ed efficiente per garantire protezione ai nostri giovani atleti agonisti dalla morte cardiaca improvvisa

imposto dal Decreto del Ministro della Sanità del 18 febbraio 1982 e nei 10 anni successivi a tale data (tempo necessario per l'applicazione in maniera capillare e rigorosa), la mortalità per morte cardiaca improvvisa era di 3.6 per 100.000 atleti/anno. A partire dall'utilizzo estensivo della visita medico sportiva, tale dato è passato a 0.4 per 100.000 atleti/anno: una riduzione della mortalità relativa di circa il 90%. Il fatto che si stia parlando di soggetti per la maggior parte giovani e in completa salute candidati ad effettuare gare competitive, rende il tutto ancora più rilevante. Concentrandosi sui giovani, nel 2018

Malhotra e colleghi pubblicarono sulla prestigiosa rivista *The New England Journal of Medicine* un lavoro in cui vennero sottoposti a screening dal punto di vista medico-sportivo, con singola visita medica (che consisteva in esame obiettivo, questionario sullo stato di salute, ECG ed ecocardiogramma), 11.168

L'attuale sistema di screening italiano appare efficace ed efficiente per garantire protezione ai nostri giovani atleti agonisti dalla morte cardiaca improvvisa

adolescenti agonisti (calciatori a livello delle giovanili dei club inglesi) seguiti con un follow-up di 10.8 ± 8.3 anni [1]. Da tale indagine emerse come lo 0.38% degli atleti (42 soggetti) sottoposti a screening fosse identificato come a rischio di sviluppare morte cardiaca improvvisa (la maggior parte affetti da Wolff-Parkinson-White, WPW, con caratteristiche elettrofisiologiche non benigne, una minoranza affetti da cardiomiopatie). Considerato che al follow-up morirono 8 atleti per morte cardiaca improvvisa, di cui 6 con cardiomiopatia non diagnosticata dai test di screening, gli autori conclusero che il programma di screening adolescenziale “once in lifetime” non fosse adeguato per individuare correttamente i soggetti affetti da cardiomiopatia in grado di presentare una morte cardiaca

improvvisa. Sul primo numero di quest'anno dell'*European Heart Journal* il gruppo del Dott. Sarto, Direttore della Struttura Complessa di Medicina dello Sport di Treviso, e il gruppo dei Prof. Zorzi e Corrado della Cardiologia Universitaria di Padova hanno pubblicato un articolo in cui hanno mostrato la casistica di screening medico-sportivo (esame obiettivo, questionario sullo stato di salute, ECG e prova da sforzo) annuale di atleti (tutti gli sport) in età adolescenziale (<18 anni) seguiti dal 2009 al 2019 [2]. Lo studio ha arruolato 22.324 atleti (il doppio dello studio inglese) con età compresa tra i 7 e i 18 anni, seguiti per un follow-up di 7.5 ± 3.7 anni, per un totale di 2.9 visite a soggetto (evidentemente molti soggetti hanno poi smesso di effettuare sport agonistico durante il periodo di tempo considerato). I risultati ottenuti, in termini di individuazione di soggetti a rischio di sviluppare morte cardiaca improvvisa, sono stati sovrapponibili rispetto allo studio inglese, con 69 soggetti identificati (0.3% del totale). Un dato interessante è che solo 25 (36%) dei 69 soggetti con rischio di morte cardiaca improvvisa, sono stati identificati alla prima visita di screening, e che il restante 64% (44 soggetti) è stato individuato attraverso visite successive. I dati sulla mortalità sono stati di nessun deceduto tra i 69 soggetti individuati a rischio di sviluppare morte cardiaca improvvisa, e un soggetto colpito da arresto cardiaco durante sforzo (rianimato con successo) tra i soggetti ritenuti idonei alla pratica sportiva agonistica. Vi è un'importante discrepanza tra i dati dei due studi,

in quanto sebbene la percentuale di soggetti individuati come a rischio di sviluppare morte cardiaca improvvisa sia stata simile (0.38% nello studio inglese, 0.30% nello studio italiano), ci sono importanti differenze nella conduzione dello screening e nella popolazione studiata. Nello studio inglese infatti l'assenza del test da sforzo non ha consentito di individuare pazienti con cicatrice miocardica associata ad aritmie, individuate nello studio italiano nell'83% dei casi (15 soggetti) grazie alla prova da sforzo; inoltre, la diagnosi di cardiomiopatia ipertrofica nello studio italiano è stata perfezionata per il 62.5% dei pazienti (5 su 8) in visite successive alla prima. Da sottolineare inoltre che nello studio inglese la diagnosi

A partire dall'utilizzo estensivo della visita medico sportiva il dato di morte cardiaca improvvisa è passato a 0.4 per 100.000 atleti/anno: una riduzione della mortalità relativa di circa il 90%

di WPW considerata a rischio non era basata esclusivamente sulle caratteristiche dello studio elettrofisiologico, con conseguente probabile sovrastima dei soggetti a rischio. Inoltre, il differente livello di intensità di allenamento effettuato dai soggetti (nello studio inglese, essendo atleti “d'élite”, effettuavano

sicuramente un numero di ore di allenamento superiore rispetto al centro italiano, con conseguente impatto su sviluppo e andamento clinico della patologia), la differente prevalenza di malattie legata a fattori genetici ed etnici delle 2 popolazioni in studio e infine anche la differente tipologia di sport effettuata dagli

anche l'elettrocardiogramma ai bambini a partire dai 6 anni di età come "screening non agonistico", questo aspetto abbia portato ad una diagnosi precoce dei soggetti affetti da WPW e che quindi essi non siano presenti tra i soggetti dello studio italiano ritenuti come a rischio di morte cardiaca

Lo screening Medico-Sportivo degli atleti è volto a prevenire la possibilità di insorgenza di morte cardiaca improvvisa durante la performance agonistica. Non è chiaro se le visite ripetute, come adottate per legge nel nostro attuale sistema di screening, possa fornire un valore aggiunto: uno studio italiano ne suggerisce l'efficacia

atleti (calcio *vs* tutti gli sport) sono fattori confondenti che possono aver giocato un ruolo determinante per il risultato ottenuto. Da sottolineare tuttavia il fatto che gli stessi autori inglesi hanno evidenziato come il dato sulla morte improvvisa dei giocatori fosse stato segnalato dalla squadra sportiva stessa (non da un registro nazionale) e che non fosse disponibile il dato di morte cardiaca improvvisa abortita (soggetti con arresto cardiaco con rianimazione efficace). Tali limiti possono aver portato ad una sottostima sia della reale incidenza della morte cardiaca improvvisa, sia della diagnosi di patologie associate alla morte cardiaca improvvisa stessa nella coorte di pazienti dello studio inglese. D'altra parte è possibile che, dato che in Italia viene eseguito

improvvisa. In conclusione, i dati dello studio italiano confermano l'importanza e l'impatto della medicina dello sport nel ridurre gli eventi di morte cardiaca improvvisa tra i giovani sportivi agonisti. Il risultato netto di una sola morte cardiaca abortita versus 6 soggetti deceduti improvvisamente (senza disponibilità del dato sulle morti cardiache abortite), considerando che la popolazione in studio italiana era doppia rispetto alla popolazione inglese e che l'analisi costo-efficacia riportata nello studio è risultata in linea con quella inglese, suggerisce come l'attuale sistema di screening italiano sia efficace ed efficiente per garantire protezione ai nostri giovani atleti agonisti dalla morte cardiaca improvvisa.♥



Foto di Cottonbro Studio - www.pexels.com

Bibliografia

1. Malhotra A, Dhutia H, Finocchiaro G, Gati S, Beasley I, Clift P, Cowie C, Kenny A, Mayet J, Oxborough D, Patel K, Pieles G, Rakhit D, Ramsdale D, Shapiro L, Somauroo J, Stuart G, Varnava A, Walsh J, Yousef Z, Tome M, Papadakis M, Sharma S. Outcomes of Cardiac Screening in Adolescent Soccer Players. *N Engl J Med.* 2018 Aug 9;379(6):524-534. doi: 10.1056/NEJMoa1714719. PMID: 30089062.
2. Sarto P, Zorzi A, Merlo L, Vessella T, Pegoraro C, Giorgiano F, Graziano F, Basso C, Drezner JA, Corrado D. Value of screening for the risk of sudden cardiac death in young competitive athletes. *Eur Heart J.* 2023 Mar 21;44(12):1084-1092. doi: 10.1093/eurheartj/ehad017. PMID: 36760222; PMCID: PMC10027466.



Un team multidisciplinare, attivabile in tutti gli ospedali dotati di emodinamica, potrebbe affrontare anche in Italia come in altre nazioni del mondo, mediante piattaforme dedicate, la diagnosi e corretta cura dei pazienti con embolia polmonare a rischio intermedio-alto ed alto

Pulmonary Embolism Response Team (P.E.R.T.) ovvero l'Heart Team del cuore destro per la cura dell'embolia polmonare: come implementarlo nella realtà italiana

Il "Pulmonary Embolism Response Team" mette insieme tempestivamente svariate competenze cliniche (cardiologo clinico ed interventista o radiologo interventista, radiologo, chirurgo vascolare, anestesista, medico del pronto soccorso, cardiocirurgo) al fine di fare diagnosi ed una precoce valutazione per garantire il migliore trattamento precoce ed outcome nei pazienti con embolia polmonare a rischio alto, intermedio alto

Il tromboembolismo venoso (TEV), inteso come embolia polmonare (EP) e/o trombosi venosa profonda (TVP), è la malattia cardiovascolare più frequente per mortalità dopo l'infarto miocardico e lo stroke. Ed in una società che invecchia le malattie a genesi tromboembolica non solo arteriosa ma anche venosa sono e saranno sempre più al centro dell'attenzione. Gli scenari clinici dell'EP sono

estremamente vari, complessi e talora inquietanti. L'istituzione di un "Pulmonary Embolism Response Team" (PERT), ovvero un consenso multidisciplinare di esperti di EP che si riunisce ed agisce in tempo reale è auspicabile. Condivide diagnosi, trattamento medico, interventistico e chirurgico al fine di identificare la strategia migliore da istituire nel più breve tempo in relazione alla categoria di rischio del paziente. Il

primo PERT è stato istituito nel 2012 presso l'Ospedale di Massachusetts (Figura 1), di lì ha pian piano coinvolto sempre più Ospedali fino a giungere ad un numero di circa 30 tra Boston e Massachusetts creando un PERT "consortium" dedicato (www.pertconsortium.org) che attualmente si occupa anche di formazione e ricerca ad ampio raggio sulla tematica. Nell'EP ad alto rischio è l'anticoagulazione

precoce e la trombolisi a dose piena, la terapia di scelta in prima istanza, ma sappiamo bene che quest'ultima è controindicata nel 50% dei pazienti. L'emorragia intracranica è la più temibile complicanza emorragica nei pazienti anziani, con trauma e/o neoplasia, come la maggior parte dei pazienti con EP, oltre che alle emorragie gastrointestinali ed addominali spontanee. Si sono affacciate nell'ultimo decennio, tecniche interventistiche percutanee transcateretere (Figura 2), di frantumazione e aspirazione diretta del trombo o di trombolisi sistemica locoregionale (CDT), anche adiuvata da ultrasuoni per trombi più inveterati (USAT), utilizzando dosi ridotte di trombolitico e per tempi sempre più brevi (in attesa dei risultati del PEITHO-3 per la validazione di dosi ridotte di rTPA, nei pazienti a rischio intermedio-alto), utili nei pazienti con profili di rischio emorragico a vario titolo più

Da iniziali dati provenienti dagli ospedali che l'hanno adottato, l'approccio "PERT" migliora la sopravvivenza, riduce le complicazioni a lungo termine ed accorcia la degenza soprattutto dei pazienti con embolia a rischio intermedio-alto, grazie all'utilizzo della trombectomia percutanea

complessi, ed una alternativa alla temibile trombectomia chirurgica, con il suo noto carico di complicanze. È riportato che il 5-10% dei pazienti con EP a rischio intermedio non risponda efficacemente alla terapia anticoagulante e che talora peggiorino repentinamente, potendo andare incontro a morte,

e la mortalità in caso di embolia polmonare non diagnosticata nella prima ora è anch'essa del 10%. Il PERT interpellato può esprimersi per una "escalation" della terapia in atto, offrendo soluzioni di assistenza intensiva al paziente critico (fino all'ECMO) e mettendo in atto una delle tecniche di riperfusione alternativa in dotazione al centro. Nell'esperienza americana, l'istituzione del PERT ha comportato nel tempo la riduzione nell'utilizzo di trombolisi con rTPA a dose piena ed un incremento significativo (oltre il 10%) dell'utilizzo della trombolisi locoregionale con dosi ridotte di rTPA (Figura 3), oltre che ad una mortalità per embolia polmonare del 25%, meno della metà della media nazionale. Nelle Cardiologie Italiane la realtà della diagnosi e cura dell'embolia polmonare è a macchia di leopardo: poche emodinamiche sono in grado di gestire in autonomia la trombectomia percutanea, mentre in molti centri (anche ad alto volume) essa è appannaggio delle radiologie interventistiche ed il Cardiologo assume un ruolo di secondo piano. L'utilizzo dell'esperienza creata in questi anni dalla rete per la cura delle sindromi coronariche potrebbe essere una via da perseguire per l'istituzione di percorsi dedicati anche per il circolo polmonare. In alcuni degli ospedali ove è attivo il PERT, è stato istituito un numero di telefono dedicato (cicalino) disponibile 24 ore su 24, attivabile da tutti i reparti in caso di diagnosi di embolia polmonare a rischio alto ed intermedio-alto: il "fellow" PERT di turno visiona la documentazione via server (anamnesi, rischio emorragico, ECG, ecocardiogramma, angioTC),

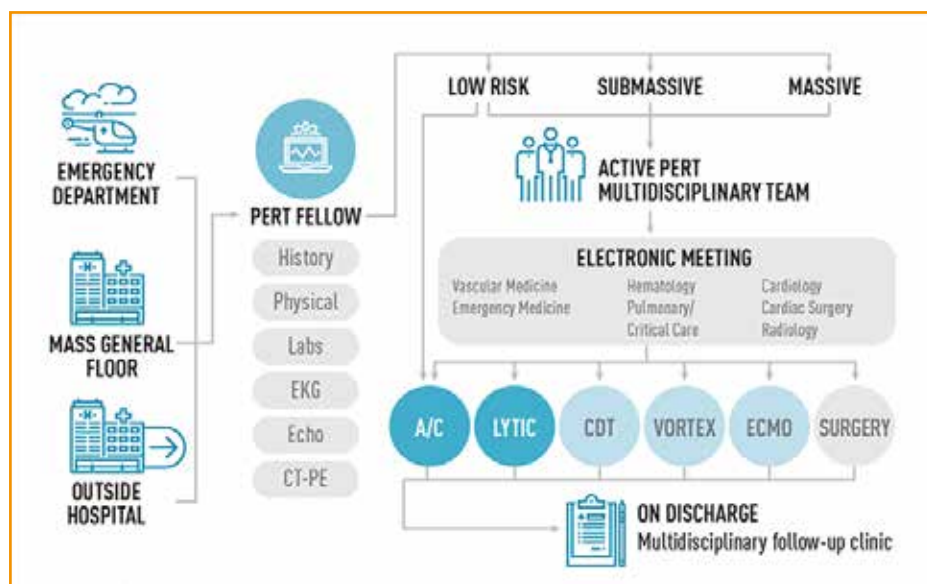


Figura 1 - L'organizzazione del PERT di Massachusetts, il primo ospedale americano a dotarsene nel 2012

fa diagnosi di embolia a rischio alto ed intermedio alto, e convoca il team multidisciplinare per definire rapidamente la strategia terapeutica e metterla in pratica: terapia anticoagulante semplice, terapia trombolitica a dose ridotta o piena, o trombectomia percutanea con o senza trombolitico, o assistenza di circolo (ECMO) per eventuale trombectomia chirurgica, seppur ormai quasi aneddotica. In Italia vi è sicuramente un problema di standardizzazione delle metodiche di trombectomia percutanea (ancora poco usate e con grande eterogeneità, come mostrato dal registro PETER), ma anche delle figure eventualmente da coinvolgere nel team. Una proposta di applicazione nei nostri Ospedali (Figura 3) potrebbe essere di coinvolgere un Cardiologo esperto in malattie del circolo polmonare e/o di terapia intensiva cardiologica, che può proporsi vista l'expertise come coordinatore del gruppo, un Cardiologo emodinamista o un radiologo interventista (a seconda delle esperienze locali) a patto di avere on board almeno uno dei

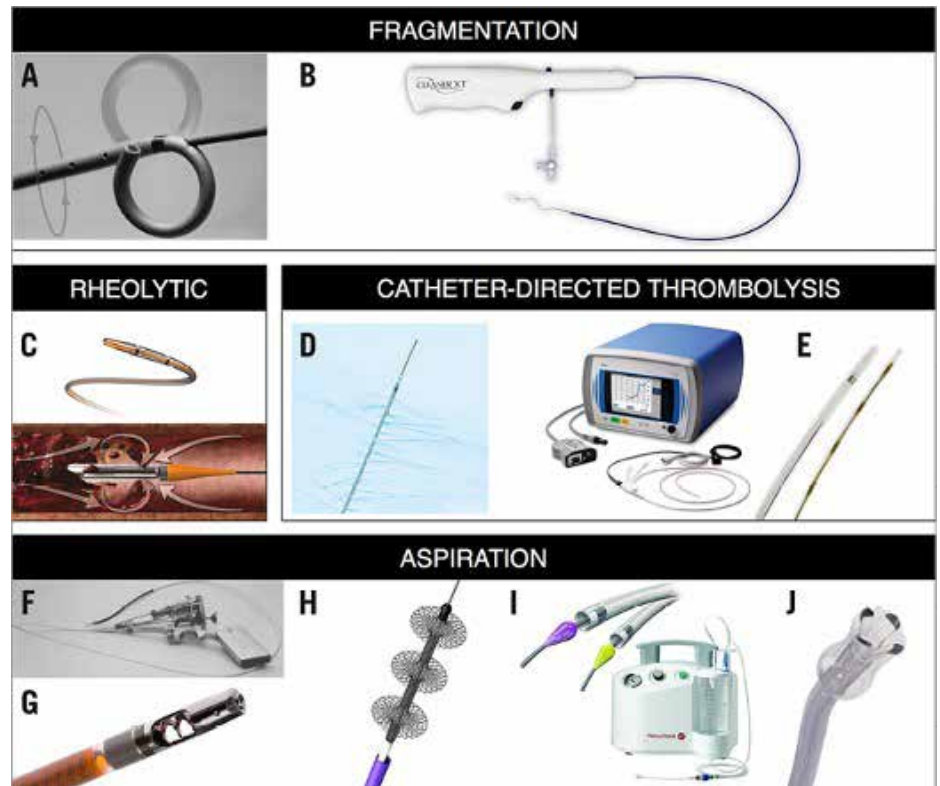


Figura 2 - Implementazione dell'uso di metodiche di trombectomia percutanea con l'adozione del PERT (da Rosovsky R et al, Journal of Thrombosis and Hemostasis 2018)

device di trombectomia percutanea, un radiologo, il medico di pronto soccorso, un medico internista o angiologo, un chirurgo vascolare in

caso di elevato rischio emorragico, ed eventualmente un anestesista in caso di necessità di assistenza ventilatoria o supporto meccanico

Il tromboembolismo venoso (TEV), comprendente l'embolia polmonare (EP) e/o la trombosi venosa profonda (TVP), è la terza malattia cardiovascolare più frequente dopo infarto miocardico e stroke, e può esordire (se ad alto rischio) con sincope o arresto cardiocircolatorio ed elevata mortalità. Gli scenari di malattia sono spesso vari, complessi, talora inquietanti e richiedono spesso risposte rapide ed incisive. Un TEAM di esperti multidisciplinare ("Pulmonary Embolism Response Team" o PERT) è auspicabile per eseguire con tempestività ed accuratezza la diagnosi con le competenze cliniche possibili, ma in Italia tale strategia fatica a decollare a differenza dell'America, dove si è istituito un vero "PERT consortium" (<https://pertconsortium.org>) che raggruppa numerosi ospedali americani della zona di Boston e Massachusetts

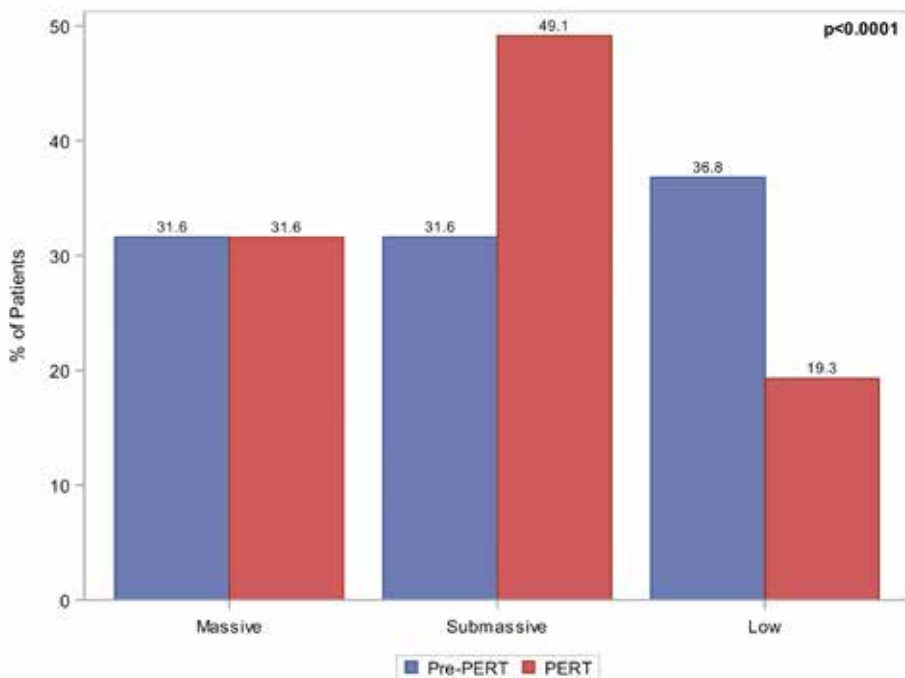


Figura 3 - Le diverse metodiche di trombectomia percutanea disponibili. A: cateteri pigtail rotazionale, B Sistema di frammentazione; C Sistema di frammentazioneed aspirazione; D Sistema di trombolisi locale con catetere; E: Trombolisi catetere diretta con ultrasuoni, F-G Sistemi di aspirazione con catetere classico; H Sistema di suzione con catetere a dischi di nitinolo, I-J Cateteri di aspirazione meccanica con pompa di suzione

al circolo (ECMO in vista di trombectomia percutanea). Ogni ospedale dovrebbe dotarsi del suo team, con l'avallo di un percorso diagnostico terapeutico aziendale, e del suo "cicalino" dedicato (come nelle realtà americane), ed

Il PERT condivide la più ampia scelta terapeutica disponibile, dalla condivisa anticoagulazione e/o trombolisi sistemica fino alla trombolisi transcatetere locoregionale, adjuvata da ultrasuoni o con cateteri per la tromboaspirazione, fino ad un supporto con ECMO in caso di shock cardiogeno da disfunzione destra acuta che porti alla trombectomia chirurgica

eventualmente avere già dei contatti con ospedali di 2° e 3° livello se non disponibile onsite la trombectomia. Se correttamente istituito e applicato anche in Italia, e se la trombectomia percutanea iniziasse ad essere più presente nelle nostre Cardiologie e laboratori di emodinamica, il PERT potrebbe essere una modalità di lavoro multidisciplinare con impatto positivo sull'outcome precoce ed a lungo termine dei pazienti con EP.♥

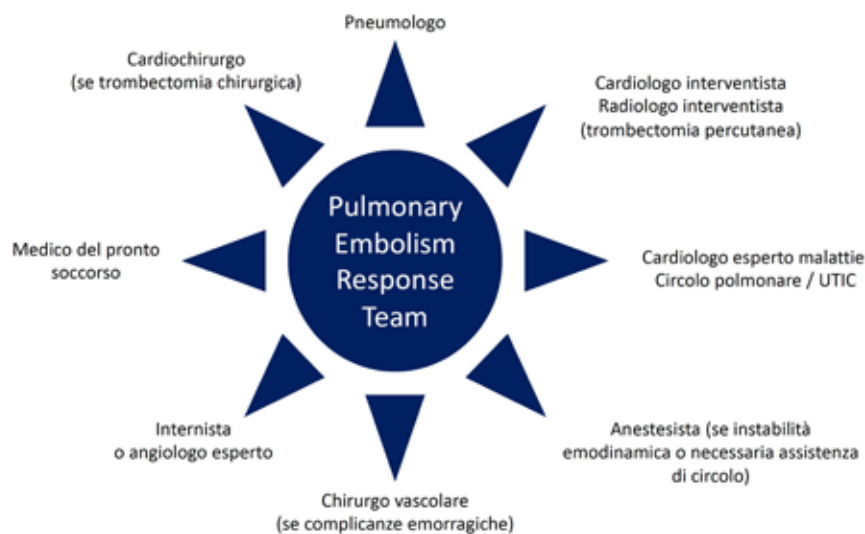


Figura 4 - Proposta di composizione in Italia del "PERT", guidato dal Cardiologo esperto in malattie del circolo polmonare



Il Consenso (dis)informato



È una mattina come tante, e Giovanni, cardiologo di reparto, sta verificando le consegne subito dopo il briefing. In

programma per oggi ci sono cinque pazienti che dovranno essere sottoposti a coronarografia elettiva, un paziente a CRT-ICD, uno a PM

definitivo (un monocamerale perché il paziente è fibrillante) e una sostituzione di generatore di PM. In UTIC ci sono poi le coronarografie

da eseguire in urgenza. È necessario che tutti i pazienti firmino i consensi informati. Il paziente del letto tre non sente quasi nulla, ha una grave ipoacusia e un decadimento cognitivo. Fargli firmare il consenso informato sarà veramente un'impresa. Non ha nemmeno figli, solo un nipote, ma abita in Francia. E la moglie non è mai venuta a trovarlo, abita con la badante, e non può uscire. Tuttavia il paziente ha un PM scarico, per cui è stato inviato direttamente dall'ambulatorio PM ieri pomeriggio. Del resto il paziente aveva saltato l'ultimo controllo. Giovanni controlla l'orologio, sono già le 9 e deve ancora iniziare il giro visita. Tuttavia la prima cosa da fare è verificare le terapie e far firmare i consensi dei pazienti da sottoporre a procedure interventistiche, prima che vadano in sala senza. Così Giovanni, con i consensi stampati e ben impilati sul carrellino della visita, inizia a spiegare ai pazienti da quale patologia sono affetti e a che tipo di procedura saranno sottoposti e poi presta la penna per far firmare i consensi informati. Stamattina c'è anche lo specializzando che gli dà una mano. Giovanni va firmare il consenso ad ognuno di loro. Uno dopo l'altro. Il paziente del letto due dice a Giovanni, con un certo orgoglio, che sua figlia, che studia medicina (è bravissima, le mancano ancora solo 8 esami!) gli ha già spiegato che dovrà essere sottoposto a coronarografia perché ha dolore e una scintigrafia positiva, ma lui non ha ben capito di cosa si tratti, però, va bene, la farà ugualmente e si raccomanda però che vada tutto bene. Anche il vecchietto ipoacusico, pur senza grande convinzione firma.

