

Cardiologia

negli Ospedali



MAGGIO / GIUGNO - LUGLIO / AGOSTO 2023
N° 253-254

Rivista dell'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri - ANMCO



THE HEART OF QUALITY



55°

**Congresso
Nazionale**

Associazione
Nazionale
Medici Cardiologi
Ospedalieri

ANMCO 2024

16 • 18 MAGGIO
2 0 2 4
PALACONGRESSI
R I M I N I



congress.anmco.it - digital.anmco.it

IMPROVING CARE FOR EVERYONE



Il nuovo **Ospedale di Vimercate** ideato dall'architetto **Mario Botta**

N. 253-254
maggio/giugno - luglio/agosto 2023
Rivista ufficiale dell'Associazione
Nazionale Medici Cardiologi
Ospedalieri

Editor
Giuseppe Di Tano
 Co - Editor
Attilio Iacovoni
 Direttore Responsabile
Mario Chiatto
 Comitato di Redazione
Marta Chiarandà
Stefania Angela Di Fusco
Massimo Di Marco
Francesca Mantovani
Gianfranco Misuraca
Gian Luigi Nicolosi
Margherita Padeletti
Claudio Picariello
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

Dall'Editor p. 4
di Giuseppe Di Tano

IN QUESTO NUMERO

In questo numero p. 6
di Attilio Iacovoni e Mario Chiatto

DAL PRESIDENTE

Saluto del Presidente ANMCO p. 7
di Fabrizio Oliva



DAL PRESIDENTE DELLA FONDAZIONE
PER IL TUO CUORE

Le attività non si fermano p. 9
 in previsione della pausa estiva
di Domenico Gabrielli



DAL CENTRO STUDI DELLA
FONDAZIONE PER IL TUO CUORE

Il punto sugli Studi Clinici p. 13
 del Centro Studi della Fondazione
 per il Tuo cuore
a cura del Centro Studi

DAL DIRETTIVO

Il Direttivo ANMCO 2023 - 2025: p. 17
 continuità e dedizione per una
 cardiologia di qualità
di Pietro Scicchitano

DAL SITO WEB

È davvero importante avere p. 19
 un Sito Web completo e professionale?
di Giuseppina Maura Francese



DALLE AREE

AREA CRONICITA' CARDIOLOGICA

Cuore e droghe p. 24
di Francesca Simonelli

AREA GIOVANI

Dal 54° Congresso p. 26
 Nazionale ANMCO: grande successo
 per le iniziative innovative dedicate ai
 (giovani) cardiologi italiani
di Filippo Zilio, Gianmarco Iannopolo,
Francesca Musella, Raimondo Calvanese,
Valeria Pergola, Massimiliano Rizzo,
Georgette Khoury, Marco Campana
a nome delle Aree Giovani, Aritmie e
CardioImaging



AREA MALATTIE DEL CIRCOLO POLMONARE

Malattie del circolo polmonare: p. 30
 conoscere per prevenire,
 conoscere per curare meglio!
di Claudio Picariello e Andrea Garascia



AREA MANAGEMENT&QUALITÀ

La responsabilità p. 36
 per colpa medica
di Nicola Chinappi e Fabiana Lucà a nome dell'Area Management&Qualità



AREA NURSING E PROFESSIONI SANITARIE

54° Congresso Nazionale p. 39
 ANMCO 2023: prospettiva dell'Area
 Nursing e Professioni Sanitarie
di Simone Cappannelli ed Elia Stocchi a nome dell'Area Nursing e Professioni Sanitarie



AREA SCOMPENSO CARDIACO

Associazione tra blocco p. 43
 neuromonale combinato e outcome
 in pazienti con scompenso cardiaco
 cronico e frazione di eiezione
 lievemente ridotta o preservata
di Mauro Gori, Marco Marini, Samuela Carigi, Luisa De Gennaro, Piero Gentile, Giuseppe Leonardi, Francesco Orso, Denitza Tinti, Renata De Maria

DALLE REGIONI

ABRUZZO

La Sindrome di Kounis: sindrome p. 50
 coronarica acuta allergica
di Laura Pezzi, Roberta Magnano, Mario Di Marino, Alberto D'Alleva, Daniele Forlani, Enrico Occhiuzzi, Kristian Galanti, PierGiusto Vitulli, Massimo Di Marco, Leonardo Paloscia

BASILICATA

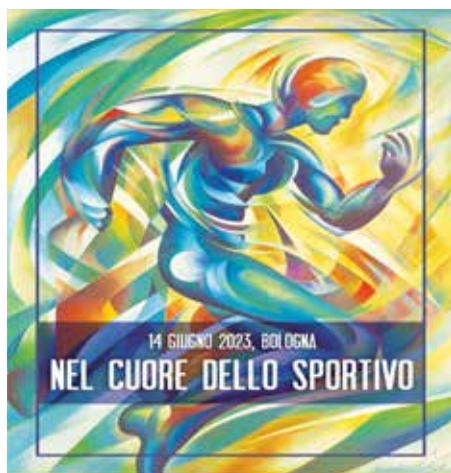
Benefici della TAVI nel rigurgito p. 54
 mitralico
di Marco Fabio Costantino, Gianpaolo D'Addeo, Luisiana Stolfi, Anna Cristiano, Angela Bochicchio





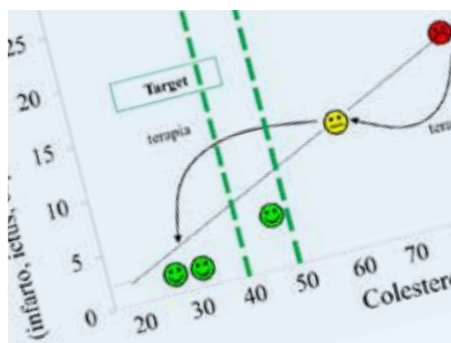
EMILIA ROMAGNA

Nel Cuore dello Sportivo p. 57
 di Gianni Casella, Mirza Becirovic,
 Maria Giulia Bolognesi, Roberto Carletti,
 Diego Della Riva, Elisa Guerri, Monica
 Minarelli, Paola Testa, Giovanni
 Tortorella, Gabriele Guardigli



LIGURIA

Vademecum per la Gestione p. 60
 post-dimissione del Paziente con
 Sindrome Coronarica Acuta
 di Vered Gil Ad e Luca Olivotti a nome
 del Consiglio Direttivo Regionale
 ANMCO Liguria



LOMBARDIA

ANMCO Lombardia: p. 64
 un anno ricco di attività formative
 di Caterina De Carlini e Felice Achilli

SICILIA

L'ANMCO Sicilia nel biennio p. 66
 2023-2025
 di Giuseppina Maura Francese, Maurizio
 Giuseppe Abrignani, Carmelo Battaglia,
 Calogero Falletta, Sonia Lo Iacono,
 Annamaria Lo Voi, Rocco Paolo Milluzzo,
 Vito Pipitone, Danilo Puccio



TOSCANA

ANMCO Regionale Toscana p. 68
 2023-2025: dieci persone al servizio
 della Cardiologia
 di Marisa Carluccio e Leonardo
 Misuraca a nome del Consiglio Direttivo
 Regionale ANMCO Toscana

VENETO

Il primo prelievo di cuore p. 72
 da donatore cadavere in Italia
 di Nicola Gasparetto e Claudio Bilato

CONVERSANDO CON LE LEGGENDE

Come nasce l'intervista p. 76
 al premio Nobel della Medicina
 Prof. Gregg Semenza
 di Stefania Angela Di Fusco



FORUM

Una esperienza di gestione dello p. 78
 scompenso cardiaco "post pandemia"
 della USL Toscana Centro
 di Massimo Milli, Francesco Grossi,
 Margherita Padeletti, Simone Bartolini,
 Andrea Giomi, Gino Pacenti, Giuseppe
 Ciriello

Parametri	
Miglioramento soggettivo del paziente	<input checked="" type="checkbox"/>
PAS > 90 mm Hg e FC < 100 bpm	<input checked="" type="checkbox"/>
SO2 >95% in aa	<input checked="" type="checkbox"/>
Stabilità clinica dopo 48 h di terapia per os:	<input checked="" type="checkbox"/>
- Peso stabile	
- Diuresi valida	
Sospensione delle amine > 48 h	<input checked="" type="checkbox"/>
Funzione renale stabile	<input checked="" type="checkbox"/>
Non disionie: 3.5> K ⁺ <5.5 mEq/l o Na ⁺ <130 mEq/l	<input checked="" type="checkbox"/>
NT-pro BNP in diminuzione < NT-pro BNP all'ingresso	<input checked="" type="checkbox"/>
Peso alla dimissione < peso all'ingresso	<input checked="" type="checkbox"/>
- Gait speed 5 metri in < di 6 secondi	<input checked="" type="checkbox"/>

COME ERAVAMO

Nelle pagine p. 81
 di "Cardiologia negli Ospedali"
 la memoria storica dell'ANMCO
 Parte ottava: 2004-2007
 di Sergio Pedè



CARDIOLOGI SCRITTORI

Vico Gianbattista p. 91
 di Domenico Miceli



Dall'Editor

“**C**ardiologia negli Ospedali” è nata con ANMCO. Nelle sue pagine ha raccontato la storia e l’evoluzione della Cardiologia italiana, descritto le trasformazioni, i successi, le figure che hanno reso la nostra Associazione leader nella cura delle malattie cardiovascolari in Italia. Nell’ultimo decennio la Rivista è molto cresciuta: in pagine, immagini, rubriche e soprattutto in contenuti, diventando anche occasione di confronto ma soprattutto specifico riferimento di informazione per tutti i Soci. Grazie ad una diffusione capillare e soprattutto grazie all’impegno e alla bravura degli Editor che si sono avvicendati, penso in particolare agli ultimi due, il caro Guerrino Zuin e l’amico Manlio Cipriani che, con la guida dell’onnipresente Direttore Responsabile Mario Chiatto ed il supporto della Redazione e dei vari Comitati di Redazione, hanno

realizzato una Rivista moderna, esteticamente curata con una sua specifica identità. Il mio compito, assieme ai componenti del Comitato di Redazione è di proseguire in questo percorso e di essere all’altezza delle sue potenzialità, meritando l’apprezzamento dei Lettori e la fiducia del Presidente e del Consiglio Direttivo che mi hanno concesso questo privilegio. È un impegno avvincente in tempi di grandi cambiamenti: del nostro mondo ospedaliero, ma soprattutto del mondo della comunicazione, dove lo spazio ed i pregi informativi dalla vecchia carta stampata si sono giocoforza ridotti a favore dei nuovi strumenti di informazione digitale e dei social network, più rapidi, fruibili e facili, ma anche spesso frammentati e individualizzanti. “*Cardiologia negli Ospedali*” è già presente al completo sul WEB, e non perderemo occasione per sfruttare e potenziare

tale spazio, in modo da aumentarne l’integrazione. Nel frattempo, rimane l’organo ufficiale di comunicazione della nostra comunità, principale strumento per la presentazione dei programmi e il loro avanzamento di tutti gli organi istituzionali ANMCO, dalla Fondazione per il Tuo cuore alle Regioni, alle Aree, fino ai singoli Soci, ai quali chiediamo da subito di essere presenti inviandoci riflessioni, resoconti di eventi, esempi di modelli organizzativi locali, in sintesi esperienze della propria quotidianità in ospedale. Perché una delle nostre ambizioni sarà quella di trasmettere tramite le pagine della Rivista, e con le immagini dei nostri Ospedali che iniziamo da questo numero a proporre in copertina, quel particolare e noto “*odore*” dell’Ospedale, per molti nostra seconda casa, che ci lega più o meno consapevolmente alla Cardiologia ospedaliera. ♥



In copertina

Da questo numero, i nostri Ospedali diventeranno le copertine di “Cardiologia negli Ospedali”
Vi invitiamo a sottomettere le foto dei vostri ospedali,
che potranno essere utilizzate per creare le copertine dei prossimi numeri



L'Ospedale di Vimercate disegnato e progettato dall'archistar Mario Botta e costruito nel 2010 in solo tre anni, si sviluppa su tre piani fuori terra e due interrati, per una superficie totale di 113.000 mq e ospita 538 posti letto. L'architettura, la tecnologia e l'organizzazione sono tutte finalizzate a porre al centro dei percorsi logistici e diagnostico - terapeutici il paziente con una assistenza organizzata secondo il

modello per intensità di cura. Premiato dall'HIMSS come “leader globale nell'information technology” è stato il primo ospedale in Lombardia e tra i primi in Italia ad utilizzare a partire dal 2008, la cartella clinica elettronica. E' una struttura completamente “paperless” e rappresenta una delle realtà tecnologicamente più evolute di Regione Lombardia e dell'intero scenario nazionale. Ogni giorno vengono gestiti in

modo automatico oltre 5mila documenti clinici, 20mila somministrazioni di farmaci e 10mila rilevazioni di parametri vitali con una integrazione e automazione dei processi di “workflow” clinico in tutti i reparti ospedalieri. Il patrimonio informativo digitale conseguente sta alimentando un progetto di Intelligenza Artificiale e il Big Data Analytics in ambito clinico.



In questo numero

La nostra grande famiglia ANMCO è piena come sempre di iniziative e nuovi progetti. La rivista viene inaugurata da due importanti articoli, il primo dal nostro carissimo Presidente Fabrizio Oliva che ci presenta le nuove progettualità come il progetto EUROHEART, il BRING-UP e EYESHOT-2 ed il secondo dal nostro Presidente della Fondazione per il Tuo cuore, Domenico Gabrielli, che come sempre con estrema puntualità e precisione ci illustra le iniziative principali della nostra Fondazione, come l'accordo raggiunto con l'Arma dei Carabinieri a cui saranno dedicati dei posti durante il Truck Tour Banca del Cuore e la prestigiosa benemerita del Rotary Club Paul Harris di cui la nostra Associazione è stata insignita. Dal Consiglio Direttivo il nostro collega Massimo Milli ci presenta le iniziative post pandemia sulla gestione dello scompenso cardiaco della USL Toscana Centro in collaborazione con la Regione Toscana, diverse iniziative meritevoli di una speciale attenzione. La Commissione del Sito ha voluto porre attenzione sulla importanza del Sito Web che è stato coordinato con molta professionalità come sempre dalla nostra cara Giuseppina Maura Francese che più volte ha intrapreso iniziative innovative. La sezione

dedicata alle Aree anche questa volta è piena di informazioni sulla loro attività ormai diventata frenetica di cui siamo veramente tutti fieri. Le Aree rappresentano il motore della nostra Società da cui fioriscono sempre iniziative molto stimolanti. Leggere quindi le loro idee, i loro progetti ci arricchisce sempre e ci ricorda come la cardiologia sia una delle branche mediche che sempre di più evolve. Interessanti sono gli articoli delle Regioni che dettagliamene ci informano sulle iniziative più rilevanti che vengono portate avanti. In particolare la Regione Veneto ci riporta un evento di particolare interesse perché unico in Italia: il primo prelievo di cuore da donatore cadavere. La donazione di cuore da cadavere è una innovazione nel campo del Trapianto di cuore che ha portato a livello internazionale ad aumentare di circa il 30% il numero dei trapianti. Purtroppo nel nostro Paese l'accertamento di morte prevede una osservazione della durata di 20 minuti, periodo in cui l'elettrocardiogramma non deve registrare nessuna attività elettrica. Solo dopo questo periodo di osservazione è possibile riperfondere il cuore e successivamente, dopo averlo giudicato idoneo, espianarlo. Nei paesi anglosassoni questo periodo di osservazione varia dai 3 ai

5 minuti periodo significativamente inferiore rispetto ai nostri 20 minuti. Per la prima volta il gruppo di Padova coordinato dal Professore Gerosa con l'aiuto di una vera e propria "macchina da guerra", in cui vari specialisti di più Ospedali Veneti hanno dato il loro contributo per raggiungere questo obiettivo esclusivo, ha dimostrato di poter recuperare un cuore dopo un arresto della durata di 20 minuti e trapiantarlo con successo. Siamo veramente fieri di questo magnifico risultato raggiunto anche grazie alla collaborazione della rete cardiologica ospedaliera. In tema di traguardi impossibili consigliamo di leggere l'articolo della Dott.ssa Stefania Angela Di Fusco che ci racconta come è nata la celebre intervista al Premio Nobel della Medicina Gregg Semenza pubblicata sull'*European Heart Journal*. "Cardiologia negli Ospedali" è sempre molto sensibile alla storia della nostra cardiologia e della nostra Associazione, l'articolo del collega Sergio Pede ci ricorda il nostro passato ricco di traguardi e successi. La rivista termina con un bellissimo articolo del Dott. Domenico Miceli che ci racconta un aneddoto sul famoso Professore Antonio Clasi e ci ricorda come la clinica è sempre regina e ci deve sempre guidare nell'inquadrare e curare i nostri cari pazienti.♥



Saluto del Presidente ANMCO

Cari Amiche e Amici, si è da poco insediato il nuovo Consiglio Direttivo (CD) ANMCO che ho il privilegio e il grandissimo piacere di dirigere. In continuità con il precedente mandato, grazie anche ad una grande sintonia tra i membri del CD, i lavori sono iniziati alacramente e sono state definite le linee programmatiche del prossimo biennio. Come tutti ben sappiamo è un momento estremamente critico per la Sanità Italiana, aspetti finanziari e problematiche gestionali impattano quotidianamente sul nostro lavoro, rendendo spesso difficile il compito clinico con conseguenze anche sulla qualità delle cure fornite ai pazienti. Il periodo pandemico ha visto il coinvolgimento attivo di un elevato numero di cardiologi nella cura di questi pazienti, non è stato indolore nel rallentare le cure ai cardiopatici, con conseguenze sul loro outcome ed ha anche lasciato uno strascico nel post ridimensionando in alcune strutture le attività. Il Censimento delle Cardiologie italiane effettuato lo scorso anno è stato il primo capitolo del Piano Straordinario della Ricerca 2022-2025, che abbiamo fortemente voluto a distanza di 7 anni dal precedente, proprio per fare il punto e ripartire, inquadrando i futuri obiettivi della nostra società scientifica. Ha risposto il 99% delle

cardiologie italiane e oltre che sulle conseguenze del COVID 19, il censimento ci ha dato informazioni importanti sulla crescita di alcune nostre attività, come quella degli ambulatori di cardioncologia e per pazienti con sindrome coronarica cronica, ma ha anche evidenziato che ancora molte cardiologie non sono in rete per problematiche rilevanti come insufficienza cardiaca e shock cardiogeno. Ci sono quindi temi che meritano un approfondimento da parte della nostra società e abbiamo deciso che fosse importante affrontarli nella prossima edizione degli Stati Generali ANMCO, che si terrà il 7-8 Settembre. Ci focalizzeremo su 5 argomenti: la mancanza di personale in Cardiologia, i rapporti tra cardiologia ospedaliera e territorio, ANMCO e ricerca, cardiologia digitale, ruolo delle società scientifiche nella formazione. Li affronteremo non da soli ma discutendoli con tutti gli attori coinvolti nei diversi percorsi, dalle principali istituzioni nazionali a quelle locali, alle aziende del farmaco e device, ed anche ai pazienti. La nostra società promuoverà l'utilizzo del fascicolo sanitario elettronico, confidando nel miglioramento delle tecnologie, conscia dell'importanza della messa in rete, della condivisione e possibilità di analisi continua dei dati, strumenti per

l'implementazione delle cure. Ci mettiamo dunque a disposizione per poter migliorare il mondo sanitario. La nostra anima è la ricerca, aspetto che ci ha permesso sempre di distinguerci e raccogliere importanti successi. È su questa strada che andiamo ad intraprendere un percorso importante che vedrà dopo l'estate partire alcuni studi strategici. EYeshot-2 effettuerà una fotografia del percorso diagnostico, clinico e terapeutico delle sindromi coronariche acute nei nostri ospedali, gli studi osservazionali BRING UP Scopenso Cardiaco e BRING UP Prevenzione saranno lo strumento per implementare i trattamenti raccomandati e raggiungere i target terapeutici in questi due contesti clinici di alto impatto epidemiologico. Nel contesto della ricerca osservazionale ANMCO ha un'occasione unica di entrare nella rete europea con EUROHEART survey, un programma di raccolta dati permanente sulle patologie cardiologiche più rilevanti, incrocio con i dati amministrativi, valutazione degli indicatori di qualità delle cure e futura base per registry based randomized trial. Oltre 40 nostre cardiologie hanno già aderito, la call è attiva, gli accordi con ESC consolidati e la partnership con AGENAS avviata. Ancora una volta il nostro Centro Studi, diretto da Aldo Maggioni, sta dimostrando la sua

eccellenza nel coordinamento di tutte queste iniziative. La disponibilità in ambito cardiovascolare di nuovi trattamenti in grado di migliorare la prognosi dei nostri pazienti richiede la loro implementazione sul campo; nei prossimi mesi ci saranno delle campagne educazionali nazionali che anche sulla scorta di alcuni nostri position paper in corso di pubblicazione, affronteranno gli aspetti riguardanti la diagnosi, la terapia e il percorso gestionale di alcune condizioni patologiche quali amiloidosi, dislipidemie, obesità, insufficienza cardiaca. L'offerta formativa è sempre più ampia ma è fondamentale che siano assicurate l'alta qualità, l'imparzialità e la possibilità di raggiungere tutti i nostri cardiologi. In questo la crescita di ANMCO nel digitale è stata rilevante nel corso degli ultimi anni e proseguirà grazie ad un sito web ancora più efficace. Questa attività si va ad aggiungere a quelli che stanno diventando ormai degli appuntamenti fissi della cardiologia italiana oltre al Congresso nazionale ANMCO: il Club delle UTIC, il Forum della Cardiologia Clinica - Convention Centri Scompenso, l'appuntamento con l'approfondimento di Lipids sulle dislipidemie e l'evento dedicato ai giovani cardiologi. Questo ultimo è inserito nella progettualità Next Generation, voluta fortemente dal precedente Direttivo guidato da Furio Colivicchi, che continuerà ad essere sostenuta dall'attuale CD e che sta dando splendidi risultati, con la crescita di molti giovani cardiologi nell'ambito della ricerca. ANMCO ha tante anime, tutte importanti; è fondamentale la

stretta collaborazione per ottenere i migliori risultati. Tra queste la Fondazione per il Tuo cuore, guidata con la sua proverbiale solidità e autorevolezza da Mimmo Gabrielli, sta proseguendo nel solco tracciato, acquistando sempre più rilevanza nell'interazione con la popolazione per la promozione della salute. Il recente incontro di inizio mandato che ho avuto con le Aree, con il Club delle UTIC, con le rappresentanze regionali e con la componente editoriale mi hanno fatto ancora più capire la grande forza, la spinta propositiva, le elevate competenze e l'alto profilo scientifico ed umano dei cardiologi ANMCO, di coloro che aiutano ogni giorno la nostra cardiologia a crescere, spesso sacrificando ambiti personali. Questi incontri mi hanno reso estremamente orgoglioso di essere alla guida della nostra società e mi hanno responsabilizzato sulla importanza della gestione di un così

rilevante patrimonio. Sono tuttavia molto fortunato perché posso contare su un direttivo forte e coeso, in cui vi è un sapiente mix di persone di elevata esperienza ma anche giovani con straordinaria forza propulsiva. Quello che può fare un presidente ANMCO, i risultati positivi che può ottenere sono anche frutto dell'avere a disposizione una segreteria unica, che credo non abbia pari in altre Società Scientifiche. Giulia Salone e tutte le sue splendide ragazze, sono per me e quindi per tutti noi, una risorsa tanto eccezionale quanto preziosa, anche loro con un forte DNA ANMCO. Il lavoro è tanto, i programmi molto ambiziosi, raggiungerli non facile ma avervi tutti al nostro fianco lo renderà possibile. Ci sono realtà che hanno maggiori difficoltà e andranno aiutate, valorizzate; ANMCO non vuole lasciare indietro nessuno. Sperando di non deludervi, auguro a tutti buon lavoro e spero di incontrarvi presto.♥