Poi, uno alla volta, i pazienti vengono portati in sala con i loro consensi informati. Ma che cosa è il consenso informato? Come si informa veramente il paziente? E soprattutto, come si fa a stabilire che il paziente sia stato veramente informato sul tipo di patologia da cui è affetto, sulla procedura per cui è stata posta indicazione e sui rischi ad essa connessi in caso di complicanze. E in ultimo aver fatto firmare preventivamente il consenso, ci solleva da eventuali responsabilità in un contenzioso medico-legale? Una regola generale della responsabilità civile stabilisce che è il danneggiato a dovere dimostrare, oltre il danno subito, la colpa che rende responsabile l'agente. Tale regola, però, viene ribaltata nei casi in cui la legge fa scattare automaticamente una presunzione di responsabilità al verificarsi del danno, onerando il soggetto colpito dalla presunzione legale della prova a discolorpa. È quello che è accaduto in materia di responsabilità sanitaria, laddove la giurisprudenza, per il danno alla salute del paziente, ha caricato sul medico l'onere della prova elaborando la teoria, non prevista da nessuna legge, del c.d. "contatto sociale". Ciò ha incentivato il fenomeno della medicina difensiva, costringendo i professionisti a preoccuparsi in ogni circostanza di preconstituirsì gli elementi di prova volti a dimostrare, nell'eventuale futuro contenzioso, di non avere avuto colpa nella causazione del danno il cui risarcimento il paziente avrebbe potuto richiedere entro il termine decennale di prescrizione. La riforma Gelli-Bianco (legge 8 marzo 2017 n. 24) ha avuto il merito

di distinguere la responsabilità del medico da quella della struttura sanitaria, stabilendo che è quest'ultima a dovere rispondere del danno alla salute, a titolo di responsabilità contrattuale e con presunzione di colpa salvo prova contraria, fino alla scadenza del termine decennale di prescrizione. In virtù della distinzione operata dalla riforma del 2017, oggi il medico risponde del danno alla salute a titolo di responsabilità extracontrattuale, per cui non se ne può presumere la colpa, rimanendo a carico del paziente l'onere della prova sulla sussistenza della colpa professionale. Colpa che si configura, ma è il paziente a doverlo dimostrare, in caso di negligenza, imprudenza, imperizia o "errore medico" (ritardata o errata diagnosi, errore di intervento chirurgico, cure insufficienti o errate, omissione di esami diagnostici). Altra non trascurabile differenza attiene al termine di prescrizione che per il medico non è più determinata in dieci anni, ma si dimezza a cinque anni dalla data del verificarsi dell'evento dannoso. Nello stesso anno della riforma Gelli-Bianco, ma con altro testo normativo (legge 22 dicembre 2017 n. 219), che ha disciplinato il consenso informato, senza però risolvere le numerose questioni sorte intorno al corretto adempimento di tale obbligo. La giurisprudenza si era orientata nel senso di configurare, quella del medico che ometta di informare compiutamente il paziente per ottenerne il consenso, come responsabilità da "contatto sociale qualificato", facendone conseguire la presunzione di colpa, l'onere della

prova a discolora a carico del professionista e l'applicazione del più ampio termine di prescrizione decennale. Mentre la riforma Gelli-Bianco nulla ha statuito sul punto, avendo operato il distinguo nella configurazione della responsabilità civile fra medico e struttura sanitaria esclusivamente sul piano del danno alla salute, presidiato dall'art. 32 della Costituzione come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività. Il consenso informato, viceversa, fondandosi sul combinato disposto degli art. 13 e 32 della Costituzione, mira a salvaguardare non il danno alla salute in sé, bensì il potere di autodeterminazione del paziente quale espressione del diritto di libertà, generalmente presidiato dall'art. 13 Cost., in relazione ai trattamenti sanitari cui debba essere sottoposto. Scopo del consenso informato è di mettere il paziente in condizione di comprendere pienamente i rischi e i vantaggi del trattamento sanitario propostogli, in modo che egli possa esercitare e mantenere la piena facoltà di scegliere tra diversi percorsi terapeutici quello preferibile, conservando in ogni momento il diritto di interrompere la terapia. Il consenso, pertanto, deve essere frutto di una reale ed effettiva informazione, che il medico ha l'obbligo di fornire con chiarezza e completezza assicurandosi che il paziente abbia compreso il contenuto dell'informazione. La semplice apposizione della firma del paziente sul modulo predisposto al fine di attestarne il consenso potrebbe non bastare, poiché produce unicamente l'effetto giuridico di invertire l'onere

della prova, ma non impedisce al paziente di contestarla adducendo di non avere in effetti compreso l'informazione assentita. La legge 22 dicembre 2017 n. 219 stabilisce che, affinché il consenso sia validamente prestato devono essere fornite al paziente "informazioni sufficientemente chiare, trasparenti, esaurienti, dettagliate, complete e facilmente comprensibili". Una storica sentenza della Corte costituzionale (n. 438 del 2008) ebbe ad affermare che il mancato adempimento dell'obbligo del consenso informato, da parte del medico, costituisce una illecita violazione indipendentemente dal fatto che il trattamento sanitario sia andato a buon fine. Una simile affermazione, per un verso chiarisce che vanno tenute distinte le due obbligazioni (quella di acquisire il consenso informato, rispetto a quella di eseguire correttamente il trattamento sanitario), ma nel contempo, essendo il rapporto medico-paziente una relazione giuridicamente complessa, comporta che il mancato consenso informato potrebbe generare una risposta plurioffensiva, pregiudicando sia il diritto all'autodeterminazione, sia quello alla salute. Recentemente la Corte di Cassazione (sentenza n. 26104 del 5 settembre 2022) ha stabilito che i confini entro cui ci si deve muovere ai fini del risarcimento in tema di consenso informato sono i seguenti: a) nell'ipotesi di omessa o insufficiente informazione riguardante un intervento che non abbia cagionato danno alla salute del paziente e al quale egli avrebbe comunque scelto di sottoporsi, nessun risarcimento sarà dovuto; b)

nell'ipotesi di omissione o inadeguatezza informativa che non abbia cagionato danno alla salute del paziente ma che gli ha impedito tuttavia di accedere a più accurati attendibili accertamenti, il danno da lesione del diritto costituzionalmente tutelato all'autodeterminazione sarà risarcibile qualora il paziente allegghi che dalla omessa informazione siano comunque derivate conseguenze dannose, di natura non patrimoniale, in termini di sofferenza soggettiva e di contrazione della libertà di disporre di sé, in termini psichici e fisici. In buona sostanza la Corte fa dipendere il diritto del paziente, che non abbia subito danno dal trattamento sanitario, al risarcimento per omessa o insufficiente informazione sulla quale abbia prestato il consenso, dall'assolvimento dell'onere di provare di avere subito un danno "morale", la cui consistenza è rimessa alla valutazione "equitativa" del giudice. Rimane irrisolto il nodo, che la stessa riforma Gelli-Bianco non ha saputo sciogliere, della estensione al consenso informato del regime di responsabilità differenziato fra il medico e la struttura sanitaria. Speriamo che la lettura di questo articolo sia stata utile al Dott. Giovanni, cardiologo di trincea, e a tutti noi che, come lui, animati dalla passione per la medicina ci dibattiamo ogni giorno nella tela del ragnò costituita dalla burocrazia in medicina.♥

FELLOW ANMCO 2023



Nome	Ospedale	Reparto	Città	Prov.
Alessandro Alonzo	P.O. San Filippo Neri - ASL Roma 1	Cardiologia Clinica e Riabilitativa	Roma	(RM)
Lorenzo Castello	P.O. San Filippo Neri - ASL Roma 1	Cardiologia Clinica e Riabilitativa	Roma	(RM)
Amir Kol	P.O. San Camillo De Lellis	U.O.C. Cardiologia	Rieti	(RI)
Gaetano Marino	P.O. San Filippo Neri - ASL Roma 1	Cardiologia Clinica e Riabilitativa	Roma	(RM)
Raffaella Marzullo	AORN Ospedale dei Colli - P.O. Monaldi	Cardiologia Pediatrica e UTIC Vanvitelli	Napoli	(NA)
Andrea Matteucci	P.O. San Filippo Neri - ASL Roma 1	Cardiologia Clinica e Riabilitativa	Roma	(RM)
Mauro Pennacchi	Ospedale San Camillo	U.O.C. Cardiologia	Roma	(RM)
Enrico Perna	ASST Ospedale Metropolitan Niguarda	Cardiologia 2 - Insufficienza Cardiaca e trapianto	Milano	(MI)
Enrica Pezzullo	AORN Ospedale dei Colli - P.O. Monaldi	Cardiologia Pediatrica e UTIC "Vanvitelli"	Napoli	(NA)
Antonella Spinelli	P.O. San Filippo Neri - ASL Roma 1	Cardiologia Clinica e Riabilitativa	Roma	(RM)

FELLOW EMERITI 2023

Nome	Città	Prov.
Paolo Azzolini	Roma	(RM)
Salvatore Ivan Caico	Varese	(VA)
Gabriele Castelli	Firenze	(FI)
Antonio Mafri	Milano	(MI)
Mauro Mennuni	Guidonia Montecelio	(RM)
Paolo Giorgio Signore	Porto San Giorgio	(FM)



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



Luigi Sommariva

LAZIO

Presidente

Luigi Sommariva - Viterbo

Consiglio Regionale

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



Roberto Caporale

CALABRIA

Presidente

Roberto Caporale - Cosenza

Consiglio Regionale

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



Vered Gil Ad

LIGURIA

Presidente

Vered Gil Ad - Genova

Consiglio Regionale

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



Gerolamo Sibilio

CAMPANIA

Presidente

Gerolamo Sibilio - Pozzuoli (NA)

Consiglio Regionale

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



Giuseppe Di Tano

LOMBARDIA

Presidente

Giuseppe Di Tano - Casalmaggiore (CR)

Consiglio Regionale

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



Gabriele Guardigli

EMILIA ROMAGNA

Presidente

Gabriele Guardigli - Ferrara

Consiglio Regionale

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



Giovanni Tarsi

MARCHE

Presidente

Giovanni Tarsi - Pesaro

Consiglio Regionale

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



Annalisa Viele

MOLISE

Presidente

Annalisa Viele - Campobasso

Consiglio Regionale

Giovanna Giannotti - Campobasso
Alexandra Sabusco - Campobasso



Edoardo Bonsante

TRENTINO ALTO ADIGE

Presidente

Edoardo Bonsante - Bolzano

Consiglio Regionale

Elisa Minchio - Trento
Michele Moretti - Trento



Ferdinando Varbella

PIEMONTE - VALLE D'AOSTA

Presidente

Ferdinando Varbella - Rivoli (TO)

Consiglio Regionale

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



Antonia Mannarini

PUGLIA

Presidente

Antonia Mannarini - Bari

Consiglio Regionale

Francesco Bartolomucci - Andria (BT)
Grazia Casavecchia - Foggia
Margherita Iliaria 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)

Gli obiettivi del Congresso MUMA 2023 sono riconducibili all'interscambio di informazione, alla condivisione delle strategie e dei progressi ottenuti nelle varie linee di sviluppo della Cardiologia

Congresso Interregionale ANMCO MUMA 2023

ANMCO MUMA 2023: informazione, partecipazione e condivisione



Figura 1 - Locandina Congresso Interregionale ANMCO MUMA 2023

Il 3 e il 4 marzo, a Francavilla al Mare (Chieti), si è svolta, con grande successo, l'edizione 2023 del Congresso Interregionale ANMCO MUMA (Marche, Umbria, Molise, Abruzzo) a cui hanno partecipato, in presenza, oltre 250 persone tra medici Cardiologi

ANMCO ed infermieri, provenienti dalle quattro Regioni (Figura 1). Il Congresso è stato aperto dal Presidente Regionale ANMCO Abruzzo, Dott. **Massimo Di Marco** che ha salutato e ringraziato tutti i Presenti ed i Relatori che con grande entusiasmo hanno dato la loro disponibilità a partecipare al Congresso (Figura 2). Un ringraziamento particolare è andato ai Presidenti delle Regioni Marche, Umbria e Molise, Dott. **Giovanni Tarsi**, Dott. **Adriano Murrone**, Dott.ssa **Annalisa Viele** che hanno fortemente collaborato per la realizzazione del Congresso MUMA. A seguire è intervenuto il Direttore Generale della ASL di Pescara, Dott. **Vincenzo Ciamponi**. Il Direttore ha ricordato il sacrificio di tutto il personale medico sanitario durante periodo pandemico correlato al SARS-COV2 e di come la Sanità si è dovuta riorganizzare in tempi brevi. L'Assessore alla Salute, Famiglia e alle Pari opportunità della Regione Abruzzo, Dott.ssa **Nicoletta Verì**, non ha fatto mancare il suo saluto al Congresso dell'ANMCO MUMA,

Il Congresso è stato sviluppato in una modalità dinamica ed eterogenea con 5 letture magistrali, question-time con gli esperti; 5 sessioni tradizionali ed una sessione infermieristica. Questa diversificazione delle presentazioni, ha permesso di sviluppare moltissime tematiche di grande rilevanza clinica in maniera estremamente interattiva

riconoscendone la grande rilevanza ed il contributo offerto alla Sanità Regionale anche nella condivisione dei documenti programmatici (Figura 3-4). Inoltre, la Dottoressa Verì ha dichiarato come la Regione Abruzzo stia investendo nella Telemedicina con lo scopo di migliorare la qualità



Figura 2 - Il saluto del Presidente Regionale ANMCO Abruzzo, Massimo Di Marco

e la programmazione delle visite. Il Past President Nazionale e Presidente della Fondazione per il Tuo cuore, Dott. **Domenico Gabrielli**, ha aperto la prima sessione con una lettura magistrale sulla Storia del MUMA, tra passato, presente e futuro, ricordando le figure che hanno fortemente voluto la nascita e la crescita di questo gruppo. Inoltre il Presidente Gabrielli ha ribadito l'importanza del contributo di ogni Cardiologo, nel migliorare l'organizzazione dei reparti e degli ambulatori di Cardiologia ed ha stimolato a coinvolgere i giovani cardiologi per raggiungere sempre di più risultati straordinari (Figura 5). La prima sessione è stata poi dedicata alla Terapia intensiva Cardiologica con temi di grande

Il Presidente della Fondazione per il Tuo cuore, Dott. Domenico Gabrielli, nel suo intervento ha ribadito l'importanza del contributo di ogni Cardiologo ANMCO per migliorare, attraverso l'acquisizione di specifiche competenze, l'organizzazione dei diversi reparti ed ambulatori di Cardiologia. Inoltre ha sollecitato i giovani Cardiologi ad impegnarsi per raggiungere con gradualità grandi successi



Figura 3 - Il Presidente ANMCO Abruzzo Massimo Di Marco con il Direttore Generale ASL Pescara, Vincenzo Ciamponi e l'Assessore alla Salute, famiglia e Pari opportunità della Regione Abruzzo Nicoletta Veri

importanza per la crescita culturale di tutti i professionisti ospedalieri impegnati nell'area dell'emergenza - urgenza cardiovascolare. Particolare attenzione è stata posta alla gestione del "delirium" e alla corretta sedazione del paziente ricoverato in Terapia Intensiva Cardiologica. Il Congresso è stato quindi sviluppato in maniera dinamica ed impreziosito da altre quattro letture su argomenti di indubbio rilievo clinico. La sessione sullo Scompenso Cardiaco (SC), è stata introdotta dalla Dott.ssa **Gabriella Masciocco** con la lettura magistrale sullo "Scompenso Cardiaco a Frazione d'eiezione intermedia". Nella sessione dedicata allo Scompenso cardiaco acuto e



Figura 4 - Il saluto dell'Assessore alla Salute, famiglia e Pari opportunità della Regione Abruzzo

cronico, moderata dal Dott. **Pasquale Caldarola** e dal Dott. **Cosimo Napoletano**, sono stati approfonditi alcuni aspetti importanti dello scompenso cardiaco, in particolare l'implementazione delle glifozine nella pratica clinica e la gestione dello Shock cardiogeno, illustrata dal Dott. **Marco Marini**, Chairperson dell'Area Scompenso Cardiaco (Figura 6). Ha completato la seconda sessione il Dott. **Andrea Di Lenarda** con la Lettura magistrale sull'Ottimizzazione Terapeutica e Assistenziale

Il 3 e il 4 marzo a Francavilla al Mare (Chieti) si è svolto con grande successo l'edizione 2023 del Congresso Interregionale ANMCO MUMA (Marche, Umbria, Molise, Abruzzo), a cui hanno partecipato, in presenza, con grande entusiasmo oltre 250 persone provenienti dalle quattro Regioni. Al centro del dibattito le nuove frontiere nella cura delle patologie cardiache, i farmaci, le tecniche di intervento all'avanguardia che aprono nuove e reali prospettive per la cura del Cuore



Figura 5 - La lettura del Presidente della Fondazione per il Tuo cuore, Domenico Gabrielli

nel percorso del paziente con scompenso cardiaco, dalla dimissione all'organizzazione dell'ambulatorio dedicato. Nel pomeriggio, si sono sviluppate sessioni sulle Sindrome coronariche Acute e Croniche. Nella trattazione sul futuro della cura delle dislipidemie, il Dott. **Gian Piero Perna** ha presentato i possibili scenari clinici in cui l'Acido Bempedoico e l'Incliseran potranno trovare maggiore applicazione per il raggiungimento degli ambiziosi target di LDL-colesterolo raccomandati

dalle linee-guida internazionali. Il programma del Congresso ha inoltre dedicato una sessione alle Cardiomiopatie dove sono stati mostrati il management clinico e la stratificazione prognostica nelle Miocarditi fulminanti, nella Cardiomiopatia Dilatativa e nella Cardiomiopatia Aritmogena ed in età pediatrica. Inoltre, si è affrontato il tema del percorso clinico-assistenziale in rete per la diagnosi e la gestione del paziente con Amiloidosi cardiaca. Durante la relazione, Il Dott. **Fabio Vagnarelli** ha ricordato la figura carismatica del Professor **Claudio Rapezzi** ed ha sottolineato l'importanza di creare una rete che consenta la diffusione della cultura dell'Amiloidosi e che garantisca la condivisione di percorsi diagnostici-terapeutici corretti, vista la crescente e riconosciuta rilevanza epidemiologica (Figura 7). Straordinario successo ha ottenuto la sessione infermieristica dedicata al "Viaggio del paziente con Scompenso cardiaco". La Dott.ssa **Michela Barisone**, Chairperson dell'Area Nursing e delle Professioni Sanitarie, ha illustrato la formazione e le notevoli competenze dell'Infermiere dedicato allo scompenso cardiaco nel panorama europeo. La seconda giornata è stata aperta dalla lettura magistrale dell'Editor del Giornale Italiano Di Cardiologia, Dott. **Giuseppe di Pasquale**, sulla gestione della Terapia antitrombotica nei pazienti con fibrillazione atriale e SCA, sottolineando il ruolo dell'Associazione nella diffusione della cultura dell'appropriatezza prescrittiva, aspetto irrinunciabile nella nostra pratica clinica quotidiana. Nell'ambito della seconda giornata,



Figura 6 - La relazione sullo Shock Cardiogeno di Marco Marini, Chairperson dell'Area Scompenso Cardiaco ANMCO

si è svolto il Question Time sulla Cardiologia Interventistica Strutturale, in un simposio congiunto tra Cardiologi Clinici, Interventisti e Cardiochirurghi, dove numerosi esperti hanno risposto ad una serie di quesiti sui criteri di selezione dei pazienti da candidare a TAVI, Mitraclip, Triclip e sulla rivascolarizzazione del paziente CHIP. In particolare, sono stati esplicitati il corretto workup diagnostico del paziente da inviare a TAVI, le problematiche correlate con la recente estensione dell'indicazione a TAVI anche nei pazienti a basso rischio e la gestione di pazienti complessi. È stato inoltre sottolineato come nel paziente con insufficienza mitralica funzionale l'identificazione del corretto timing per l'invio alla Mitraclip, sia cruciale per una buona risposta alla terapia. Il Dott. **Paolo Verdecchia** ha arricchito la mattinata con una lettura magistrale sulle strategie migliori per affrontare l'Ipertensione Arteriosa, dando numerosi spunti pratici e di riflessione sulla corretta gestione che affligge il clinico nella



Figura 7 - Il ricordo del Professor Claudio Rapezzi nella relazione di Fabio Vagnarelli

quotidianità. Hanno completato la sessione dedicata alla cardiologia interventistica: lo stato dell'arte del trattamento transcateretere dell'embolia polmonare acuta ed il ritorno della denervazione renale nel trattamento dell'Ipertensione arteriosa resistente (Figura 8). Al termine della sessione il Presidente Massimo Di Marco ha annunciato il vincitore del premio dedicato agli specializzandi in Cardiologia per miglior poster. I quattro Presidenti, Massimo Di Marco, Adriano Murrone, Giovanni Tarsi,

Annalisa Viele, hanno nuovamente ringraziato tutti i presenti per la grande e sentita partecipazione. Il congresso Interregionale ANMCO MUMA è stato un momento di splendida condivisione, di esperienze sul campo, di percorsi diagnostici terapeutici e di nuove evidenze scientifiche, con l'obiettivo di contribuire a creare all'interno delle nostre Regioni un eccellente ed uniforme livello di Assistenza Clinica e di Protocolli Diagnostici terapeutici.♥



Figura 8 - La relazione sul ritorno della denervazione dell'arteria renale nel trattamento dell'Ipertensione resistente di Daniele Forlani

Le nuove terapie in ambito oncologico hanno migliorato la sopravvivenza al cancro, ma sono associate a complicazioni cardiovascolari

Strategie di prevenzione, identificazione precoce e terapia della cardiotoxicità indotta da farmaci chemioterapici

Una delle tossicità da farmaci oncologici più insidiosa è la cardiotoxicità

Si prevede che entro il 2030 si aggiungeranno al carico globale oltre 20 milioni di nuovi casi di cancro. Le nuove terapie oncologiche hanno migliorato la sopravvivenza al cancro, ma sono associate a complicazioni cardiovascolari, soprattutto negli anziani e nei soggetti con comorbidità cardiovascolari preesistenti. Attualmente la maggior parte dei Cardiologi non conosce i trattamenti oncologici, non ha familiarità con i protocolli di dosaggio e le relative cardiotoxicità. Questo può determinare la scelta di protocolli meno aggressivi e l'interruzione precoce di trattamenti importanti sia per le patologie oncologiche che per quelle cardiovascolari. È quindi necessaria una collaborazione multidisciplinare per migliorare le decisioni terapeutiche a beneficio dei pazienti

oncologici⁽¹⁾. Malattie cardiovascolari e cancro hanno in comune fattori di rischio modificabili e non modificabili; il primo passo è