Fondazione per il Tuo cuore Le attività non si fermano in previsione della pausa estiva

Cari Colleghe e Colleghi, Cari Tutti, durante il 54° Congresso Nazionale ANMCO diverse sono state le attività di Fondazione, in particolare abbiamo consolidato la partnership con AHA, tenendo in presenza un simposio incentrato sulla ricerca clinica al di qua e al di là dell'Oceano, approfittando della presenza di prestigiosi colleghi dell'AHA. Abbiamo inoltre tenuto una diretta Facebook aperta ai quesiti delle persone, questa diretta ha riscosso grandissimo successo, pertanto la ripeteremo rendendola una attività periodica. Stiamo approntando il materiale comunicativo per le due campagne che partiranno in autunno una sulla sensibilizzazione ai temi della cardiologia di genere (che è stata gratificata da un contributo non condizionante, anche se non esaustivo da parte di Banca Sella, ed è la prima volta che si verifica) e una sulla cardioncologia di genere (in partnership con Europa Donna), queste campagne sono state presentate informalmente al Ministero della Salute e hanno destato preliminare interesse, che speriamo di sostanziare al meglio. Stiamo dando seguito all'accordo





Progetto THE TUBE (sottoprogetto scuola)

Rotary
Distretto 2090

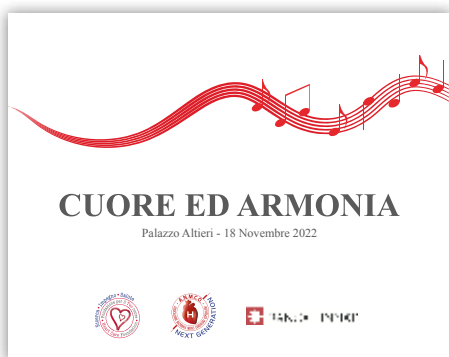
1 giugno 2023 primo incontro a Fermo

potenzialità della nostra Fondazione. La collaborazione con il Rotary sarà foriera di importanti progetti e

aumenta in maniera esponenziale la visibilità di HCF. Stiamo procedendo al necessario rinnovo del CDA di

Fondazione successivamente al rinnovo della cariche ANMCO avvenuto durante il nostro ultimo congresso di Rimini e ho quindi il piacere di dare il benvenuto nel CDA di HCF al Dott. Massimo Grimaldi, nostro Presidente Designato. Stiamo preparando una, speriamo scoppiettante, edizione di Cardiologie Aperte, che rimane una delle pietre miliari della Fondazione, per il 2024; grazie al vostro aiuto che fin d'ora vi chiediamo di riproporre, nella settimana dal 12 al 18 febbraio 2024 apriremo di nuovo le nostre Cardiologie alla gente e lo faremo con un format molto originale, che prevedrà, durante la settimana, giornate dedicate ai





cinque temi individuati (cardiologia di genere, cardioncologia di genere, cardioncologia, prevenzione cardiovascolare, fibrillazione atriale), ciò a nostro parere determinerà un impatto mediatico significativo e potremo dare risposte ai bisogni di salute variegati dei cittadini interessati. Il Centro Studi prosegue spedito nella sua attività, guidato con mano esperta e sicura da Aldo Maggioni, siamo stati coinvolti in diverse attività di ricerca, anche in network internazionali, di cui vi riferirò Aldo Maggioni in un articolo ad hoc. Il sito web

prosegue la sua rivitalizzazione e riorganizzazione, inoltre stiamo procedendo a riprendere e aggiornare la rubrica “L’esperto risponde”, grazie al contributo volontario di tanti Colleghi generosamente disponibili. Fra le iniziative di recente progettazione, Cuore e Armonia, finalizzata alla diffusione della conoscenza della Fondazione nel mondo laico, presto vedrà ulteriori appuntamenti, dopo il grande successo iniziale. 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 precipe della Fondazione (Ambasciatori e Ambasciatrici della Fondazione per il Tuo cuore). Dopo questo excursus su alcune delle attività della Fondazione, vi saluto cordialmente anche a nome del CDA della



Fondazione, ringraziandovi per il contributo che sempre date alle iniziative ed esortandovi ancora una volta 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.♥

Studi in corso (DATI AGGIORNATI AL 11/07/2023)

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 11/07/2023)

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 11/07/2023)

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)	>150	6.000	1 anno
EYE-SHOT 2 (osservazionale)	200	3.000	No follow-up
BRING-UP 3 SCOMPENSO (osservazionale)	>150	10.000	1 anno

FOCUS ON

EYESHOT-2 Registry

Steering Committee: Leonardo De Luca (Chairman), Furio Colivicchi (Co-Chairman), Domenico Gabrielli (Co-Chairman), Fabrizio Oliva (Co-Chairman), Claudio Cavallini, Michele Massimo Gulizia, Sergio Leonardi, Aldo P. Maggioni, Alice Sacco, Fortunato Scotto di Uccio, Serafina Valente.

A distanza di 9 anni dallo Studio EYESHOT, la Fondazione per il Tuo cuore e l'ANMCO hanno disegnato un nuovo protocollo di ricerca, l'EYESHOT-2, con lo scopo di aggiornare le conoscenze sull'uso delle terapie antitrombotiche nei pazienti con infarto miocardico ricoverati in UTIC. Il Registro di tipo osservazionale, della durata di 4 settimane in ciascun Centro, costituisce un momento importante per la raccolta di dati che possono aiutare

i clinici nella scelta delle terapie più adeguate per quei pazienti che sono ad elevato rischio di eventi ischemici ed emorragici.

EYESHOT-2 ha infatti lo scopo di aggiornare le conoscenze sulle varie terapie antitrombotiche comunemente impiegate (da sole o in combinazione), dal momento del ricovero in UTIC alla dimissione, in pazienti con diagnosi di STEMI/NSTEMI, con differenti profili di rischio ischemico/emorragico e sottoposti a differenti strategie terapeutiche (rivascolarizzazione percutanea, chirurgica, o strategia conservativa) - con un focus specifico sulle terapie antitrombotiche utilizzate nel periodo periprocedurale della PCI - nonché di determinare la frequenza di eventi clinici intra-ospedalieri (ischemici ed emorragici) in accordo alle differenti combinazioni di agenti

antitrombotici utilizzate.

Il Registro sarà condotto in circa 200 UTIC, rappresentative della realtà nazionale sia dal punto di vista geografico che dal punto di vista della complessità della struttura, e arruolerà per 4 settimane in ciascun Centro i pazienti ricoverati consecutivamente con diagnosi di STEMI/NSTEMI. L'attesa è che vengano arruolati circa 3000 pazienti. Non è previsto alcun follow-up dei pazienti inclusi. La raccolta dati avverrà esclusivamente su CRF elettronica, con compilazione e invio mediante browser internet.

Le pratiche regolatorie con i Comitati Etici dei Centri aderenti al progetto sono state avviate a maggio scorso e l'attesa è di passare alla fase operativa del progetto nell'autunno 2023.



PRESIDENTE

FABRIZIO OLIVA

ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda
 Cardiologia 1 - Emodinamica
 Dipartimento Cardiotoracovascolare "A. De Gasperis"
 Piazza Ospedale Maggiore 3, 20162 Milano
 Tel. 02/64442565, Fax 02/66101716
 fabrizio.oliva@ospedaleniguarda.it



VICE PRESIDENTE

LEONARDO DE LUCA

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



VICE PRESIDENTE

ALESSANDRO NAVAZIO

P.O. Arcispedale Santa Maria Nuova
 AUSL RE IRCCS
 SOC Cardiologia Ospedaliera
 Viale Risorgimento 80
 42100 Reggio Emilia
 Tel. 0522/296429, Fax 0522/296495
 alessandro.navazio@ausl.re.it



PAST PRESIDENT

FURIO COLIVICCHI

P.O. San Filippo Neri - ASL Roma 1
 U.O.C. Cardiologia Clinica e Riabilitativa
 Via G. Martinotti 20 - 00135 Roma
 Tel. 06/33062429, Fax 06/33062489
 furio.colivicchi@aslroma1.it



PRESIDENTE DESIGNATO

MASSIMO GRIMALDI

Ospedale Generale Regionale "F. Miulli"
 U.O.C. Cardiologia - UTIC
 Strada Provinciale n. 127, Acquaviva delle
 Fonti - Santeramo Km 4,100
 70021 Acquaviva delle Fonti (Bari)
 Tel. 080/3054218, Fax 080/758089
 m.grimaldi@miulli.it



SEGRETARIO GENERALE

MARCO CORDA

Azienda di Rilievo Nazionale ed Alta
 Specializzazione "G. Brotzu"
 Cardiologia con UTIC
 Piazzale Alessandro Ricchi 1
 09134 Cagliari
 Tel. 070/539510, Fax 070/531400
 marcuscor70@gmail.com



TESORIERE

CLAUDIO BILATO

Ospedale Civile
 U.O.C. di Cardiologia
 Via del Parco 1
 36071 Arzignano (Vicenza)
 Tel. 0444/479106, Fax 0444/931163
 claudio.bilato@aulss8.veneto.it



CONSIGLIERE

MASSIMO DI MARCO

Ospedale Civile dello Spirito Santo
Cardiologia con UTIC
Via Fonte Romana 8, 65124 Pescara
Tel. 085/4251-4252526, Fax 085/4252287
massimo.dimarco@ausl.pe.it



CONSIGLIERA

GIOVANNA GERACI

Presidio Ospedaliero Sant'Antonio Abate
Azienda Sanitaria Provinciale di Trapani
U.O.C. di Cardiologia, UTIC ed
Emodinamica
Via Cosenza, 82 - 91016 Erice (TP)
Tel. 0923/809317-0923/809318
Fax 0923/809456
giovannageraci68@icloud.com



CONSIGLIERE

ATTILIO IACOVONI

ASST Papa Giovanni XXIII
SC Cardiologia 1
Piazza OMS 1, 24127 Bergamo
Tel. 035/269339, Fax. 035/2674847
aiacovoni@asst-pg23.it



CONSIGLIERE

MASSIMO MILLI

Ospedale Santa Maria Nuova
Cardiologia
Piazza S. Maria Nuova 1, 50122 Firenze
Tel. 055/6938663-949, Fax 055/6938397
massimo.milli@uslcentro.toscana.it



CONSIGLIERE

VITTORIO PASCALE

Ospedale Civile Pugliese
UTIC-Emodinamica e Cardiologia
Interventistica
Viale Pio X 91, 88100 Catanzaro
Tel. 0961/883447, Fax 214/883944
vittoriopascale@hotmail.com



CONSIGLIERE

CARMINE RICCIO

Azienda Ospedaliera
Sant'Anna e San Sebastiano
Unità Operativa Semplice Dipartimentale
"Follow up del paziente post acuto"
Via Palasciano 1, 81100 Caserta
Tel. 0823/232362, Fax 0823/232360
carmine.riccio8@icloud.com



CONSIGLIERE

PIETRO SCICCHITANO

Ospedale della Murgia Fabio Perinei
S.C. Cardiologia UTIC
Strada Statale 96, Altamura-Gravina in
Puglia Km. 73, 80070022 Altamura (Bari)
Tel. 080/3108286-3108274
Fax 080/3108445
piero.sc@hotmail.it



CONSIGLIERE

EMANUELE TIZZANI

Ospedale degli Infermi ASL TO3
SC Cardiologia
Strada Rivalta 29, 10098 Rivoli (Torino)
Tel. 011/9551426-9551435
Fax 011/9551431
etizzani@aslto3.piemonte.it



**Il nuovo Consiglio Direttivo Nazionale assume la guida dell'Associazione
per il biennio 2023-2025**

Il Direttivo ANMCO 2023-2025: continuità e dedizione per una Cardiologia di qualità

**Il Dott. Fabrizio Oliva e il nuovo Consiglio Direttivo Nazionale
si insediano pronti ad affrontare il biennio 2023-2025 alla guida della più vasta
associazione di Cardiologi nazionale**

**Ognuno è consapevole
delle proprie idee e
dei propri principi ma
rispetta e fa proprie le
espressioni intellettuali
degli altri componenti per
il fine ultimo del benessere
collettivo e della collettività**

Il Congresso Nazionale ANMCO tenutosi a Rimini dal 18 al 20 Maggio u.s. si è da poco concluso. Un evento particolarmente sentito dalla comunità cardiologica ospedaliera italiana che vede in esso il momento di aggregazione culturale più importante dell'anno. Nella cornice del Palacongressi riminese si sono svolte le elezioni del nuovo Consiglio Direttivo Nazionale per il biennio 2023-2025, che hanno visto insediarsi il Dott. Fabrizio Oliva alla guida dell'Associazione

cardiologica nazionale con il numero di iscritti maggiore (più di 6.000) sul territorio italiano, coadiuvato in primis dal Past President, Prof. Furio Colivicchi, quindi dal Presidente Designato Dott. Massimo Grimaldi e da 12 Consiglieri: Dott. Leonardo De Luca, Dott. Alessandro Navazio, Dott. Marco Corda, Dott. Claudio Bilato, Dott. Massimo Di Marco, Dott.ssa Giovanna Geraci, Dott. Attilio Iacovoni, Dott. Massimo Milli, Dott. Vittorio Pascale, Dott. Carmine Riccio, Dott. Pietro Scicchitano, Dott. Emanuele Tizzani. Ancora una volta viene espresso il desiderio "innovativo" di ANMCO di promuovere gli ideali di rinnovamento, ricerca ed esaltazione della professionalità medica cardiologica proprie dell'Associazione, grazie al costante ausilio dell'esperienza direttiva del recente passato e la propositiva aura dell'imminente futuro. Al di là delle scelte personali, della bagarre

elettorale e delle idee del singolo socio membro, la forza dell'ANMCO risiede proprio nell'espressione del suo Consiglio Direttivo: coeso, univocamente proteso alla continuità gestionale di una grande realtà associativa, intrinsecamente votato a quello spirito di innovazione e ricerca scientifica che caratterizzano l'operato non solo dell'Associazione in sé ma di ciascun Socio che quotidianamente affronta le sfide professionali nelle proprie realtà sanitarie. Al Dott. Oliva, infatti, non mancherà certamente l'apporto dell'amico Prof. Colivicchi e del futuro Presidente, Dott. Grimaldi: passato, presente e futuro si

**«Mettersi insieme è un
inizio, rimanere insieme
è un progresso, lavorare
insieme un successo»
(H. Ford)**

Il Consiglio Direttivo ANMCO è la contingente espressione della filosofia dell'interdipendenza: ognuno è consapevole delle proprie idee ma rispetta e fa proprie le espressioni intellettuali degli altri per il fine ultimo del benessere collettivo e della collettività

riuniscono in una triade che consente la pianificazione a breve, medio e lungo termine delle attività dell'Associazione, l'unità di pensieri e di azioni e – di rimando – i risultati che non potranno che essere comunque eccezionali. Si tratta della filosofia dell'interdipendenza applicata alla quotidianità: ognuno è consapevole delle proprie idee e dei propri principi ma rispetta e fa proprie le espressioni intellettuali degli altri componenti per il fine ultimo del benessere collettivo e della collettività. Un gioco interattivo tra le parti che da sempre ha connotato l'ANMCO permettendole di raggiungere gli obiettivi prefissati e la qualità manageriale che è fiore all'occhiello dell'operato decennale dell'Associazione. Il filosofo Bertrand Russell affermava: *«Educazione dovrebbe inculcare l'idea che l'umanità è una sola famiglia con interessi comuni. Che di conseguenza la collaborazione è più importante della competizione»*. Ed è impressionante come ANMCO abbia di fatto reso proprie, sebbene inconsapevolmente ma basandosi sulla ragionevolezza, autorevolezza e sinergia d'intenti dei suoi iscritti e delle sue figure apicali, siffatte speculazioni. L'intero Consiglio Direttivo Nazionale si compone di figure cardiologiche dall'alto spessore professionale a livello sia nazionale che internazionale. Ciascuno, con le proprie capacità e propensioni, avrà a disposizione un biennio intenso in cui riuscire a promuovere nuove idee per implementare la mission societaria. Ricerca ed innovazione scientifica saranno il mainframe da perseguire. La programmazione di studi clinici dedicati alla valutazione di bisogni invasivi nel panorama

della letteratura internazionale sarà adottata con focus theme del gruppo Direttivo. Il Piano della Ricerca vedrà proprio coinvolti tutti i componenti dell'Associazione con una serie di iniziative di ricerca clinica in grado di dimostrare la coesione dell'intera comunità ANMCO nel promuovere un'organizzazione ospedaliera che vede la patologia cardiovascolare e la promozione della salute della popolazione al centro della quotidiana lotta clinica all'avanzare della degenerazione organica cardiovascolare. In questo senso emerge la volontà di fornire impulsi significativi alla valorizzazione dei giovani Cardiologi italiani. E se è vero che *«molti oggi parlano dei giovani; ma non molti, ci pare, parlano ai giovani»* (Papa Giovanni XXIII), è orgoglio ANMCO il programma Next Generation che fattivamente ha cercato non solo di “parlare” ai giovani ma di renderli attori principali nella valorizzazione e

promozione dell'Associazione a livello nazionale ed internazionale. Un programma che, fortemente agognato e attivato durante il periodo di reggenza del Prof. Colivicchi, ora vede concretizzarsi il lavoro svolto in un continuum gestionale unico nel panorama intellettuale e formativo cardiologico Italiano. Inizia, dunque, un nuovo biennio che ancora una volta riunisce gli intenti di ANMCO ai fini della promozione della salute cardiovascolare dei nostri pazienti perché “Mettersi insieme è un inizio, rimanere insieme è un progresso, lavorare insieme un successo” (Henry Ford). Certi della bontà e della qualificata professionalità di ciascuno dei componenti del gruppo di lavoro, si aprono le strade del biennio 2023-2025 in un tripudio unitario di azione per il conseguimento di eccelsi risultati. *Ad maiora* al Dott. Oliva e all'intero Consiglio Direttivo.♥

Inizia l'avventura del Dott. Oliva e del nuovo Consiglio Direttivo Nazionale alla guida dell'ANMCO per il biennio 2023-2025

Nuove sfide ed una programmazione serrata ed innovativa costituita da impegni istituzionali, di ricerca clinica e di gestione delle realtà ospedaliere cardiologiche nazionali costituiscono la mission del gruppo di lavoro

Un impegno costante ed un'abnegazione societaria con un occhio al recentissimo passato, un'attenzione al presente e la prospettiva di preservare scienza e coscienza cardiologica per l'imminente futuro



È davvero importante avere un Sito Web completo e professionale?