Nei pazienti oncologici lungo-sopravvivenenti le tossicità dei trattamenti antitumorali, superata la fase dell'attenzione prioritaria alla prognosi oncologica, rischiano di compromettere seriamente la qualità di vita

ottimizzare lo stile di vita per minimizzare i fattori di rischio cardiovascolare: smettere di fumare, limitare il consumo di alcol e

mantenere un'adeguata attività fisica. Nella pratica clinica la gestione dei fattori di rischio cardiovascolare secondo le linee guida ESC 2021 sulla prevenzione è raccomandata prima, durante e dopo la terapia oncologica⁽²⁾. La prevenzione secondaria si riferisce invece agli interventi nei pazienti che sviluppano cardiotoxicità correlata alle terapie oncologiche per i quali si raccomandano regolari valutazioni cliniche, esami fisici e indagini cardiologiche diagnostiche e strumentali, con una frequenza di sorveglianza guidata dal rischio basale e dall'emergere di complicanze. Conoscere il rischio cardiovascolare basale del soggetto e i possibili effetti causati dalla terapia in programma può agevolare la pianificazione della sorveglianza e la realizzazione delle più appropriate

misure di cardioprotezione utili per la gestione del paziente candidato o sottoposto a terapia oncologica potenzialmente cardiotossica. Ewer e Lippman⁽³⁾ proposero una classificazione della cardiotossicità in base al tipo ed estensione del danno e alla sua reversibilità: la cardiotossicità di tipo I, tipica delle antracicline, è dose-dipendente e legata a citolisi con danno irreversibile; la cardiotossicità di tipo II, tipica del trastuzumab, è viceversa dovuta ad apoptosi dei cardiomiociti, non correla con la dose ed è caratterizzata da minime alterazioni strutturali e da una consistente probabilità di reversibilità del danno con la sospensione del trattamento. Tale distinzione è stata però recentemente messa in dubbio⁽⁴⁾ alla luce del fatto che nella pratica clinica gli agenti chemioterapici sono utilizzati raramente da soli, spesso sono preceduti o seguiti da altri trattamenti che possono condizionare la comparsa e l'entità del danno⁽⁵⁾ e dal fatto che la reversibilità del danno, valutata "macroscopicamente" come recupero della funzione contrattile, può verificarsi anche con le stesse antracicline se si instaura precocemente la terapia di antagonismo neuroormonale (inibitori dell'enzima di conversione dell'angiotensina, betabloccanti, antialdosteronici). La classificazione inoltre non tiene conto delle caratteristiche cliniche e dei fattori di rischio del paziente stesso, né della durata del follow-up. L'attuale orientamento in termini di valutazione del rischio di cardiotossicità è quello di considerare l'evento "insufficienza cardiaca" come effetto sinergico/combinato di

più fattori di rischio legati alla terapia e al paziente che pertanto devono essere integrati e gestiti collegialmente⁽⁶⁾. L'insufficienza cardiaca per frequenza e rilevanza prognostica rappresenta la più

La Cardioncologia si propone come una disciplina in cui il modello di gestione del paziente è incentrato sui principi della collaborazione multidisciplinare tra Cardiologo ed Oncologo ed il cui obiettivo è quello di trovare la soluzione ai problemi relativi a prevenzione, monitoraggio, diagnosi e trattamento dei danni cardiaci prima, durante e dopo la cura della neoplasia in modo da perseguire, per il singolo paziente, la miglior cura possibile del cancro minimizzando il rischio cardiaco di tossicità delle terapie proposte

frequente complicanza del trattamento con farmaci antitumorali e può rappresentare un serio problema per la salute e la sopravvivenza dei pazienti potendo comparire anche a distanza di tempo

dalla cura del tumore. Numerose sono le terapie oncologiche associate a cardiotossicità nota ed includono antracicline, farmaci anti-HER-2, radiazioni, inibitori della tirosin-chinasi, inibitori dell'aromatasi e anche trattamenti più moderni, tra cui il trapianto di cellule staminali e le terapie CAR-T. Tra queste le antracicline sono tra i più potenti farmaci antineoplastici mai sviluppati ma il loro utilizzo continua ad essere limitato dagli effetti cardiotossici che possono causare disfunzione ventricolare sinistra e scompenso cardiaco⁽⁷⁾. Il rischio di tossicità aumenta con dosi cumulative crescenti di tali medicinali ed è maggiore negli individui con anamnesi di cardiomiopatia, irradiazione mediastinica o patologia cardiaca preesistente. È possibile peraltro che il danno si manifesti a distanza di anni dal trattamento. Al fine di identificare precocemente i danni da cardiotossicità l'ecocardiografia di base è raccomandata in tutti i pazienti con cancro prima della chemioterapia con antracicline (classe I, B). In tutti gli adulti sottoposti a chemioterapia con antracicline, si raccomanda inoltre un ecocardiogramma entro 12 mesi dal termine del trattamento (classe I, B) e nei pazienti ad alto e altissimo rischio, l'ecocardiografia è raccomandata ogni due cicli ed entro 3 mesi dal termine del trattamento (classe I, C). Un ruolo importante nell'identificazione precoce del danno può essere svolto dall'uso dei biomarcatori, di cui i più utilizzati sono le troponine cardiache ed i peptidi natriuretici. Nello specifico la loro misurazione è raccomandata nei pazienti ad alto ed altissimo rischio al

basale prima della chemioterapia e successivamente come monitoraggio prima di ogni ciclo di chemioterapia ed a 3 e 12 mesi dal termine. Qualora insorga disfunzione/ scompenso cardiaco la terapia, anche per queste forme di cardiopatia, ricalca quella raccomandata per le altre forme di insufficienza cardiaca. Dall'esperienza del gruppo

chemioterapia), confermando che l'antagonismo neurormonale costituisce il cardine della terapia dell'insufficienza cardiaca, sintomatica o asintomatica, anche in questo gruppo di pazienti^(7,8). Alla luce della necessità di uno stretto monitoraggio di questi pazienti è auspicabile che fin dall'inizio del percorso terapeutico, la presa in

eventi avversi correlati alle terapie impostate e non ultimo dai bisogni psicologici e riabilitativi della persona ammalata⁽⁹⁾. I servizi di cardio-oncologia sono poco numerosi e la maggior parte dei pazienti viene esaminata in cliniche cardiologiche generali. Sono necessari investimenti strategici nelle reti di assistenza cardio-oncologica e nell'offerta di

Le malattie cardiovascolari e le neoplasie rappresentano su scala mondiale la causa di circa i due terzi di tutti i decessi e condividono spesso gli stessi fattori di rischio. È noto, d'altra parte, che numerose categorie di farmaci oncologici hanno un effetto cardiotossico e per buona parte di esse il rischio è limitato al tempo dell'esposizione al farmaco ed è condizionato dalla presenza e gravità di un'eventuale cardiopatia strutturale coesistente. Un principio guida della cardio-oncologia è quello di ridurre al minimo le interruzioni non necessarie della terapia oncologica, basando la decisione su discussioni multidisciplinari. Il momento ottimale per prendere in considerazione le strategie di prevenzione della malattia cardiovascolare nei pazienti oncologici è quello della diagnosi e prima dell'inizio del trattamento. Ciò consente all'équipe oncologica di considerare il rischio cardiovascolare durante le scelte terapeutiche, di educare i pazienti in merito al loro profilo di rischio, di personalizzare le strategie di sorveglianza e follow-up e di indirizzare in modo appropriato i pazienti ad alto rischio ai servizi di cardio-oncologia. Queste strategie sono necessarie per ridurre il rischio di cardiotossicità e migliorare l'aderenza ai trattamenti oncologici efficaci e la sopravvivenza complessiva

dell'Istituto Europeo di Oncologia, l'avvio tempestivo della terapia con ACE-inibitore in associazione al Betabloccante dopo il riscontro di cardiotossicità si è associato a un significativo ripristino della funzionalità del ventricolo sinistro, parziale (aumento di almeno 5 punti e FE finale >50%) o completo (recupero di FE fino ai valori pre-

carico del paziente, preveda un approccio multidisciplinare sostenuto da un'organizzazione dipartimentale delle attività intraospedaliere che, da un lato garantiscano il miglior trattamento antitumorale in termini di diagnosi, tempi e coordinazione degli interventi medici e chirurgici della malattia, dall'altro il riconoscimento precoce di eventuali

servizi di cardio-oncologia per soddisfare l'aumento della domanda clinica previsto nel prossimo futuro e per facilitare la ricerca, la formazione e le attività educative. È urgente un programma di formazione medica di almeno un anno. È necessaria la collaborazione tra operatori sanitari, ricercatori clinici e di base, autorità sanitarie, enti regolatori, gruppi di

Foto di Pixabay



difesa e associazioni di pazienti per rispondere alle esigenze future. Allo stato attuale esiste una significativa carenza di studi clinici per guidare il processo decisionale. Questo è complicato dal ritmo incalzante degli sviluppi dei nuovi trattamenti oncologici in un contesto di tossicità CV dinamica. Pertanto, sono necessari grandi numeri di pazienti e un follow-up più lungo per fornire una potenza statistica sufficiente e risposte definitive.♥

Bibliografia

- 1) ESC Guidelines on cardio-oncology, 26 Aug 2022.
- 2) ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Eur Heart J 2021.
- 3) Ewer MS, Lippman SM. Type II chemotherapy-related cardiac dysfunction: time to recognize a new entity. J Clin Oncol 2005;23:2900-2.
- 4) Bloom MW, Hamo CE, Cardinale D, et al. Cancer therapy-related cardiac dysfunction and heart failure: Part 1: Definitions, pathophysiology, risk factors, and imaging. Circ Heart Fail 2016;9:e002661.
- 5) Nieto Y, Cagnoni PJ, Bearman SI, et al. Cardiac toxicity following high-dose cyclophosphamide, cisplatin, and BCNU (STAMP-I) for breast cancer. Biol Blood Marrow Transplant 2000;6:198-203.
- 6) Felker GM, Thompson RE, Hare JM, et al. Underlying causes and long-term survival in patients with initially unexplained cardiomyopathy. N Engl J Med 2000;342:1077-8.
- 7) Cardinale D, Colombo A, Bacchiani G, et al. Early detection of anthracycline cardiotoxicity and improvement with heart failure therapy. Circulation 2015;131:1981-8.
- 8) Menna P, Salvatorelli E, Minotti G. Cardiotoxicity of antitumor drugs. Chem Res Toxicol 2008;21:978-89.
- 9) Albini A, Pennesi G, Donatelli F, Cammarota R, De Flora S, Noonan DM. Cardiotoxicity of anticancer drugs: the need for cardio-oncology and cardio-oncological prevention. J Natl Cancer Inst 2010;102:14- 25.



L'Università della Calabria e l'arte della Medicina

1. Istituzione del corso di laurea in Medicina e Chirurgia e Tecnologie digitali (TD) all'Unical: una decisione che viene da lontano.

L'istituzione del corso di laurea in Medicina e Chirurgia e Tecnologie digitali presso l'Università della Calabria a partire dall'a. a. 2023-24, più che una decisione improvvisata e ispirata ad una logica campanilistica, è il frutto di un percorso iniziato almeno quattro decenni addietro. È infatti nel 1983 che il Senato Accademico dell'Università della

fair play, se non proprio di una leale collaborazione tra i due Atenei, nasce nell'a. a. 1991-92 la Facoltà di Farmacia, la seconda a livello regionale, la quale, grazie alla visione prospettica dal suo Preside Sebastiano Andò, orienta la propria offerta formativa in direzione delle scienze della salute, secondo il modello della *Pharmaceutical care* che individua nuovi sbocchi professionali rispetto alla tradizionale figura di farmacista. Nell'a. a. 1995-96 la Facoltà si arricchisce:

b) e, a partire dall'a. a. 2001-02, del Corso di laurea in Scienze della nutrizione, che registra uno straordinario successo di iscrizioni, tale da portare qualche anno dopo al cambio del nome della Facoltà in Facoltà di Farmacia e Scienze della nutrizione e della salute, che oggi è uno dei poli di formazione sanitaria tra i più accreditati a livello nazionale e internazionale, come attestano i numerosi riconoscimenti ricevuti. Non più tardi di due anni fa (a. a. 2020-21), nella logica dello sviluppo



Calabria, su proposta dell'allora Rettore Pietro Bucci, delibera l'attivazione del Corso di laurea inter-ateneo in Medicina e Chirurgia in collaborazione con il Consorzio universitario di Catanzaro, da poco costituito, che però si dichiara contrario all'iniziativa. Senza ostacoli, frutto di un evidente

a) della Scuola di specializzazione in Patologia clinica, successivamente denominata Patologia e biochimica clinica, i cui beneficiari (complessivamente più di 300 specializzati) attualmente occupano in gran parte il ruolo di dirigente presso varie strutture della sanità pubblica della Regione;

integrato dell'alta formazione in ambito sanitario, è nato il Corso di laurea magistrale interuniversitario in Medicina e Chirurgia e Tecnologie digitali, con il primo triennio in svolgimento all'Unical e il secondo a Catanzaro. Alla luce di quanto sopra l'istituzione in proprio del Corso di laurea in Medicina e

Chirurgia e Tecnologie digitali aumenta l'offerta formativa in ambito sanitario regionale e rappresenta il completamento di un progetto perseguito con tenacia e lungimiranza dalle migliori espressioni della *governance* di ieri e di oggi dell'Università della Calabria.

2. Il sistema sanitario regionale e l'istituzione del nuovo corso di laurea in Medicina e Chirurgia e Tecnologie digitali all'Unical.

Com'è ampiamente noto, la sanità pubblica calabrese vive, e non da oggi, una profonda crisi strutturale di efficienza e di qualità che, assieme alla fragilità della rete dei servizi socio-assistenziali, rende pressoché impossibile la garanzia del diritto alla salute costituzionalmente riconosciuto a tutti i cittadini. La chiusura o il depotenziamento negli anni scorsi di alcuni ospedali, in nome del contenimento della spesa (*Patto di rientro*), senza una contestuale riorganizzazione dell'offerta socio-sanitaria sul territorio, hanno avuto come diretta conseguenza l'abbassamento dei livelli essenziali di alcune prestazioni (ad esempio, l'assistenza domiciliare agli anziani non autosufficienti o la rete delle emergenze/urgenze territoriali), l'aumento notevole dell'emigrazione sanitaria, oggi stimata al 20%, e la "desertificazione" della medicina territoriale che, specie nelle aree periferiche, grava interamente sulla figura del medico di famiglia, che assume pertanto il ruolo del *care manager*, anche se la condizione di isolamento in cui egli opera non gli consente di esercitare la funzione di *system keeper* che la normativa regionale gli assegna. Un altro dei nodi strutturali della sanità pubblica

calabrese è rappresentato dalla drastica riduzione del numero degli operatori sanitari a tutti i livelli, a causa del perdurante blocco del *turn-over* e del numero chiuso, praticato nelle Facoltà di Medicina senza una seria e ponderata programmazione del fabbisogno, corrente e futuro, di professionisti della salute. La recente assunzione di centinaia di medici specialisti provenienti da Cuba è la prova inequivocabile della difficile situazione sanitaria in cui versa la Regione. In tale contesto e nella speranza che le risorse del PNNR saranno ben impiegate per il miglioramento del comparto sanitario calabrese, l'istituzione del corso di laurea in Medicina e chirurgia e Tecnologie digitali all'Unical non può che essere salutata con soddisfazione. Al di là delle miopi logiche campanilistiche, la nuova istituzione risponde all'accresciuto fabbisogno formativo dell'area medica e delle professioni sanitarie nella Regione. Lo dimostrano la carenza, stimata, di oltre 2500 medici e di 3000 unità di personale infermieristico e il progressivo aumento negli ultimi anni delle iscrizioni di studenti calabresi ai corsi di Medicina fuori regione: un fenomeno, quest'ultimo, che, come purtroppo la storia insegna, produce un depauperamento della ricchezza (PIL) prodotta in Calabria oltre che delle risorse intellettuali di cui la Regione è ricca (emigrazione dei cervelli).

3. Istituzione del corso di laurea in Medicina e Chirurgia e tecnologie digitali all'Unical e il futuro sanitario della Calabria.

L'istituzione del nuovo corso di laurea in Medicina e Chirurgia e Tecnologie digitali all'Unical non

potrà non avere effetti positivi sulla qualità dell'offerta sanitaria in ambito regionale e su quella della formazione degli operatori medici e paramedici. Della nuova opportunità beneficerà l'Ospedale di Cosenza che, ospitando al suo interno docenti, ricercatori e studenti, diventerà a tutti gli effetti un Ospedale universitario, elevando la qualità delle prestazioni e il grado di soddisfazione degli utenti. Ne beneficerà la classe medica e infermieristica territoriale che nel rapporto con il mondo della ricerca e della clinica universitaria troverà stimoli e motivazioni per la propria riqualificazione continua e permanente. Ne beneficerà, infine, l'universo giovanile calabrese, soprattutto di coloro che vedono in essa la possibilità di assecondare la propria vocazione, altrimenti irrealizzabile, a *L'arte della medicina* (come recita il titolo di uno scritto di Ippocrate, curato da Carlo Carena e pubblicato di recente dall'Einaudi) e di affermarsi nella vita e nella società. Si tenga conto che ogni anno oltre 2.500 sono i giovani calabresi che partecipano alle selezioni per accedere ai corsi di Medicina, a fronte di poco più di 300 posti disponibili in Calabria. Va da sé che un'iniziativa così ambiziosa, che interpreta e intercetta la nuova domanda di salute proveniente dalla società, ha bisogno di una visione strategica e integrata che, da un lato, tenga conto delle tendenze demografiche dei prossimi anni in Calabria (drastica riduzione della natalità, invecchiamento della popolazione, immigrazione extracomunitaria) e, dall'altro, coinvolga le istituzioni più rappresentative della realtà regionale.♥

ANMCO Liguria 2016-2023: bilancio di un “settennato” che ha cambiato la sinergia tra i Cardiologi in regione

ANMCO Regione Liguria: la strategia del TEAM che ha rilanciato le attività regionali

**Update Liguria: la strategia ed i frutti del lavoro di squadra
TEAM: “Together Everyone Achieves More”**

Ripartiamo dalla frase celebre che aveva caratterizzato un articolo di alcuni anni fa...
“Ritrovarsi insieme è un inizio, restare insieme è un progresso, ma riuscire a lavorare insieme è sempre un successo...”.

Nell'ormai lontano 2016 inizia “un nuovo periodo” per ANMCO Liguria: assume la Presidenza Regionale Annamaria Municinò, e inizia la formazione di un gruppo di Colleghi che rinnova profondamente

la mentalità del Consiglio Direttivo Regionale (Marco Botta, Daniele Bertoli, Giorgio Caretta, Martino Cheli, Piero Clavario, Francesco Mainardi, Marco Piccininno e Federico Sanchez). Parte un lavoro



“Ritrovarsi insieme è un inizio, restare insieme è un progresso, ma riuscire a lavorare insieme è sempre un successo...”

di squadra che porta ad un vero rilancio dell'Associazione in Liguria. Le riunioni di CDR diventano assidue e partecipate, vengono organizzati due partecipati Convegni Regionali (2017 e 2018) e si riattiva la partecipazione degli Infermieri, con il rilancio del CardioNursing ANMCO (Referente Nursing Tiziana Zappulla) che coinvolge professionisti sanitari da tutte le realtà ospedaliere e territoriali della regione. Parte l'attività Scientifica con confronti e condivisione di percorsi su attività delle UTIC in Liguria e giunge per la prima volta in Regione il Truck Tour della Fondazione per il Tuo cuore, per l'Attività divulgativa ed assistenziale di Prevenzione Cardiovascolare. Il Truck Tour farà poi tappa fissa

La filosofia negli anni è sempre rimasta quella del TEAM (Together Everyone Achieves More), proseguendo l'impegno di un gruppo dinamico in cui sono equi-rappresentate diverse realtà del territorio regionale, diverse competenze e campi di interesse specifico



negli anni seguenti in Liguria, in diversi luoghi della regione: Genova, Sanremo, nuovamente Genova, La Spezia e probabilmente quest'anno giungerà a Savona. Dopo il proficuo biennio il rinnovamento prosegue con Marco Botta (Presidente regionale 2018-2021) e con l'entrata

di due nuove giovani Colleague (Vered Gil Ad e Katia Paonessa) e Nicoletta Pingelli nuova Referente Nursing. Vengono lanciati il progetto UpDate Cardio-Imaging (in collaborazione con l'Area CardioImaging e l'Area Giovani di ANMCO Nazionale) ed il Progetto CardioLiguria,





La collaborazione in TEAM ha portato ad un vero lavoro di Squadra che ha permesso di rilanciare e rinnovare le attività e la presenza di ANMCO in Liguria

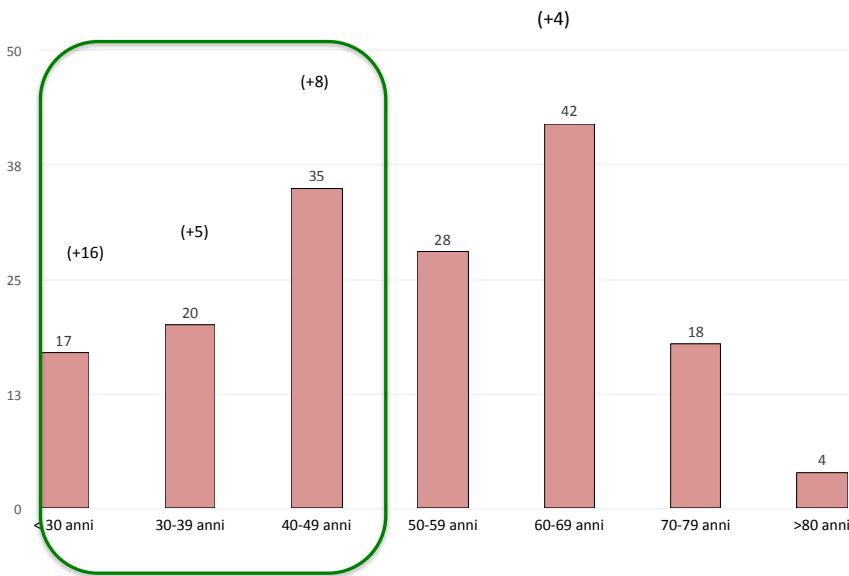
che riesce con grande successo di pubblico a coinvolgere le altre Società Cardiologiche rappresentate in Liguria (SIC, GISE, AIAC e IACPR). La pandemia allunga per norma nazionale il tempo in carica del CDR fino al 2021, e anche in questo difficile periodo si riesce a mantenere l'ampia attività formativa e di confronto attraverso i canali digitali. Nei 5 anni trascorsi è stata inoltre proficua e preziosa la sinergia di intenti e la collaborazione con il Consigliere Nazionale ANMCO Ligure Dott. Stefano Domenicucci. Nel 2021 quindi il testimone della

Presidenza passa a Vered Gil Ad, giovane e competente, che prosegue il rinnovamento ed il rilancio, con l'aiuto di un gruppo di Consiglieri completamente rinnovato (Valentina Boasi, Luca Olivotti, Matteo Ghione, Paola Maragliano, Massimiliano Fedele, Gianluca Trocchio, Anna Toso e Isabella Puccetti e Marina Terrile (Referente Nursing). In questo biennio vengono portati avanti nuovi progetti formativi, tra cui il progetto "TEAM-Working" medico-infermieristico (due eventi: UTIC e Cardiopatia ischemica post-acuta), Ipertensione polmonare: percorsi di collaborazione e rete regionale Ligure (collaborazione ANMCO-SIC), Aritmologia in Liguria (collaborazione con AIAC), "Conoscere e Curare i GUCH" (collaborazione con Istituto Giannina Gaslini). Inoltre è stato attivato il registro multicentrico MINOCA ("MINOCA-Cure")

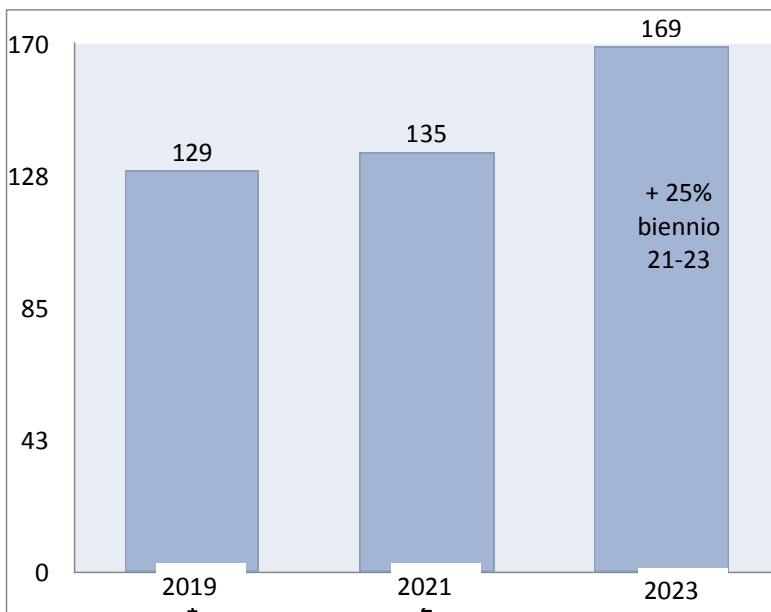
Negli ultimi sette anni è notevolmente cambiata la vita associativa di ANMCO Liguria grazie ad un lavoro di squadra che ha portato all'implementazione di numerose iniziative ed attività formative, scientifiche, di confronto e divulgazione con attiva e partecipata presenza dei Cardiologi di tutte le realtà Ospedaliere e Territoriali della Regione e con un forte impulso all'ingresso di nuovi giovani Colleghi

con partecipazione di 9 centri cardiologici in regione, ed è stata elaborata una proposta per un VADEMECUM per la gestione post-dimissione di pazienti con Sindrome Coronarica Acuta. In questo ultimo biennio si iniziano a raccogliere concretamente i frutti del lavoro svolto; i Soci, già cresciuti nel precedente quadriennio, crescono ulteriormente (crescita di 26% del numero dei Soci e crescita del 32% del numero dei Soci in regola con la quota associativa), con un forte ingresso di giovani colleghi cardiologi da tutta la regione e di giovani specializzandi della Scuola di Specializzazione in Cardiologia dell'Università di Genova (diretta dal Prof. Italo Porto). C'è anche una crescente partecipazione ligure ai progetti ed

SOCI ANMCO Liguria Età



SOCI ANMCO Liguria Andamento 2019-2023



iniziative dell'ANMCO Nazionale: Congresso Nazionale, Conferenza delle UTIC, Truck Tour (tappa fissa in Liguria dal 2018 e nel 2022 due tappe!), Progetto Ponte, Cardiologie Aperte, Censimento delle UTIC e Survey nazionali. La filosofia negli anni è sempre rimasta quella del **TEAM** (Together Everyone Achieves More), proseguendo l'impegno di un gruppo dinamico in cui sono equi-rappresentate diverse realtà del territorio regionale, diverse competenze e campi di interesse specifico. Insomma, nonostante il sovraccarico di lavoro quotidiano dei Cardiologi Ospedalieri, che spesso ostacolano la partecipazione attiva ad iniziative extra-lavorative, nonostante lo stop e gli ostacoli del periodo pandemico, la nostra Associazione in Liguria ha vissuto negli ultimi anni un periodo di entusiasmo e notevole crescita, con coinvolgimento di nuovi cardiologi e soprattutto con evidente nuovo interesse al confronto multidisciplinare e ad una maggior sinergia tra colleghi con più esperienza e colleghi più giovani. Nel solco della continuità il testimone sta per passare al prossimo Presidente Regionale Designato Luca Olivotti (Savona) e al nuovo Consiglio Direttivo Ligure (Gianluca Trocchio, Isabella Puccetti, Alberto Camerini, Luisiana Pastorino, Annalisa Porcile, Roberta Della Bona, Valeria Sebastiani, Maria Molfese) eletto nel corso del Congresso Regionale ANMCO del 16 marzo 2023 a cui auguriamo una proficua continuazione di questa bella strada intrapresa.