Commissione Sito Web ANMCO Biennio 2023-2025

**Web Manager**

Giuseppina Maura Francese

Web Advisor

Vittorio Pascale



Componenti Commissione Sito Web ANMCO



Giulio Binaghi

Stefania Angela
Di Fusco

Nadia Ingianni



Fabiana Lucà



Antonio Parente



Vito Pipitone



Letizia Riva



Pietro Scicchitano



Francesca Simonelli

**Staff Sito WEB
ANMCO**

Simonetta Ricci



Luana Di Fabrizio

Il titolo di questo mio intervento per “*Cardiologia negli Ospedali*” è volutamente provocatorio. Molti di voi forse si chiederanno il perché della scelta di un tale titolo da parte di chi, come me, ricopre un ruolo istituzionale manageriale all’interno dell’ANMCO finalizzato ad incrementare l’informazione e

le opportunità formative tramite uno dei suoi più potenti mezzi di comunicazione, ovvero il proprio sito internet. Proseguirei indicando una frase celebre che cercherò di ribaltare o quantomeno ridimensionare grazie all’adozione di una prospettiva nel leggerla che ne relativizzi il significato ultimo e generale e induca

a valutare l’impatto positivo di altri fattori e caratteristiche.

«Se ti svegli alle quattro di notte per andare in bagno e ti fermi a controllare la tua email prima di tornare a letto, se spegni il tuo modem e provi un vuoto terribile perché per te il mondo reale non ha ormai più alcuna consistenza, se viaggi in treno o in aereo col tuo portatile

sulle gambe, se deridi le persone che hanno un computer che non è di ultima generazione, allora è arrivato il momento di farsi curare, perché evidenti si sono fatti i segni di quella vera e propria patologia che ricerche americane hanno etichettato Internet Addiction Disorder (disturbo da dipendenza da internet)».

UMBERTO GALIMBERTI, I MITI DEL NOSTRO TEMPO, 2009

Ebbene, come dar torto a Galimberti? Tuttavia vorrei ricordare come storicamente gli esiti positivi o negativi derivanti dall'utilizzo di un qualsiasi strumento tecnologico sono stati il risultato della *misura* e del *modo* in cui tale utilizzo prendeva forma. È sempre dunque una questione di "giusto mezzo" e a mio parere per internet e per i Siti Web il discorso non cambia. Un sito contenuto, moderato e soprattutto finalizzato al perseguimento di specifici obiettivi non può che rappresentare un bene e una occasione di arricchimento per chi li utilizza. Al giorno d'oggi avere un sito web è una vera e propria necessità. Un'attività senza sito è come un albergo senza camere, un negozio senza insegna, un ristorante senza cibo. Chi di noi nella vita di tutti i giorni prima di acquistare un prodotto, di prenotare un ristorante o una camera d'albergo non si informa online. Un'attività che non è presente online è come se non esistesse agli occhi dei suoi potenziali utenti. Tuttavia, nel mare di Internet, i siti web devono essere accattivanti e ben strutturati per catturare visitatori e trasformarli in utenti affezionati. Spesso avere solo un sito vetrina, con poche informazioni statiche e non aggiornate, non basta. Per aumentare i frequentatori ci vogliono

siti internet professionali, completi, ben strutturati e costantemente aggiornati.

Cosa significa esattamente avere un buon Sito WEB?

Molti sono i parametri da tenere in considerazione. Per essere "buono" un sito deve: avere una Home Page in grado di comunicare immediatamente la propria natura, associativa nel nostro specifico caso; essere ben strutturato sia in termini di navigazione che di organizzazione dei contenuti; avere contenuti professionali, interessanti e leggibili; stimolare l'interazione con l'utente; essere costantemente aggiornato.

I vantaggi di avere un buon Sito WEB

I vantaggi di avere un buon sito web si possono riassumere in tre parole: **visibilità**, avere un sito web completo e ben strutturato è di fondamentale importanza perché consente di dare informazioni utili a tutti gli utenti e nella fattispecie ai Soci ANMCO; **affidabilità**, se i Soci ANMCO si trovano davanti ad un sito scarso e con pochi contenuti scatta l'interrogativo: ma questa Associazione è affidabile? **Credibilità**, avere un buon sito web contribuisce ad aumentare la reputazione dell'ANMCO, dà garanzia ai Soci dell'effettiva attività svolta e comunica all'esterno un'immagine di serietà, professionalità e modernità.

In questo quasi anno e mezzo, ovvero dall'8 marzo del 2022 ad oggi, siamo riusciti a rendere il Sito ANMCO visibile, affidabile e credibile?

Con una punta di presunzione permettetemi di rispondere di sì. Grazie al contributo di una Commissione del Sito

WEB, recentemente rinnovatasi e arricchitasi di nuovi e zelanti cardiologi che hanno vestito i panni di Web Designer, grazie alla attiva e costante presenza di CnC Group, il nostro partner tecnologico, coordinato dallo Staff del Sito formato da Simonetta Ricci e Luana Di Fabrizio, è stato realizzato un nuovo Sito associativo che, senza ombra di dubbio, risponde appieno ai tre requisiti di cui sopra: visibilità, affidabilità e credibilità.

Il costante aggiornamento dei contenuti e le nuove rubriche

Vera chiave di volta e vera svolta del nuovo Sito sono stati tuttavia il costante aggiornamento dei contenuti e la creazione di un gran numero di nuove rubriche interessanti, varie, ma soprattutto utili nella pratica clinica quotidiana del Cardiologo ANMCO. Di questa inarrestabile proliferazione di contenuti e aggiornamenti bisogna essere grati agli organi e organismi ANMCO, soprattutto alle Aree e alle Regioni, alle quali va il nostro ringraziamento più grande per aver reso il sito associativo un vero bacino dal quale i Soci possono attingere contenuti scientifici, formativi, associativi e di letteratura sempre nuovi, originali e di grande valore culturale.

I dati parlano al di là di ogni parola

E adesso passiamo la parola ai numeri contenuti nella statistiche nel nostro Sito che più di ogni altra mia argomentazione possono darvi l'idea che il lavoro svolto fino ad ora è stato premiato nella pratica. A seguire vi indico le percentuali di alcuni indicatori che rappresentano la vera cartina al tornasole dell'interesse



maturato negli utenti nei confronti di un Sito WEB. Veniamo al primo indicatore: gli **Utenti di ritorno** in termini percentuali. Tale percentuale è passata dal 13,8% nel 2021 prima del restyling del Sito al 17,8% nel 2022 fino ad attestarsi al 24,4% nel 2023. Questo è indubbiamente il segnale che siamo sulla strada giusta e che i Soci ANMCO trovano utile e interessante il proprio sito associativo, frequentandolo abitualmente molto di più rispetto al passato.

Il secondo indicatore preso in considerazione sono le **Visualizzazioni per utente** che sono notevolmente aumentate con la pubblicazione del nuovo Sito.

Infine, terzo e ultimo indicatore preso in esame è la **Frequenza di rimbalzo**: la drastica riduzione di tale frequenza è un risultato molto lusinghiero che testimonia come si stia creando l'abitudine a planare sul Sito ANMCO digitandone l'indirizzo direttamente su Google o altro motore di ricerca e che quindi l'utente non capiti più in ambiente ANMCO da altre fonti o semplicemente per caso.

Conclusioni

Mi piace terminare ricordando che il lavoro che permette di creare un Sito che funzioni per davvero è un lavoro di squadra molto impegnativo e che nessun traguardo raggiunto può essere considerato definitivo, ma sempre migliorabile e perfezionabile. E allora non resta che continuare sul cammino intrapreso con l'aiuto e l'apporto di tutti i soggetti che hanno gravitato e gravitano in questo microcosmo rendendolo ricco di contenuti, sempre aggiornato ed espressione della vivacità culturale dell'ANMCO. ♥





Raimondo Calvanese

AREA ARITMIE

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



Paolo Trambaiolo

AREA CARDIOLOGIA INTENSIVA ED INTERVENTISTICA

Chairperson
Paolo Trambaiolo (Roma)
Co - Chairperson
Fortunato Scotto Di Uccio (Napoli)
Comitato di Coordinamento
Marco Boccalatte (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)



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)

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

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)



Cristina Chimenti



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)



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 PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE

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



Antonio Francesco Amico

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)



Marco Marini



Cuore e droghe

Intervista a Francesco Ciccirillo e a Maurizio Giuseppe Abrignani



Francesco Ciccirillo

Responsabile Ambulatorio D.A.H.D.
(Drug Abuse Heart Diseases)
UOC Cardiologia / Dipartimento Cardiovascolare ASL
di Lecce e componente Comitato di Coordinamento
Area Cronicità Cardiologica ANMCO



Maurizio Giuseppe Abrignani

Chairperson Area Cronicità Cardiologica ANMCO

Quale è la relazione tra droghe e malattie cardiovascolari?

Tutte le principali sostanze di abuso hanno degli effetti cardiotossici e possono favorire o determinare ogni tipo di patologia cardiaca attraverso un'azione specifica recettore-mediata e/o una stimolazione simpatico-adrenergica (sostanze stimolanti) o parasimpatica (oppioidi). Possono favorire una coronaropatia (vasospasmo, accelerata e prematura aterosclerosi, ectasie e dissezione coronarica o alterazioni del microcircolo), una cardiomiopatia anche su base tossico adrenergico/apoptotica, alterazioni pressorie, vasomotorie e del ritmo cardiaco, blocco dei canali del sodio o del potassio, alterazioni della concentrazione del calcio intracellulare con conseguenti

aritmie, un danno valvolare e vascolare, trombosi arteriosa o venosa spontanea, emorragie cerebrali, alterazioni dell'ossigenazione del sangue (metaemoglobinemia), infiammazione, infezioni e alterazioni su base allergica, metabolica o immunomediata.

Quali implicazioni in ambito cardiologico comporta il consumo delle più comuni sostanze?

Un esempio: la cannabis aumenta di 2-3 volte il rischio di patologie cardiovascolari e di incidenti cerebrovascolari e duplica il rischio di mortalità cardiovascolare. Ancora più dannose sono le anfetamine e soprattutto la cocaina, che aumenta di sette volte il rischio di infarto miocardico.

In quali pazienti che giungono all'attenzione del cardiologo

consigliate di indagare su una storia di abuso?

Provocatoriamente diremmo in tutti i giovani e gli adulti, non tanto perché è cambiato il profilo dell'assuntore, ma per rendere meno scabrosa tale domanda, per diffondere sensibilità e cultura e far passare il concetto che le droghe andrebbero considerate un fattore di rischio cardiovascolare. Sicuramente in quei soggetti che presentano dei quadri inusuali e sproporzionati per età e per fattori di rischio o degli aspetti che fanno pensare ad una possibile componente voluttuaria e, ovviamente, negli assuntori dichiarati. Questo perché a nostro avviso una anamnesi "tossicologico voluttuaria" che va oltre il chiedere se si assumono o meno sostanze e che abbiamo definito in un nostro articolo su **Cardiology**, "Psychoactive



Substance Use History”, andrebbe associata all’anamnesi generica, almeno in determinati contesti, con lo scopo di valutare la storia di consumo di sostanze psicoattive e il rischio aggiuntivo cardiovascolare ad esse associato (quindi il reale rischio CV globale), nonché la probabilità che i sintomi riferiti e/o la patologia riscontrata siano determinati o correlati all’uso-abuso della/e sostanze legali o illegali assunte (consentendo di ipotizzare una diagnosi di patologia su base tossicologico-voluttuaria). Infine, tale anamnesi mira a valutare, attraverso la somministrazione di un breve questionario (*Relapse Risk Severity Questionnaire*), la probabilità che il soggetto possa persistere/ recidivare nel suo status di assuntore mantenendo così alto il suo rischio cardiovascolare e necessitando di un follow-up più ravvicinato e prolungato e di un più aggressivo controllo degli altri fattori di rischio.

Come Area ANMCO Cronicità Cardiologica quali consigli daresti ai colleghi Cardiologi per approcciarsi al paziente che assume sostanze?

Consigliamo di cercare di aggiornare le proprie conoscenze su queste tematiche, per aumentare la sensibilità e superare paure e reticenze ad affrontare tali problematiche. Poi, screening con ECG ed ecocardiogramma per escludere un danno d’organo asintomatico, soprattutto nei soggetti a più alto rischio per tipo di sostanza assunta, durata e entità delle assunzioni, presenza di altri fattori di rischio. Considerare, nel paziente cardiopatico, l’importanza di una diagnosi su base tossicologico

voluttuaria e lì dove questa non può essere fatta considerare che la gestione di un soggetto cardiopatico assuntore è diversa da un non assuntore perché diverso è il suo profilo di rischio (aumentato) e la gestione terapeutica, preventiva e riabilitativa. Basti pensare alle interazioni farmacologiche (ad es: effetto proaritmico della flecainide per blocco sinergico dei canali del sodio in chi ha assunto cocaina), alla necessità di facilitare in questi soggetti i controlli soprattutto nella fase post acuzie e all’importanza di inviarli a programmi riabilitativi per evitare l’assunzione di sostanze, fondamentale non solo per ridurre il rischio (molto alto) di una recidiva ma anche per una completa guarigione se si interviene in tempo.

Come Area ANMCO Cronicità Cardiologica sono previsti ulteriori approfondimenti sul tema?

Certo. Francesco Ciccirillo ha portato la sua esperienza e le sue proposte in questo campo nel board dell’Area e in accordo col Co-Chairperson Pier Luigi Temporelli e gli altri componenti abbiamo condiviso l’importanza di fornire ai Soci ANMCO l’opportunità di ampliare le loro basi culturali in un campo finora negletto e fatto dell’idea di diffondere sensibilità e attenzione su tali argomenti una vera e propria mission riconosciuta dell’Area, come sottolineato in un nostro precedente articolo. Abbiamo recentemente pubblicato sul **Giornale Italiano di Cardiologia** una rassegna completa sui **Cannabinoidi** che si aggiunge a quella sulla **Cocaina** dove si motivava l’importanza del considerare le droghe dei fattori di rischio cardiovascolare e al citato

lavoro pubblicato su **Cardiology**, col patrocinio ANMCO, dove è stato introdotto il concetto di **Psychoactive Substance Use History**. Nell’articolo vi sono dei suggerimenti su come strutturare e condurre tale anamnesi, su come interpretare le risposte da un punto di vista cardiologico e informazioni pratiche sulla gestione dei test tossicologici. A breve una pubblicazione sul Giornale Italiano di Cardiologia sulle altre **principali sostanze d’abuso** e una **FAD** dedicata. Inoltre, diverse sono le iniziative realizzate e in programma con la **Fondazione per il Tuo cuore** per colmare quelle lacune informative a livello della società fondamentali per una adeguata prevenzione delle malattie cardiache associabili alle sostanze di abuso.♥



Foto di Karolina Grabowska | www.pexels.com

DI FILIPPO ZILIO, GIANMARCO IANNOLO, FRANCESCA MUSELLA, RAIMONDO CALVANESE,
VALERIA PERGOLA, MASSIMILIANO RIZZO, GEORGETTE KHOURY, MARCO CAMPANA,
A NOME DELLE AREE GIOVANI, ARITMIE, CARDIOIMAGING

Nuove opportunità di crescita professionale sono nate dalla collaborazione tra Area
Giovani, Area Aritmie e Area Cardiolmaging

Dal 54° Congresso Nazionale ANMCO: grande successo per le iniziative innovative dedicate ai (giovani) Cardiologi italiani

Utilizzati per imparare a gestire le situazioni più complesse anche innovativi
simulatori di pericardiocentesi e di ecocardiogramma transesofageo e veri
programmatori di devices impiantabili





Riguardando al 54° Congresso Nazionale ANMCO non si può non rendersi conto di come ancora una volta, e in misura sempre maggiore, i giovani Cardiologi abbiano avuto eccezionali opportunità di crescita professionale. È certamente ben noto che l'Associazione, su impulso del Past-President Prof. Colivicchi e con il nuovo Direttivo guidato dal Presidente Dott. Oliva, sta dedicando sempre più risorse e attenzione ai giovani, promuovendo percorsi specifici per la loro formazione. Tra le iniziative che si inseriscono nell'articolato progetto di ANMCO dedicato ai giovani

spiccano anche le attività delle Aree, che hanno coinvolto non solo i giovani Cardiologi in senso anagrafico, ma tutti coloro che desideravano mettersi in gioco, sperimentare e seguire percorsi formativi innovativi. In particolare, è emerso come le collaborazioni tra l'Area Giovani, l'Area Aritmie e l'Area CardioImaging abbiano portato alla realizzazione di attività di simulazione pratica e realistica di grande interesse. Uno degli esempi di tali attività è stato il **“Vademecum della (prima) notte di guardia”**, un'esperienza che ha permesso a numerosi giovani Cardiologi di acquisire familiarità

L'obiettivo delle sessioni di simulazione è cimentarsi nelle metodiche di ecocardiografia transesofagea, pericardiocentesi e controllo telemetrico di un PM o un ICD, utili ad affrontare un turno di guardia in Cardiologia

con le procedure di pericardiocentesi e di ecocardiografia transesofagea utilizzando manichini appositamente



Un ampio ventaglio di iniziative innovative sono state presentate in occasione del Congresso Nazionale per garantire la migliore formazione e crescita professionale per i giovani Cardiologi

Nel solco dell'attenzione che ANMCO rivolge ai giovani, dalla grande collaborazione tra Area Giovani, Area Aritmie e Area Cardiolmaging sono state sviluppate le attività di simulazione pratica denominate "Vademecum della (prima) notte di guardia" e "Un programmatore per amico", nonché corsi sulle nuove metodiche di imaging

progettati per garantire un'esperienza pratica e realistica. Durante le sessioni di simulazione, i tutor individuati dall'Area Giovani e dall'Area CardioImaging hanno guidato i partecipanti in piccoli gruppi, consentendo loro di concentrarsi e interagire attivamente con le tecniche necessarie per affrontare situazioni di emergenza che possono verificarsi durante un turno di guardia. Attraverso queste attività, i giovani Cardiologi

hanno avuto l'opportunità di sperimentare la gestione di casi come il tamponamento cardiaco, uno shock cardiogeno di origine non immediatamente evidente o la necessità di individuare una trombosi in auricola sinistra, acquisendo così competenze fondamentali per la pratica clinica. Parallelamente, nell'aula adiacente sotto la guida di esperti individuati dall'Area Aritmie era possibile cimentarsi nel controllo e programmazione di dispositivi

cardiaci impiantabili (pacemaker e defibrillatori) con il supporto degli ingegneri di riferimento. Nella prima parte dell'Esercitazioni intitolate **"Un programmatore per amico"** uno dei Cardiologi individuati dall'Area Aritmie ha presentato una relazione introduttiva sui principi di funzionamento dei device ed i parametri da controllare. Per la parte pratica, le aziende dei device hanno messo a disposizione, oltre ai programmatori, anche dei simulatori gestiti dagli ingegneri che hanno consentito di proporre diversi casi clinici di malfunzione di PM/ICD o quadri aritmici. I discenti, di volta in volta, si sono cimentati a risolvere i casi clinici modificando i parametri di programmazione dei dispositivi. L'obiettivo di queste due iniziative era quello di consentire agli interessati di potersi confrontare con i fondamenti di tecniche che nel percorso formativo di un Cardiologo non è sempre garantito che vengano apprese, per questioni di tempo, organizzazione, opportunità. Obiettivo raggiunto, stando alla grande affluenza e al gradimento dei discenti. Inoltre, va sottolineato il successo delle sessioni dedicate alle nuove metodiche di imaging, che sono stati il frutto della stretta collaborazione tra l'Area Giovani e l'Area CardioImaging. Questa grande collaborazione ha portato alla creazione di un **mini-corso base di RM cardiaca**, che ha consentito a tutti gli interessati di seguire il 19 maggio un percorso che, in due tappe, li ha condotti dai principi fisici della metodica e dalle sequenze di base fino al potere diagnostico nelle diverse cardiopatie, ischemica e non ischemiche, grazie a



relatori di elevato profilo scientifico nazionale ed internazionale. Risultato: una Sala del Tempio gremita, con congressisti anche in piedi concentrati a seguire gli interventi e a provare a riconoscere le diverse intensità del segnale nelle immagini proiettate. Il giorno successivo invece il **corso avanzato di Imaging Cardiovascolare** ideato dall'Area CardioImaging ha condotto i discenti a focalizzare le grandi ed innovative potenzialità delle diverse metodiche in differenti setting clinici, dalle patologie mitralica e tricuspidaie, alle cardiomiopatie valutate attraverso lo strain, le metodiche nucleari, la RM e la TAC. La grande affluenza e il gradimento della platea hanno dimostrato come anche queste iniziative hanno risposto ad un bisogno inavuto dei Cardiologi di oggi, giovani o meno giovani: confrontarsi con quanto le nuove tecnologie ci possono dare, per garantire il miglior percorso di diagnosi e cura ai pazienti. L'allocatione di risorse e l'attenzione dedicata dall'ANMCO a promuovere le opportunità di crescita

professionale dei giovani Cardiologi evidenziano come l'Associazione si impegni attivamente nel creare percorsi formativi ad hoc, favorire la partecipazione a congressi e conferenze scientifiche, promuovere la ricerca e la collaborazione tra i giovani professionisti. Riconoscere il valore e l'importanza dei giovani Cardiologi è infatti fondamentale per assicurare un futuro solido per la disciplina cardiologica: essi rappresentano una risorsa preziosa per l'innovazione, la ricerca e l'evoluzione delle pratiche cliniche. L'ANMCO si fa portavoce di questa consapevolezza, promuovendo l'inclusione e l'empowerment dei giovani professionisti, offrendo loro spazi di visibilità e incoraggiando il loro coinvolgimento attivo nell'Associazione. In conclusione, possiamo dire che il 54° Congresso Nazionale ANMCO ha offerto ai giovani Cardiologi e a tutti gli interessati delle straordinarie opportunità di crescita professionale. Ricordiamo inoltre che, per tutti coloro che erano iscritti al Congresso ma non sono potuti

essere presenti ai corsi citati, molti contenuti sono ancora fruibili sul Sito digital.anmco.it. Ma non solo: visto il grande successo di queste iniziative, consigliamo di seguire attentamente (innanzitutto flaggando

Un'altra iniziativa che ha riscosso un notevole successo sono stati i corsi dedicati alle nuove metodiche di imaging

le Aree di interesse nella propria area personale del Sito ANMCO) le attività delle Aree Giovani, Aritmie e CardioImaging nonché in generale le prossime proposte formative ANMCO: ci saranno sicuramente nuove occasioni, anche al di fuori del Congresso Nazionale, per approfondire ulteriormente le potenzialità diagnostiche delle nuove metodiche di imaging e per l'apprendimento pratico, tramite simulazione, di importanti tecniche diagnostiche o terapeutiche.♥



“La migliore preparazione per domani è fare il tuo meglio oggi”

Malattie del circolo polmonare: conoscere per prevenire, conoscere per curare meglio!

Dall'ultimo Congresso di Area di Rovigo del settembre 2022 e la campagna di prevenzione “World Thrombosis Day”, passando da contenuti online sulla rubrica “Focus on the right side of the heart disease”, fino ai webinar recentemente proposti sul nuovo sito web ANMCO, si è cercato di coinvolgere Cardiologi ospedalieri ed altre specialità affini sia su una patologia nota e frequente, come l'embolia polmonare, che su un argomento più di nicchia come l'ipertensione arteriosa polmonare, riconosciuta come malattia rara



Figura 1 - Una foto del Comitato di Coordinamento in occasione dell'ultimo Congresso di Area a Rovigo nel 2022

Ci avviamo rapidamente verso il termine del biennio 2022-2023 e siamo in prossimità del Congresso di Area di ottobre che anche quest'anno si terrà simbolicamente a Rovigo, in onore del dottor Pietro Zonzin che è stato uno dei padri fondatori dell'Area, e riteniamo doveroso tracciare un bilancio delle attività dell'Area Malattie del Circolo Polmonare. Sono stati due anni molto intensi, e con il progressivo esaurirsi della pandemia da COVID-19 siamo riusciti grazie all'aiuto del Consiglio Direttivo ANMCO ad organizzare sempre più eventi formativi in presenza ed online, coinvolgendo diverse figure specialistiche e mettendo in



Il paziente con embolia polmonare: gestione clinico-strumentale del follow-up e della terapia anticoagulante (**FOLLOW-EP**)

AI SOCI ANMCO

AI CENTRI SELEZIONATI PER ADERIRE ALLO STUDIO COPE

Razionale

L'Embolia Polmonare (EP) è la terza causa più comune di morte cardiovascolare ed è una patologia molto insidiosa: può rimanere asintomatica o paucisintomatica o presentarsi con un quadro di shock e morte improvvisa.

Le linee guida sono nella maggior parte dei casi rivolte alla gestione della fase acuta dei pazienti con EP, tuttavia, la fase del follow-up dopo i primi 3 mesi è povera di contributi scientifici ma non è meno importante: alcuni dati indicano che questi pazienti sono ad aumentato rischio di morte durante il primo anno dalla diagnosi, che permane fino a 30 anni dall'evento acuto.

Figura 2 - La survey "Follow-EP" lanciata dall'Area sulla gestione clinico-strumentale del follow-up dopo embolia polmonare in Italia

primo piano i giovani Cardiologi con l'obiettivo di far appassionare sempre più Soci ANMCO (e non) alle malattie del circolo polmonare, sia per quelle più "frequenti" come l'embolia polmonare, che quelle più "rare" come l'ipertensione arteriosa polmonare.

Riunioni dell'Area

Il Comitato di Coordinamento (Figura 1) è riuscito a riunirsi a cadenza quasi bimestrale (in tutto sino ad ora 11 volte, di cui buona parte nel 2022) con la partecipazione quasi sempre al completo dei

membri del board, purtroppo prevalentemente in modalità online, con l'auspicio di poter organizzare più incontri in presenza non solo in occasione del Congresso annuale di Area o del Congresso Nazionale ANMCO di Rimini.

Iscritti all'Area: un discreto risultato

Dall'inizio del mandato attuale il numero degli iscritti è aumentato notevolmente con ben 100 nuovi iscritti di cui molti giovani Cardiologi. Sicuramente un'ottima rampa di lancio è stata lo "Sportello

delle Aree" al Congresso Nazionale ANMCO del 2022, in cui numerose iscrizioni sono state raccolte sulla scia del programma di iniziative già intraprese dall'inizio del biennio. Uno degli obiettivi principali dell'Area è infatti avvicinare nuovi Cardiologi alla conoscenza ed alla cura delle malattie del circolo polmonare, da molti considerate tra le più ostiche ed insidiose tra le patologie cardiovascolari. Per tale motivo periodicamente si è provveduto ad inviare agli Iscritti delle informative e reminder sulle

Il numero degli iscritti all'Area è cresciuto da inizio 2022 ad oggi di circa 100 unità, a dimostrazione dell'impatto delle iniziative organizzate oltre che dell'attività scientifica e formativa, in parte ancora "in fieri"

attività svolte, parallelamente a costanti report pubblicati su "Cardiologia negli Ospedali".

Attività scientifiche ed editoriali

Numerose sono state le iniziative scientifiche dell'Area, tra proposte di studio ed articoli scientifici. A seguito della recente pubblicazione dei risultati del registro COPE, guidato dall'Università degli Studi di Perugia e dal Centro Studi ANMCO, l'Area ha inviato alcune proposte di sottostudi, in corso di valutazione dallo steering committee. Inoltre è in



Figura 5 - Il Salone del Grano della Camera di Commercio del Comune di Rovigo

circolo polmonare con patrocinio ANMCO, nella splendida cornice del Salone del Grano della Camera di Commercio di Rovigo, una volta fulcro delle attività di mercato cittadine (Figura 5).

Inoltre anche per quest'anno si spera di bissare il buon successo della campagna educativa della Giornata Mondiale sul Tromboembolismo venoso del 13 ottobre (World Thrombosis Day), volta a sensibilizzare la popolazione sull'importanza di riconoscere segni e sintomi del tromboembolismo venoso, tramite incontri aperti alla cittadinanza, ambulatori aperti in Ospedale o in piazza (con l'adesione di circa 30 Ospedali e Cardiologie ANMCO), il tutto con l'importante contributo di Fondazione per il Tuo cuore che ha promosso degli opuscoli recentemente redatti dal Comitato di Coordinamento dell'Area, lanciato slogan e hashtag su tutti i social sull'importanza

Il biennio trascorso è stato intenso di iniziative con un unico obiettivo: rendere più semplici, anche per i non addetti ai lavori, la diagnosi e la gestione delle malattie del circolo polmonare, avvalendosi dell'aiuto degli altri specialisti coinvolti (internisti, radiologi, reumatologi, ginecologi, oncologi, medici nucleari...)

Fondazione per il Tuo cuore Onlus
21 ottobre 2022

#Trombosi: quali controlli fare prima di intraprendere un viaggio? Vediamolo insieme ❤️
#periltuocuore #WTD22 #WorldThrombosisDay #Cuore #Salute #Heart #Health #Prevenzione

Prima di intraprendere un **#viaggio** aereo controlla con il tuo medico se sei a rischio di sviluppare una trombosi e ricordati di fare una corretta **#prevenzione** durante il viaggio: idratati adeguatamente, fai esercizi di **#stretching** o piccole passeggiate ad intervalli.

GIORNATA MONDIALE DELLA TROMBOSI
13 OTTOBRE
www.periltuocuore.it

Figura 6 - Uno degli slogan social della pagina Facebook di Fondazione per il Tuo cuore in occasione della Giornata Mondiale contro la Trombosi (13 ottobre 2022)



Figura 7 - Un estratto della FAD “Diagnosi e terapia precoce dell’ipertensione arteriosa polmonare”

della prevenzione (Figura 6) e coinvolto testate giornalistiche locali e nazionali sull’argomento. Infine un ottimo successo ha riscontrato la FAD “Diagnosi e terapia precoce dell’ipertensione arteriosa polmonare” tenutasi nel settembre 2022 (Figura 7), che ha affrontato a partire da brevi casi clinici l’importanza di iniziare una terapia upfront completa nei pazienti con ipertensione arteriosa polmonare gruppo 1 a rischio intermedio-alto ed alto.

Attività di Comunicazione

Grazie al rinnovamento della piattaforma web ANMCO, l’Area ha potuto arricchire i contenuti della pagina dedicata mediante diversi contributi sulla rubrica “Focus on... the right side of the heart disease” in forma di pillole e/o di interviste di breve durata (Figura 8), e di casi clinici interattivi con risposta multipla e relativa interpretazione. Uno dei capisaldi di questo biennio è stato senza dubbio il folto programma di webinar gratuiti organizzati dall’autunno 2022 sul sito web ANMCO. I primi 3 webinar erano incentrati sull’ipertensione arteriosa polmonare: nel primo (30 novembre

2022) si è affrontato il difficile problema dell’inquadramento ambulatoriale con la partecipazione del Dott. Roberto Badagliacca della Sapienza di Roma, unico italiano nella task force delle ultime linee

guida 2022, quindi il 24 gennaio si è parlato dell’importanza della nuova stratificazione del rischio nel follow-up e l’ospite speciale è stata la Dott.ssa Laura Scelsi della Cardiologia di Pavia, infine il 23 febbraio partendo da casi clinici pratici, si è cercato di rendere fruibile una tematica sempre molto ostica come le indicazioni e le precauzioni all’uso dei prostanoïdi, ancora troppo sottoutilizzati, con l’aiuto del Dott. Michele D’Alto del Monaldi di Napoli. I seguenti 3 webinar si sono poi occupati di alcuni setting particolari di embolia polmonare: nel primo del 23 marzo il focus è stato la gravidanza e la terapia estroprogestinica, con la partecipazione della Prof.ssa Cecilia Becattini di Perugia e del

Consigli pratici per formare un emodinamista in malattie del circolo polmonare - parte 1

A cura dell’Area Malattie del Circolo Polmonare e dell’Area Giovani ANMCO



Introduzione
Claudio Picariello

Intervistatore
Stefano Albani

Intervistato
Francesco Lo Giudice

Figura 8 - L’intervista condivisa con l’Area Giovani pubblicata sulla rubrica “Focus on... the right side of the heart disease”



L'Area Malattie del Circolo Polmonare ha lavorato a numerose iniziative in questo biennio, cercando di sfruttare al meglio la piattaforma online del sito web ANMCO per i webinar a connessione gratuita e interazione in diretta, coinvolgendo specialisti anche non Cardiologi con una survey sul follow-up dell'embolia polmonare, una rubrica dedicata, casi clinici interattivi

Prof. Francesco Dentali di Varese attuale presidente FADOI, a seguire il 20 aprile ci si è occupati della problematica del paziente oncologico con il punto di vista dello specialista oncologo Dott. Alessandro Inno (Negrar, Verona) ed una mini-lettura del Prof. Giancarlo Agnelli di Perugia, infine il 4 maggio si è discusso della gestione del follow-up e del work-up diagnostico che porta alla diagnosi della ipertensione polmonare cronica post-embolica, non così infrequente se adeguatamente cercata, con la lettura del Prof. D'Armini della Cardiocirurgia di Pavia, massimo esperto italiano della procedura di endoarteriectomia polmonare. Tutti i webinar hanno visto la partecipazione di una media di circa cento discenti con numerose domande in diretta che hanno permesso una vivace discussione ed interazione tra relatori e moderatori, grazie anche agli stimolanti casi clinici proposti. In programma entro fine anno-inizio nuovo mandato anche un webinar sull'embolia polmonare in UTIC, e su indicazioni e modalità della trombectomia percutanea nell'embolia polmonare, metodica che nonostante le strette

limitazioni delle linee guida sta trovando sempre più spazio e dati dalla letteratura soprattutto nei pazienti a rischio intermedio-alto con elevato burden trombotico alla TAC e con impending shock.

In conclusione in questi due anni, nonostante le difficoltà della pandemia che però si è progressivamente e fortunatamente esaurita, il Comitato di Coordinamento dell'Area Malattie del Circolo Polmonare è riuscito a organizzare con costanza, dedizione e impegno numerosi eventi scientifici, formativi e di comunicazione che hanno coinvolto diverse figure, da giovani Cardiologi ospedalieri, fino a internisti, radiologi, reumatologi, oncologi, cardiocirurghi e cardioanestesisti: l'unione fa la forza nel riconoscere e curare meglio queste difficili patologie cardiovascolari. Ci auguriamo, sotto l'egida del neo-eletto Consiglio Direttivo Nazionale 2023-2024, di poter concludere al meglio con le ultime iniziative, sempre con una direttiva chiara: "conoscere per prevenire, conoscere per curare meglio le malattie del circolo polmonare!".♥



La responsabilità per colpa medica



www.pexels.com - Ekaterina Bobrovska

La disciplina della responsabilità medica in materia penale rappresenta da anni una delle questioni più tormentate e controverse sulle quali, a più riprese, il nostro legislatore si è infelicemente cimentato nell'annunciata intenzione di fissare un limite alla colpa del sanitario, seppur tenendo in conto l'esigenza di garantire una efficace tutela della

salute del paziente. Nonostante non possa sottacersi che il terreno sia quanto mai impervio, movendoci tra tematiche giuridiche di particolare complessità, oltre che di rilievo costituzionale, quel che forse è mancata sino ad oggi è stata una deliberata e netta scelta di campo, volta ad escludere radicalmente la rilevanza penale della colpa medica riconducendola nell'alveo dell'illecito

civile e disciplinare, come peraltro avviene in molti Paesi. E se non questo, almeno la formulazione di un precetto normativo che assicuri una precisa determinazione delle fattispecie legale sanzionabile, scevra da classificazioni concettuali foriere di approdi esegetici diversi (leggasi oscillazioni giurisprudenziali), di un correlato aumento dei margini di discrezionalità degli interpreti e,



dunque, di una maggiore aleatorietà degli esiti dei procedimenti giudiziari. Sebbene all'orizzonte si intravedano possibili ed ulteriori scenari di riforma della legge sulla responsabilità medica nei termini appena indicati, appare opportuno in questa sede tracciare le linee dell'attuale stato dell'arte. La legge n. 24/2017, nota come "Gelli-Bianco", attualmente in vigore, è sostanzialmente intervenuta quale correttivo ai plurimi problemi interpretativi insorti nella giurisprudenza di merito e di legittimità in sede di applicazione della previgente disciplina dettata dalla cd. Legge Balduzzi, la quale aveva tentato di restringere l'area della penale responsabilità del sanitaria ancorando, per i casi di colpa lieve, la valutazione della condotta al rispetto delle linee guida e delle buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica. La "laconica ed ambigua disciplina" introdotta dalla Legge Balduzzi aveva infatti sollevato molteplici interrogativi: quali sono le linee guida di riferimento? Che cosa sono le buone pratiche? La penale responsabilità è esclusa solo in caso di colpa per imperizia o anche per imprudenza e negligenza? Come distinguere fra colpa lieve e colpa grave? Così, intervenendo a gamba tesa nell'insorto dibattito dottrinario e giurisprudenziale, il legislatore ha tentato di offrire, purtroppo solo apparentemente, una soluzione ai problemi con l'introduzione nel codice penale dell'articolo 590 sexies, rubricato "responsabilità colposa per morte o lesioni personali in ambito sanitario". Recita il secondo comma dell'articolo in parola:

"qualora l'evento si sia verificato a causa di imperizia, la punibilità è esclusa quando sono rispettate le raccomandazioni previste dalle linee guida come definite e pubblicate ai sensi di legge ovvero, in mancanza di queste, dalle buone pratiche clinico-assistenziali, sempre che le raccomandazioni previste dalle predette linee guida risultano adeguate alla specificità del caso concreto". Ma se ad una prima lettura sembrerebbero fornite alcune risposte agli interrogativi suscitati dalla precedente disposizione normativa (individuazione delle linee guida pubblicate ai sensi di legge, rilevanza scriminante alla sola imperizia e soppressione del grado della colpa), altri ed ancor più ampi contrasti interpretativi suscitati dalla infelice formulazione della novella, come a dire "chiusa una falla, aperta una voragine"! In estrema sintesi, questi i nuovi temi di scontro in relazione ai quali, non appena promulgata la norma, si è pervenuti ad approdi divergenti:

- 1) la rilevanza da attribuire alle linee guida così come delineate dal legislatore (precetti cautelari vincolanti o necessitanti un adattamento al caso concreto?);
- 2) la difficoltà di "delimitare in concreto la nozione di imperizia da quelle confinanti e, talora, in parte sovrapponibili di negligenza ed imprudenza";
- 3) la difficoltà di conciliare il grave discostamento del sanitario dal *proprium* professionale con il rispetto delle buone pratiche clinico assistenziali, e, dunque, decisamente, la difficoltà di conciliare la colpa grave con un giudizio positivo di adeguatezza delle

linee guida al caso concreto".

Dal che, l'immediato intervento delle Sezioni Unite Penali della Corte di Cassazione (sentenza n. 8770/18, Mariotti) le quali, muovendo dal quesito "*quale sia, in tema di responsabilità colposa dell'esercente la professione sanitaria per morte o lesioni, l'ambito applicativo della previsione di "non punibilità" prevista dall'art. 590-sexies c. p., introdotta dalla L. 8 marzo 2017, n. 24*", hanno operato una riscrittura, si vedrà persino additiva, della norma in esame, definendone i concreti margini applicativi. Prima di analizzarne i termini va necessariamente evidenziata la puntualizzazione operata dalla Corte sulla natura, finalità e rilevanza delle linee guida. Risultato della convergenza delle più accreditate fonti del sapere scientifico, le linee guida assumono la duplice valenza di rappresentare una autorevole guida per l'operatore sanitario e di fornire all'interprete giudiziario una maggiore determinatezza per la disamina delle fattispecie colpose. Tuttavia, nonostante l'espressa previsione contenuta nella legge Gelli Bianco, esse non danno luogo a norme propriamente cautelari e la loro violazione non configura ipotesi di colpa specifica: l'osservanza o l'inosservanza della guida terapeutica indizia soltanto la presenza o l'assenza di colpa ma non implica l'automatica esclusione o affermazione della imputazione soggettiva, data la necessaria elasticità del loro adattamento al caso concreto. Peraltro, pur rappresentando un utile parametro nell'accertamento dei profili di colpa, le linee guida non eliminano

la discrezionalità giudiziale insita nel giudizio di colpa: il giudice resta, dunque, libero di valutare se le circostanze concrete esigano una condotta diversa da quella prescritta dalle stesse linee guida. Venendo adesso al merito della concreta applicabilità della nuova norma, le Sezioni Unite, muovendo dal presupposto che l'ambito di operatività dell'art. 590 sexies c.p. si individua nella condotta del sanitario che, pur attenendosi a linee guida qualificate, accreditate ed adeguate al caso di specie, abbia cagionato per imperizia l'evento lesivo o mortale, operano una distinzione in due fasi dell'atto medico:

1 - La fase della individuazione-selezione delle linee guida

Tale azione dovrà essere effettuata in termini assolutamente corretti. Solo in questo caso potrà dirsi che le linee guida siano state rispettate. Di conseguenza, l'eventuale colpa (anche lieve) che ricada nella individuazione-selezione delle linee guida o del loro necessario adattamento alle peculiarità della situazione concreta non sarà scriminata.

2 - La fase della esecuzione delle linee guida (cd. attuativa)

Una volta superato correttamente il momento selettivo delle linee guida, l'eventuale errore colpevole per imperizia nell'atto medico, pur casualmente determinante alla verifica dell'evento lesivo, non sarà punibile se attestato nel perimetro delle linee guida, sempre che esso sia conseguito ad uno scostamento da queste ultime "marginale e di minima entità" (id

est: colpa lieve).

Dal riferimento alla limitazione della causa di non punibilità all'errore causato dallo "scostamento marginale e di minima entità" si coglie l'interpretazione "additiva" della Corte di Cassazione rispetto al tenore letterale dell'art. 590 sexies cp, che, al contrario, non contempla, ai fini della sua operatività, alcuna gradazione della colpa. Ma secondo le Sezioni unite, seppur a dispetto della "mancata evocazione esplicita da parte del legislatore del 2017", la nozione di "colpa lieve sarebbe logicamente sottesa alla norma in esame o meglio "intrinseca alla formulazione del nuovo precetto", giacché la costruzione della esenzione da pena per il sanitario rispettoso delle raccomandazioni accreditate in tanto si comprende in quanto tale rispetto non sia riuscito ad eliminare la commissione di errore colpevole non grave, eppure causativo dell'evento". Da tutto quanto sopra, i principi di diritto (di fatto, la riformulazione dell'art. 590 sexies c.p.) fissati dalla giurisprudenza in tema di responsabilità sanitaria. L'esercente la professione sanitaria risponderà quindi, a titolo di colpa, per morte o lesioni personali derivanti dall'esercizio di attività medico-chirurgica:

a) se l'evento si è verificato per colpa (anche "lieve") da negligenza o imprudenza;

b) se l'evento si è verificato per colpa (anche "lieve") da imperizia quando il caso concreto non è regolato dalle raccomandazioni delle linee-guida o dalle buone pratiche clinico-assistenziali;

c) se l'evento si è verificato per

colpa (anche "lieve") da imperizia nella individuazione e nella scelta di linee-guida o di buone pratiche clinico-assistenziali non adeguate alla specificità del caso concreto;

d) se l'evento si è verificato per colpa "grave" da imperizia nell'esecuzione di raccomandazioni di linee-guida o buone pratiche clinico-assistenziali adeguate, tenendo conto del grado di rischio da gestire e delle speciali difficoltà dell'atto medico.