Ad Maiora! Un caro saluto a Tutti dal "TEAM" di ANMCO Liguria!❤



DALLE REGIONI - **TOSCANA**

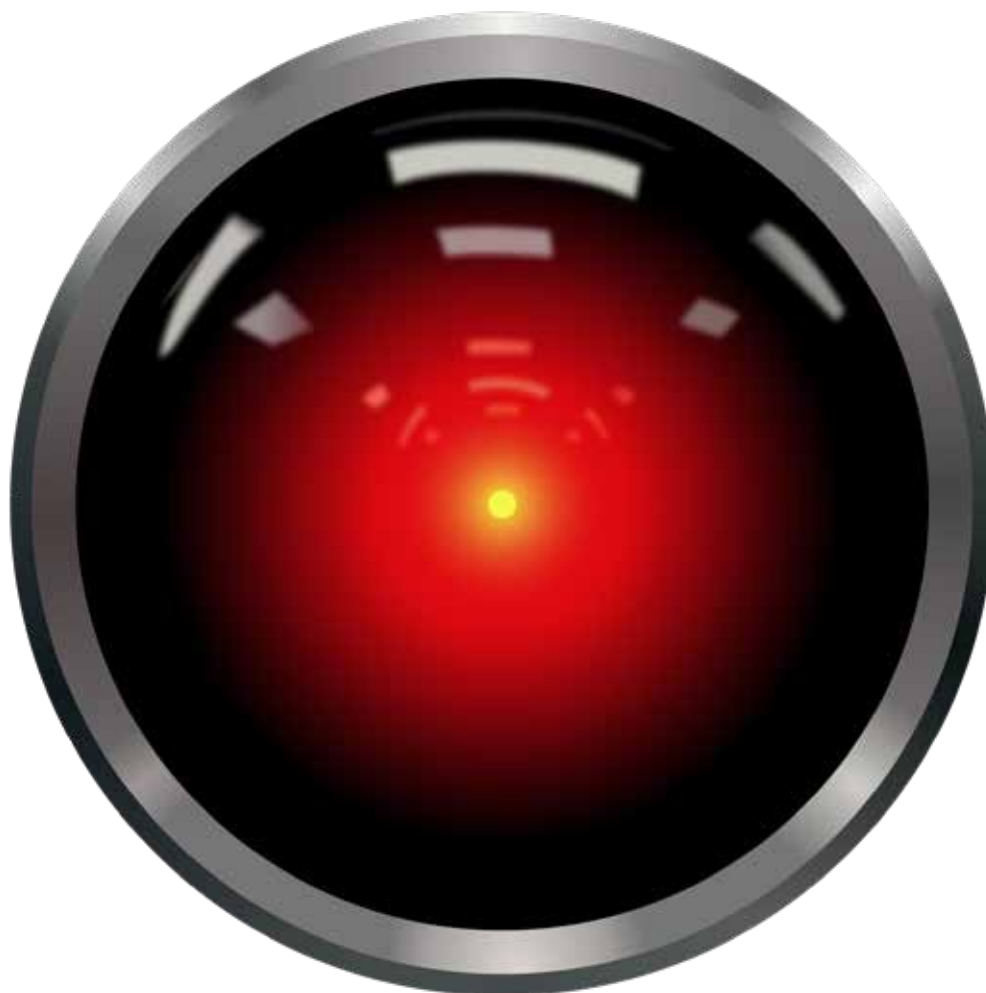
DI GABRIELE GRIPPO, CARLOTTA SORINI DINI, ENRICA TALINI, FRANCESCO ORSO, GAIA MAGNAGHI,
LEONARDO MISURACA, MARIA LAURA CANALE, MARISA CARLUCCIO, GIANCARLO CASOLO

Prospettive, dubbi e possibili ambiti di applicazione

Dialogo sull'intelligenza artificiale

**“Utilizzo le mie capacità nel modo più completo, il che, per un'entità
cosciente, è il massimo che possa sperare”**

**HAL 9000, dal film “2001: Odissea nello spazio” di Stanley Kubrick e
nell'omonimo libro di Arthur C. Clarke**



Di seguito è riportata la chat del Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Toscana in una pigra domenica di febbraio

Gabriele Grippo: Vi invio una cosa simpatica <https://chat.openai.com>. È un'intelligenza artificiale chiamata Chat GPT per scrivere testi o a cui chiedere pareri. Mi sono permesso di chiedergli una cosa sulle prossime elezioni. La query è: "Raccontami una storia dove si parla dell'elezione del nuovo consiglio regionale dei medici cardiologi ospedalieri della Toscana, delle difficoltà a trovare un candidato adatto e delle difficoltà che le associazioni possono avere nell'eleggere un valido rappresentante".

Questa è stata la nostra conversazione sull'intelligenza artificiale, pensieri e riflessioni di una domenica mattina di febbraio con le elezioni del nuovo Consiglio Regionale alle porte

La risposta è stata: "C'era una volta nella splendida regione Toscana, un consiglio regionale di medici cardiologi ospedalieri che si occupavano della gestione e della promozione della salute cardiovascolare dei cittadini. Ma, dopo molti anni di attività, il consiglio decise di rinnovarsi ed eleggere un nuovo rappresentante. La decisione non fu facile. Dopo diverse consultazioni e discussioni, il consiglio non riusciva

a trovare un candidato adatto. La situazione diventò ancora più complicata quando le associazioni di cardiologi iniziarono a esprimere il loro dissenso sulla mancanza di un candidato degno di rappresentare la regione. Le elezioni si avvicinavano rapidamente e la tensione aumentava, fino a quando il consiglio decise di convocare una riunione urgente per affrontare la questione. In quella riunione, vennero presentati diversi nomi, ma nessuno sembrava in grado di soddisfare le esigenze della regione. Dopo molte ore di discussione e dibattiti, un giovane cardiologo di nome Marco presentò la sua candidatura. Marco aveva una vasta esperienza nel campo della cardiologia e un approccio innovativo che avrebbe potuto portare importanti cambiamenti e progressi nella regione. L'associazione accolse con entusiasmo la sua candidatura e il consiglio decise di nominarlo come rappresentante ufficiale della regione. Tuttavia, non fu facile per Marco accettare l'incarico, dato che sapeva di dover affrontare molte sfide e difficoltà. Ma Marco non si arrese e, con la sua determinazione, il suo coraggio e la sua passione per il suo lavoro, riuscì a superare ogni ostacolo e ad esercitare il suo ruolo con grande successo. Grazie alla sua leadership, la regione toscana divenne un punto di riferimento nel campo della cardiologia, e i cittadini ne trassero grandi benefici. In definitiva, l'elezione del nuovo consiglio regionale dei medici cardiologi ospedalieri della Toscana dimostrò che la scelta di un rappresentante può essere difficile, ma con la giusta persona al timone, grandi cose possono essere realizzate".

Gabriele Grippo: Ieri sera condivisi un mio pensiero a Giancarlo (Casolo) sull'imaging dato che esistono anche AI (n.d.r.: Artificial

Intelligence) che da un prompt ti fanno disegni attingendo a tutte le immagini esistenti in rete con effetti straordinari (n.d.r.: mi riferisco al software Midjourney). La mia riflessione è che se volessimo potremmo smettere (forse) di fare diagnosi.

Comunque scusate il disturbo domenicale ma volevo condividere con Voi cose per me affascinanti.

Giancarlo Casolo: Bellissima composizione da parte Chat GPT! Ma mi chiedo come mai la scelta avviene sempre su un soggetto di sesso maschile. Non sarà una AI maschilista?

Le possibilità potenziali sono infinite... Credo che l'interazione con AI... Possa più rapidamente portare a strategie efficaci, riducendo la componente emotiva e l'errore

Gabriele Grippo: È quello che pensavo anche io mentre vi mandavo la risposta.

Giancarlo Casolo: Riguardo la diagnosi credo che Chat GPT e simili aprano scenari inediti di grande interesse ma anche di grandi sfide. Come si fa a confutare un ragionamento logico basato su miliardi di variabili e dati? Difficile competere. Sono necessarie nuove competenze e capacità. Ci resta solo l'aspetto manuale della professione? In attesa di applicazioni robotiche avanzate? Non credo si debba avere paura di essere messi da parte ma sicuramente occorre

far crescere le nostre competenze ed alzare lo sguardo oltre ciò che sono le esperienze già registrate e patrimonio di tutti. Come già accaduto con la rivoluzione industriale, il lavoro ripetitivo e usurante verrà sostituito da macchine e diagnosi e terapie automatiche. Avremo più tempo per studiare e dedicarci ad altro. Forse saremo anche troppi. Occorrerà fare attenzione a chi inserisce i dati in queste macchine, orientando scelte e modi di condurre la sanità. Occorrerà smascherare le fake news ed il pensiero debole. Sfide enormi ma necessarie se non vogliamo diventare esseri non pensanti alla stregua, purtroppo, di animali da allevamento.

Riguardo la diagnosi credo che Chat GPT e similari aprano scenari inediti di grande interesse ma anche di grandi sfide...

Carlotta Sorini Dini: Le possibilità potenziali sono infinite, occupandomi di shock, credo che l'interazione con AI anche in un setting acuto come l'UTIC possa più rapidamente portare a strategie efficaci, riducendo la componente emotiva e l'errore.

Marisa Carluccio: Quello che mi inquieta di una medicina basata sui big data è che pare il perfetto reciproco del "tailored" (su misura)... I dati di per sé potrebbero essere "dummies". Però credo che siano strumenti di grandissimo valore per

le procedure di "triage" e screening. **Leonardo Misuraca:** Analisi lucida e condivisibile. Si partirà dalle diagnosi, si arriverà alla robotica supervisionata anche per le branche interventistiche.

Maria Laura Canale: Io credo, essendo (vuoi o non vuoi il futuro), che dovremmo essere proattivi e cavalcare questi scenari. A questo proposito ho trovato molto utile il recente articolo sul GIC (*n.d.r.: si riferisce al seguente "L'intelligenza artificiale in cardiologia" 2022 Vol. 23 N. 10 Gian Luigi Nicolosi, Giancarlo Casolo G Ital Cardiol 2022;23(10):761-770 | DOI 10.1714/3881.38641*).

Enrica Talini: Mi fa un po' sorridere che tutti noi siamo interessati e affascinati da questo nuovo mondo, però poi veniamo obbligati a votare in presenza senza la possibilità di fare online (*n.d.r.: Enrica si riferisce alle prossime elezioni del Consiglio e all'impossibilità di una votazione a distanza*).

Gaia Magnaghi: A me un po' spaventa la possibilità che questi chatbot (*n.d.r.: software progettato per simulare una conversazione con un essere umano*) possano anche interpretare le emozioni di chi scrive.

Francesco Orso: Io sono un po' controcorrente... o almeno

prudente... ma il discorso sarebbe molto lungo... vedo grande potenziale dell'intelligenza artificiale e della simulazione nella formazione del medico e degli operatori sanitari. Credo che però nella pratica clinica ci siano aspetti

L'intelligenza artificiale ci pone nuove prospettive che devono essere valutate, pesate e contestualizzate per sfruttarne l'enorme potenziale in ambito sanitario

"emotivi" che concorrono in maniera determinante a guidare le strategie e che difficilmente possano essere colti e/o inquadrati da/con "sistemi artificiali"... ma come dicevo il discorso è un po' lungo.

Questo è stata la nostra conversazione sull'intelligenza artificiale, abbiamo voluto condividerla con Voi perché quello che pensavamo futuro pochi anni fa sta diventando già il nostro presente.♥





DALLE REGIONI - VENETO

DI FRANCESCO BACCHION, CLAUDIO PICARIELLO
E CLAUDIO BILATO A NOME DEL CONSIGLIO
DIRETTIVO REGIONALE ANMCO VENETO

Il Congresso Regionale è stato momento di consuntivo del Consiglio Direttivo uscente, che durante l'Assemblea per i Soci ANMCO Veneto ha elencato le numerose attività svolte nel biennio grazie all'impegno di tutti i consiglieri e la guida del Presidente, e il buon numero di nuovi Soci ANMCO acquisiti conseguentemente

Congresso Regionale ANMCO Veneto 2023: anche quest'anno un successo... di fine biennio!

Il programma del Congresso ha voluto abbracciare temi cardiologici di attualità e interesse che hanno spaziato dalla terapia anticoagulante, alla Cardiologia interventistica ed all'elettrostimolazione con le relative nuove tecniche, fino alle malattie rare come le cardiopatie congenite e l'ipertensione arteriosa polmonare

Si è tenuto a Padova il Congresso Regionale ANMCO Veneto 2023, nella già collaudata formula su due giorni. I lavori sono stati aperti dal Dott. Claudio Bilato, Presidente ANMCO Veneto, nel pomeriggio di venerdì 31 marzo 2023 per poi protrarsi fino al tardo pomeriggio di sabato 1 aprile 2023. Nutrita la schiera dei Relatori e la presenza di pubblico (Foto 1). Sono stati toccati in maniera molto esauriente le più recenti innovazioni tecnologiche e farmaceutiche in ambito cardiovascolare e si è cercato di fare luce sulle più

importanti controversie in ambito cardiologico degli ultimi mesi. Come è consuetudine ormai del Consiglio Direttivo, è stato dato molto spazio ai giovani, le "nuove leve" dell'ANMCO Regionale, abilmente e anche un po' "paternamente" guidati e introdotti da Cardiologi "diversamente giovani" in ANMCO. Ampio spazio è stato dato alle nuove sindromi emergenti, tra cui il MINOCA e l'amiloidosi cardiaca, alla terapia farmacologica dello scompenso cardiaco e dell'obesità, ai nuovi farmaci per l'aterosclerosi, alle nuove evidenze nel trattamento della dislipidemia

nel paziente post-ischemico. Sul versante della tecnologia si è parlato di nuove indicazioni per il trattamento della stenosi valvolare aortica e della chiusura dell'auricola sinistra, di nuovi devices per la cardiostimolazione (Foto 2), di nuove tecniche per l'ablazione della fibrillazione atriale, una su tutte l'elettroporazione, ma anche di nuove (o rinnovate) tecniche endovascolari quali la denervazione delle arterie renali nel trattamento dell'ipertensione arteriosa resistente. Non ci si è dimenticati della clinica (ANMCO



Foto 1 - La prima relazione del Congresso Regionale ANMCO Veneto 2023

non è solo superspecialistica, ma la casa di tutti i Cardiologi), con letture e relazioni riguardanti la gestione di sindromi complesse quali lo storm aritmico anche da parte di chi lavora sul territorio, l'extrasistolia ventricolare ma anche argomenti spesso dimenticati o di nicchia come il cardiopatico congenito adulto. Parallelamente la mattina del 1° aprile 2023 si è tenuta la sessione Cardionursing, preparatoria al Convegno Cardionursing del 6 maggio 2023. Gremita la sala con la presenza di infermieri provenienti da tutte le realtà Ospedaliere Venete (Foto 3). Da sempre ANMCO Veneto è fortemente motivato alle attività del Cardionursing anche grazie al lavoro di Sabrina Barro, Coordinatrice Infermieristica della Cardiologia di San Donà di Piave e da anni referente per l'area infermieristica in

ANMCO anche a livello nazionale. Appena prima dell'Assemblea societaria, ANMCO Veneto ha voluto

Il Congresso Regionale ANMCO Veneto tenutosi a Padova il 31 marzo e 1 aprile ha radunato circa 200 tra medici e infermieri, che si sono trattenuti fino al termine nonostante un clima quasi estivo nel pomeriggio di sabato

ringraziare il Dott. Aldo Bonso Direttore dell'U.O.C. Cardiologia di Feltre (BL), elettrofisiologo di fama internazionale e colonna dell'ANMCO Veneto e Nazionale, che si è congedato dalla sua attività nel Servizio Sanitario pubblico (ma non dalla professione di Medico Cardiologo). Dopo la sua lettura magistrale, introdotta dal Dott. Themistoklakis presidente

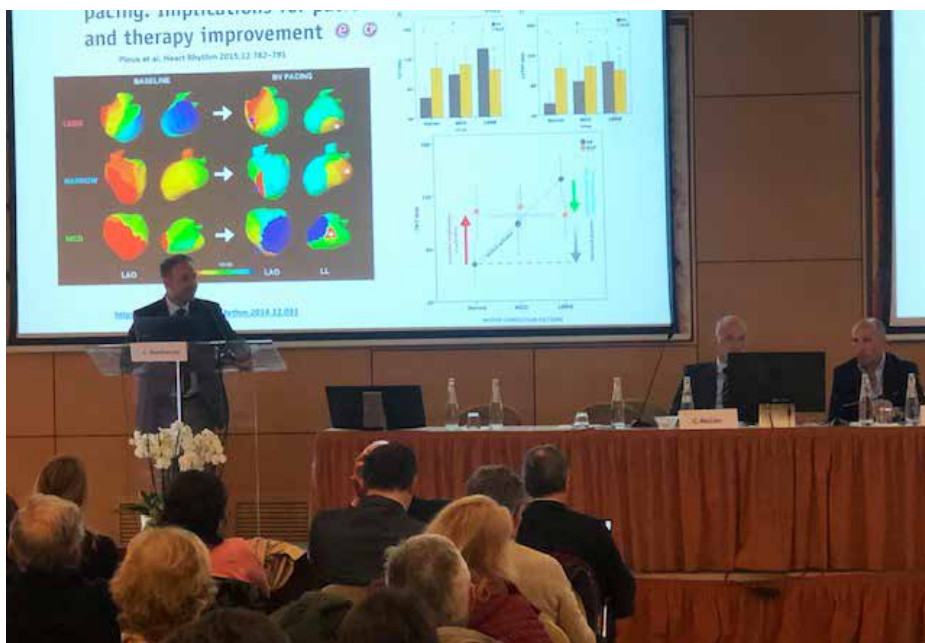


Foto 2 - Un momento della sessione sulla cardiostimolazione nel corso del congresso



Foto 3 - Uno scorcio della sala gremita per la sessione Cardionursing del Congresso Regionale

Nazionale AIAC, sulla storia dell'ablazione della fibrillazione atriale condotta da un professionista che non solo l'ha studiata ma che ha contribuito da protagonista al suo sviluppo, il Direttivo e tutto l'ANMCO Regionale Veneto, nella figura del Dott. Roberto Verlatto, gli hanno voluto tributare un sentito e caloroso grazie per il suo contributo all'Associazione e alla

Come è consuetudine ormai del Consiglio Direttivo, è stato dato molto spazio ai giovani, le "nuove leve" dell'ANMCO Regionale, abilmente e anche un po' "paternamente" guidati e introdotti da Cardiologi "diversamente giovani" in ANMCO

Cardiologia Veneta (Foto 4). Visibile la commozione negli occhi di tutti durante la consegna della targa ricordo. Momento fondamentale è stata l'Assemblea societaria che si è tenuta sabato 1 aprile 2023.

Il Presidente Claudio Bilato ha tracciato un bilancio consuntivo dei due anni di attività del Direttivo ANMCO Veneto (Foto 5). Un biennio intenso in cui sono stati organizzati molti eventi educazionali,



Foto 4 - La consegna della targa commemorativa alla carriera del Dott. Aldo Bonso della Cardiologia di Feltre da parte del Presidente Regionale



Foto 5 - Un momento dell'Assemblea Regionale ANMCO Veneto durante il congresso

Momento fondamentale è stata l'Assemblea societaria che si è tenuta sabato 1 aprile 2023: il Presidente Claudio Bilato ha tracciato un bilancio consuntivo dei due anni di attività del Direttivo ANMCO Veneto, ricchi di congressi, corsi itineranti e riunioni



Foto 7 - Un momento del coffee break nel corso dell'ultima giornata di lavori

a partire dal Congresso Regionale ANMCO Veneto 2022, il primo nella modalità in due giornate, passando per gli incontri della Rete delle UTIC del Veneto e i Sabati ANMCO sul Cardiopatico Congenito Adulto. Da segnalare anche l'evento Cardionursing 2022 a Schio e il primo convegno sullo Scompenso Cardiaco in Veneto

Anche quest'anno il Congresso Regionale, complice l'elezione del nuovo Consiglio Direttivo 2023-2025, ha saputo convogliare Soci ANMCO Veneto e infermieri da tutta la regione. Durante l'Assemblea il Presidente Regionale Dott. Claudio Bilato ha voluto omaggiare i consiglieri per il lavoro svolto nel biennio con una targa ricordo di ringraziamento

2022, al fine di creare una rete "Hub-and-Spoke" del paziente scompensato. Lavoro intenso, fondatosi su frequenti riunioni del Direttivo, coinvolgimento dei Soci con newsletter a cadenza bimestrale, organizzazione di eventi che si sono tradotti in un aumento dei Soci nel biennio 2021-2023 di 74 unità. Molto solida anche la



Foto 6 - La consegna della targa da parte del Presidente Regionale al Dott. Francesco Bacchion in segno di riconoscenza del lavoro svolto nel biennio concluso

situazione economica, che permette di lasciare una eredità importante al futuro Direttivo per migliorare ulteriormente l'offerta formativa ai Soci. Much attenzione è rivolta anche agli Infermieri, con l'organizzazione del Convegno Cardionursing 2023 a Schio il 6 maggio 2023 e con l'impegno di donare 20 posti per poter permettere ad altrettanti infermieri di poter partecipare al prossimo Congresso Nazionale ANMCO Veneto. L'Assemblea si è conclusa con la consegna di una targa ricordo da parte del Presidente a ciascun consigliere regionale (Foto 6). Il Congresso è proseguito nel pomeriggio di sabato 1° aprile con ancora relazioni interessanti e alla presenza ancora di un numero pubblico (Foto 7) nonostante una assoluta giornata dal sapore pre-estivo. Nel pomeriggio si sono

inoltre svolte le elezioni del nuovo Direttivo Regionale. Il Presidente ha concluso i lavori, puntualissimo, alle ore 17 del 1 aprile 2023 (Foto 8). Dopo l'importante l'esperienza di questo Direttivo, che ci ha anche permesso di cimentarci in attività non propriamente "cliniche", noi tre "giornalisti-pro-tempore" (Bilato-Bacchion-Picariello) non potevamo più essere rieletti per raggiunti limiti di mandato. Cediamo il testimone a chi vorrà continuare ad aggiornare "Cardiologia negli Ospedali", speriamo anche in modo migliore di quanto fatto da noi, con le attività del Consiglio Direttivo ANMCO Veneto



Foto 8 - Il Presidente Regionale ANMCO Veneto Dott. Claudio Bilato alla chiusura del congresso Regionale 2023



La soddisfazione di aver fatto qualcosa che valeva veramente la pena di fare

Perché è bello “stare” in ANMCO: intervista ad un Consigliere ANMCO Veneto al termine del suo mandato quinquennale

L'esperienza di Francesco per trasmettere ai Cardiologi più giovani la passione per ANMCO e la voglia di mettersi in gioco

Partecipare alla vita associativa di ANMCO non è sempre facile e avere anche una responsabilità elettiva e operativa a volte può essere davvero molto impegnativo. Soprattutto se sei un Consigliere regionale con un Presidente “demanding”. Casualmente, a latere di un recente convegno, mi sono messo a parlare con Francesco, circa la sua esperienza quinquennale di Consigliere ANMCO. Ne è nata quasi una vera intervista, qui riportata. Lo scopo è quello di trasmettere ai Cardiologi più giovani la passione per la nostra Associazione e la voglia di mettersi in gioco, anche proponendosi per ruoli istituzionali in ANMCO regionale e nazionale. Il Dott. Francesco Bacchion è un valente Cardiologo interventista che lavora

**Francesco Bacchion,
Cardiologo interventista,
racconta la sua esperienza
di Consigliere regionale
ANMCO Veneto nei due
mandati appena trascorsi
e come e quando si è
appassionato alla nostra
Associazione**

attualmente presso la Cardiologia dell'Ospedale di Legnago, della Azienda ULSS 9 Scaligera. Conosco Francesco da quasi 20 anni: lui era un giovane specializzando di Cardiologia e io il responsabile UOS Cardiologia Degenze della Clinica Cardiologica

di Padova. Ragazzo vivace ed estroso, medico curioso e acuto. È diventato un bravo Cardiologo! Mi lega un profondo affetto. Ecco cosa mi/ci racconta.