Purtroppo, la soluzione prospettata dalle Sezioni Unite, per quanto possa risultare più o meno condivisibile sul piano metodologico, nemmeno risolve in maniera esaustiva l'indeterminatezza della novella, rimanendo privi di definizione normativa e tutt'ora dibattuti non solo le differenti connotazioni della colpa (come distinguere imprudenza, negligenza ed imperizia?) ma persino i suoi gradi (come distinguere tra colpa grave e colpa lieve?), senza parlare poi della genericità del concetto di buone pratiche clinico-assistenziali, con il che non resterà che affidarsi ancora una volta alle "personali convinzioni" degli interpreti, con buona pace per la certezza del diritto e la riduzione della discrezionalità giudiziaria. Quel che è certo è che, ancora una volta, pur sbandierando l'adozione di una riforma della responsabilità sanitaria, il legislatore ha mancato l'obiettivo di garantire "più certezze di irresponsabilità", con la conseguenza che ai medici non resterà che sperare in un nuovo e più "perito" ritorno del legislatore sulla materia. Insomma, si cambi nuovamente tutto ma non facciamo che, come disse qualcuno, tutto rimanga sempre immutato.♥



L'importanza della rete regionale al di sopra delle difficoltà climatiche

54° Congresso Nazionale ANMCO 2023: prospettiva dell'Area Nursing e Professioni Sanitarie

Quello appena passato è stato un Congresso Nazionale che ha visto la partecipazione di molti professionisti provenienti da tutta Italia; è stato un momento importante di crescita professionale e di condivisione di esperienze. Le diverse sanità regionali creano una situazione variegata ad ogni latitudine; momenti importanti per conoscere le altre realtà e di fondamentale rilevanza per la crescita delle nostre professioni. Proprio questo è l'obiettivo principale dell'Area Nursing e Professioni Sanitarie, creare e implementare la rete regionale per arricchire il bagaglio esperienziale di ogni professionista. *“È terminato il Congresso ANMCO 2023, ogni anno un'esperienza unica, ottimo confronto tra le varie professioni sanitarie dove esperienze e competenze si incontrano con l'unico obiettivo: dare le migliori risposte assistenziali in ambito cardiologico”* afferma Giampiero Di Clemente (Bari). Questo, purtroppo, in concomitanza dell'emergenza che ha colpito la regione ospitante con numerosi disagi per la popolazione

Nonostante le difficoltà derivate dalla recente alluvione che ha colpito l'intera Emilia Romagna, la rete dei referenti regionali nursing si è dimostrata forte e presente al congresso, un vero e proprio caposaldo dell'Area. Attraverso le esperienze riferite da alcuni partecipanti, ripercorreremo il vissuto del congresso nazionale attraverso le testimonianze dei referenti regionali e relatori



“Ottimo confronto tra le varie professioni sanitarie dove esperienze e competenze si incontrano con l’unico obiettivo: dare le migliori risposte assistenziali in ambito cardiologico”

e per i partecipanti al Congresso. *“Purtroppo, le giornate sono capitate in giorni tristi per la Nostra terra... massacrata dall’alluvione e ciò ha reso tutto diverso. È stata la mia prima esperienza da relatrice in un congresso*

nazionale... quindi non nascondo le forti emozioni provate: un mix di gratitudine e orgoglio ma anche di tensione e stress; come sempre dalla formazione nasce un’occasione di confronto stimolante e coinvolgente e per un attimo le difficoltà quotidiane sembrano inesistenti” racconta Martina Bernabucci (Fano). Nonostante tutto le giornate trascorse in quel di Rimini sono state ricche di contenuti e hanno visto rafforzare uno degli obiettivi principali dell’Area ovvero costruire e mantenere salda la rete dei referenti regionali che ha visto svolgere la prima riunione in presenza e portare conoscenza delle diverse discipline professionali che compongono l’Area. *“Accanto ai medici ci sono gli infermieri e le professioni*

sanitarie, tutti uniti da comuni valori di riferimento, affermiamo l’importanza di quello che poco appare, di quanto non sempre fa parlare, ma che è essenziale per la persona assistita, per la loro sicurezza e benessere. Un’emozione che quasi spaventa per il carico di responsabilità riposto in tutti noi rappresentanti regionali uniti nel tentativo di costruire una rete nazionale, per ridurre o eliminare alcuni punti di debolezza della nostra professione. Il congresso lo definirei come la catena della sopravvivenza. Più professionisti che in maniera trasversale hanno un obiettivo comune, la salute della persona.” Maurizio Bruno (Foligno). Oltre a relazioni importanti e rappresentanti regionali, il Congresso ha visto la partecipazione di colleghi che vivono





La narrazione del Congresso attraverso le parole dei partecipanti

da poco l'esperienza "scientifica" ma hanno saputo apprezzare il lavoro svolto: *"Lavoro da 5 anni in terapia intensiva cardiologica e questa è stata la mia prima esperienza al congresso AMNCO anche se solo per un giorno. Nonostante la difficoltà per alcuni relatori a raggiungere il posto a causa dell'emergenza accorsa in Emilia-Romagna, ho riscontrato una notevole organizzazione, entusiasmo, professionalità e possibilità di confronto con i diversi colleghi provenienti da tutta Italia. Per quanto riguarda le aree tematiche dedicate al Nursing, la Dott.ssa Barisone con l'analisi trasversale delle core competence dell'infermiere in*



“Organizzazione, entusiasmo, professionalità e possibilità di confronto con i diversi colleghi provenienti da tutta Italia”

cardiologia, ha portato onore e valore alla nostra professione con l'auspicio che la ricerca abbia prima o poi il giusto impatto nella pratica. Avrei invece approfondito con gli altri professionisti quali fisioterapista e dietista, la gestione nella fase post acuta del paziente rispetto che nella lungodegenza nella quale attualmente, ci troviamo in difficoltà a garantire un'assistenza multidisciplinare. Con l'augurio che l'Area Nursing abbia sempre più opportunità e spazio nel congresso, sarebbe interessante una formazione con analisi di casi clinici e device invasivi dove la figura dell'infermiere nella gestione ma soprattutto nella prevenzione ed intercettazione di eventuali complicanze ha un ruolo chiave.” afferma Laura Brunori (Perugia). E ancora, la visione formativa di chi si affaccia per la prima volta a questo mondo fa eco a chi, nonostante abbia più esperienza, afferma allo stesso modo di quanto sia importante il lavoro svolto in questo biennio dall'Area: “Non è il primo congresso nazionale a cui partecipo ma in questo si è sentito nell'aria il desiderio di parlare, di condividere, di guardarsi negli occhi in presenza (conseguenza delle cicatrici lasciate dalla pandemia). Il terribile evento dell'alluvione accaduto in Emilia Romagna e le difficoltà nei trasporti (con il cuore e con la mente un forte sentimento di solidarietà per le città coinvolte) hanno purtroppo in parte

ridotto la partecipazione. L'organizzazione dell'intera sessione infermieristica è stata gestita organizzata e curata nei dettagli in maniera ottimale, frutto del raccolto di un lavoro svolto con dedizione e massima professionalità da Michela Barisone. Come referente infermieristico della regione Abruzzo insieme a diversi colleghi sono felice di aver potuto partecipare in presenza nelle intense attività congressuali. Abbiamo avuto modo di condividere obiettivi raggiunti, discutere e confrontarci su varie tematiche esperienze vissute nelle proprie realtà regionali e preso spunto e suggerito idee proposte di progetti futuri. I relatori e i contenuti delle relazioni nella sessione infermieristica dedicata sono stati di alta qualità e le tematiche attuali con una visione verso il futuro che lascia spunti di riflessione per migliorare. Alessia Amicone (Abruzzo). E ancora un bel contributo dalla Sicilia, la prima esperienza congressuale in qualità di relatore: “Partecipare al congresso ANMCO è stata un'opportunità di crescita professionale e di confronto con professionisti di alto livello. Sono stati giorni di formazione, fondamentale per stimolare noi professionisti sanitari nello svolgimento del nostro lavoro. Inoltre gli incontri di cardio nurse sono stati di grande interesse e formazione, grazie al confronto tra noi professionisti, che rappresenta uno stimolo fondamentale per lo svolgimento della nostra professione, in contesti spesso difficili” Maria Chiara Scandura (Sicilia). Sempre riguardo la vision intrapresa dall'Area un altro contributo che sottolinea la bontà del progetto: “Descrivere l'esperienza appena conclusa al 54° congresso Nazionale dell'ANMCO in poche parole è davvero impresa ardua, tanti sono stati gli spunti di riflessione e i momenti rilevanti da ricordare... ma per

apprezzare appieno l'importanza che ha ricoperto tale congresso per me è necessario fare un passo indietro, quando circa un anno e mezzo fa, l'attuale Chairperson dell'Area Nursing ANMCO, la Dott.ssa Michela Barisone contattò noi referenti infermieristici regionali e ci comunicò la sua idea... la sua visione, ovvero creare una rete nazionale coesa, consapevole e organizzata atta a favorire la condivisione di conoscenza, esperienza, iniziative comuni e come fine ultimo la crescita della professione infermieristica. Partecipando al congresso nazionale ho visto concretizzarsi tale progetto; ho conosciuto gli altri referenti regionali di persona, splendide figure professionali, motivate e affamate di crescita e condivisione come me. Considero questa esperienza come un punto di partenza; da parte mia, ma sono sicuro di parlare a nome di tutti gli altri referenti miei colleghi, cercherò di onorare le linee guida e l'esempio che la Dott.ssa Barisone ci lascia come retaggio, in quanto prossima alla fine di questo incarico ma assolutamente punto fermo di questo bellissimo progetto. Colgo anche l'occasione per fare i miei migliori auguri al prossimo Chairperson, il Dottor Cappannelli, a cui auguro di proseguire con lo stesso spirito di abnegazione e di crescita professionale.” Francesco Cruciani (Marche).

Ogni professionista coinvolto ha evidenziato che la strada intrapresa è quella giusta, che il futuro delle nostre professioni non può prescindere dal concetto di multidisciplinarietà, di competenze avanzate, di condivisione, di rete. La Mission dell'Area Nursing e Professioni Sanitarie è proprio tutto questo, e tutto questo rappresenta la migliore risposta alle esigenze sempre più crescenti di salute da parte degli assistiti. ♥



DI MAURO GORI, MARCO MARINI, SAMUELA CARIGI, LUISA DE GENNARO, PIERO GENTILE,
GIUSEPPE LEONARDI, FRANCESCO ORSO, DENITZA TINTI, RENATA DE MARIA

Associazione tra triplo blocco neuroormonale e outcome Dati dal registro IN-HF

Associazione tra blocco neuroormonale combinato e outcome in pazienti con scompenso cardiaco cronico e frazione di eiezione lievemente ridotta o preservata

In un setting cardiologico ambulatoriale di pazienti affetti da scompenso cardiaco con FE >40% la prescrizione di triplice terapia NHM è aumentata nel tempo e si è associata a miglioramento dell'outcome dei pazienti

Introduzione

L'invecchiamento della popolazione e la crescente prevalenza di comorbidità contribuiranno all'aumento del numero assoluto di ricoveri ospedalieri per i pazienti con insufficienza cardiaca con frazione di eiezione lievemente ridotta (HFmrEF) e conservata (HFpEF) in futuro [1]. Gli inibitori del cotrasportatore sodio-glucosio-2 rappresentano la prima classe di farmaci in grado di migliorare l'outcome nei pazienti con frazione di eiezione ventricolare sinistra (FE) >40% [2]. Purtroppo, a

ancora possibile prescrivere questi farmaci per questa indicazione in molti paesi, almeno nei pazienti non affetti da diabete mellito. Al contrario, i farmaci che influenzano la modulazione neuro-umorale

L'età avanzata si è associata a una prescrizione più elevata di nessuna o singola terapia neuromodulante in pazienti HFmrEF; il contrario è stato osservato in pazienti HFpEF

(NHM), inclusi gli inibitori del sistema renina-angiotensina (RAS), i betabloccanti (BB) e gli antagonisti del recettore dei mineralcorticoidi (MRA) hanno deboli evidenze di possibile efficacia solo nei pazienti con HFmrEF, ma non in HFpEF. Tali dati derivano da analisi post-hoc di studi sullo scompenso cardiaco e sono stati inclusi nelle linee guida con una classe di raccomandazione debole in HFmrEF (IIB) [3-8]. Pertanto, al giorno d'oggi c'è ancora un grande "unmet need" nello scompenso cardiaco, servono altre strategie farmacologiche efficaci in HFmrEF e HFpEF.

Dati originali derivati dal registro IN-HF

Partendo da tali presupposti, l'area Scompenso Cardiaco dell'ANMCO ha recentemente pubblicato su *Journal of Clinical Medicine* un articolo relativo alla casistica di pazienti ambulatoriali affetti da scompenso cardiaco con frazione di eiezione >40% del registro IN-HF, volto a valutare l'impatto su mortalità ed eventi cardiovascolari del blocco neuroormonale combinato [9]. I farmaci NHM considerati sono stati RASI, BB, MRA. Tra il 1999 e il 2018 sono stati reclutati nel registro cardiologico nazionale IN-HF 4707 pazienti (HFmrEF n = 2298, HFpEF n = 2409). Sono state analizzate le caratteristiche cliniche e la mortalità per tutte le cause a 1 anno/ il ricovero cardiovascolare in base alla prescrizione di nessuna/singola terapia NHM, a una doppia terapia NHM o tripla terapia NHM. I tassi di prescrizione di nessuna/singola NHM e di tripla terapia NHM sono stati rispettivamente del 25,1% e del 26,7% per HFmrEF; del 36,5% e 17,9% per i pazienti con HFpEF. L'età avanzata si è associata a una prescrizione più elevata di nessuna/singola terapia NHM in HFmrEF, mentre la stessa era più bassa per HFpEF. Il triplo blocco NHM è aumentato nella coorte temporale più recente in entrambi i fenotipi. Inoltre i pazienti con HFmrEF e HFpEF che hanno ricevuto triplo blocco NHM avevano caratteristiche simili: erano più fragili, avevano un carico di comorbidità più elevato e una storia più lunga di scompenso cardiaco, erano stati arruolati in epoche più recenti rispetto ai soggetti con blocco NHM assente/singolo

o doppio. Nell'analisi multivariata il triplo blocco NHM, ma non il doppio, era associato ad outcome migliori sia in HFmrEF (HR 0,700, 95% CI 0,505-0,969, p = 0,032) che in HFpEF (HR 0,700, 95% CI 0,499-0,983, p = 0,039), se confrontato con nessun o singolo blocco NHM. Non c'è stata alcuna interazione tra il trattamento NHM e l'età.

I tassi di prescrizione di nessuna/singola e tripla terapia neuromodulante erano rispettivamente del 25,1% e del 26,7% per i pazienti con HFmrEF, del 36,5% e del 17,9% per i pazienti con HFpEF. Tra il 1999 e il 2018, la prescrizione del triplo blocco neuroumorale è aumentata in entrambi i fenotipi

Questi dati potrebbero suggerire di implementare il triplo trattamento NHM nei pazienti ambulatoriali con scompenso cardiaco con FE >40.

Discussione

Per giustificare l'associazione tra triplo blocco NHM e outcome in pazienti con HFmrEF e HFpEF,

a dispetto dei risultati degli studi randomizzati controllati [2,10-16], si possono considerare varie ipotesi. Nelle ultime linee guida sullo scompenso cardiaco europee e statunitensi il trattamento delle comorbidità è una raccomandazione di classe I per HFpEF e HFmrEF [2,3]. La maggior parte dei pazienti del registro IN-HF con HFmrEF (80%) e HFpEF (81%) aveva almeno una condizione per la quale gli agenti NHM potevano essere indicati. Inoltre, nel gruppo HFpEF, la proporzione di pazienti che presentavano una comorbidità cardiaca che richiedeva un farmaco NHM era significativamente più alta tra i pazienti con doppio, e in particolare con triplo, blocco NHM rispetto a quelli senza o con singolo blocco NHM. Anche il cambiamento demografico degli ultimi due decenni, con una vita complessivamente più lunga dei pazienti con scompenso cardiaco, può aver contribuito alla presenza di più comorbidità che possono beneficiare di RASI, BB o MRA [17]. Altra considerazione, soprattutto nei pazienti con HFmrEF, riguarda la traiettoria della FE nei pazienti affetti da scompenso cardiaco. I pazienti potrebbero aver migliorato la loro FE proprio grazie alla prescrizione di triplo blocco NHM, gruppo di pazienti soprannominato HFimpEF nelle ultime linee guida [18, 19]. I valori più bassi di FE osservati nei pazienti con HFmrEF e HFpEF con triplo blocco NHM rispetto a quelli con doppio/singolo/nessun blocco NHM potrebbero supportare questa ipotesi. Dati di letteratura mostrano un alto tasso di recidiva di scompenso dopo la sospensione



del blocco NHM nei pazienti con HFimpEF e questo verosimilmente contribuisce a spiegare il miglioramento dell'outcome con triplo blocco NHM [20]. È importante sottolineare come, in entrambi i gruppi HFmrEF e HFpEF, il triplo blocco NHM sia stato più comunemente prescritto negli ultimi anni (2012-2018), rispetto alle epoche precedenti. Questa tendenza rispecchia l'alta percentuale di blocco NHM osservata come terapia di background nei pazienti arruolati in un recente studio su HFpEF, il DELIVER [21]. Di nota, analisi post hoc di studi clinici randomizzati come TOPCAT, PARAGON-HF e CHARM Preserved [5-8,22] hanno suggerito che il blocco NHM potrebbe essere importante, almeno in pazienti con HFmrEF [8]. Infine, un trial randomizzato di pazienti affetti da scompenso cardiaco acuto, lo STRONG HF, ha recentemente mostrato che anche in pazienti con HFpEF una rapida titolazione e implementazione della triplice terapia di blocco NHM con RASI, BB e MRA porta a miglioramento dell'outcome, confermando quanto osservato nel registro IN-HF nel setting cronico [23].

Conclusioni

In un setting ambulatoriale cardiologico, la tripla terapia di blocco NHM si è associata a migliori outcome, rispetto a nessuno o singolo blocco NHM, sia per i pazienti con HFmrEF che con HFpEF. Questi dati mostrano potenziali benefici dell'utilizzo di una combinazione di BB, RASI e MRA per i pazienti con frazione di eiezione superiore al 40%.♥

Referenze

1. Conrad, N.; Judge, A.; Tran, J.; Mohseni, H.; Hedgecott, D.; Crespiello, A.P.; Allison, M.; Hemingway, H.; Cleland, J.G.; McMurray, J.J.V.; et al. Temporal trends and patterns in heart failure incidence: A population-based study of 4 million individuals. *Lancet* 2018, 391, 572–580. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)325205](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)325205).
2. Anker, S.D.; Butler, J.; Filippatos, G.; Ferreira, J.P.; Bocchi, E.; Böhm, M.; Brunner-La Rocca, H.P.; Choi, D.J.; Chopra, V.; Chu-quiure-Valenzuela, E.; et al. EMPEROR-Preserved Trial Investigators. Empagliflozin in Heart Failure with a Preserved Ejection Fraction. *N. Engl. J. Med.* 2021, 385, 1451–1461. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2107038>.
3. Lund, L.H.; Claggett, B.; Liu, J.; Lam, C.S.; Jhund, P.S.; Rosano, G.M.; Swedberg, K.; Yusuf, S.; Granger, C.B.; Pfeffer, M.A.; et al. Heart failure with mid-range ejection fraction in CHARM: Characteristics, outcomes and effect of candesartan across the en-tire ejection fraction spectrum. *Eur. J. Heart Fail.* 2018, 20, 1230–1239. <https://doi.org/10.1002/ejhf.1149>.
4. Solomon, S.D.; Claggett, B.; Lewis, E.F.; Desai, A.; Anand, I.; Sweitzer, N.K.; O'Meara, E.; Shah, S.J.; McKinlay, S.; Fleg, J.L.; et al. TOPCAT Investigators. Influence of ejection fraction on outcomes and efficacy of spironolactone

- in patients with heart failure with preserved ejection fraction. *Eur. Heart J.* 2016, 37, 455–462. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehv464>.
5. Vaduganathan, M.; Jhund, P.S.; Claggett, B.L.; Packer, M.; Widimský, J.; Seferovic, P.; Rizkala, A.; Lefkowitz, M.; Shi, V.; McMurray, J.J.V.; et al. A putative placebo analysis of the effects of sacubitril/valsartan in heart failure across the full range of ejection fraction. *Eur. Heart J.* 2020, 41, 2356–2362. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaa184>.
6. Böhm, M.; Bewarder, Y.; Kindermann,

In base ai dati del registro cardiologico nazionale IN-HF comprendente 4707 pazienti con EF>40% (HFmrEF n=2298, HFpEF n=2409), la tripla modulazione neuro-umorale con inibitori del sistema renina-angiotensina, betabloccanti e antagonisti del recettore dei mineralcorticoidi è associata ad un migliore outcome del paziente, rispetto a coloro che assumono nessuno o solo un modulatore neuro-umorale. Il doppio blocco neuro-umorale non ha avuto alcun effetto significativo sugli outcome dei pazienti

- I. Ejection fraction in heart failure revisited- where does the evidence start? *Eur. Heart J.* 2020, 41, 2363–2365. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaa281>.
7. McDonagh, T.A.; Metra, M.; Adamo, M.; Gardner, R.S.; Baumbach, A.; Böhm, M.; Burri, H.; Butler, J.; elutkien, J.; Chioncel, O.; et al. ESC Scientific Document Group. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: Developed by the Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC). With the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *Eur. J. Heart Fail.* 2022, 24, 4–131. <https://doi.org/10.1002/ejhf.2333>.
8. Heidenreich, P.A.; Bozkurt, B.; Aguilar,

- D.; Allen, L.A.; Byun, J.J.; Colvin, M.M.; Deswal, A.; Drazner, M.H.; Dunlay, S.M.; Evers, L.R.; et al. 2022 AHA/ACC/HFSA Guideline for the Management of Heart Failure: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *J. Am. Coll. Cardiol.* 2022, 79, e263–e421. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2021.12.012>.
9. Gori M, Marini M, Gonzini L, Carigi S, De Gennaro L, Gentile P, Leonardi G, Orso F, Tinti D, Lucci D, Iacoviello M, Navazio A, Ammirati E, Muncinò A, Benvenuto M, Cassaniti L, Tavazzi L, Maggioni AP, De Maria R; Italian Network on Heart Failure (IN-HF) Investigators. Combined Neuro-Humoral Modulation and Outcomes in Patients with Chronic Heart Failure and Mildly Reduced or Preserved Ejection Fraction. *J Clin Med.* 2022 Nov 8;11(22):6627. doi: 10.3390/jcm11226627.
10. Solomon, S.D.; McMurray, J.J.V.; Anand, I.S.; Ge, J.; Lam, C.S.P.; Maggioni, A.P.; Martinez, F.; Packer, M.; Pfeffer, M.A.; Pieske, B.; et al. PARAGON-HF Investigators and Committees. Angiotensin-Nephrilysin Inhibition in Heart Failure with Preserved Ejection Fraction. *N. Engl. J. Med.* 2019, 381, 1609–1620. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1908655>.
11. Yusuf, S.; Pfeffer, M.A.; Swedberg, K.; Granger, C.B.; Held, P.; McMurray, J.J.; Michelson, E.L.; Olofsson, B.; Ostergren, J. CHARM Investigators and Committees. Effects of candesartan in patients with chronic heart failure and preserved left-ventricular ejection fraction: The CHARM-Preserved Trial. *Lancet* 2003, 362, 777–781. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)14285-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)14285-7).
12. Pitt, B.; Pfeffer, M.A.; Assmann, S.F.; Boineau, R.; Anand, I.S.; Claggett, B.; Clausell, N.; Desai, A.S.; Diaz, R.; Fleg, J.L.; et al. TOPCAT Investigators. Spironolactone for heart failure with preserved ejection fraction. *N. Engl. J. Med.* 2014, 370, 1383–1392. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1313731>.
13. Gori, M.; Senni, M.; Gupta, D.K.; Charytan, D.M.; Kraigher-Krainer, E.; Pieske, B.; Claggett, B.; Shah, A.M.; Santos, A.B.; Zile, M.R.; et al. PARAMOUNT Investigators. Association between renal function and cardiovascular structure and function in heart failure with preserved ejection fraction. *Eur. Heart J.* 2014, 35, 3442–3451. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehu254>.
14. D’Elia, E.; Vaduganathan, M.; Gori, M.; Gavazzi, A.; Butler, J.; Senni, M. Role of biomarkers in cardiac structure phenotyping in heart failure with preserved ejection fraction: Critical appraisal and practical use. *Eur. J. Heart Fail.* 2015, 17, 1231–1239. <https://doi.org/10.1002/ejhf.430>.
15. Quarta, G.; Gori, M.; Iorio, A.; D’Elia, E.; Moon, J.C.; Iacovoni, A.; Burocchi, S.; Schelbert, E.B.; Brambilla, P.; Sironi, S.; et al. Cardiac magnetic resonance in heart failure with preserved ejection fraction: Myocyte, interstitium, microvascular, and metabolic abnormalities. *Eur. J. Heart Fail.* 2020, 22, 1065–1075. <https://doi.org/10.1002/ejhf.1961>.
16. Gori, M.; Lam, C.S.; Gupta, D.K.; Santos, A.B.; Cheng, S.; Shah, A.M.; Claggett, B.; Zile, M.R.; Kraigher-Krainer, E.; Pieske, B.; et al. PARAMOUNT Investigators. Sex-specific cardiovascular structure and function in heart failure with preserved ejection fraction. *Eur. J. Heart Fail.* 2014, 16, 535–542. <https://doi.org/10.1002/ejhf.67>.
17. Groenewegen, A.; Rutten, F.H.; Mosterd, A.; Hoes, A.W. Epidemiology of heart failure. *Eur. J. Heart Fail.* 2020, 22, 1342–1356. <https://doi.org/10.1002/ejhf.1858>.
18. Savarese, G.; Stolfo, D.; Sinagra, G.; Lund, L.H. Heart failure with mid-range or mildly reduced ejection fraction. *Nat. Rev. Car-diol.* 2022, 19, 100–116. <https://doi.org/10.1038/s41569-021-00605-5>.
19. Manca, P.; Stolfo, D.; Merlo, M.; Gregorio, C.; Cannatà, A.; Ramani, F.; Nuzzi, V.; Lund, L.H.; Savarese, G.; Sinagra, G. Transient versus persistent improved ejection fraction in non-ischaemic dilated cardiomyopathy. *Eur. J. Heart Fail.* 2022, 24, 1171–1179. <https://doi.org/10.1002/ejhf.2512>.
20. Halliday, B.P.; Wassall, R.; Lota, A.S.; Khaliq, Z.; Gregson, J.; Newsome, S.; Jackson, R.; Rahneva, T.; Wage, R.; Smith, G.; et al. Withdrawal of pharmacological treatment for heart failure in patients with recovered dilated cardiomyopathy (TRED-HF): An open-label, pilot, randomised trial. *Lancet* 2019, 393, 61–73. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32484-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32484-X).
21. Solomon, S.D.; Vaduganathan, M.; Claggett, B.L.; de Boer, R.A.; DeMets, D.; Hernandez, A.F.; Inzucchi, S.E.; Kosiborod, M.N.; Lam, C.S.P.; Martinez, F.; et al. Baseline Characteristics of Patients With HF With Mildly Reduced and Preserved Ejection Fraction: DELIVER Trial. *JACC Heart Fail.* 2022, 10, 184–197. <https://doi.org/10.1016/j.jchf.2021.11.006>.
22. Dewan, P.; Jackson, A.; Lam, C.S.P.; Pfeffer, M.A.; Zannad, F.; Pitt, B.; Solomon, S.D.; McMurray, J.J.V. Interactions between left ventricular ejection fraction, sex and effect of neurohumoral modulators in heart failure. *Eur. J. Heart Fail.* 2020, 22, 898–901. <https://doi.org/10.1002/ejhf.1776>.
23. Pagnesi M, Metra M, Cohen-Solal A, Edwards C, Adamo M, Tomasoni D, Lam CSP, Chioncel O, Diaz R, Filippatos G, Ponikowski P, Sliwa K, Voors AA, Kimmoun A, Novosadova M, Takagi K, Barros M, Damasceno A, Saidu H, Gayat E, Pang PS, Celutkiene J, Cotter G, Mebazaa A, Davison B. Uptitrating Treatment After Heart Failure Hospitalization Across the Spectrum of Left Ventricular Ejection Fraction. *J Am Coll Cardiol.* 2023 Jun 6;81(22):2131–2144. doi: 10.1016/j.jacc.2023.03.426.

**Rispetto a nessun/
singolo blocco neuro-
umorale, il blocco
triplo, ma non il
doppio, ha portato a
migliori outcome sia
in pazienti HFmrEF
che in quelli affetti da
HFpEF**



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



Gianserafino Gregori

ABRUZZO

Presidente

Gianserafino Gregori - Giulianova (TE)

Consiglio Regionale

Marianna Appignani - Chieti
Manuela Benvenuto - Teramo
Eleonora De Luca - L'Aquila
Bianca Iadanza Lanzaro - Pescara
Roberta Magnano - Pescara
Antonio Procopio - Lanciano (CH)
Benedetta Ruggieri - Teramo
Giuliano Valentini - Avezzano (AQ)



Claudio Fresco

FRIULI VENEZIA GIULIA

Presidente

Claudio Fresco - Udine

Consiglio Regionale

Rita Belfiore - Pordenone
Alessandro Brieda - Pordenone
Eliana Grande - Trieste
Luisa Mattei - Gorizia
Daniele Muser - Udine
Luigi Neglia - Monfalcone (GO)



Marco Fabio Costantino

BASILICATA

Presidente

Marco Fabio Costantino - Potenza

Consiglio Regionale

Angela Bochicchio - Policoro (MT)
Gianpaolo D'Addeo - Potenza
Maria Maddalena
De Francesco - Matera
Costanza Morea - Matera



Antonino Granatelli

LAZIO

Presidente

Antonino Granatelli - Roma

Consiglio Regionale

Francesco Adamo - Roma
Alessandro Aiello - Roma
Tania Dominici - Rieti
Laura Gatto - Roma
Enrico Natale - Roma
Igino Proietti - Roma
Annalisa Ricco - Roma
Roberto Scioli - Roma



Roberto Caporale

CALABRIA

Presidente

Roberto Caporale - Cosenza

Consiglio Regionale

Giuseppe Carullo - Vibo Valentia
Franco Catapano - Corigliano-Rossano (CS)
Maria Teresa Ferrò - Paola (CS)
Giulia Galiano Leone - Catanzaro
Fabio Megna - Crotona
Sebastiano Quartuccio - Polistena (RC)
Carmelo Massimiliano Rao - Reggio Calabria
Stefania Renne - Lamezia Terme (CZ)



Luca Olivotti

LIGURIA

Presidente

Luca Olivotti - Savona

Consiglio Regionale

Alberto Camerini - Genova
Roberta Della Bona - Genova
Maria Molfese - Genova
Luisiana Pastorino - Genova
Annalisa Porcile - Genova
Isabella Puccetti - La Spezia
Valeria Sebastiani - Imperia
Gianluca Trocchio - Genova



Francesco Vigorito

CAMPANIA

Presidente

Francesco Vigorito - Salerno

Consiglio Regionale

Ilaria Caso - Napoli
Silvana Cicala - Caserta
Emilio Di Lorenzo - Avellino
Michele Macrì - Boscotrecase (NA)
Andrea Paccone - Napoli
Antonio Parente - Benevento
Lucia Riegler - Nocera Inferiore (SA)
Carlo Tedeschi - Napoli



Felice Achilli

LOMBARDIA

Presidente

Felice Achilli - Desio (MB)

Consiglio Regionale

Grazia Maria Castelli - Cinisello Balsamo (MI)
Caterina Chiara De Carlini - Desio (MB)
Anna Frisinghelli - Rho, Frazione Passirana (MI)
Niccolò Brenno Grieco - Milano
Annamaria Iorio - Bergamo
Filippo Russo - Milano
Annalisa Turco - Pavia
Chiara Roberta Vecchio - Saronno (VA)



Gianni Casella

EMILIA ROMAGNA

Presidente

Gianni Casella - Bologna

Consiglio Regionale

Mirza Becirovic - Carpi (MO)
Maria Giulia Bolognesi - Piacenza
Roberto Carletti - Forlì
Diego Della Riva - Bologna
Elisa Guerri - Guastalla (RE)
Monica Minarelli - Lagosanto (FE)
Paola Testa - Rimini
Giovanni Tortorella - Fidenza (PR)



Giovanni Tarsi

MARCHE

Presidente

Giovanni Tarsi - Pesaro

Consiglio Regionale

Fabrizio Buffarini - Senigallia (AN)

Alessandro Capestro - Ancona

Micaela Capponi - Macerata

Domenico Delfino - Ascoli Piceno

Marco Flori - Urbino

Simona Pelliccioni - San Benedetto

del Tronto (AP)

Francesca Terzi - Pesaro

Vagnarelli Fabio - Ancona



Giuseppina Maura
Francese

SICILIA

Presidente

Giuseppina Maura Francese - Catania

Consiglio Regionale

Maurizio Giuseppe Abrignani - Marsala (TP)

Carmelo Battaglia - Enna

Calogero Falletta - Palermo

Sonia Lo Iacono - Cefalù (PA)

Annamaria Lo Voi - Palermo

Rocco Paolo Milluzzo - Catania

Vito Pipitone - Messina

Danilo Puccio - Palermo



Isabella Tavarozzi

MOLISE

Presidente

Isabella Tavarozzi - Isernia

Consiglio Regionale

Benedetta Cuzzola - Campobasso

Marco Lombardi - Campobasso

Alexandra Sabusco - Campobasso



Marisa Carluccio

TOSCANA

Presidente

Marisa Carluccio - Pisa

Consiglio Regionale

Debora Biagini - Prato

Francesca Cesareo - Siena

Jacopo Del Meglio - Camaiore (LU)

Gaia Chiara Selvaggia Magnaghi - Pescia (PT)

Leonardo Misuraca - Grosseto

Margherita Padeletti - Borgo San Lorenzo (FI)

Gaia Spaziani - Firenze

Enrica Talini - Livorno



Giuseppe Musumeci

PIEMONTE E VALLE D'AOSTA

Presidente

Giuseppe Musumeci - Torino

Consiglio Regionale

Monica Andriani - Torino

Lucia Coppini - Cuneo

Brunella Demichelis - Torino

Vincenzo Infantino - Ciriè (TO)

Stefano Maffè - Borgomanero (NO)

Elisa Pelloni - Aosta

Luigi Pollarolo - Casale Monferrato (AL)

Pierluigi Sbarra - Torino



Marco Borghesi

TRENTINO ALTO ADIGE

Presidente

Marco Borghesi - Trento

Consiglio Regionale

Salvatore Accardo - Merano (BZ)

Elisabetta Apuzzo - Bolzano

Maurizio Del Greco - Rovereto (TN)

Massimiliano Maines - Rovereto (TN)

Michele Moretti - Trento

Prisca Zeni - Trento



Ennio Carmine Luigi
Pisanò

PUGLIA

Presidente

Ennio Carmine Luigi Pisanò - Lecce

Consiglio Regionale

Grazia Casavecchia - Foggia

Gaetano Citarelli - Bari

Margherita Ilaria Gioia - Brindisi

Claudio Larosa - Molfetta (BA)

Katya Vitina Lucarelli - Acquaviva

delle Fonti (BA)

Giovanni Luzzi - Taranto

Adriana Mallardi - Bari - Carbonara (BA)

Antonio Tondo - Lecce



Claudio Cavallini

UMBRIA

Presidente

Claudio Cavallini - Perugia

Consiglio Regionale

Andrea Broccatelli - Perugia

Serena Di Maria - Orvieto (TR)

Lina Marinacci - Città di Castello (PG)

Rosita Panciarola - Assisi (PG)

Alessandra Tordini - Terni

Cristina Tutarini - Foligno (PG)



Cristiana Denurra

SARDEGNA

Presidente

Cristiana Denurra - Sassari

Consiglio Regionale

Simona Aramu - Oristano

Gianfranco Delogu - San Gavino Monreale (SU)

Stefano Mameli - Cagliari

Rosa Chiara Manzi - Cagliari

Ilaria Mereu - Carbonia (SU)

Maria Elena Lucia Picoi - Olbia (OT)

Laura Sau - Lanusei (OG)

Tanuccia Secci - Nuoro



Giampaolo Pasquetto

VENETO

Presidente

Giampaolo Pasquetto - Monselice (PD)

Consiglio Regionale

Giovanni Barbati - Vicenza

Emanuela Berardi - Montebelluna (TV)

Ada Cutolo - Mestre (VE)

Alessandro De Leo - Belluno

Giulia Maria Frigo - San Bonifacio (VR)

Anna Maddalozzo - Rovigo

Daniela Mancuso - Padova

Giovanni Turiano - San Donà di Piave (VE)

DI LAURA PEZZI, ROBERTA MAGNANO, MARIO DI MARINO, ALBERTO D'ALLEVA,
DANIELE FORLANI, ENRICO OCCHIUZZI, KRISTIAN GALANTI, PIERGIUSTO VITULLI,
MASSIMO DI MARCO, LEONARDO PALOSCIA

La sindrome coronarica acuta nel contesto di una reazione immunitaria è nota come
sindrome di Kounis

La Sindrome di Kounis: sindrome coronarica acuta allergica

Sindrome di Kounis: un'entità sottodiagnosticata

La Sindrome di Kounis (KS), è definita come la concomitante presenza di una sindrome coronarica acuta (SCA) ed una reazione allergica o da ipersensibilità, anafilattica o anafilattoide [1]. Sintomi e segni cardiovascolari associati a reazioni allergiche, di ipersensibilità, anafilattiche o anafilattoidi iniziarono ad apparire nella letteratura medica inglese, tedesca e austriaca più di 7 decenni fa [2-7]. Tali reazioni erano dovute principalmente alla malattia da siero e all'antitossina tetanica e sono state descritte come "reazioni cardiache morfologiche", "cardite acuta" o "lesioni con caratteristiche simili alla cardite reumatica". Nel 1950 Pfister e Plice pubblicarono un caso clinico di un uomo di 49 anni che si è presentava con un infarto miocardico acuto associato allo sviluppo di un rash orticarioide dopo la somministrazione di penicillina. Questo paziente fu trattato con dicumarolo, papaverina, morfina e difenidramina cloridrato con risultati favorevoli. [3] Nel 1991 Kounis e Zavras introdussero i termini

"angina allergica" e "infarto miocardico allergico", oggi meglio conosciuti come Sindrome di "Kounis" [4]. Lo stesso Kounis, successivamente, distinse tre diversi tipi: tipo I il cui

Il trattamento deve mirare sia alla componente allergica che al vasospasmo coronarico, al trombo o alla rottura della placca che si verifica a seguito delle reazioni immunitarie

meccanismo della SCA è lo spasmo in pazienti con coronarie normali (o quasi); tipo II, per rottura/erosione di placca "vulnerabile" pre-esistente; tipo III trombosi di stent con tromboaspirato positivo per presenza di eosinofili e mastociti oppure morte cardiaca improvvisa (SCD) con esame istologico indicativo di infiltrazione

eosinofilo-mastocitaria in prossimità dello stent [5]. Nel 1995, Kovanen et al. esaminarono dei campioni di coronarie di 20 pazienti che non soffrivano di alcun tipo di malattia allergica ma erano deceduti per infarto miocardico acuto, riscontrando che il grado di degranolazione dei mastociti era molto più elevato (200:1) nei siti di erosione o rottura della placca che nelle aree adiacenti o nelle aree non interessate più distanti [8]. Da queste evidenze si è ipotizzato che le proteasi che degradano il collagene, rilasciate dai mastociti, potrebbero indurre l'erosione e/o la rottura della placca, dando così origine ad un evento coronarico acuto. Nel 1995, Paris Constantinides sollevò la possibilità che, oltre le già citate reazioni ai farmaci, anche le comuni reazioni allergiche potevano promuovere la rottura di placca [9]. Infatti, secondo le sue scoperte, i precursori dei mastociti circolanti potrebbero penetrare nelle giunzioni aperte tra le cellule endoteliali che rivestono le placche aterosclerotiche, cosa impossibile con



le normali giunzioni intercellulari nell'intima arteriosa sana [10]. Nel 1998, Braunwald ha aggiunto un'ulteriore sottogruppo di angina allergica, quella da occlusione dinamica, in considerazione dell'azione dei mediatori come l'istamina o i leucotrieni, che agiscono sulla muscolatura liscia vascolare coronarica, comportando fenomeni dinamici di contra-

erano significativamente aumentati rispetto ai controlli sani. Ciò denota che il cuore e soprattutto le arterie coronarie costituiscono bersagli primari nell'anafilassi. Oggi, la SK è ubiquitaria, colpisce pazienti di qualsiasi età e la sua incidenza è in aumento, correlata in parte alla maggiore conoscenza di tale entità clinica e la capacità da parte dei medici di