Francesco, come hai conosciuto ANMCO?

Mi avvicinai ad ANMCO nel 2013. Allora lavoravo da qualche anno presso la Cardiologia dell'ULSS 17 Este-Monselice. Mi fu chiesto di presentare un caso clinico al pomeriggio dedicato ai Casi Clinici dell'ANMCO, riservato ai Cardiologi under 40. Poi qualche anno più tardi (forse il 2016) il Dott. Loris Ronconi mi invitò a parlare al Congresso Regionale ANMCO Veneto – l'edizione aveva un titolo che ricordo bene “te toca a ti” – in cui un giovane Cardiologo emergente



Il dott. Francesco Bacchion (a sinistra) con il dott. Giorgio Morando, direttore UOC Cardiologia di Legnago (al centro) e il dott. Alberto Zamboni Responsabile UOS Emodinamica (a destra)

aveva come “padrini” due Cardiologi di chiara fama (quella volta furono il Dott. Carlon di Cittadella e il Dott. Marchese di Piove di Sacco). Fu grazie a questi eventi che mi appassionai all’Associazione e

che decisi che, se ve ne fosse stata l’occasione, un giorno mi sarei impegnato in prima persona.

E questa occasione, quando è successa?

Ricordo la telefonata del Dott.

Ritrovai il Dott. Claudio Bilato, che avevo conosciuto ai tempi della Scuola di Specialità a Padova dove era stato anche mio docente. Conoscendolo bene sapevo che bisognava rimboccarsi le maniche...

Maurizio Anselmi, credo fosse marzo 2018. Mi chiese in maniera molto diretta: “Vuoi candidarti Consigliere Regionale ANMCO per il prossimo biennio?”. Lo ringraziai e risposi di getto: “Sì Maurizio, va bene”. E così il mio nome comparve nella rosa dei candidati. Poi l’ansia. A mente fredda pensai: “Riuscirò a portare a termine anche questo incarico?”. Anche perché mia moglie allora era al quinto mese di gravidanza... Non ebbi il coraggio di dirle subito che avevo accettato di candidarmi... I voti poi furono parecchi, o meglio, più di quelli che immaginassi. Iniziava l’avventura del Consiglio Direttivo, con la presidenza del Dott. Sakis Themistoclakis. L’inizio del mandato è coinciso anche con la gioia per la nascita della piccola Laura Celeste, che adesso ha quasi 5 anni.

Come è stato il primo mandato come Consigliere?

Con il primo biennio (che poi si è trasformato in un triennio) l’impegno si è rivolto alla creazione delle reti cardiologiche regionali. Un obiettivo ambizioso che ci eravamo prefissati e che aveva (e ha) l’obiettivo di permettere un trattamento il più possibile omogeneo di una determinata

**“Vuoi candidarti Consigliere Regionale ANMCO per il prossimo biennio?”
Lo ringraziai e risposi di getto: “Sì, va bene”**

problematica cardiologica all'interno della Regione Veneto. Tutto questo culminò nella realizzazione degli Stati Generali di ANMCO Veneto dove Direttivo Regionale e Direttori delle UOC di Cardiologia del Veneto si riunirono in una lunga riunione plenaria per gettare le basi della futura organizzazione del sistema “Hub-and-spoke” delle principali patologie di interesse cardiologico. Non a caso il Congresso Regionale ANMCO Veneto 2019 ebbe come grafica una rete da calcio, richiamo all'ANMCO Veneto che fa rete (ma anche goal, ovvero risultato). Fitto fu in quel periodo anche il rapporto con le Istituzioni, in particolare con la Regione Veneto.

E poi?

Poi a febbraio 2020 successe quello che tutti sappiamo. L'arrivo del COVID fece crollare molte certezze, la seconda ondata in particolare, a partire da novembre 2020, mise in crisi l'organizzazione dell'assistenza ospedaliera. Molti Cardiologi (tra cui il sottoscritto) lavorarono anche in Reparti dedicati alla cura del COVID. Ma la rete delle Cardiologie Venete, grazie alla sinergia tra ANMCO e Regione Veneto e alla rete dello STEMI, resse bene, e si riuscì, nonostante le difficoltà, a dare risposta in maniera efficace alla patologia tempo-dipendente. L'attività associativa si ridusse, le riunioni ovviamente non si poterono



In un normale giorno di Lavoro In Emodinamica a Legnago

più organizzare in presenza. Ci confrontammo con nuove tecnologie, riunioni da remoto, formazione via webinar... Cose non immaginabili fino a qualche mese prima. Ma l'attività dell'Associazione, seppure a regimi ridotti, proseguì e quando fu possibile si cercò di organizzare simposi e congressi in presenza, sempre nel rispetto delle regole COVID. Ma la voglia di ritrovarsi in presenza era tanta, e i primi eventi dopo la “riapertura” furono quasi trionfali...

Intanto eri arrivato ad un “potenziale” secondo mandato...

Il biennio divenne un triennio

e nel 2021 si tennero le elezioni “virtuali”. Questa volta fu Sakis a chiedermi di ricandidarmi. Venni riconfermato e questa volta con maggiore consapevolezza. Ritrovai così alcuni vecchi amici e soprattutto il Dott. Claudio Bilato, che avevo conosciuto ai tempi della Scuola di Specialità a Padova dove era stato anche mio docente. Conoscendolo bene sapevo che bisognava rimboccarsi le maniche... Infatti fin da subito mi affidò il compito di creare le newsletter periodiche da spedire ai Soci, di tenere i rapporti con l'ANMCO Nazionale per la comunicazione e con “Cardiologia negli Ospedali”. Non ero molto



Con il Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Veneto e alcuni maestri ANMCO (ottavo da sinistra)

abituato, consapevole della mia timidezza e della poca propensione ai canali social... Ma è stato un modo per imparare anche qualcosa di nuovo e di integrare così il lavoro di Cardiologo Interventista. Credo che anche grazie a questo lavoro, fortemente voluto dal Presidente Regionale, oltretutto all'impegno del Direttivo nel perseguire gli obiettivi soprattutto in ambito formativo, l'ANMCO si sia consolidata e si sia fatta conoscere anche tra i Colleghi più giovani. Infatti i Soci a

livello regionale sono aumentati in questo biennio di qualche decina, soprattutto tra gli under 40.

Alla fine, qual è il bilancio della Tua esperienza?

Resta un'esperienza entusiasmante, cinque anni in ANMCO vissuti in prima persona, moltissime persone conosciute, vecchie amicizie ritrovate e molte di queste rafforzate. Certo tanto duro lavoro che si somma a quello del Cardiologo Ospedaliero, in tempi non facili come tutti ben sappiamo. Ma è indubbia la

soddisfazione di averlo fatto per qualcosa che valeva veramente la pena di fare.♥

Un'esperienza entusiasmante, cinque anni in ANMCO vissuti in prima persona, moltissime persone conosciute, vecchie amicizie ritrovate e molte di queste rafforzate



Il criterio migliore per la rivascolarizzazione completa è anatomico o fisiologico?

Anatomia o fisiologia? Il duello continua nel FRAME-AMI trial

Confronto tra rivascolarizzazione guidata da angiografia o da riserva frazionale di flusso nel paziente con infarto miocardico e malattia multivasale

561 pazienti affetti da infarto miocardico e malattia multivasale sono stati randomizzati a guida angiografica o funzionale per la rivascolarizzazione delle lesioni non correlate all'infarto

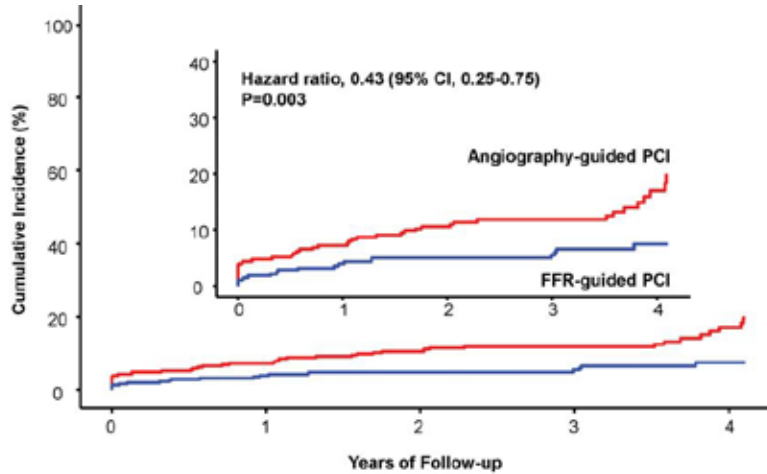
A 3.5 anni di follow-up, la guida funzionale è risultata associata a ridotta incidenza di morte, infarto, nuova rivascolarizzazione rispetto alla guida angiografica

Un ulteriore tassello si è aggiunto alla rivalità decennale tra approccio anatomico e approccio fisiologico nella valutazione della malattia coronarica. IL FRAME-AMI trial (<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehac763>), recentemente apparso su European Heart Journal, ha confrontato la valutazione anatomica (stenosi coronariche maggiori del 50%) con l'indagine funzionale (fractional flow reserve, FFR) in pazienti con infarto miocardico (STEMI e NSTEMI) e malattia multivasale. Il quesito posto dagli Autori è: come definire "completa" una rivascolarizzazione? Dopo aver trattato efficacemente la lesione responsabile di

infarto, i pazienti venivano randomizzati a rivascolarizzazione delle stenosi rimanenti mediante approccio guidato dalla sola angiografia, oppure guidato da FFR: nel primo gruppo, venivano trattate con angioplastica tutte le stenosi maggiori del 50%; nel secondo gruppo, solo le stenosi maggiori del 50% e con $FFR \leq 0.80$. Quale, tra questi due gruppi di pazienti, ha esiti clinici migliori? Riformulando: se vogliamo raggiungere la rivascolarizzazione "completa" nel paziente con infarto e malattia multivasale, dobbiamo rivascolarizzare tutte le stenosi maggiori del 50% oppure è sufficiente trattare solo quelle funzionalmente significative?

561 pazienti sono stati randomizzati 1:1 e seguiti fino a 3.5 anni di follow - up. L'endpoint composito primario (morte, infarto, nuova rivascolarizzazione) è risultato minore nel braccio "FFR-guided" rispetto al braccio "angio-guided" (7.4% vs. 19.7%, rispettivamente; $P = 0.003$). Dunque, i pazienti che vengono sottoposti a rivascolarizzazione completa sotto guida funzionale (FFR) vanno meglio di quelli rivascolarizzati sotto guida esclusivamente anatomica/angiografica. I risultati ribaltano quelli del FLOWER-MI trial (DOI:10.1056/NEJMoa2104650), in cui la rivascolarizzazione guidata da FFR delle lesioni non responsabili di infarto non aveva mostrato vantaggi rispetto alla sola guida angiografica. A onor del vero, gli stessi autori del FLOWER-MI avevano invitato alla cautela, consci del

La riserva frazionale di flusso è un valido strumento diagnostico nel paziente con infarto miocardico e malattia multivasale



No. at Risk

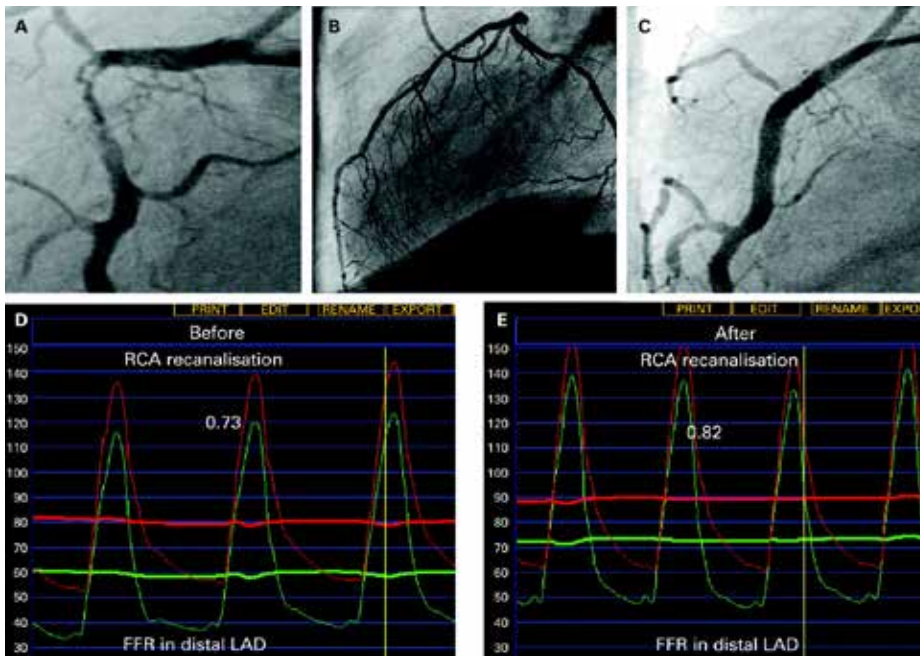
Angiography-guided PCI	278	257	223	173	74
FFR-guided PCI	284	271	237	186	79

FRAME-AMI trial

follow – up a breve termine (1 anno) e della popolazione più selezionata (solo STEMI). Vantaggi “collaterali” della strategia FFR-guided, nel FRAME-AMI, sono stati la minor quantità di mezzo di contrasto somministrato e il minor

numero di stent impiantati. A questo punto, è tempo di fare delle considerazioni pratiche, utili sia in sala di emodinamica che in reparto:

1. la rivascularizzazione completa, nei pazienti con infarto miocardico



De Bruyne, HEART, 2007

L'endpoint composito primario (morte, infarto, nuova rivascularizzazione) è risultato minore nel braccio “FFR-guided” rispetto al braccio “angio-guided”

acuto (STEMI e NSTEMI) migliora la prognosi;
 2. la valutazione funzionale con FFR è uno strumento molto utile (se non irrinunciabile) nella valutazione delle stenosi coronariche intermedie (50-70 %);
 3. la valutazione funzionale mediante FFR è applicabile anche nel paziente con sindrome coronarica acuta;
 4. una stenosi coronarica angiograficamente critica (classicamente definita come maggiore del 75%) in un segmento coronarico prossimale che sottende un ampio territorio miocardico, non necessita di valutazione funzionale propedeutica alla rivascularizzazione;
 5. sforziamoci sempre di contestualizzare l'anatomia coronarica con il paziente nel suo complesso prima di rivascularizzare una lesione non responsabile di infarto: rischio emorragico, rischio trombotico, complessità tecnica della rivascularizzazione, comorbidità, aspettativa di vita sono fattori da tenere in considerazione.
 L'unica lesione che va rivascularizzata subito è quella che causa l'infarto, sulle altre si deve ragionare.♥

IL FRAME AMI trial ha confrontato la valutazione anatomica con l'indagine funzionale in pazienti con infarto miocardico e malattia multivasale



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

Parte settima: 1999-2003

Tra la fine degli anni ‘90 e l’inizio degli anni 2000 l’Associazione è attiva a “pieno regime”, in tutte le sue componenti e le sue articolazioni: Organismi Direttivi Nazionali e Regionali, Management, Centro Studi, Delegazione FIC, Fondazione, Commissioni, Aree. In un contesto normativo caratterizzato dalla implementazione della Riforma Ter (*Parole Chiave: Aziendalizzazione, Accreditemento, Ruolo Unico, Formazione Continua*) - **Riforma Ter: quello che i Cardiologi Ospedalieri devono sapere** (Notiziario N. 114 - settembre 1999, pagine 1-3), l’operatività dell’Associazione si esprime con due aspetti particolarmente qualificanti: - sviluppo di rapporti collaborativi con Associazioni ed Enti, - ideazione e realizzazione di progetti innovativi.

Dalla collaborazione tra ANMCO e **Società Italiana di Medicina Generale** e tra ANMCO e **FADOI** (*Federazione delle Associazioni dei Dirigenti Ospedalieri Internisti*) derivano iniziative di formazione, organizzazione e pratica clinica nel campo dello **Scompenso Cardiaco**: “Linee Guida sullo Scompenso Cardiaco

in Medicina Generale; Forum di aggiornamento interattivo “Scompenso Cardiaco: dai dati epidemiologici alla selezione di appropriati percorsi diagnostico-terapeutici” - Area Scompenso Cardiaco. I traguardi raggiunti e quelli all’orizzonte, M. Scherillo (Notiziario N. 111 - dicembre 1998, pagine 24-29). Nella sede dell’Istituto Superiore di Sanità, a Roma, si svolge la **Seconda Conferenza sulla Prevenzione della Cardiopatia Ischemica**, intitolata al Prof. Giorgio Antonio Feruglio: “... con la presentazione ai rappresentanti delle Istituzioni, delle Società Scientifiche e delle componenti rappresentative della Comunità di un itinerario culturale in quattro sessioni a sostegno della proposta di un programma pratico da sviluppare e attuare nel nostro Paese” - D. Vanuzzo (Notiziario N. 112 - marzo 1999, pagine 1-3).

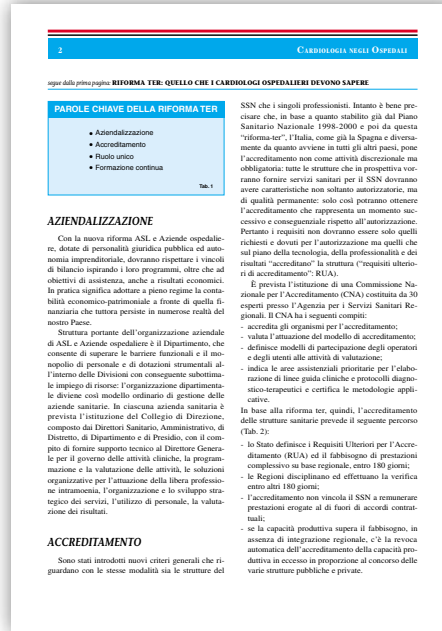
La Seconda Conferenza dà concretezza operativa alla collaborazione tra ANMCO e **ISTISAN** con la successiva realizzazione del progetto dell’**Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare Italiano**: “Trentacinque Centri hanno completato le operazioni previste dal protocollo

operativo [...] Presso l’Istituto Superiore di Sanità è stato messo a punto il modello per stimare la prevalenza e l’incidenza della patologia coronarica nelle Regioni italiane, [...] Con il completamento della raccolta dei dati sui fattori di rischio e delle stime regionali si prevede di realizzare l’Atlante Italiano delle Malattie Cardiovascolari...” - Area Prevenzione. Stato di avanzamento del programma di attività, D. Vanuzzo (Notiziario N. 115 - dicembre 1999, pagine 26-27). Il *Registro dei Pacemakers e dei Defibrillatori* e il *Registro delle ablazioni transcatetere* rappresentano un’altra forma di collaborazione tra ANMCO e, questa volta, una Associazione di settore, l’**AIAC** (*Associazione Italiana di Aritmologia e Cardioritmo*) - **Area Aritmie. Il programma dell’Area**, M. Santini (Notiziario N. 113 - giugno 1999, pagina 11). Pur se accompagnati da valutazioni critiche, rapporti di collaborazione si sviluppano anche con le **Industrie Farmaceutiche** nel campo della ricerca clinica: “Il rischio che giustamente Marco Bobbio fa notare può essere quello di legare il nome della nostra Associazione ad iniziative scientifiche di cui si ha uno scarso controllo della



Notiziario n.114 - settembre 1999, pag. 1

conduzione, produzione e analisi dei dati. [...] Forse, [...], la definizione di regole precise per la concessione degli endorsement potrebbe costituire un elemento di maggior chiarezza sia per gli iscritti alla Associazione che per le industrie farmaceutiche che li richiedono” - **Gli endorsement dell'ANMCO**, A.P. Maggioni (Notiziario N. 114 - settembre 1999, pagine 4-5). Dal consolidamento dei rapporti tra ANMCO e SIC nasce l'**Italian Heart Journal**: “... Gli affezionati lettori del **Giornale Italiano di Cardiologia** e di **Cardiologia** hanno il diritto di conoscere i retroscena, le motivazioni e gli obiettivi di una decisione forse non sorprendente, ma certamente inattesa e sicuramente non prevista un paio di anni fa. [...] Ci trovammo quindi d'accordo nel ritenere che fosse giunto il momento di considerare in modo estremamente serio, pur consci dei numerosi ostacoli, la possibilità di superare la realtà e tradizione dei due giornali e di muoverci



Notiziario n.114 - settembre 1999, pag. 2

nella direzione di crearne uno solo che potesse però rispondere a tutte le esigenze dei cardiologi italiani” - N. Mininni, P.J. Schwartz (Notiziario N. 115 - dicembre 1999, pagine 1-2). Altra interazione quella con il **Ministero della Pubblica Istruzione** nell'ambito del **Progetto “Io, il mio cuore e...”** promosso dalla Fondazione, che, nel frattempo ha preso la denominazione di **Heart Care Foundation** ed ha assunto una specifica configurazione con un “Consiglio di Amministrazione costituito da cinque membri (due dei quali Cardiologi nominati dal Consiglio Direttivo dell'ANMCO e due laici, scelti dall'Assemblea. Il Presidente viene identificato dal Socio fondatore promotore...”, che “... è l'ANMCO”, e con la “missione” di “... futuro braccio operativo dell'ANMCO, che colma quel gap operativo dell'Associazione sulla popolazione italiana generale in tema di prevenzione delle malattie



Notiziario n.111 - dicembre 1998 pag. 24

cardiovascolari”, M. Santini (Notiziario N. 117 - giugno 2000, pagine 8-9). Le **Aree** esprimono grande creatività, ideando e realizzando una serie di progetti, tra cui:

- “**Il Progetto G8 Cardio-ANMCO** (già G7) – e il suo sottoprogetto, **Registro delle UTIC** – hanno registrato un ulteriore importante sviluppo...” - **Area Informatica**, M. Tubaro (Notiziario N. 118 - settembre 2000, pagina 10).
- “... il **progetto educativo itinerante Forum Questions&Answers** - **Appropriatezza, fattibilità e costo/ utilità delle procedure diagnostiche e dei trattamenti nelle sindromi coronariche acute**” che si svolgerà in 11 città italiane nel periodo autunno 2000 - primavera 2001” - **Area Management & Qualità**, M. Scherillo (Notiziario N. 118 - settembre 2000, pagina 11).
- “**Il Progetto PROCARDIS** - a

CARDIOLOGIA NEGLI OSPEDALI

A ROMA LA SECONDA CONFERENZA SULLA PREVENZIONE DELLA CARDIOPATIA ISCHEMICA

La Seconda Conferenza Nazionale sulla Prevenzione della Cardiopatia Ischemica indotta al Prof. Giorgio Antonini Ferroggio sarà, come la precedente, tipo "Workshop" con la partecipazione ai rappresentanti delle Istituzioni, delle Società Scientifiche e delle componenti rappresentative della Comunità di un itinerario culturale in quattro sessioni a sostegno della proposta di un programma pratico da sviluppare e attuare nel nostro Paese.

- 1. Il tema di questa conferenza è "La prevenzione della cardiopatia ischemica in area cardiologica". La conferenza si concluderà con la "Proposta della Comunità Cardiologica Italiana"...

di Diego Mancuso

CARDIOLOGIA NEGLI OSPEDALI

AREA PREVENZIONE Stato di avanzamento del programma di attività

Diego Mancuso - Chairman Sergio Pade - Co-Chairman

- 1. Il Comitato Nazionale sulla Prevenzione della Cardiopatia Ischemica... 2. Conferenza "Worldwide Endovascular Cardiovascular Epidemiology and Prevention"...

CARDIOLOGIA NEGLI OSPEDALI

AREA ARITMIE

Chiara Masetti - Presidente Massimo Santilli - Presidente

Comitato di Coordinamento dell'Area Aritmie... 1. Conferenza "Worldwide Endovascular Cardiovascular Epidemiology and Prevention"...