(granuli) sia prodotti de-novo, localmente e nella circolazione sistemica. I mastociti sono coinvolti anche in altre condizioni, altri attivatori innescano la loro degranulazione e il rilascio di composti che contribuiscono all'infiammazione e ad altri processi coinvolti nella destabilizzazione delle placche aterosclerotiche. Il rilascio di istamina e renina dai mastociti può innescare il vasospasmo coronarico [16-19]. In particolare l'istamina induce vasocostrizione coronarica e l'espressione del fattore tissutale e attiva le piastrine; le proteasi neutre (Chinasi, Triptasi, Catepsina) possono attivare le metalloproteasi della matrice, che degradano il cappuccio di collagene e inducono l'erosione e la rottura della placca; i leucotrieni, potenti vasocostrittori, la cui sintesi è potenziata nella fase acuta dell'angina instabile; il trombossano, potente mediatore dell'aggregazione piastrinica con proprietà vasocostrittrici; il PAF, che nell'ischemia miocardica agisce sia come vasocostrittore diretto, sia attraverso l'attivazione di leucociti e piastrine. È stato visto che i mastociti vengono attivati da trigger non allergici spesso senza degranulazione ma con il rilascio selettivo di sostanze [18]. Secondo alcune revisioni prospettiche, le cause eziologiche più frequenti di anafilassi includono cibo, farmaci e punture di insetti. I sintomi clinici di presentazione più comuni sono orticaria, dispnea, dolore toracico [17]. I vasi con stent costituiscono un ambiente ideale per il danno e la disfunzione endoteliale, insieme alla turbolenza che si può creare, alla disfunzione piastrinica e alterazioni della coagulazione. La trombosi dello stent ha sicuramente un'eziologia multifattoriale: l'endote-

La Sindrome di Kounis (KS) rappresenta una sindrome coronarica acuta caratterizzata dal verificarsi nel contesto di una reazione di ipersensibilità, di un'allergia o di un'anafilassi. È classificata in tre tipi: la prima da spasmo coronarico in presenza di arterie normali, la seconda da instabilità delle placche in arterie coronariche aterosclerotiche e la terza da trombosi di stent coronarici. Si pensava che fosse una condizione rara, ma ora viene più comunemente identificata come causa di eventi coronarici acuti in pazienti senza precedente storia di malattia coronarica (CAD). I casi di KS più identificati sono stati provocati da farmaci su pazienti maschi anziani.

zione e rilassamento [11]. Nel 2006 è stata attirata l'attenzione su una potenziale relazione tra trombosi dello stent coronarico a rilascio di farmaco e ipersensibilità ai componenti dello stent coronarico [12]. Nel 2009 sono stati riportati, da Biteker, i primi rapporti su bambini con infarto miocardico allergico [13]. Infine, nel 2015, Lippi e colleghi [14] rilevarono che nei pazienti ricoverati in Pronto Soccorso affetti da anafilassi, angioedema, orticaria e orticaria-angioedema, i livelli di troponina I, specifici per la diagnosi di danno miocardico acuto,

saperla correttamente diagnosticare [15]. La sindrome è scatenata dal rilascio di tutti i mediatori della risposta infiammatoria quali istamina, PAF, acido arachidonico e citochine presenti in grande quantità nelle reazioni allergiche. L'azione di queste molecole a livello coronarico (sia tessuto muscolare liscio che endotelio) è alla base del meccanismo del danno (vasospasmo, trombosi). All'inizio di una reazione allergica, l'allergene si lega alle corrispondenti IgE ed avviene la degranulazione mastocitaria, con il rilascio di sostanze, sia pre-formate

lizzazione ritardata, la lunghezza degli stent, la complessità delle lesioni, l'inserimento subottimale dello stent, la turbolenza di flusso, l'aderenza alla terapia antitrombotica. Inoltre tra le altre cause abbiamo anche l'ipersensibilità ai componenti dello stent, evenienza seppure rara ma possibile nei pazienti atopici. È stato infatti proposto l'uso di DES con rilascio di farmaci stabilizzatori dei mastociti in pazienti con trombosi di stent in seguito ad una reazione di ipersensibilità [20]. Una revisione della letteratura suggerisce il ruolo importante dei mastociti nelle malattie cardiovascolari e soprattutto il ruolo chiave che hanno i mastociti in alcune condizioni nell'ambito delle malattie cardiovascolari. Lo stabilizzatore mastocitario più famoso è il disodio cromoglicano, di cui è stato proposto anche l'uso, che inibisce l'attivazione dei mastociti IgE-dipendente [21]. In uno studio prospettico è stata effettuata la risonanza magnetica cardiaca entro 24h dall'evento che ha mostrato un coinvolgimento subendocardico nelle impregnazioni precoci di Gadolinio ed edema (aree di iperintensità) nelle immagini T2 pesate (indicatore di ischemia) in tutti i pazienti con ipocinesia. L'impregnazione tardiva è risultata normale in tutti i pazienti, dimostrando che non c'è danno cardiaco permanente nella SK di tipo I [18]. È importante sottolineare come, nonostante si conoscano i protagonisti alla base della fisiopatologia, vi sia ad oggi ancora difficoltà nel predire il rischio di SK in pazienti con episodi allergici (non esiste un livello soglia nel dosaggio di triptasi, chimasi, livello assoluto di eosinofili). Per quanto riguarda il trattamento possiamo distinguere [22]:

- SK tipo I: il solo trattamento dell'evento allergico può abolire i sintomi, possono essere utilizzati corticosteroidi ev come idrocortisone e antistaminici come la Difenedramina. La somministrazione di vasodilatatori come Ca-antagonisti e nitrati può inoltre abolire il vasospasmo, benché i nitrati possano aggravare l'eventuale ipotensione e la tachicardia.
- SK tipo II: il protocollo della SCA insieme a corticosteroidi ed antistaminici. L'uso di B-bloccanti dovrebbe essere evitato se la KS è fortemente sospettata, in quanto

il rilascio di istamina ed esacerbare la cascata patologica, peggiorando l'evento acuto [24]. In condizione di sospetto è meglio usare il fentanyl e i suoi derivati;

- SK tipo III: si usano antistaminici insieme a corticosteroidi e stabilizzatori dei mastociti. Dopo l'aspirazione del trombo è importante l'esame istologico per la colorazione degli eosinofili (ematossilina ed eosina) e mastociti (Giemsa).

La Sindrome di Kounis, per quanto rara, rappresenta una forma peculiare di SCA con plurimi meccanismi fisiopatologici, nei

Lo spasmo dell'arteria coronaria e il danno miocardico in assenza di una malattia coronarica (CAD) preesistente evidente sono stati documentati nel contesto di una grave reazione allergica

L'istamina rilasciata dalla degranolazione dei mastociti è solitamente associata a gravi reazioni allergiche e anafilattiche che possono anche provocare grave spasmo coronarico o erosione della placca ateromatosa con rottura, in alcuni casi

potrebbe anche potenziare il vasospasmo coronarico a causa di un'azione alfa-adrenergica incontrastata. L'adrenalina, dato in caso di anafilassi, può aggravare l'ischemia e peggiorare il vasospasmo coronarico [23]. È importante ricordare che la morfina, un farmaco comunemente usato per il dolore nei pazienti che presentano sindromi coronariche acute, dovrebbe essere evitata, poiché potrebbe stimolare

quali un ruolo fondamentale è rivestito dall'attivazione di mediatori allergenici. Il trattamento andrebbe pertanto indirizzato non solo alla cura della sindrome coronarica acuta, ma anche alla sottostante reazione anafilattica. L'utilizzo di imaging coronarico avanzato, quale l'OCT [25], può aiutare a classificarne la tipologia e pertanto ad ottimizzarne il trattamento.♥



Bibliografia

1. Kounis NG, Zavras GM. Histamine-induced coronary artery spasm: the concept of allergic angina. *Br J Clin Pract.* 1991;45(2):121-128.
2. Clark E. Serum carditis: morphologic cardiac alterations in man associated with serum disease. *J Am Med Assoc* 1938;110: 1098-100.10.1001/jama.1938.62790140001008
3. Wadsworth GM, Brown CH. Serum reaction complicated by acute carditis. *J Pediat* 1940;17:801-5.10.1016/S0022-3476(40)80025-5
4. Rich AR, Gregory JE. Experimental evidence that lesions with basic characteristics of rheumatic carditis can result from anaphylactic hypersensitivity. *Bull Johns Hopkins Hosp* 1943;73:239-64.10.1097/00005053-194411000-00021
5. Pfister CW, Plice SG. Acute myocardial infarction during a prolonged allergic reaction to penicillin. *Am Heart J* 1950;40: 945-7.10.1016/0002-8703(50)90191-8
6. Czickeli H. Contribution to the problem of the allergic etiology of angina pectoris and myocardial infarct. *Klin Med Osterr Z Wiss Prakt Med* 1950;5:364-7.
7. Schultheiss E. Clinical aspects of allergic heart diseases. *Dtsch Med J* 1964;15:15-8.
8. Kovanen PT, Kaartinen M, Paavonen T. Infiltrates of activated mast cells at the site of coronary atheromatous erosion or rupture in myocardial infarction. *Circulation* 1995;92:1083-8.10.1161/01.CIR.92.5.1084
9. Constantinides P. Infiltrates of activated mast cells at the site of coronary atheromatous erosion or rupture in myocardial infarction. *Circulation* 1995;92:1083.10.1161/01.CIR.92.5.1083
10. Constantinides P, Harkey M. Electron microscopic exploration of human endothelium in early and advanced atherosclerotic lesions. *Ann NY Acad Sci* 1990;898:113-24.10.1111/j.1749-6632.1990.tb42283.x
11. Brawnwald E. Unstable angina. An etiologic approach to management. *Circulation* 1998;98:2219-22.10.1161/01.CIR.98.21.2219
12. Kounis NG, Kounis GN, Kouni SN, Soufras GD, Niarchos C, Mazarakis A. Allergic reactions following implantation of drug-eluting stents: a manifestation of Kounis syndrome? *J Am Coll Cardiol* 2006;48:592-3.10.1016/j.jacc.2006.05.007
13. Biteker M, Duran NE, Biteker FS, Civan HA, Kaya H, Gökdeniz T, et al. Allergic myocardial infarction in childhood: Kounis syndrome. *Eur J Pediatr* 2010;169:27-9.10.1007/s00431-009-0965-5
14. Lippi G, Buonocore R, Schirosa F, Cervellin G. Cardiac troponin I is increased in patients admitted to the emergency department with severe allergic reactions. A case-control study. *Int J Cardiol* 2015;194:68-9.10.1016/j.ijcard.2015.05.093
15. Waller BF. Non atherosclerotic coronary heart disease. In: Fuster V, Wane Alexander A, O'Rourke RA, editors. *Hurst's the heart*, 11th ed. New York, NY: McGraw-Hill, 2011:1183.
16. Theoharides TC, Sismanopoulos N, Delivanis DA, Zhang B, Hatziage-laki EE, Kalogeromitros D. Mast cells squeeze the heart and stretch the gird: their role in atherosclerosis and obesity. *Trends Pharmacol Sci.* 2011;32(9):534-542. doi:10.1016/j.tips.2011.05.005
17. Cha YS, Kim H, Bang MH, et al. Evaluation of myocardial injury through serum troponin I and echocardiography in anaphylaxis. *Am J Emerg Med.* 2016;34(2):140-144. doi:10.1016/j.ajem.2015.09.038
18. Akoz, Ayhan & Tanboga, Halil & Emet, Mucahit & Bayramoglu, Atif & Kizrak, Yesim & Kantarci, Mecit & Aslan, Sahin. (2013). A prospective study of kounis syndrome: Clinical experience and cardiac magnetic resonance imaging findings for 21 patients. *Acta Medica Mediterranea.* 29. 811-816.
19. Varricchi G, Marone G, Kovanen PT. Cardiac Mast Cells: Underappreciated Immune Cells in Cardiovascular Homeostasis and Disease. *Trends Immunol.* 2020;41(8):734-746. doi:10.1016/j.it.2020.06.006
20. Theoharides TC, Kalogeromitros D. The critical role of mast cells in allergy and inflammation. *Ann NY Acad Sci.* 2006;1088:78-99. doi:10.1196/annals.1366.025
21. Kounis NG, Hahalis G, Theoharides TC. Coronary stents, hypersensitivity reactions, and the Kounis syndrome. *J Interv Cardiol.* 2007;20(5):314-323. doi:10.1111/j.1540-8183.2007.00283.x
22. Kounis NG, Patsouras N, Grapsas N, Hahalis G. Histamine induced coronary artery spasm, fish consumption and Kounis syndrome. *Int J Cardiol.* 2015;193:39-41. doi:10.1016/j.ijcard.2015.05.038
23. Petrus F. Kounis syndrome: A narrative review. *South Afr J Anaesth Analg.* 2016;22:72-80.
24. Kounis NG. Coronary hypersensitivity disorder: The kounis syndrome. *Clin Ther.* 2013;35:563-71.
25. Rodríguez-Ruiz C, Puig-Carrión G, Delgado-Nieves A, López-Candales A. Kounis Syndrome: A More Commonly Encountered Cause of Acute Coronary Syndrome. *Heart Views.* 2019 Jul-Sep;20(3):122-125. doi: 10.4103/HEARTVIEWS.HEARTVIEWS_43_19. PMID: 31620259; PMCID: PMC6791094.

Fino a due terzi dei pazienti con stenosi aortica presenta vari gradi di rigurgito mitralico

Benefici della TAVI nel rigurgito mitralico

Il rigurgito mitralico migliora immediatamente e in modo persistente

La stenosi aortica è una malattia “sistemica” complessa. Esistono dati epidemiologici e istopatologici convincenti a sostegno del fatto che la stenosi aortica calcifica “degenerativa” sia una malattia attiva e complessa e che coinvolga processi di tipo aterosclerotico ed elastocalcinosi⁽¹⁾. Molti pazienti con questa malattia presentano anche manifestazioni in altri organi bersaglio. **Un’ampia percentuale di pazienti con stenosi aortica presenta concomitante ipertensione sistolica e alterazioni della funzione del ventricolo sinistro⁽²⁾.** La fisiopatologia degli esiti avversi in stenosi aortica è essenzialmente dovuta a uno squilibrio tra l’aumento del carico emodinamico del ventricolo sinistro provocato dall’ostruzione valvolare e/o dalla concomitante ipertensione arteriosa, da un lato, e alla capacità del ventricolo sinistro di superare questo aumento di carico sia a riposo che durante l’esercizio⁽³⁾. **Al momento della sostituzione della valvola aortica, fino a due terzi dei pazienti con stenosi aortica presenta vari gradi di rigurgito mitralico⁴.** Il successo della TAVI come terapia per la stenosi aortica

severa, unita allo sviluppo di terapie transcateretere per rigurgito mitralico, offre la possibilità di realizzare una procedura graduale per affrontare prima la stenosi aortica e quindi

La TAVI tratta efficacemente la e, come effetto secondario, migliora anche l’insufficienza mitralica concomitante. La presenza di rigurgito mitralico da moderato a severo non aumenta il rischio di fallimento della TAVI. Il rigurgito mitralico migliora immediatamente e in modo persistente

rivalutare la gravità del rigurgito mitralico in seguito. Le linee guida dell’European Society of Cardiology (ESC) e dell’European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS) del 2021 suggeriscono di procedere

proprio in tal senso⁽⁵⁾. In un lavoro retrospettivo del 2015⁽⁶⁾ abbiamo analizzato gli effetti benefici della TAVI nell’insufficienza mitralica. 165 pazienti affetti da stenosi aortica severa erano stati valutati dal team cardiologico e sottoposti a TAVI utilizzando Medtronic Core-ReValving System o expandable balloon Edwards SAPIEN/SAPIEN XT presso le Aziende Ospedaliere “San Carlo” (Potenza) e “San Camillo Forlanini” (Roma). Per definire gli eventi nel follow-up si era fatto riferimento allo standard per la definizione degli eventi in TAVI rappresentato dai criteri VARC-2⁽⁷⁾. L’ecocardiografia transtoracica e transesofagea era stata eseguita prima di TAVI, dopo TAVI e a 1, 6, 12 e 24 mesi da un cardiologo senior. La gravità del rigurgito mitralico era stata classificata come assente/lieve (0/1), moderata (2), moderata-severa (3) o severa (4)⁽⁸⁾. La calcificazione, il prollasso e l’ispessimento anulare mitralico erano stati riportati secondo le linee guida⁽⁸⁾. Il tipo di rigurgito mitralico era stato classificato come organico (primario, attribuibile alla malattia valvolare intrinseca) o funzionale (secondario, causato dal



rimodellamento regionale o globale del ventricolo sinistro senza anomalie strutturali della valvola). I pazienti con insufficienza mitralica moderata-severa avevano una funzione del ventricolo sinistro inferiore rispetto ai pazienti con insufficienza mitralica lieve-moderata, un gradiente medio trans-aortico e un gradiente di picco trans-aortico inferiore. In questi pazienti la manifestazione della malattia valvolare mitrale era prevalentemente funzionale come confermato anche dall'incidenza significativamente inferiore di alterazioni strutturali dei lembi mitralici. Non si erano presentate differenze statisticamente significative, per quanto riguardava la mortalità a 30 giorni tra i due gruppi e l'incidenza di complicanze peri-procedurali (sanguinamento

È plausibile che il miglioramento delle prestazioni della valvola aortica, con la conseguente riduzione del post-carico, riduca il flusso retrogrado patologico attraverso la valvola mitrale

e complicanze neurologiche). **Nel gruppo con rigurgito mitralico di grado 3-4 preoperatorio, si era avuta la diminuzione media del rigurgito mitralico, della Vena Contracta; dell'EROA (Effective Regurgitant Orifice Area); della frazione di rigurgito; del volume**

di rigurgito e del volume atriale sinistro pre-TAVI a 1 mese post-TAVI e queste diminuzioni, tradotte in miglioramenti, si erano dimostrate persistenti nei 24 mesi.

Per il gruppo con rigurgito mitralico

Il successo della TAVI unita allo sviluppo di terapie transcateretere per rigurgito mitralico, offre la possibilità di realizzare una procedura graduale per affrontare la stenosi aortica e rivalutare la gravità del rigurgito mitralico in seguito

pre-operatorio di grado 1-2 non era stata notata alcuna differenza significativa confrontando gli stessi parametri preoperatori con uno qualsiasi dei tempi postoperatori. Una meta-analisi di 8 studi⁽⁹⁾ ha valutato l'impatto del rigurgito mitralico sugli esiti dopo TAVI e ha rilevato che:

- un significativo rigurgito mitralico al basale è associato a un aumento della mortalità dopo TAVI;
- la causa dell'insufficienza mitralica o il tipo di valvola cardiaca transcateretere non influiscono sulla mortalità dopo TAVI;
- la gravità del rigurgito mitralico migliora fino a 2/3 dei pazienti dopo TAVI;
- il rigurgito mitralico residuo moderato-severo è associato ad un aumento della mortalità dopo TAVI. Il miglioramento della gravità del

rigurgito mitralico è chiaramente multifattoriale⁽¹⁰⁾. **È plausibile che il miglioramento delle prestazioni della valvola aortica, con la conseguente riduzione del post-carico, riduca il flusso retrogrado patologico attraverso la valvola mitrale. Si può anche presumere che la risoluzione della stenosi aortica possa facilitare il raggiungimento di un migliore equilibrio emodinamico riducendo l'attivazione neuro-ormonale causata dallo stato di scompenso cardiaco.** Il trattamento della stenosi aortica può anche contribuire al ripristino della corretta geometria della contrazione ventricolare sinistra, che a sua volta può contribuire a migliorare la funzione dell'apparato valvolare mitrale, in particolare quando il concomitante

La gravità del rigurgito mitralico migliora nei pazienti con concomitante stenosi aortica e rigurgito mitralico dopo TAVI

rigurgito mitralico è di tipo funzionale. **Poiché il modello di rischio di Cox mostrava che l'unico fattore predittivo di mortalità al follow-up era il sesso femminile (12/13), potrebbe essere utile orientare i successivi lavori in senso genere-specifico. ♥**

1. Rajamannan, N.M., et al., Calcific aortic valve disease: not simply a degenerative process a review and agenda for research from the National Heart and Lung and Blood Institute Aortic Stenosis Working Group. *Circulation*, 2011. 124(16): p. 1783.
2. Briand, M., et al., Reduced systemic arterial compliance impacts significantly on left ventricular afterload and function in aortic stenosis: implications for diagnosis and treatment. *Journal of the American College of Cardiology*, 2005. 46(2): p. 291-298.
3. Pibarot, P. and J.G. Dumesnil, Improving assessment of aortic stenosis. *Journal of the American College of Cardiology*, 2012. 60(3): p. 169-180.
4. Iung, B., et al., A prospective survey of patients with valvular heart disease in Europe: The Euro Heart Survey on Valvular Heart Disease. *European heart journal*, 2003. 24(13): p. 1231-1243.
5. Vahanian, A., et al., 2021 ESC/EACTS Guidelines for the management of valvular heart disease: developed by the Task Force for the management of valvular heart disease of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). *European heart journal*, 2022. 43(7): p. 561-632.
6. Costantino, M.F., et al., The beneficial effects of TAVI in mitral insufficiency. *Cardiovascular Ultrasound*, 2015. 13(1): p. 1-8.
7. Kappetein, A.P., et al., Updated standardized endpoint definitions for transcatheter aortic valve implantation: the Valve Academic Research Consortium-2 consensus document. *Journal of the American College of Cardiology*, 2012. 60(15): p. 1438-1454.
8. Lancellotti, P., et al., European Association of Echocardiography recommendations for the assessment of valvular regurgitation. Part 2: mitral and tricuspid regurgitation (native valve disease). *European Journal of Echocardiography*, 2010. 11(4): p. 307-332.
9. Chakravarty, T., et al., Meta-analysis of the impact of mitral regurgitation on outcomes after transcatheter aortic valve implantation. *The American journal of cardiology*, 2015. 115(7): p. 942-949.
10. Bedogni, F., et al., Interplay between mitral regurgitation and transcatheter aortic valve replacement with the CoreValve Revalving System: a multicenter registry. *Circulation*, 2013. 128(19): p. 2145-2153.