Notiziario n.112 - marzo 1999, pag. 1 family-based study to investigate the genetic basis of Precocious Coronary Artery Diseases - [...] è ormai entrato nella sua fase attiva" - Area Genetica, M.G. Franzosi

Notiziario n.115 - dicembre 1999, pag. 26 (Notiziario N. 121 - maggio 2001, pagine 19-20). - "In questi sei mesi l'Area Emergenza-Urgenza ha dedicato molte energie al Progetto Educazionale in tema

Notiziario n.113 - giugno 1999, pag. 11 di Arresto Cardiaco, curando la messa a punto dei Corsi BLS-D ed ACLS secondo le Linee Guida ILCOR pubblicate su Circulation nell'agosto 2000." - Area Emergenza-

CARDIOLOGIA NEGLI OSPEDALI

DAL CENTRO STUDI

Gli endorsement dell'ANMCO

La nostra migliore perché queste azioni possono concretizzarsi con successo è affidare la conduzione dello studio ad un professionista di livello internazionale che è in grado di gestire i rischi di questo tipo di studi...

Il contesto attuale della ricerca farmaceutica a livello internazionale

La tendenza attuale è quella di sviluppare molto rapidamente le molecole, che presentano maggiori possibilità di passare dalla ricerca all'utilizzo clinico, basandosi sul grado di rischio delle diverse fasi della ricerca farmaceutica...

Gli aspetti positivi di una partecipazione diretta ai progetti multinazionali

La partecipazione diretta ai progetti multinazionali è un'opportunità per le nostre Associazioni. Insieme ad un singolo ricercatore hanno la possibilità di accedere a risorse umane e finanziarie che non avrebbero potuto ottenere da soli.

CARDIOLOGIA NEGLI OSPEDALI

ITALIAN HEART JOURNAL

di Nicola Minini, Peter J. Schwartz

Ma perché? Ecco le nostre ipotesi: Gli afferenti del Gruppo Italiano di Cardiologia e di Cardiologia hanno il diritto di conoscere i retroscena, le motivazioni e gli obiettivi di una decisione forse non sorprendente, ma certamente inattesa e sicuramente non prevista un paio di anni fa.

È questa domanda che cercheremo di rispondere. Alla base dell'idea di unificare l'editoria scientifica della Cardiologia Italiana vi sono ragioni di pari importanza che si stratagemma delle due Società, ANMCO e SIC. I ipotesi di un giornale unico era già emersa in una riunione della Federazione Italiana di Cardiologia tenutasi in Francia. L'idea era tuttavia assai vaga e la sua attuazione estremamente incerta nei tempi e nei modi.

Entrambi i giornali esistono progressivamente migliorati grazie ai grandi sforzi dei rispettivi comitati direttivi. È ora anche necessario ammettere che entrambi avevano delle incertezze debolacce.

- 1. Dal Congresso 2.1 - Dal Centro Studi 2.1 - Dalle Aree 2.1 - Dalle Regioni 2.1 - Forum Sindacato e Organizzativo

ASTRA FARMACITICS BAYER ITALIA BOEHRINGER INGENHEIM BRESTO-MIERS SQUIBB KNOLL FARMACITICS MERCK SHARP & DOHME PARKE-DAVIS PFIZER ITALIA ZENCA SERVIER ITALIA SMITHKLINE BEECHAM ZENCA

CARDIOLOGIA NEGLI OSPEDALI

HEART CARE FOUNDATION

La Fondazione Italiana per la lotta alle Malattie Cardiovascolari

Una recente discussione tenutasi durante il Consiglio Direttivo dell'ANMCO è emersa l'importanza di chiarire meglio l'origine, le finalità e le modalità operative della Heart Foundation di Salsomaggiore.

La Heart Care Foundation è una vera e propria fondazione (riconosciuta all'AILP, per la lotta alla leucemia, all'ANALDIS per la lotta all'AIDS, ecc.) avente come scopo principale la divulgazione della cultura cardiologica alla popolazione generale.

Una Fondazione non dovrebbe rivolgersi ai medici, così come una Associazione Scientifica (come l'ANMCO) non dovrebbe rivolgersi alla popolazione generale o non occasionalmente.

Per colmare questo gap tra compiti di una associazione scientifica e necessari obiettivi della popolazione, il Consiglio Direttivo dell'ANMCO, da un presidente, decide di creare la "Heart Care Foundation" e di demandare la gestione del settore educativo-preventivo a quanto riguarda la popolazione non medica.

Dal 1990, la Heart Care Foundation è gestita da un Consiglio di Amministrazione costituito da cinque membri del Consiglio Direttivo dell'ANMCO e da due rappresentanti dell'ANMCO e due laici, eletti dall'Assemblea.

Il Presidente viene identificato dal Socio Fondatore promotore e non deve essere necessariamente un Card

Notiziario n.114 - settembre 1999, pag. 4

Notiziario n.115 - dicembre 1999, pag. 1

Notiziario n.117 - giugno 2000, pag. 8

CARDIOLOGIA NEGLI OSPEDALI

AREA INFORMATICA

Il progetto G8 Cardio-ANMCO

Il progetto G8 Cardio-ANMCO - è il suo sottoprodotto. Registro delle UTIC - hanno registrato un ulteriore importante sviluppo con la trasformazione della Commissione per le Tecnologie dell'Informazione in Area Informativa. La decisione del precedente Direttore dell'ANMCO di creare un'Area rivolta specificamente alle nuove tecnologie informatiche e telematiche assicura l'importanza crescente delle nuove realtà tecnologiche nella pratica clinica quotidiana e nello sviluppo scientifico e organizzativo di un'Associazione importante come l'ANMCO.

Come sanno i nostri Soci, le **128 UTIC** che partecipano al Registro delle UTIC sono state messe in Internet e dotate di Personal Computer, modem, letterplotter di cardi e card cardiologiche. Il software relativo è stato completamente sviluppato, presentato ufficialmente al Congresso ANMCO 2000 e reso disponibile sul sito ANMCO nel Web per tutti i centri partecipanti.

L'ANMCO ha creato un **Centro Nazionale di Coordinamento** di questo progetto che, insieme all'assistenza informatica dell'Agilent Technologies Italia, consente alle 128 UTIC partecipanti di avere il massimo supporto nella loro partecipazione al Registro delle UTIC.

Lo sviluppo del progetto prevede, in tempi rapidi, i seguenti passaggi:

- **implementazione del software per "Registro delle UTIC" e "G8 Cardio-ANMCO"** in un unico software, che consenta sia di partecipare al Registro delle UTIC sia di gestire in modo completo il database clinico dei singoli centri.
- **implementazione del card G8 Cardio-ANMCO**, che consenta solo di analizzare, quelli relativi alle emergenze cardiologiche, al gruppo sanguigno e alle eventuali intolleranze. Questo card funzionerà da chiave di accesso al database e al "pivot" per l'identificazione dei dati dei pazienti.
- **lo sviluppo della nuova card** faciliterà notevolmente il nuovo informatore del Cardiology, perché consentirà di consegnare la card al paziente e di consegnare l'...

CARDIOLOGIA NEGLI OSPEDALI

AREA MANAGEMENT & QUALITÀ

Sindromi Coronariche Acute: scegliamo insieme un appropriato percorso diagnostico-terapeutico

L'Area Management & Qualità dell'ANMCO ha varato il progetto educativo/informativo "FORUM QUESTIONS & ANSWERS - Appropriata diagnosi, fibrinolitici e cardioprotettori: procedure diagnostiche e terapeutiche nelle sindromi coronariche acute" che si svolgerà in 11 centri italiani nel periodo autunno 2000-primavera 2001. Di seguito viene riportato l'ordine dell'attività:

OBBIETTIVO

Confronto ai Cardiologi di fronte a casi di disassistenti e confronto su aspetti gestionali e clinici inerenti la realizzazione di appropriati percorsi diagnostico-terapeutici per i pazienti con angina instabile ed infarto miocardico acuto.

FORUM Q & A

Appropriatezza, fibrinolitici e cardioprotettori nelle sindromi coronariche acute e trattamento delle sindromi coronariche acute

PROGRAMMA TIPO DELLA GIORNATA

09:00-09:30 Tema 1: Identificazione prognostica
10:00-10:30 Tema 2: Trattamento farmacologico
10:30-11:00 Tema 3: Fibrinolisi
11:00-11:30 Caffè-break
11:30-11:45 Tema 4: Fibrinolisi
11:45-12:00 Discussioni
12:00-12:30 Spagnoli
12:30-13:00 Tema 5: Spagnoli
13:00-13:30 Tema 6: Spagnoli
13:30-14:00 Tema 7: Spagnoli

GENETICA

Lo STUDIO PROCARDIS

Il progetto PROCARDIS - a family-based study to investigate the genetic basis of Precocious Coronary Artery Disease - dopo l'incontro del 14 febbraio scorso a Milano, che ha visto la partecipazione di Cardiologi di 130 Centri tra UIC, Cardiologia e Centri di Riabilitazione, è ormai entrato nella sua fase attiva. Il progetto si colloca nella continuità della tradizione del GISSI per quanto riguarda la logica di collaborazione tra l'ANMCO e l'Istituto Mario Negri ed è nello stesso tempo profondamente innovativo in quanto coincide con il primo grande iniziativa nel campo della epidemiologia genetica cardiovascolare a livello internazionale. Come dovrebbe essere ormai noto più o meno a tutti, il PROCARDIS è infatti un consorzio di ricerca tra:

- l'ISSI, l'Università di Oxford,
- l'Università di Münster e il Karolinska Hospital di Stoccolma,
- l'Università di Padova,
- l'Università di Milano,
- l'Università di Bologna,
- l'Università di Firenze,
- l'Università di Roma.

Il progetto PROCARDIS si pone come uno dei più importanti progetti di ricerca in cardiologia in Italia e in Europa. Il suo obiettivo è identificare i geni coinvolti nella malattia coronarica attraverso un'analisi di tutto il genoma di almeno 1000 famiglie. Il progetto PROCARDIS è una struttura informatica che collabora con le strutture di ricerca, le tecnologie, scientifiche ed informatiche. Lo studio prevede:

1. la raccolta di dati clinici, epidemiologici e genetici;
2. l'analisi di tutto il genoma;
3. la identificazione dei geni coinvolti nella malattia coronarica;
4. la validazione dei geni coinvolti nella malattia coronarica;
5. la identificazione dei geni coinvolti nella malattia coronarica;
6. la identificazione dei geni coinvolti nella malattia coronarica;
7. la identificazione dei geni coinvolti nella malattia coronarica;
8. la identificazione dei geni coinvolti nella malattia coronarica;
9. la identificazione dei geni coinvolti nella malattia coronarica;
10. la identificazione dei geni coinvolti nella malattia coronarica;

Notiziario n.118 - settembre 2000, pag. 10

Urgenza, F. Chiarella (Notiziario N. 122-123 luglio/settembre 2001, pagine 10-11).

In campo anche le **Regioni**, il cui attivismo è attestato dai **123**

Notiziario n.118 - settembre 2000, pag. 11

articoli pubblicati su "Cardiologia negli Ospedali" nel quinquennio 1999-2003, nei quali vengono riportate e descritte le attività sia di iniziativa e valenza territoriale

Notiziario n.121 - maggio 2001, pag. 19

sia di regionalizzazione di progetti centrali. Da tutto ciò emerge l'elevato grado di **complessità** raggiunto dalla struttura organizzativa e gestionale dell'Associazione alla fine del **quarto**

EMERGENZA-URGENZA

PROGETTO EDUCAZIONALE DELL'AREA EMERGENZA-URGENZA

In questi mesi l'Area Emergenza-Urgenza ha dedicato molte energie al Progetto Educativo in tema di Arretrati Cardiaci, curando la messa a punto dei Corsi BLS-D ed ACLS secondo le Linee Guida ILCOR pubblicate su Circolazione nell'aprile 2000. Un gruppo di istruttori di grande esperienza ha preparato l'apposito Manuale dell'ANMCO ed il relativo materiale didattico, rivisto e rielaborato in cinque giorni di lavoro di gruppo. Una apposita Commissione, indicata dal Presidente dell'ANMCO, ha valutato i contenuti e selezionato le domande degli istruttori che hanno chiesto di aderire e supportare le iniziative educative dell'Area Emergenza-Urgenza.

Il progetto educativo dell'Area Emergenza-Urgenza ha dedicato molte energie al Progetto Educativo in tema di Arretrati Cardiaci, curando la messa a punto dei Corsi BLS-D ed ACLS secondo le Linee Guida ILCOR pubblicate su Circolazione nell'aprile 2000. Un gruppo di istruttori di grande esperienza ha preparato l'apposito Manuale dell'ANMCO ed il relativo materiale didattico, rivisto e rielaborato in cinque giorni di lavoro di gruppo. Una apposita Commissione, indicata dal Presidente dell'ANMCO, ha valutato i contenuti e selezionato le domande degli istruttori che hanno chiesto di aderire e supportare le iniziative educative dell'Area Emergenza-Urgenza.

CONVENTION ISTRUTTORI BLS-D ED ACLS ANMCO
Firenze 29 settembre 2001
Sede ANMCO - Via La Marmora, 36 - Firenze

PROGRAMMA

Mattino

09:00 F. Chiarella: Il Progetto Educativo dell'Area Emergenza/Urgenza ANMCO
09:15 F. Verzola: Le funzioni del Comitato Scientifico, del Direttore di Corso e degli Istruttori
09:30 M. Barattini, R. Ricci: Peculiarità del corso BLS-D ANMCO
09:45 F. Bandini, G. Fratelli: Peculiarità del corso ACLS ANMCO
10:00 Discussione
10:45 Break
11:00 La parola alle Regioni: interventi dei partecipanti per conoscere realtà ed esigenze regionali
11:45 Discussione
12:30 Break

Pomeriggio

14:00 F. Mazzarelli: Gli Istruttori ed il compito di formare
Il processo di formazione e le specificità dell'apprendimento negli adulti: obiettivi, metodologia, animazione e conduzione formative, tecniche di valutazione
Discussione moderata da F. Ciccone e N. Neglia
16:00 Break
16:15 F. Chiarini: Sintesi della Convention e Calendario delle imminenti attività
17:00 Fine lavori

CARDIOLOGIA NEGLI OSPEDALI

CONGRESSO NAZIONALE DI CARDIOLOGIA

XXXIII DELL'ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDIOLOGI OSPEDALIERI

FIRENZE - FORTEZZA DA BASSO
20-23 Maggio 2001

MEMBRI CONSIGLIO DIRETTIVO ANMCO BIENNIO 2000-2002

PRESDIRETTORE
Dott. GIAN LUIGI NICOLINI
Via La Marmora, 36 - 50123 Firenze
Tel. 055 571738
Fax 055 575734
e-mail: segreteria@anmco.it

VICE PRESDIRETTORE
Dott. ALESSANDRO BOCCELLI
Via G. Giacomini, 1 - 00187 Roma
Tel. 06 49811111

VICE PRESDIRETTORE
Dott. NICOLA MINELLI
Via S. Maria, 2 - 00187 Roma
Tel. 06 49811111

VICE PRESDIRETTORE
Dott. ANTONIO FERRILLI
Via S. Maria, 2 - 00187 Roma
Tel. 06 49811111

VICE PRESDIRETTORE
Dott. MARCO BIANCHI
Via S. Maria, 2 - 00187 Roma
Tel. 06 49811111

VICE PRESDIRETTORE
Dott. MARCO CAVALLO
Via S. Maria, 2 - 00187 Roma
Tel. 06 49811111

VICE PRESDIRETTORE
Dott. FRANCESCO MAZZARELLI
Via S. Maria, 2 - 00187 Roma
Tel. 06 49811111

VICE PRESDIRETTORE
Dott. GIANFRANCO GAZZONI
Via S. Maria, 2 - 00187 Roma
Tel. 06 49811111

VICE PRESDIRETTORE
Dott. CARLO MANTOVANI
Via S. Maria, 2 - 00187 Roma
Tel. 06 49811111

VICE PRESDIRETTORE
Dott. GIUSEPPE PERRAZZO
Via S. Maria, 2 - 00187 Roma
Tel. 06 49811111

VICE PRESDIRETTORE
Dott. ANTONIO MARRAS
Via S. Maria, 2 - 00187 Roma
Tel. 06 49811111

VICE PRESDIRETTORE
Dott. MASSIMO DI BERNARDI
Via S. Maria, 2 - 00187 Roma
Tel. 06 49811111

VICE PRESDIRETTORE
Dott. PIETRO DONZINI
Via S. Maria, 2 - 00187 Roma
Tel. 06 49811111

SECRETARIA
PROGRAMMA SCIENTIFICO:
ANMCO
Via La Marmora, 36
50123 Firenze
Tel. 055 571738
Fax 055 575734
e-mail: segreteria@anmco.it

DIREZIONI

ECO srl
Via La Marmora, 36
50123 Firenze, Italy
Tel. 055 580334
Fax 055 579734
e-mail: amministrazione@anmco.it

VIAGGI
ORBITAL
Via Martignetti, 7
50123 Firenze
Tel. 055 505511
Fax 055 505122 / 055 570227

Si ricorda che è possibile inviare le comunicazioni anche consultando le pagine web all'indirizzo:
<http://www.oic.it/cna2001>

Deadline per l'invio: 15 maggio 2001

DAL PRESIDENTE

... DOPO UN ANNO DI ATTIVITÀ (PASSATO IN FRETTA!)
Ad un anno dall'insediamento del nuovo Consiglio Direttivo è doveroso tentare un primo bilancio delle attività svolte sino ad ora

Questo è stato senz'altro un anno particolarmente intenso e ricco di iniziative, che ha visto coinvolto tutto il Consiglio Direttivo, come sempre, dedizione ed entusiasmo del Presidente Onorario, Alessandro Boccellini, del Vice-Presidente Nicola Minelli, del Vice-Presidente Salvatore Pirelli e Mario Scattola, al Segretario Gianfranco Gazzoni, al Tesoriere Francesco Mazzarelli, al Consigliere Giancarlo Chiarini, Carlo D'Agostino, Giuseppe D'Antonio, Antonio Maffei, Massimo Zotti, Pietro Zanini.

Ciò è stato possibile sia per la disponibilità dei singoli, sia grazie al potentissimo e interseccato dei contatti e degli incontri, pluri e a gruppi, sia nella sede di Firenze, sia utilizzando le nuove modalità telematiche (videoconferenze, Internet, ecc.). La messa in atto di questa fitta rete di comunicazione da una parte considerata già come un risultato significativo, anche se sicuramente migliorabile, e ha facilitato il lavoro di "quadra" e la discussione e condivisione delle problematiche sul campo, oltre ad aver permesso di arrivare a decisioni importanti e strategiche, con grande competenza e partecipazione da parte di tutti.

Il Consiglio Direttivo ha anche ritenuto strategico l'obiettivo di riorganizzare una sinergia e contestuale "partecipazione" da parte di tutto il Consiglio Nazionale nelle diverse componenti (Delegazioni Regionali, Area, Italian Heart Journal, Sott. Aggregato). Sono state quindi potenziate le modalità di informazione e comunicazione, sia mediante un calendario analitico di iniziative e "realizzazioni" con tutte le componenti del Consiglio Nazionale nella sede di Firenze (con cadenza mensile) sia attraverso la strategia della regionalizzazione, sia organizzando modalità di incontro meno formali, che facilitano la comunicazione, la conoscenza e la fiducia reciproca. Tutto ciò ha permesso il conseguimento di un risultato particolarmente costruttivo e collaborativo, che molto ha contribuito ad accelerare i processi istituzionali e che ha consentito di raggiungere un elevato grado di consenso al momento degli importanti studi Accademici che hanno caratterizzato questi mesi.

Il Segretario sempre più attento fin dal Consiglio Direttivo e le Delegazioni Regionali ha reso evidente l'attuale necessità di potenziare ulteriormente lo studio dei modelli applicativi di una sanità in generale, e di una cardiologia in particolare, che possa ormai attraverso la strategia della regionalizzazione, la garanzia di uno scambio continuo di idee ed esperienze diverse ha permesso di incrementare la conoscenza e il consenso per l'ANMCO, attraverso la realizzazione di un "paciente" cardiologico (evitando il pericolo di una centralità impropria del "presenziato") della sua comunità socio-sanitaria. Il risultato è stato il "paciente" ANMCO diventato infatti sempre di più un soggetto in prospettiva realizzabile anche nelle realtà locali, che tengano in adeguato conto l'apertura e la conoscenza fra ospedale e territorio, nonché la possibilità di realizzazione di centri cardiologici che valorizzino (nel rispetto delle autonomie e delle specificità) tutte le professionalità coinvolte nell'ambito della Cardiologia Extrahospitalare, gli alligatori, gli Allievi di Medicina Generale, ai Medici dell'Emergenza e del 118, ai Cardiologi degli altri presidi ospedalieri, sino ad altri Reperiti ospedalieri.

N. 121 - maggio 2001

Relazione dell'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri

Editor:
Piero Zanini

Co-Editor:
Nicola Minelli

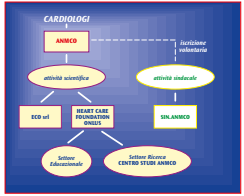
Segretario di Redazione:
Monica Ferraresi, Michela Caronini

Segretario di Amministrazione:
ANMCO
Via La Marmora, 36 - 50123 Firenze
Tel. 055 571738 - Fax 055 575734
E-mail: cardiol@anmco.it

Dissemine: Resp. Amministrativo:
Piero Filippo Fazzari

Stampa: Tipografia Nuova Italia
Via Capodoglio, 10 - Firenze

MAGGIO 2001 - N. 121 | 2



La sua approvazione verificata dal Consiglio Nazionale il 29/03/2001. Verrà presentata all'Assemblea ANMCO per la definitiva approvazione.

La chiarificazione della complessa struttura dell'ANMCO, secondo i termini sopra indicati, consentirà anche di presentare per la prima volta in Assemblea un bilancio consolidato dell'ANMCO.

Questa nuova forma di presentazione del bilancio rappresenta un passo concreto verso un sempre maggior trasparenza delle molteplici attività dell'ANMCO.

Questo documento è anche molto impegnato, come è consuetudine, per l'organizzazione del nuovo XXXII Congresso Nazionale di Cardiologia, che si svolgerà a Firenze dal 20 al 23 maggio 2001.

DAL PRESIDENTE

di Gian Luigi Nicolini

L'ANMCO STA CERCANDO DI ADEGUARSI AI TEMPI... CI STIAMO RIUSCENDO?

Mancano ancora pochi mesi prima della conclusione del mandato di questo Consiglio Direttivo e del Consiglio Nazionale che lo sostengono e affiancano fino ad ora.

Non è ancora tempo di bilanci, ma è sicuramente tempo di ripensare ai cambiamenti che sono occorsi e alle prospettive a egli scenari che si affacciano nel futuro dell'ANMCO.

COSA SIGNIFICA PER IL SOCIO ANMCO LA REGIONALIZZAZIONE DELLA SANITA'?

In particolare, nell'ultimo anno si sta concretizzando nelle diverse Regioni la realtà della "regionalizzazione della Sanità".

Questo è un fatto che non può essere ignorato, e che ha implicazioni profonde per il nostro lavoro.

È facile trovare varie giustificazioni. Il decisore pubblico non ci interpellava in materia, magari di criticare o cogliere, forse non abbiamo ancora tutti i presupposti che anche in questo ambito "lanciare la fiamma".

DAL PRESIDENTE

di Gian Luigi Nicolini

È TEMPO DI BILANCI DI FINE MANDATO... OVVERO I RISULTATI DI UNA SFIDA: COME PORTARE L'ANMCO AI SOCI E I SOCI ALL'ANMCO?

Ala fine di un mandato così impegnativo come quello della Presidenza ANMCO e dopo due anni di lavoro arduo e intenso insieme con il Consiglio Direttivo, il Consiglio Nazionale e gli altri organi istituzionali dell'ANMCO, è tempo di bilanci e di considerazioni conclusive.

Questa è stata per me un'esperienza molto coinvolgente, se non addirittura totalizzante, specie in alcuni momenti, di cui sono veramente grato all'ANMCO (cioè a tutti voi), non nel limite di non riuscire a rendere un servizio adeguato, visibile e proficuo, proprio per l'ANMCO che mi aveva scelto.

Tale sfida deriva dalla consapevolezza che una delle difficoltà maggiori per l'ANMCO deriva dalla esigenza di comunicazione al suo interno, non sempre soddisfacente.

Necessità di governare perfettamente il processo della regionalizzazione, cercando di recuperare il valore della continuità assistenziale e la centralità del paziente.

Il processo della regionalizzazione della Sanità in generale, e della Cardiolgia in particolare, è un processo che ha implicazioni profonde per il nostro lavoro.

Questo è un fatto che non può essere ignorato, e che ha implicazioni profonde per il nostro lavoro.

È facile trovare varie giustificazioni. Il decisore pubblico non ci interpellava in materia, magari di criticare o cogliere, forse non abbiamo ancora tutti i presupposti che anche in questo ambito "lanciare la fiamma".

Notiziario n.121 - maggio 2001, pag. 6
decennio dalla fondazione, con le conseguenti necessità dell'intervento di Consiglio Direttivo (che nel frattempo si è dotato anche della figura del Presidente designato)

Notiziario n.126 - marzo 2002, pag. 2
(Notiziario N. 118 - settembre 2000, pagina 4) e Consiglio Nazionale finalizzato a "... chiarire e rendere più trasparenti le relazioni fra le componenti fondamentali costitutive dell'ANMCO

Notiziario n.127 - maggio 2002, pag. 2
[...] tra ANMCO, ECO srl, Heart Care Foundation e Centro Studi. In questo contesto va considerata anche la ridefinizione del CdA della ECOsrl [...] nella gestione dei beni patrimoniali in

Advertisement for 'CARDIOLOGIA NEGLI OSPEDALI' featuring a large logo, text about the department's structure, and a list of member hospitals under the 'Amici dell'ANMCO' banner.

Advertisement for 'DAL CONSIGLIO DIRETTIVO' by G.L. Nicolini, discussing the organizational model of the Cardiology Department and listing the members of the Board of Directors.

Advertisement for 'DAL PRESIDENTE' by G.L. Nicolini, discussing the challenges of regionalization and the role of ANMCO, including a diagram of the organizational structure.

DALLA SEDE ANMCO - L'ATTIVITÀ SINDACALE

di Giuseppe Pinelli

SVILUPPI DEL PROGETTO SINDACATO ANMCO

Ritengo opportuno, oltreché doveroso, ricordare come si è sviluppata l'attività sindacale a partire dal 1986 quando, sotto la Presidenza Sabina, si decise di organizzare tale settore in maniera strutturata all'interno dell'ANMCO.

Nel 1986 nasce l'esigenza di organizzare l'attività sindacale in maniera più strutturata all'interno dell'ANMCO

Successivamente nel biennio 1988-1990 con la Presidenza di Carlo Vecchio fu designato Responsabile delle attività sindacali il Vice Presidente Luigi Campola, il quale portò avanti un programma basato su una azione più decisa a livello delle Istituzioni Sanitarie, l'elaborazione di uno schema di Piano Cardiologico da presentare agli Associazioni Regionali, la ricerca di un corretto rapporto con l'Università tramite la SIC, uno schema di proposta di Dipartimento Cardiologico, la denuncia sul degrado degli Ospedali italiani ed infine la ricerca di rapporti di sinacato con i Sindacati Medici.

Nel biennio 1988-1990 venne avviato un articolato programma basato su un'azione più decisa a livello delle Istituzioni sanitarie, sulla ricerca di un corretto rapporto con la SIC, su un rapporto di intesa con altri Sindacati di categoria

Un lungo dibattito si concluse che tale progetto non era prioritario nella considerazione che l'ANMCO conservava la propria specificità identitaria culturale e scientifica ed anche per le evidenti difficoltà di raggiungere un numero sufficiente di iscritti per ottenere il quorum della rappresentanza in campo Nazionale. Proprio in quel periodo si scelse la strategia di avviare una collaborazione intersindacale con la COSMED (Confederazione Sindacale Medici Dirigenti), che

Nel biennio 1990-1992 la proposta di trasformare l'ANMCO in un Sindacato autonomo venne abbandonata a favore di una collaborazione intersindacale con la COSMED che diede in una forma di patto federativo. L'ANMCO divenne un soggetto sindacale all'interno della COSMED

Questo fatto rappresentò una svolta importante in quanto l'ANMCO, pur mantenendo la sua specificità di società a carattere scientifico, divenne un soggetto sindacale all'interno della COSMED. La scelta si rivelò vincente dato che consentì di investire in una importante Fondazione Sindacale pensata che sindacalizzava l'ANMCO, ottenendo il duplice vantaggio, da un lato di essere associati sulle problematiche del Contorno e dall'altro di esprimere un nuovo parere nelle occasioni nelle quali si richiedeva una nostra specifica competenza nel campo della programmazione assistenziale ospedaliera.

Negli anni che seguirono l'attività sindacale, svolta all'interno della COSMED, ha sempre rappresentato un punto di riferimento per i nostri Associati, che in tale maniera hanno potuto sfruttare dall'appoggio sindacale nelle occasioni in cui era

L'ATTIVITÀ SINDACALE DELL'ANMCO

di Antonio Maglioli



È passato oltre un anno da quando l'Assemblea dei Soci ha approvato la soluzione presentata dal Dott. Giuseppe Pinelli e dal Dott. Carmine Gigli, Presidente della FerMed (Federazione Sindacale Medici Dirigenti), per riavvicinare l'attività sindacale in ambito ANMCO.

Su quella linea, nell'ottobre scorso abbiamo pubblicato su "Cardiologia degli Ospedali" (N. 130 novembre-dicembre 2002) degli articoli collegati, il tema con le trattative per poter dare la propria adesione (che deve passare attraverso la ratifica della giunta esecutiva da parte dell'ospedale di appartenenza, per consentire il congegno degli iscritti) e dare una nuova spinta all'attività sindacale da parte della nostra Associazione per conto dei suoi iscritti.

Le adesioni però non sono state in linea con quanto si poteva prevedere dalle frequenti richieste di informazioni, precisazioni, supporto tecnico.

D'altra parte, il Consiglio Direttivo non aveva ritenuto opportuno sollecitare le possibili adesioni in quanto alcuni erano i importanti nodi dai consenzienti legali dell'Associazione meritavano un ulteriore approfondimento per ottenere risposte più precise in merito alla possibilità, da parte dell'Associazione, di svolgere anche la funzione sindacale.

Abbiamo pertanto consultato uno studio legale specializzato su problematiche di giurisprudenza del lavoro e sindacali. Si personalmente espone e discute i rapporti e i punti cruciali più critici per essere sicuri di ottenere risposte pertinenti e affidabili.

In due successive conclusioni i dubbi sono stati fugati ed è emerso chiaramente che l'ANMCO, nella sua attuale configurazione, può svolgere, nell'interesse dei suoi Associati, attività di tipo sindacale, dal momento che è possibile attribuire a questo tipo di associazione un'accezione molto ampia, compatibile con la natura e le finalità della nostra Associazione.

Per completezza di informazione, va detto che sia il nostro studio legale che lo studio interpellato di proposito, concordano nel considerare applicabile creare una struttura parallela per la gestione delle problematiche sindacali, nel caso in cui il numero delle adesioni diverse significativamente.

La Commissione sindacale pre-tempore dell'ANMCO, nominata in occasione del-



Marco Bakhshouf, Uff. Meeting, 18/04

DAL CONSIGLIO DIRETTIVO - LA FORMAZIONE

di S. Pinelli e P. Di Giulio

IL SISTEMA ECM: ALCUNE BREVI NOTE

Dal gennaio 2002 (DL 229 del 19 giugno 1999, per tutti gli operatori sanitari) è diventato operativo il sistema ECM. ECM sta per **Educazione Continua in Medicina** perché nasce come proposta per i medici e, successivamente, è stata rivolta a tutte le professioni sanitarie.

Il programma nazionale ECM nasce in Italia con il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, integrato dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229. È stato affidato ad una **Commissione Nazionale per la Formazione Continua** il compito di individuare i criteri per l'accertamento delle iniziative formative e gli obiettivi giusti nonché la definizione della struttura del sistema che prevede anche un suo importante decentramento a livello regionale. È già in atto un graduale passaggio alle Regioni inteso solo per la valutazione dei crediti.

Cosa significa e quali sono le implicazioni per la nostra formazione ed aggiornamento? Come definire il documento ECM del Ministero della Salute, di cui si operano i punti principali, la professionalità di un operatore della Sanità può venire definita da tre caratteristiche fondamentali:

- il possesso di conoscenze teoriche aggiornate (il sapere);
- il possesso di abilità tecniche e manuali (il fare);
- il possesso di capacità comunicative e relazionali (l'essere).

Partecipare ai programmi di ECM è un dovere degli operatori della Sanità, ma è anche - naturalmente - un diritto. È un impegno deontologico ora anche normativo. Il Codice deontologico richiama la responsabilità individuale del singolo professionista ad aggiornarsi e a garantire prestazioni basate su conoscenze valide.

Ed i cittadini, giustamente, richiedono operatori attenti, aggiornati e sensibili. Chi è oggi particolarmente importante ove si pensi che il cittadino è sempre più informato sulle possibilità della medicina di rispondere, oltre che a domande di cura, a domande più complesse di salute.

Ogni operatore sanitario deve raccogliere, per il quinquennio 2002-2006, 150 crediti formativi ECM, acquisiti partecipando a programmi di ECM e un "dovere" degli operatori della Sanità, ma è anche un "diritto".

(corso di specializzazione, corso di formazione specifica in medicina generale, dottorato di ricerca, master, laurea specialistica, corso di formazione complementare) per tutto il periodo di formazione.

DOSA SONO I CREDITI FORMATIVI ECM? I crediti formativi ECM sono una misura dell'impegno e del tempo che ogni operatore ha dedicato annualmente all'aggiornamento ed al miglioramento della qualità della propria professionalità (ad esempio, una giornata di formazione in un'aula o in un'aula virtuale, un'attività di aggiornamento della Commissione ECM equivale a circa 10 crediti formativi). Questo non vuol necessariamente dire che un'attività "non accreditata" dalla Commissione ECM non sia valida (ed può esserlo o no). Il numero di crediti indica la rilevanza professionale di quell'iniziativa, anche alla luce degli obiettivi definiti a livello nazionale. Può succedere che frequentando la stessa iniziativa, medici ed infermieri acquisiscano un diverso numero di crediti.

A ciascuna iniziativa di formazione viene assegnato un numero di crediti.

Notiziario n.127 - maggio 2002, pag. 24
 carico alla ECOSrl [...] È stato compianto un importante salto di qualità per quanto riguarda la potenzialità del Centro Studi nell'ambito della ricerca [...] deciso di portare il Centro Studi all'interno della Fondazione [...] L'Heart Care Foundation ha pertanto modificato la sua struttura nell'ambito di questa complessa operazione, che ha tra l'altro consentito alla Fondazione stessa di diventare ONLUS. L'Heart Care Foundation-ONLUS include ora due linee di attività fondamentali: una di ricerca (che si identifica con il Centro Studi [...]) ed una di tipo educativo e di prevenzione rivolto alla popolazione [...], quale era già negli scopi iniziali della stessa Heart Care Foundation [...] L'attività della Fondazione è governata da un CdA composto attualmente da cinque cardiologi... e opera attraverso un Comitato Scientifico di 20 componenti. - ... Dopo un anno di attività (passato in fretta!), G.L. Nicolosi (Notiziario N. 121 - maggio 2001,

Notiziario n.134 / 135 - luglio / agosto - settembre / ottobre 2003, pag. 6
 pagine 2-7). Contemporaneamente gli Organismi Direttivi sono impegnati a seguire il continuo e problematico divenire del contesto normativo, Nazionale e Regionale: "... Credo dobbiamo quindi scoprirci per il futuro ancora più attivi di quanto lo siamo stati, per diventare sempre di più proponenti e sostenitori di soluzioni strategiche in rete, organizzate per bacini di utenze (province, aree vaste, aree metropolitane), quali propugnatori della continuità assistenziale per il paziente piuttosto che, pericolosamente, cedere alla lusinga di diventare soltanto fornitori di prestazioni, anche se di altissima tecnologia e sofisticazione." "... Particolare attenzione è emersa in tutte le discussioni del Consiglio Nazionale per le realtà delle 'piccole' cardiologie senza letti di degenza, per le quali è sempre maggiore il rischio della diluizione e dispersione della specificità cardiologica nel contesto di dipartimenti a varia caratterizzazione." - L'ANMCO

Notiziario n.127 - maggio 2002, pag. 16
 sta cercando di adeguarsi ai tempi... Ci stiamo riuscendo?, G.L. Nicolosi (Notiziario N. 126 - marzo 2002, pagine 2-6). "... Il dibattito dovrà [...] trovare soluzioni operative adeguate ai tempi, che consentano di correggere un'anomalia (l'ANMCO ha anche un'anima sindacale ma è di fatto una società scientifica), di potenziare una peculiarità (l'ANMCO ha esperienza e cultura nella programmazione sanitaria, ma ha avuto negli anni molte difficoltà nel far sentire la propria voce a livello istituzionale) e di difendere interessi legittimi (contrattazione decentrata, rapporti tra Ospedale e Università, ecc) - È tempo di bilanci di fine mandato... Ovvero i risultati di una sfida: come portare l'ANMCO ai Soci e i Soci all'ANMCO? - G.L. Nicolosi (Notiziario N. 127 - maggio 2002, pagine 2-9). E il dibattito si sviluppa, particolareggiato e operativo,

AVVISO PREVENZIONE

LA RETE ITALIANA PER LA PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE

Questo articolo intende essere un'espansione sintetica, anche se inevitabilmente incompleta, delle attività svolte formative ed organizzative prodotta dall'Area Prevenzione.

LE MOTIVAZIONI

I grandi trial clinici condotti in ambito cardiovascolare hanno prodotto un'ampia evidenza scientifica della efficacia degli interventi di prevenzione.

Le strategie di prevenzione sono caratterizzate e compiutamente definite da specifiche Linee Guida, tra tutte le ultime prodotte dalla Task Force Europea.

Il processo di integrazione delle attività di prevenzione nella pratica clinica da parte sia del Cardiologo sia del Medico di Medicina Generale è piuttosto lento e limitato e impiego per la diagnosi ed il trattamento delle diverse forme cliniche di Cardiopatia ischemica non viene tuttora affiancato da altrettanta attenzione per la prevenzione di questa patologia, perlomeno non in tutti i Paesi sviluppati.

CARDIOLOGIA NEGLI OSPEDALI 15



si negli Ospedali sia sul Territorio in modo che ogni componente professionale e istituzionale del Servizio Sanitario Nazionale abbia un ruolo definito nell'ambito di piani di intervento organici e condivisi.

LA STORIA

L'azione organizzativa dell'ANMCO nel campo della Prevenzione Cardiovascolare ha avuto nel 1992 un anno di importanza decisiva per la prima volta nella storia dell'Associazione nazionale e si sviluppa in un movimento di interesse della Cardiologia Ospedaliera verso le problematiche dei pazienti isemici, con un programma operativo basato sulla produzione di un Software gestionale e sulla organizzazione degli Ambulatori per gli Ischemici.

CARDIOLOGIA NEGLI OSPEDALI 19

CONSULTA ANCHE

www.anmco.it/italy/attivita/area/preven.htm

mento informatico, l'obiettivo è quello di mettere ogni Referente nelle condizioni di attivare il proprio Ambulatorio inserito nella Rete il giorno successivo a quello in cui è avvenuta l'attivazione.

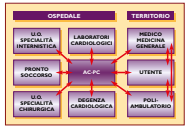


Fig. 1 - L'ACFC: struttura di riferimento in Ospedale e Territorio

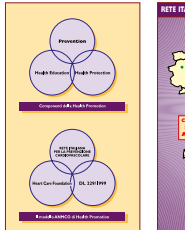


Fig. 2 - Contributo della Rete Italiana per la Prevenzione Cardiovascolare alla strategia della Prevenzione (Diagramma di Gurewitsch)

CARDIOLOGIA NEGLI OSPEDALI 19

I primi due incontri di situazione sono previsti per la fine di gennaio 2002. Nei mesi successivi saranno programmati gli incontri necessari per valutare tutte le richieste di adesione alla Rete, sia quelle già pervenute sia quelle che, auspicabilmente tante, perverranno nel tempo.

Il FUNZIONAMENTO I dati raccolti con il Software Prevenzione Cardiovascolare verranno periodicamente inviati da ogni singolo Ambulatorio al Centro Studi di Firenze, dove concorre alla creazione di un database nazionale che sarà di riferimento per tutte le Strutture Cardiovascolari impegnate nelle attività di prevenzione, sia nel campo dell'assistenza sia in quello della ricerca.



Fig. 3 - La Rete in atto nella Rete

DAL CONSIGLIO DIRETTIVO - IL SITO WEB

di Carlo D'Agostino

L'ANMCO E LE TECNOLOGIE INFORMATICHE

Le iniziative in corso e quelle avviate nei settori tecnologici al servizio della Cardiologia



È usale alla fine di un percorso guardarsi indietro per rivedere il cammino che si è fatto. Mi sembra giusto non contentarsi di tale pratica, ma tanto per dar risalto ai risultati conseguiti, quanto piuttosto per evidenziare le vie seguite e dare un riferimento per chi dovrà o vorrà proseguire il lavoro intrapreso.

Il sito www.anmco.it è il punto di riferimento e di incontro dei Cardiologi Italiani

Abbiamo ritenuto che il sito web dell'ANMCO dovesse rappresentare maggiormente uno strumento di comunicazione della nostra Associazione. Si è deciso pertanto di rinnovarlo sia dal punto di vista grafico-estetico che tecnico. Il primo intervento è stato quello di costituire un Comitato Editoriale che supervisiona la Segreteria di Redazione. Il Comitato ha lavorato e continua a farlo per appurare tutte le modifiche e le innovazioni indispensabili per rendere lo strumento accessibile ed appetibile ai suoi fruitori, identificati principalmente negli Assocati dell'ANMCO ma anche in tutti coloro che abbiano interesse a conoscere le tematiche della Cardiologia.

MAGGIO 2002 - N. 127 22

Notiziario n.125 - gennaio 2002, pag. 15

Notiziario n.125 - gennaio 2002, pag. 19

Notiziario n.127 - maggio 2002, pag. 22

nell'incontro degli Stati Generali dell'Associazione che si tiene all'Eremo di Lecceto nell'aprile 2002 nel corso del quale, con

referimento anche al Documento "Il Dipartimento Cardiovascolare" - Commissione Dipartimento-ANMCO - (Notiziario N. 111

- dicembre 1998, pagine 1-5), particolare attenzione viene rivolta alla necessità di "[...] adeguare il ruolo della Cardiologia al nuovo panorama

DAL CENTRO STUDI

di Aldo R. Meggiotti

PROCEDURE PER LA APPROVAZIONE DELLE PROPOSTE DI RICERCA E LA CONCESSIONE DEGLI ENDORSEMENT DA PARTE DELL'ANMCO

Nel corso della riunione del Consiglio Direttivo dell'ANMCO, tenutasi a Firenze il 22 marzo 2002, sono state rivedute le condizioni attraverso le quali la nostra Associazione valuta, approva e concede i progetti di ricerca che il vengano proposti. L'obiettivo è quello di rendere il processo il più semplice, agile e rapido possibile, ma contemporaneamente trasparente e ben documentato.

- 1. La proposta di ricerca o richiesta di endorsement deve essere inviata da parte dell'Area ANMCO, Delegati Regionali ANMCO, alle associazioni/istituzioni scientifiche italiane e estere, singoli Assocati ANMCO, Centro Studi ANMCO, Industrie Farmaceutiche ed Elettroniche, al Presidente Scientifico.
2. In tempo reale, la proposta di ricerca o richiesta di endorsement verrà trasferita a tutti i membri del Consiglio Direttivo ANMCO e alla Segreteria della Heart Care Foundation, che la farà avere:
- al Coordinatore del Comitato Scientifico, per iniziare la fase istruttoria;
- al Direttore del Centro Studi, per un giudizio di fattibilità e di tipo metodologico. Il giudizio deve essere espresso in un massimo di 2 settimane lavorative.
3. Il Coordinatore del Comitato Scientifico invia la proposta insieme a una specifica form per la risposta a:
- 3 esperti allargati di sua scelta. Il parere deve essere espresso in un massimo di 2 settimane lavorative;
- ai componenti del Comitato Scientifico, per conoscenza.
4. Il Coordinatore del Comitato Scientifico dopo 2 settimane dalla ricezione dei pareri degli esperti e del giudizio di fattibilità da parte del Direttore del Centro Studi invia questi pareri ai membri del Comitato Scientifico, per esprimere un parere entro 7 giorni.
5. Alla ricezione dei pareri, il Coordinatore del Comitato Scientifico redige un rapporto finale che invia al Consiglio Direttivo ANMCO nell'arco di 7 giorni lavorativi. Il rapporto finale deve contenere:
- la descrizione del progetto e la valutazione del stesso ai Proponenti, onde ottenere una riformulazione, eventuale questione etica, e scolarle le rispettive espressioni del Comitato Scientifico; la proposta verrà approvata dal Consiglio Direttivo ANMCO. Questa procedura di revisione vale solo per i progetti che saranno condotti direttamente dall'ANMCO. Per gli endorsement, il Consiglio Direttivo ANMCO riceve il rapporto finale da parte del coordinatore scientifico ed eventualmente commissiona le risorse e le richieste di modifica ai proponenti il progetto, nel caso l'endorsement venga concesso.
6. Il processo istruttorio globale non deve coprire un intervallo di tempo superiore alle 4 settimane lavorative.
7. L'esperto incaricato per la concessione degli endorsement e per la approvazione dei progetti di ricerca da svolgere all'interno dell'ANMCO è il Consiglio Direttivo ANMCO.
8. La decisione finale verrà presa nel corso della prima riunione programmata (in teleconferenza o face-to-face), alla quale verranno invitati a partecipare, per la sola parte legata alla ricerca, il Presidente della HCF e il Coordinatore Scientifico ed il Direttore del Centro Studi.
GUIDELINES PER LA CONCESSIONE DEGLI ENDORSEMENT
1. Il progetto deve ottenere un parere non sfavorevole da parte del Comitato Scientifico della HCF.

MAGGIO 2002 - N. 127 28

DALLA HEART CARE FOUNDATION - MISSIONE SALVACUORE

di Marina Scherillo

DA FIRENZE ALLA CONQUISTA DEL CUORE DEGLI ITALIANI

Parlo di Firenze per le città italiane il Progetto Missione Salvacuore, un'ambizioso progetto dell'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO) e dell'Heart Care Foundation ONLUS - Fondazione Italiana per la Lotta alle Malattie Cardiovascolari (HCF) in collaborazione con le autorità istituzionali: il Comune di Firenze, il MURS-CISA di Firenze, l'Arcidiocesi Santuario di Firenze, e la Regione Toscana ha lo scopo di:

- Sembrificare la Comunità nei confronti delle Malattie Cardiovascolari;
- Amplificare la diffusione della Cultura dello Stile di Vita Salvacuore tra i cittadini adulti ed i giovani delle Scuole Medie Superiori;
- Visualizzare il ruolo della Istruzione e dell'ARFHC nella promozione della salute dei cittadini mediante 4 diversi Campi dell'Iniziativa.

Evento Sportivo La Corsa del Cuore Si svolgerà sabato 18 maggio 2002 in un tracciato cittadino e prevede il coinvolgimento di almeno 1.000 partecipanti. Il tracciato da 7 x 10 km si snoda nel cuore della città: la partenza è prevista alle ore 21.00 dalla Fortezza da Basso, sede del Congresso Nazionale di Cardiologia dell'ANMCO, e arriverà alla chiesa delle ore 22.30 circa. La corsa non ha carattere competitivo, per ottenere il maggior numero di partecipanti possibile. Le informazioni utili saranno presentate anche sul sito del Comune di Firenze (www.comune.firenze.it).



Evento Salutistico Il 20 maggio si incontra alla settimana nelle scuole di Firenze che hanno aderito al progetto ed è dedicata alla sensibilizzazione dei bambini e degli adolescenti delle Scuole Medie Superiori e delle Scuole Normali. Nel mese di febbraio e marzo 2002, sono stati formati i Docenti che hanno aderito (1-2 per ogni sede) di 20 istituti, attraverso 2 corsi di formazione di due giorni che si sono svolti al Learning Center ANMCO. Successivamente hanno iniziato il mese di aprile, nelle rispettive scuole 4 lezioni di attività salutistica. Ai Comuni sono anche chieste di diventare Protagonisti della Missione Salvacuore durante la Corsa del Cuore.

Evento Salute Le Scuole del Cuore sono strutture antropologiche, gestite da cardiologi e infermieri che formano tutti i consigli uniti su come evitare i fattori del cuore, attraverso per la misurazione gratuita per i bambini di peso, altezza e pressione arteriosa. Si prevede l'impiego di 5 Scuole che stateranno il 18 e 19 maggio nelle seguenti piazze della città: S.M. Novella, Repubblica, Santa Croce Novella, Santa Maria Novella, Santa Maria della Pace, Santa Maria Nuova e nella Sede della Croce Rossa in Langiano Sordani.

MAGGIO 2002 - N. 127 38

NASCE IL CENTRO FORMAZIONE ANMCO

di Marina Scherillo

NASCE IL CENTRO FORMAZIONE ANMCO

La Vera Università non ha una sua sede. La Vera Università è una condizione mentale. Essa è il corpo della ragione stessa che si perpetua.

ROBERTO M. PUGGIO "Le Zen e l'Arte della Manutenzione della Motocicletta"

Il Consiglio Direttivo (CD) e il Consiglio Nazionale (CN) hanno varato il Centro Formazione ANMCO. Di seguito viene riportata la struttura di questo nuovo organismo e le sue finalità.

MODELLO CONCETTUALE

È uno strumento dell'ANMCO dedicato alla collaborazione con il collegato ed organizzativo di eventi formativi specifici per i Cardiologi, Internisti, Medici di Medicina Generale ed Infermieri per le tre Aree di Formazione.

Area dell'aggiornamento tecnico-scientifico ed organizzativo-gestionale per specifici temi clinici: prevenzione cardiovascolare, sindromi coronariche acute, scompenso cardiaco, aritmie cardiache e malattie del sistema polmonare.

Area Sviluppo Area del mantenimento della competenza clinica e di specifici settori tecnologici: ecocardiografia, emodinamica, elettrofisiologia ed elettromiografia cardiaca, cardiologia nucleare.

Area Ricerca Area dell'aggiornamento nella ricerca scientifica di base in Cardiologia (fisiopatologia, genetica) e nella metodologia della ricerca clinica (analisi e conduzione di trial, biostatistica).

MODELLO ORGANIZZATIVO

Comitato di Coordinamento. È costituito da: - Marina Scherillo (Coordinatore) - Giuseppe Di Propriato - Fulvio Giannuzzi (Editor Italian Heart Journal) - Aldo P. Meggiotti (Direttore del Centro Studi) - Salvatore Trilli - Paolo Ventricola - Rossano Vergaudo - Massimo Zotti Berio e da: - Franco Pazzi

NOVEMBRE/DICEMBRE 2002 - N. 130 16

Notiziario n.127 - maggio 2002, pag. 28

Notiziario n.127 - maggio 2002, pag. 38

Notiziario n.130 - dicembre 2002, pag. 16

DALLA FEDERAZIONE ITALIANA DI CARDIOLOGIA

di Gian Luigi Nicolosi e Angelo Branzi

**STRUTTURA E ORGANIZZAZIONE FUNZIONALE DELLA CARDIOLOGIA:
UN OBIETTIVO RAGGIUNTO DALLA FEDERAZIONE ITALIANA DI CARDIOLOGIA**

Il Documento della Federazione Italiana di Cardiologia su "Struttura e organizzazione funzionale della Cardiologia" è stato definitivamente approvato!

Lo sforzo delle Società Federate (ANMCO-SIC) ha consentito di giungere a una versione definitiva del testo, dopo un'ampia condivisione con gli organi istituzionali delle due Associazioni e tenendo conto dei numerosi contributi provenienti dai Soci e dalle diverse Società e Gruppi di Studio coinvolti nella problematica a diverso titolo.

La partecipazione è stata corale, costruttiva e collaborativa da parte di tutti, superando le difficoltà derivanti da incomprensioni o dismetrie procedurali verificatesi lungo il percorso, sicuramente non volute e superate con entusiasmo e spirito di servizio.

Tutti hanno compreso la grande opportunità rappresentata da una azione così corale da parte della Cardiologia Italiana, nei riguardi del decisore pubblico e del programmatore politico.

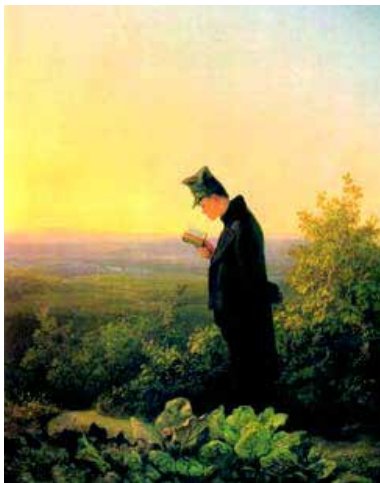
Il Documento, che vedrà la luce ufficialmente nel Supplemento di novembre dell'Italian Heart Journal, include la parte generale strategica di "Struttura e organizzazione funzionale della Cardiologia" e quattro appendici: A) Dati epidemiologici di riferimento; B) Organizzazione, personale, indicatori; C) Percorsi; D) Gestione delle liste di attesa.

La proposta innovativa della Cardiologia Italiana è quella di commisurare il servizio ai bisogni attraverso la organizzazione di reti integrate di servizi che tengano conto delle risorse già esistenti sul campo in una determinata

area geografica di riferimento, da identificare opportunamente sul campo delle diverse realtà locali.

La compartecipazione e la corresponsabilità nella identificazione e gestione dei percorsi, attraverso l'istituzione di un Comitato Cardiologico di Coordinamento delle attività della rete locale, è l'altro elemento collante dell'organizzazione, che tende ad identificare un ruolo preciso e riconosciuto per ogni componente della rete, con razionalità partecipata e condivisa.

Il documento "Struttura e organizzazione funzionale della Cardiologia" si presenta quindi come uno strumento di grande rilevanza a disposizione di tutti i Cardiologi e dei decisori pubblici, al fine di una programmazione e di una organizzazione che riscopra nel concreto la centralità del paziente e dei suoi percorsi sanitari in continuità assistenziale.



Carl Spitzberg, *La lettura del breviario, 1845*



Sandro Botticelli, *La nascita di Venere, 1484-1486*

NOVEMBRE/DICEMBRE 2003 - N. 136

4

Notiziario n.136 - novembre / dicembre 2003, pag. 4

sanitario del Paese, recuperando l'unità funzionale della Cardiologia nei confronti dell'unicità e continuità del percorso sanitario per il cittadino, [...]” - **La Continuità Assistenziale in Cardiologia: un nuovo modello**

organizzativo in rete funzionale per bacino di utenza - G.L. Nicolosi, P.A. Ravazzi (Notiziario N. 130 - novembre/dicembre 2002, pagine 10-13).

E, non senza qualche tensione, l'

“anima sindacale dell’ANMCO” riprende voce: “... conferma di un programma sindacale all’interno della COSMED che nel frattempo aveva cambiato denominazione in **FESMED** (Federazione Sindacale Medici Dirigenti) [...] Quindi l’ANMCO di fatto è già rappresentata come sigla sindacale all’interno della FESMED il che significa essere legittimati a trattare le parti normative ed economiche del CCNL a livello Nazionale, Regionale ed Aziendale [...] quindi non si tratta ora di operare una “scissione” (come qualche “leguleio” ha impropriamente affermato), quanto di poter sfruttare meglio e con più incisività un’attività sindacale già in essere all’interno della FESMED [...] Altro punto cruciale è far capire ai Soci con chiarezza che il braccio sindacale dell’ANMCO rimane sotto l’egida del Consiglio Direttivo e del Consiglio Nazionale. - **Sviluppi del Progetto Sindacato ANMCO**, G. Pinelli (Notiziario N. 127 - maggio 2002, pagine 24-25).

A supporto “... il Consiglio Direttivo ha deliberato di dedicare una pagina del sito WEB all’attività sindacale nella quale dovrebbero trovare posto, per ora, le principali comunicazioni in tema di rinnovi contrattuali, [...] Abbiamo rimesso in moto la macchina: sta a noi decidere se farla partire o fermarla definitivamente” - **L’attività sindacale dell’ANMCO**, A. Mafri (Notiziario N. 134/135 - luglio/ottobre 2003, pagine 6-7).

Questo contesto di **“complessità”** registra ulteriori elementi. A livello normativo: “Dal gennaio 2002 (DL 229 del 19 giugno 1999) per tutti gli operatori sanitari è divenuto operativo il sistema ECM [...] Il **programma nazionale ECM** nasce in Italia con il decreto

legislativo 30 dicembre 1992, n.502” - **Il Sistema ECM: alcune brevi note**, S. Pirelli e P. Di Giulio (Notiziario N. 127 - maggio 2002, pagina 16).

A livello organizzativo:

- “Secondo gli ultimi dati disponibili, le Strutture Cardiologiche Ospedaliere Italiane sono così articolate: **222 Divisioni, 220 Servizi con letti, 261 Servizi senza letti**. Nel loro insieme costituiscono un complesso organizzativo, capace di diffondere su tutto il territorio nazionale la cultura e l'attività clinica cardiologica. Scopo del progetto della **Rete Italiana per la Prevenzione Cardiovascolare** è quello di fare riferimento a queste Strutture per contribuire, per la parte che riguarda la Cardiologia Ospedaliera, a introdurre le attività di Prevenzione Cardiovascolare nella pratica clinica” - **La Rete Italiana per la Prevenzione Cardiovascolare**, S. Pede (Notiziario N. 125 - gennaio 2002, pagine 15-19).
- “Abbiamo ritenuto che il **Sito WEB dell'ANMCO** dovesse rappresentare maggiormente uno strumento di comunicazione della nostra Associazione. Si è deciso pertanto di rinnovarlo sia dal punto di vista grafico-editoriale che tecnico. Il primo intervento è stato quello di costituire un Comitato Editoriale che supportasse la Segreteria di Redazione” - **L'ANMCO e le Tecnologie Informatiche**, C. D'Agostino (Notiziario N. 127 - maggio 2002, pagina 22).
- “Nel corso della riunione del Consiglio Direttivo dell'ANMCO, tenutosi a Firenze il 22 marzo 2002, sono state riconsiderate le condizioni attraverso le quali la nostra Associazione valuta, approva e conduce i **progetti di ricerca** che le vengono proposti. L'obiettivo è quello di rendere il

processo il più semplice, agile e rapido possibile, ma contemporaneamente trasparente e ben documentato” -

Procedure per la approvazione delle proposte di ricerca e la concessione degli endorsement da parte dell'ANMCO, A.P. Maggioni (Notiziario N. 127 - maggio 2002, pagina 28).

- “Parte da Firenze per le città italiane il **Progetto Missione SalvaCuore**, un'iniziativa interamente varata dall'ANMCO e dall'Heart Care Foundation ONLUS [...] ed ha i seguenti obiettivi:
 - Sensibilizzare la Comunità nei confronti delle Malattie Cardiovascolari - Amplificare da diffusione della Cultura dello Stile di Vita SalvaCuore tra i cittadini adulti ed i giovani delle Scuole Medie Superiori - Visualizzare il ruolo delle Istituzioni e dell'HCF nella promozione della salute dei cittadini mediante 4 Eventi Cuore dell'iniziativa: Evento Sportivo ... Evento Scolastico ... Evento Salute ... Evento Spettacolo... - M. Scherillo (Notiziario N. 127 - maggio 2002, pagine 38-39).
 - “Il Consiglio Direttivo (CD) e il Consiglio Nazionale (CN) hanno varato il **Centro Formazione ANMCO**. [...] È una struttura dell'ANMCO dedicata alla elaborazione concettuale ed organizzativa di eventi formativi specifici per Cardiologi, Internisti, Medici di Medicina Generale per le tre Aree di formazione: Area Knowledge... Area Skillness... Area Research...” - **Nasce il Centro Formazione ANMCO**, M. Scherillo (Notiziario N. 130 - dicembre 2002, pagina 16).

L'anno 2003, il quarantesimo dalla fondazione, si conclude con un evento di grande rilevanza:

“Il Documento della Federazione Italiana di Cardiologia su **'Struttura e organizzazione funzionale della Cardiologia'** è stato definitivamente approvato! Lo sforzo delle Società Federate (ANMCO-SIOC) ha consentito di giungere ad una versione definitiva del test, dopo un'ampia condivisione con gli organi istituzionali delle due Associazioni e tenendo conto dei numerosi contributi provenienti dai Socie dalle diverse Società e Gruppi di Studio coinvolti nella problematica a diverso livello. [...] Il Documento, che vedrà la luce ufficialmente nel Supplemento di novembre dell'Italian Heart Journal, include la parte generale strategica di “Struttura e Organizzazione funzionale della Cardiologia” e quattro appendici: A) Dati epidemiologici di riferimento; b) Organizzazione, personale, indicatori; C) Percorsi; D) Gestione delle liste di attesa. La proposta innovativa della Cardiologia Italiana è quella di commisurare il servizio ai bisogni attraverso la organizzazione di reti integrate di servizi che tengano conto delle risorse già esistenti sul campo in una determinata area geografica di riferimento, da identificare opportunamente sul campo delle diverse realtà locali” - **Struttura e organizzazione funzionale della Cardiologia: un obiettivo raggiunto dalla Federazione Italiana di Cardiologia**, G.L. Nicolosi e A. Branzi (Notiziario N. 136 - novembre/dicembre 2003, pagina 4).♥



Diario di un Cardiologo

Una guardia di notte...(2)

I medici sono pur sempre degli esseri umani

Saluto mia moglie prima di uscire di casa. Ha la pancia come una mongolfiera e mancano ancora due settimane alla data presunta del parto. La gravidanza è andata benissimo, non c'è stato nessun problema, al contrario della prima, e tutto sembra tranquillo. Prendo la Vespa per andare in ospedale e mi godo il tepore della serata di metà settembre. La guardia fila via liscia come l'olio nelle prime due ore; poche consulenze in medicina d'urgenza e l'unità coronarica è assolutamente tranquilla. Alle dieci di sera la tregua è definitivamente rotta; arriva un grosso infarto e si scatena la baraonda. Avverto il reperibile che mi bestemmia al telefono, allerto l'infermiera dell'emodinamica e poi entro in sala. In quegli anni a Trieste praticavamo la trombolisi intracoronarica. Si iniettava la streptochinasi, un farmaco che scioglie i trombi, che si formano nelle coronarie e occludono il flusso sanguigno, provocando l'infarto. Naturalmente l'infusione andava fatta attraverso un catetere, posizionato sotto la guida dei raggi X all'imbocco dell'arteria responsabile della necrosi di tessuto miocardico. Di tutto il personale

medico della Cardiologia eravamo solo in tre ad essere in grado di eseguire questa manovra: il primario, l'aiuto responsabile della sala (cioè io) e il mio assistente. Risultato scontato; eravamo reperibili un giorno ogni tre (non vi racconto i problemi di quando si dovevano decidere le ferie) ma c'era un altro bonus che avevamo vinto noi due medici dell'emodinamica. Oltre alle reperibilità ci toccavano le guardie generali di Cardiologia nello stesso numero degli altri colleghi. Corrispettivo economico per questo sforzo: zero lire. Lo facevamo perché eravamo giovani ed entusiasti e credevamo nel progresso della medicina. Comunque, riprendiamo il racconto. Quando sono pronto arriva dalla rianimazione il paziente intubato, assistito da un anestesista, da un infermiere dell'unità coronarica e dal cardiologo reperibile. Eseguo la coronarografia di base, che documenta lo stop di una grossa coronaria destra. Attraverso il catetere incomincio l'infusione del farmaco trombolitico e dopo un'ora, finalmente, il vaso si riapre ed il paziente ricupera rapidamente. Complimenti all'emodinamista! Viene trasferito in unità coronarica ed in un lampo tutti

i reperibili, anestesista, cardiologo, infermiere di sala spariscono. Io, come in una commedia di Samuel Beckett, rimango da solo e nell'ora successiva mi devo dare da fare per stabilizzare definitivamente, si spera, il malato. Per fortuna tutto tace e non ci sono altre urgenze; si torna alla routine. Tiro il fiato, mi concedo un caffè forte e mezzo sigaro toscano (sì, al riparo da sguardi indiscreti in posti isolati e dedicati in quegli anni si poteva fumare in ospedale). Sono ormai quasi le cinque del mattino. Comincio a sentirmi un po' rintronato; stendo le gambe sul letto del medico di guardia... Vengo svegliato dopo un po', mi sembra di non aver dormito ma sono ormai le sette; mi cerca l'ostetrico dell'Ospedale Infantile (la ginecologia a Trieste tradizionalmente è situata nell'Ospedale Infantile Burlo Garofolo). A mia moglie si sono rotte le acque e sono cominciate le contrazioni prima del tempo; non ci sono problemi comunque né per lei né per la bambina. Vista l'ora lui pensa che il parto avverrà ben dopo le otto, dopo lo smonto della mia guardia. Avviso comunque il reperibile che manda maledizioni a tutta la mia famiglia e decido di fare

il verbale dell'intervento d'urgenza della notte e poi di fare un rapido giro in Unità Coronarica. Il tempo passa lentamente e il collega che mi sostituisce arriva puntuale. Dopo una doccia ed un altro caffè, inforco la Vespa e, sbadigliando, raggiungo l'Ospedale Infantile che è situato su un colle, a qualche chilometro dal nostro Ospedale Maggiore. Bene o male ci arrivo e dopo pochi minuti sono in sala parto. C'è il mio compagno di pesca ad assisterci, il primario della ginecologia. Mia moglie è al secondo parto e la bambina si presenta puntuale, dal verso giusto, dopo un'oretta. Dopo le misure e le operazioni di rito del neonatologo ci lasciano tutti in pace e, finalmente, me lo posso godere tutte e due. Non passano dieci minuti, mentre io sto addormentando sulla poltrona accanto alle due ragazze, mi si materializza una figura umana che indossa un camice bianco, stirato in maniera impeccabile. Alla prima lo scambio per una visione, che purtroppo è reale. Il primario della neonatologia ha saputo della mia presenza ed è venuto a cercarmi. Grane in arrivo! Dovete sapere che a quei tempi, all'inizio degli anni ottanta, l'unico emodinamista che si occupava di neonati cardiopatici nel Friuli Venezia Giulia ero io; così da un paio di anni tutti i bambini di poche ore, con una grave malformazione al cuore passavano sotto le mie mani. Per fortuna non erano tanti, ma su almeno un paziente ogni due mesi si poteva contare. In assenza di esami non invasivi, come ad esempio l'ecocardiogramma che era praticamente agli albori

o la risonanza magnetica e la tac multistrato, il mio compito era fare la diagnosi corretta di una malattia a volte molto complessa con un cateterismo cardiaco, per indirizzare poi il piccolo all'eventuale terapia chirurgica. Se c'erano le condizioni anatomiche ed il bimbo era particolarmente instabile dovevo intervenire direttamente io, per cercare di migliorare il flusso sanguigno. Usavo un catetere di Ruskin, che aveva in cima un palloncino gonfiabile, per effettuare una settostomia atriale, allargando così il forame ovale che, in questi malatini di poche ore si manteneva pervio, al livello del setto inter atriale, ed era l'unica possibilità per garantire l'arrivo di sangue ossigenato dai polmoni a tutto l'organismo. Un neonato di poche ore, in gravi condizioni, è in trasferimento in quel momento da Udine. Io sono desiderato con urgenza nella sala emodinamica dell'Ospedale Maggiore. Dopo aver salutato madre e figlia, in sella alla mia fidata Vespa azzurra riguadagno faticosamente la cardiologia nel centro di Trieste. Una grande frittata e molto caffè caldo mi aspettano nel cucinino del reparto. I miei secondi, le infermiere, sono state informate di tutto e dopo le congratulazioni di rito si danno da fare per rifocillarmi e rimettermi un po' in sesto. Nel frattempo la sala viene allestita per quell'ospite delicato. Uno speciale materassino riscaldato, trasparente ai raggi X, è già stato montato sul letto e l'anestesista ha adattato alle dimensioni del neonato tutte le attrezzature destinate a mantenere le sue funzioni vitali. Non la faccio lunga; il bambino è arrivato e dopo

tre ore di attività frenetica sono arrivato a capo della diagnosi ed ho fatto la settostomia atriale. Il piccolo malato, alla fine dell'intervento, è stato messo in una culla termica, che è stata caricata su un'ambulanza per essere trasportato alla terapia intensiva dell'Ospedale Infantile, mentre io, ancora vestito da sala, mi sono affrettato a seguirla con la mia Vespa. Al primo semaforo l'ambulanza ha dovuto fare una brusca frenata per non investire una macchina e, naturalmente, annebbiato dalla stanchezza e ancora pieno di adrenalina, nonostante pigiassi disperatamente sui freni l'ho tamponata. Nessun danno, per fortuna non sono neanche caduto. In mezzo ad un capannello di spettatori divertiti sono riuscito anche a raddrizzare la ruota anteriore che si era storta con l'aiuto di un infermiere ed ho potuto proseguire il mio viaggio verso mia figlia e mia moglie. ♥

Foto di Leticia Massari: www.pexels.com





La solitudine e l'isolamento nella difficoltà lasciano il protagonista senza respiro

Vivere in apnea

Pietro, padre di un bambino affetto da una grave forma di autismo, si sente schiacciato dal peso della situazione che deve vivere ogni giorno



Questa è la storia di Pietro, un padre disperato, e di Jacopo, suo figlio, affetto da una grave forma di autismo. I due sono costretti a fermarsi in un piccolo paese del Molise a causa di un guasto all'automobile e verranno accolti dalla comunità del luogo

Questa è la storia di Pietro e di Jacopo, padre e figlio, che, a causa di un guasto all'automobile che li sta portando verso Marina di Ginosa, sono costretti a fermarsi per un intero fine settimana presso una pensione in disuso, nell'attesa che il meccanico più vicino porti a termine la riparazione al motore. Il viaggio che i due protagonisti

intraprendono, ma che sono costretti ad interrompere temporaneamente, ha l'obiettivo di raggiungere la località pugliese nella quale Pietro e la sua amatissima moglie Bianca, nonché madre di Jacopo, si sono sposati vent'anni prima, e di festeggiare così il loro anniversario di nozze. L'automobile si ferma in una località d'invenzione, Sant'Anna del Sannio, che Daniele Mencarelli

ha voluto collocare in Molise, con lo scopo di renderla rappresentativa delle tante piccole realtà italiane che si stanno progressivamente spopolando e che divengono luoghi in cui la solitudine e l'isolamento sono le caratteristiche principali, anche dal punto di vista del sostegno economico e delle risorse. L'autore ci pone, senza indugi e in modo brutale, di fronte ad una storia di solitudine e di abbandono, mostrandoci la difficoltà della relazione familiare tra un padre e un figlio, del quale Pietro deve occuparsi costantemente, dal momento che Jacopo è un bambino affetto da autismo a bassissimo funzionamento e che pertanto non è e non sarà mai autonomo. Pietro

Pietro è un uomo indignato con il mondo e indurito dal destino per la situazione cui deve far fronte costantemente e per la condizione di ristrettezza economica nella quale è precipitato e che non gli permette di far fronte alla malattia del figlio come vorrebbe

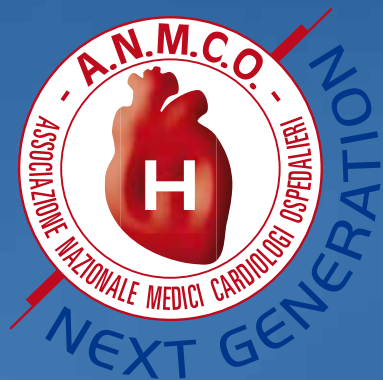
e Jacopo, in attesa della riparazione della macchina, vengono accolti all'interno di una comunità fatta di poche persone e di tanti sguardi che osservano una condizione che suscita sia compassione, sia preoccupazione e apprensione di fronte ad un disturbo rispetto al quale le persone del luogo non sanno come comportarsi. Pietro, inoltre, ad aggravare la propria condizione, è un uomo respingente, si esprime spesso con sarcasmo in modo difensivo, è difficile da avvicinare, dal momento che è un padre triste ed arrabbiato per ciò che la vita gli ha riservato. L'autore disegna, con grande intensità, la figura di una persona indignata col mondo e indurita dal destino, che sembra non sentire più nulla, ma che in realtà prova un dolore e un odio pervasivi e costanti per la situazione cui deve far fronte e per la condizione di ristrettezza economica nella quale è precipitato e che non gli permette di far fronte alle avversità e alla malattia come vorrebbe. Colpisce il fatto che Pietro tratti spesso il figlio in modo rabbioso e aggressivo verbalmente,

pur amandolo moltissimo, perché è al limite della fatica e dello spirito di sopportazione, si sente solo e stanco, cova un rancore volto tutto a quella creatura senza colpa, che diviene il bersaglio verso cui direzionare e far convergere la propria rabbia, tanto che spesso il lettore è portato a mettere in dubbio i sentimenti di Pietro nei confronti del figlio. In questa situazione drammatica, un senso di salvezza gli viene offerto dal sentire la corale vicinanza di perfetti sconosciuti, ossia degli abitanti del paesino che, accogliendo il dolore di Pietro, si affezioneranno in modo salvifico alla sofferenza del padre e del figlio e offriranno il loro aiuto, ciascuno in base alle proprie possibilità e capacità. È fondamentale la relazione con l'alterità, l'altro da sé, per comprendere, almeno in parte, il proprio io, e per far sì che si apra uno spiraglio attraverso il quale la generosità degli altri possa fare breccia nella ruvida scorza di Pietro, permettendogli di fidarsi e di farsi aiutare. Sarà proprio attraverso la conoscenza delle persone e in particolare di Gaia, una donna che abita in quel contesto, che Pietro non riuscirà più a fingere e a tenere

L'autore ci pone, senza indugi e in modo brutale, di fronte ad una storia di solitudine e di abbandono, mostrandoci la difficoltà della relazione familiare tra genitore e figlio, del quale il padre deve occuparsi costantemente

In questa situazione drammatica, un senso di salvezza viene offerto a Pietro dal sentire la corale vicinanza di perfetti sconosciuti, gli abitanti del paesino che, accogliendo il suo dolore, si affezioneranno in modo salvifico alla sofferenza del padre e del figlio

in piedi la recita che impersona quotidianamente di fronte agli altri e che riuscirà a condividere la sua situazione disperata. Pietro si sente nuovamente visto da un altro essere umano, che con il suo sguardo e le sue attenzioni è come se lo facesse sentire nuovamente parte di questo mondo. Il finale, che irrompe all'improvviso, è inaspettato e colpisce dritto al cuore per la sua intensità emotiva. Daniele Mencarelli, nel raccontare questa storia dallo stile asciutto e scarno, sente un dovere morale, come dichiara in numerose interviste, ed esprime la sua esigenza di esplorare il proprio presente e dare voce a tante persone che non possono permettersi di accedere a cure costose per i propri figli. Fame d'aria è quella sensazione esperita con il corpo, conosciuta solo da chi l'ha provata e si sente schiacciato dall'esistenza e dalla situazione economica, dal senso di frustrazione che si prova nel sentirsi abbandonato dai servizi e dall'istituzione, ma che può essere alleviato dalla presenza e dal supporto di una comunità viva e presente. ♥



1963 - 2023

60 ANNI

ANMCOra
insieme!