DI GIANNI CASELLA, MIRZA BECIROVIC, MARIA GIULIA BOLOGNESI, ROBERTO CARLETTI,
DIEGO DELLA RIVA, ELISA GUERRI, MONICA MINARELLI, PAOLA TESTA,
GIOVANNI TORTORELLA, GABRIELE GUARDIGLI

Una giornata a Bologna durante la quale le Cardiologie dell'Emilia Romagna hanno messo al centro lo sport e l'esercizio fisico

“Nel Cuore dello Sportivo”

Esercizio fisico e sport sono elementi cardine per la prevenzione cardiovascolare nella popolazione generale e nei cardiopatici, ma i problemi correlati devono essere ben conosciuti e gestiti

L'attività sportiva è diventata un elemento cardine della prevenzione cardiovascolare nella popolazione generale e tra i soggetti con nota cardiopatia, dove abbiamo molteplici evidenze

L'attività fisica e sportiva è un elemento cardine della prevenzione cardiovascolare della popolazione generale e dei cardiopatici perché riduce il rischio di eventi successivi, ma allo stesso può aumentare il rischio di morte improvvisa
Per tale ragione un obiettivo sanitario è implementare quest'attività in modo controllato

che una regolare attività fisica e sportiva controllata possono ridurre il rischio degli eventi successivi. Per tale ragione è un obiettivo sanitario

implementare il movimento e lo sport in genere nella popolazione. Accanto a questo sappiamo che l'attività fisica, soprattutto se eseguita senza supervisione e controllo medico, può aumentare il rischio di eventi aritmici e di morte improvvisa. Questo punto diventa particolarmente importante tra gli atleti, dove non è poi così raro che accadano eventi anche gravi. A Bologna molti ricordano ancora una fredda domenica di Dicembre 1989 quando il cuore di Manfredonia si fermò durante la partita Bologna-Roma. Fortunatamente il cuore ripartì e questo spinse il Prof. Bracchetti e molti di noi, allora giovani Cardiologi, ad interessarci di Cardiologia Sportiva e di screening cardiologico negli atleti. Sono stati gli anni dei campioni del Bologna Calcio o di quelli delle Vu Nere della Virtus Basket, di molte angosce per qualche idoneità sportiva non concessa, ma anche di soddisfazione quando una miglior stratificazione, magari un'ablazione, ha comunque consentito all'atleta di proseguire la sua attività. Abbiamo imparato che un'idonea valutazione cardiologica può efficacemente ridurre il rischio cardiologico correlato allo sport

anche di alto livello, ma che queste valutazioni sono tutt'altro che semplici. Abbiamo dovuto attendere l'esperienza degli anni e il contributo di diversi ultra-specialisti per capire che la Cardiologia dello Sport è una branca a sé stante, molto interessante della Cardiologia. Oggi Linee Guida Italiane come il COCIS e quelle Internazionali aiutano la valutazione cardiologica e guidano il giudizio del clinico, ma soprattutto nel campo dello sport agonistico diversi sono ancora i punti oggetto di discussione e di continuo dibattito. Proprio di attività sportiva nel paziente cardiopatico, di idoneità cardiologica all'attività sportiva nell'atleta e di rischio di morte improvvisa durante sport si è parlato mercoledì 14 giugno presso il Convento di San Domenico a Bologna, durante il convegno “Nel Cuore dello Sportivo”, organizzato dalla Cardiologia dell'Ospedale Maggiore con la collaborazione del Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Emilia Romagna. L'evento ha visto una partecipazione molto ampia e il coinvolgimento della Federazione Medico Sportiva Italiana (FMSI) e della SicSport a dimostrazione di una stretta collaborazione tra

medici sportivi e cardiologi, tra strutture cardiologiche di alto livello e territorio. Durante la prima sessione, la quale aveva lo scopo di affrontare in chiave moderna – attività sportiva 2.0 – i temi più attuali quali l'epidemiologia della morte improvvisa nello sport, il Prof. Sassone di Cento ci ha confermato che è un evento raro, più frequente nei maschi e correlato all'età. La Dott.ssa Aschieri di Piacenza ha riportato l'esperienza della sua città, dove la presenza e l'uso capillare dei defibrillatori ha portato ottimi risultati. A seguire il Dott. Urbinati ha presentato le evidenze della



prescrizione dell'attività sportiva nel cardiopatico, nello scompenso e l'utilità del test cardiopolmonare da sforzo per guidarne le indicazioni. Il Dott. Di Miceli, medico sportivo, ha descritto il tema del ritorno allo sport dopo Covid, particolarmente

Una regolare attività fisica riduce il rischio di eventi cardiovascolari

delicato quando l'atleta è stato colpito da miocardite. Il Dott. Delise di Conegliano ha poi ricordato durante una lettura magistrale che l'ECG 12 derivazioni per semplicità, disponibilità e bassi costi è ancora la miglior guida per lo screening dello sportivo, ma richiede una profonda conoscenza clinica.

La seconda sessione ha affrontato il tema delle cardiomiopatie – le patologie killer dello sportivo – e della diagnosi differenziale con il cuore d'atleta. Il Dott. Guiducci di Reggio Emilia ha ricordato che le anomalie coronariche possono essere una non rara causa di morte improvvisa e la TAC coronarica può facilitarne la diagnosi quando le sospettiamo. Il Prof. Zorzi di Padova ha descritto le cicatrici non ischemiche del ventricolo sinistro, la loro relazione con le aritmie maligne e le indicazioni allo screening, mentre il Prof. D'Ascenzi di Siena ha approfondito le conseguenze cliniche e prognostiche delle miocarditi negli atleti. La Dott.ssa Castelletti di Milano e la Dott.ssa Biagini di Bologna hanno invece affrontato il tema delle cardiomiopatie, la prima nelle espressioni puramente

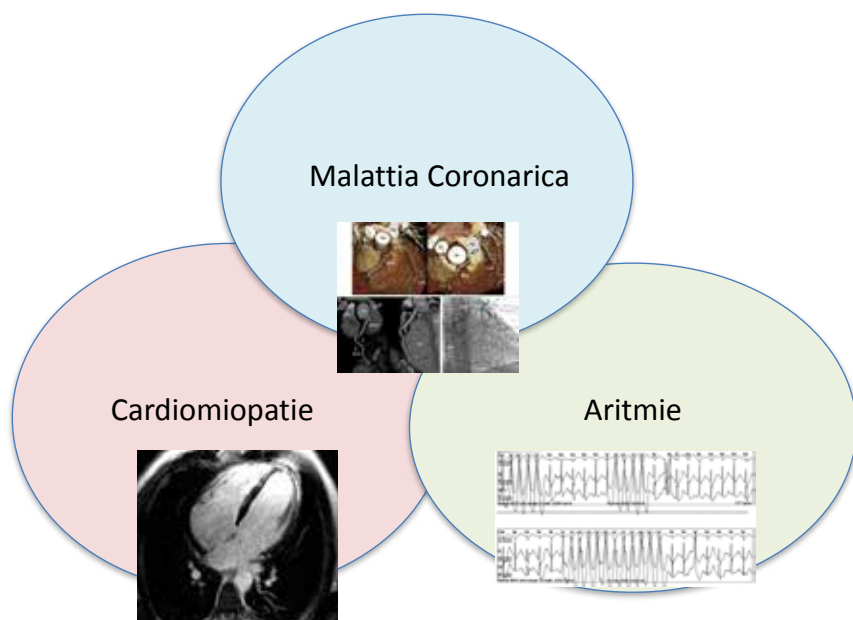
aritmiche, la seconda nella sua forma ipertrofica, spesso causa di difficili diagnosi differenziali con il cuore d'atleta. Non poteva non chiudere la sessione, una seconda lettura magistrale del Prof. Corrado di Padova sulla nuova definizione di cardiomiopatia aritmogena e sul ruolo che la RM cardiaca e la genetica possono avere nella definizione diagnostica e prognostica. Successivamente è stato affrontato il tema delle aritmie nello sportivo, enfatizzando la necessità di una accurata valutazione nei giovani atleti con WPW, soprattutto se sintomatici o con PRE ≤ 250 msec dove il rischio di morte improvvisa e presente e l'ablazione può essere raccomandata e il peso

Negli atleti le patologie responsabili di eventi possono essere di difficile diagnosi e richiedono uno Sport Heart Team per gestirle al meglio

prognostico dei BEV negli atleti. Anche la sindrome di Brugada ha un peso rilevante tra gli atleti dove le forme legate al tipo 1 richiedono un'attenta stratificazione di rischio, anche con lo studio elettrofisiologico, e in alcuni casi sintomatici richiedono l'impianto dell'AICD (e l'interruzione dello sport agonistico). Non dimentichiamo poi che un numero sempre più ampio di sportivi può avere una fibrillazione atriale, soprattutto se



Cause di eventi negli Atleti

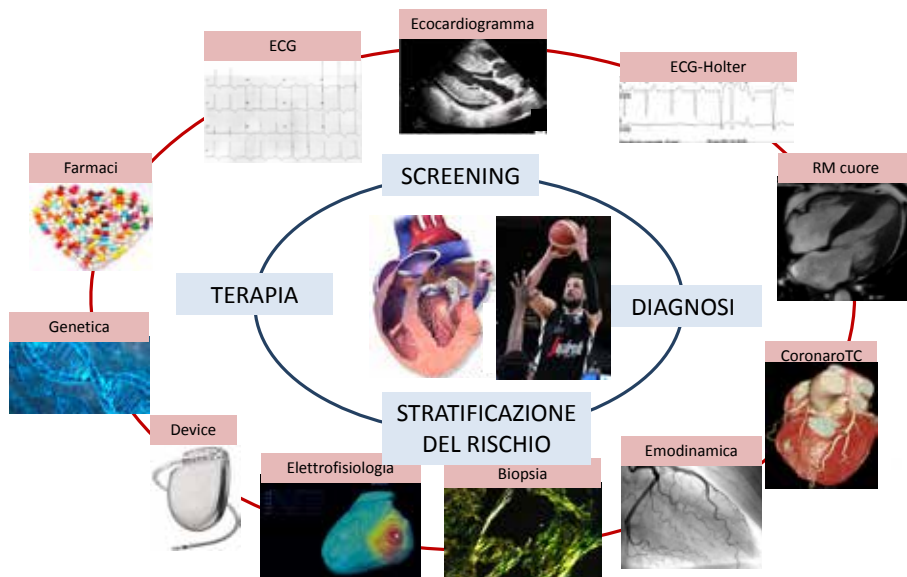


e eseguono sport di lunga durata, o possono essere portatori di un defibrillatore. In questo caso numerosi studi documentano la sicurezza dell'attività sportiva nei

Coronaropatia, aritmie e cardiomiopatie sono le più frequenti cause di morte improvvisa nell'atleta

Sport Heart Team:
 Medico dello sport
 Cardiologo clinico
 Ecocardiografista
 Elettrofisiologo
 Radiologo (RMN, TC)
 Emodinamista
 Genetista
 Cardiochirurgo....

portatori di defibrillatori, pur segnalando come questa incrementi in modo sostanziale il numero degli shock inappropriati. Tanti altri temi sono stati trattati durante il congresso in particolare gli aspetti pediatrici, l'utilità del monitoraggio delle aritmie con i device, la genetica e l'effetto dei farmaci sull'attività sportiva. Sicuramente un punto molto controverso è stato il confronto tra le Linee Guida Italiane per l'idoneità sportiva, basate su valutazione obiettiva, ECG e test da sforzo, e quelle applicate, in modo assai meno restrittivo nel resto del mondo. Il Dott. Sarto di Treviso ci ha dimostrato quanto il modello italiano sia stato in grado di ridurre il rischio di morte improvvisa. In conclusione ciò che il congresso ha fatto emergere è sempre di più la necessità di uno Sport Heart Team dove diverse figure specialistiche entrano in gioco per cercare di approfondire la diagnosi e stratificare meglio il rischio dell'atleta in cui lo screening ha riscontrato qualche problema.♥





Una breve guida indirizzata al Paziente ed al Medico di Medicina Generale per ottimizzare la gestione post SCA

Vademecum per la Gestione post-dimissione del Paziente con Sindrome Coronarica Acuta

Progetto finalizzato a migliorare la gestione e l'outcome dei nostri Pazienti dimessi dopo SCA, con l'aggiunta alla lettera di dimissione di una breve guida pratica che riassume le principali raccomandazioni ed indicazioni da seguire

Negli anni, la continua evoluzione delle cure ha portato ad una drastica riduzione della mortalità intraospedaliera per Sindrome Coronarica Acuta (SCA). Tuttavia, la gestione ospedaliera rappresenta solo la prima fase del trattamento della cardiopatia ischemica, e la **dimissione ospedaliera continua ad essere percepita da Pazienti, familiari e medici come un momento di discontinuità nel percorso di cura.** Le modalità di gestione post-ricovero dopo una SCA sono piuttosto disomogenee, anche all'interno della stessa Regione, per vari fattori logistici e organizzativi. Molto variabile è anche l'informazione fornita al Paziente e ai familiari al momento della dimissione.

Ad aumentare la complessità ci

sono la continua evoluzione della terapia medica e delle Linee Guida, con nuovi farmaci, indicazioni, controindicazioni, effetti collaterali, e nuovi aspetti burocratici (es: piani terapeutici).

Le modalità di gestione post-ricovero dopo una SCA sono piuttosto disomogenee, anche all'interno della stessa Regione, per vari fattori logistici e organizzativi

Per questi motivi ANMCO Liguria ha elaborato un documento (**Vademecum per la Gestione post-dimissione del Paziente con Sindrome Coronarica Acuta**), da

aggiungere alla Lettera di Dimissione Ospedaliera (in cartaceo oppure come pagina web consultabile da smartphone grazie a un QR-code presente nella Lettera), che riassume le principali indicazioni per la prevenzione cardiovascolare secondaria, i farmaci utilizzati, i target terapeutici, e il timing dei controlli cardiologici, laboratoristici e strumentali.

Il documento è stato elaborato dal CDR Liguria sulla base di Linee Guida nazionali ed internazionali, ed è poi stato condiviso con le altre principali Società Scientifiche cardiologiche in Liguria (SIC, GISE, IACPR) che hanno aderito al progetto. E' formato da 3 capitoli: gestione farmacologica, controllo dei fattori di rischio cardiovascolari, follow-up e timing dei controlli. **Gestione farmacologica.** Vengono



approfondite le principali tematiche, tra cui la gestione della terapia antitrombotica (come ad esempio la durata della doppia terapia antiaggregante e le interazioni con terapie anticoagulanti), della terapia anti-ischemica, della terapia ipolipemizzante (nuovi farmaci, nuovi target terapeutici e modalità di raggiungimento di essi), e delle nuove terapie ipoglicemizzanti orali. Per le terapie ipolipemizzanti, si sottolinea che i Pazienti colpiti da SCA rientrano nella categoria di “rischio cardiovascolare molto elevato”, (con target c-LDL < 55 mg/dl o addirittura c-LDL < 40 mg/dl), vengono presentati i vari farmaci attualmente disponibili, con strategie per un raggiungere i target terapeutici nel tempo più breve possibile.

Ampio spazio viene dedicato al Diabete mellito e alle recenti innovazioni farmacologiche (agonisti recettoriali del glucagon-like peptide 1 e degli inibitori del co-transportatore sodio-glucosio di tipo 2) con aggiornamenti su indicazioni e prescrivibilità.

Fattori di rischio. Si forniscono informazioni su alimentazione corretta, astensione dal fumo (compresi link ai centri anti-fumo in Liguria), attività fisica. Viene raccomandata la precoce partecipazione ad un programma di riabilitazione cardiovascolare, se possibile con l'aiuto di un Centro di Riabilitazione Cardiologica, altrimenti in autonomia, e in questo caso vengono fornite le indicazioni base sulle modalità di ripresa dell'attività fisica.

Controlli e follow-up. La nostra raccomandazione è di eseguire il primo controllo cardiologico entro 1-3 mesi dalla dimissione in tutti i Pazienti post SCA, per valutare l'aderenza alla terapia, eventuali complicanze, il raggiungimento dei target terapeutici raccomandati, e per ottimizzare la terapia

Le principali indicazioni terapeutiche, classi di farmaci, prescrivibilità, target terapeutici, prevenzione secondaria, e timing dei controlli cardiologici, laboratoristici e strumentali

stessa. La tempistica dei controlli successivi dipende da multipli fattori clinici (quali comorbidità, rischio trombotico residuo, rischio emorragico, disfunzione ventricolare sinistra, complicanze come aritmie, trombosi intraventricolare, pericardite). Vengono pertanto individuati due gruppi: Pazienti a basso rischio, con indicazione a controlli generalmente annuali, e Pazienti ad elevato profilo di rischio, che potrebbero richiedere anche controlli trimestrali. Vengono suggeriti in maniera semplice e schematica tempi e modi degli esami di laboratorio, delle visite cardiologiche, dell'ecocardiogramma e di eventuali ulteriori esami diagnostici specifici. Viene suggerito un uso “consapevole” dei test di laboratorio e degli esami cardiologici, con l'intenzione di

INDICE

1. **Gestione farmacologica:**
 - Terapia antitrombotica
 - Terapia ipolipemizzante e target lipidico
 - Terapia anti-ischemica
 - Diabete Mellito e terapia ipoglicemizzante orale
2. **Controllo fattori di rischio CV**
 - Ipertensione arteriosa
 - Fumo
 - Alimentazione
 - Esercizio fisico e ripresa attività fisica dopo evento acuto
3. **Follow-up e timing dei controlli**
 - Visite cardiologiche
 - Esami di laboratorio
 - Ecocardiogramma
 - Esami strumentali

Figura 1 - Indice del Vademecum

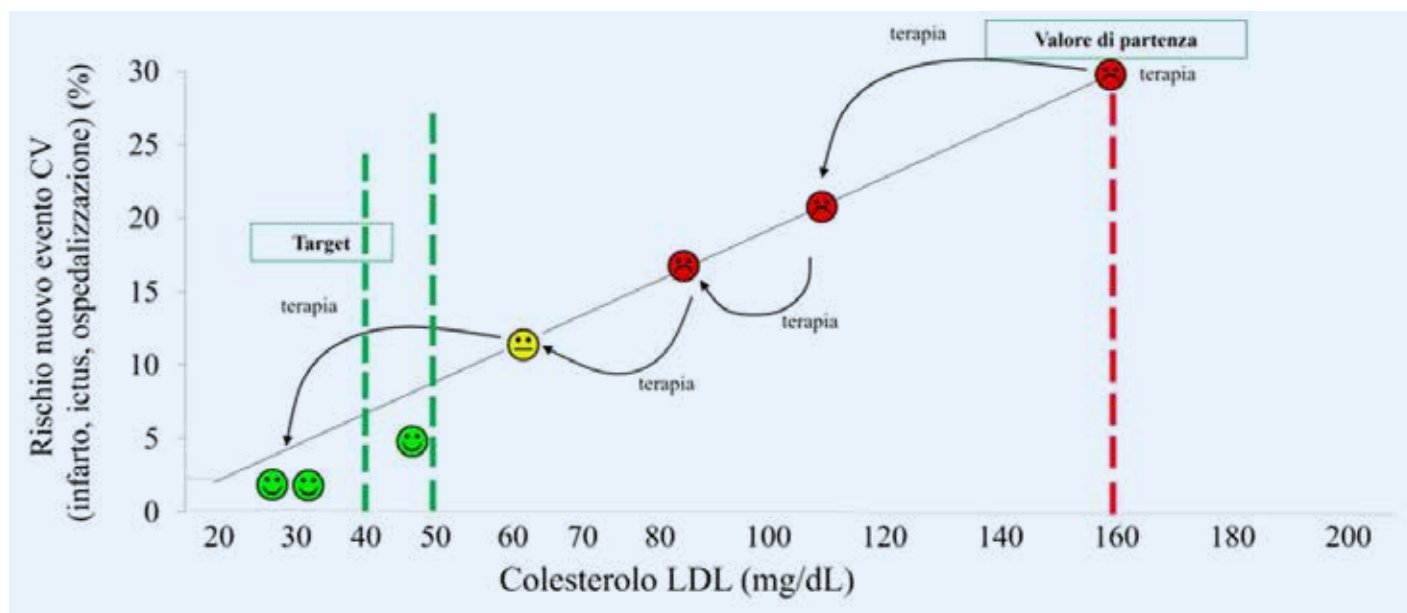


Figura 2 - Trattamento del colesterolo LDL e rischio di nuovo evento cardiovascolare

garantire la disponibilità delle risorse ai Pazienti con reale necessità, e di evitare inappropriati “downstream testing”. Si sottolinea l’inutilità della ripetizione annuale di test di ischemia in assenza di sintomi, e in generale, si sottolinea come le

prescrizioni dei test provocativi di ischemia, della TC coronarica e della coronarografia siano da riservare allo specialista Cardiologo.

Rapporto con il MMG.

Il Vademecum integra e sottolinea l’importanza della Lettera di

Dimissione quale fondamentale strumento di collaborazione tra Cardiologo Ospedaliero e Medico di Medicina Generale (MMG), che resta la figura professionale di riferimento per il Paziente.

In conclusione, con il Vademecum


	1-3 mesi	6 mesi	9 mesi	12 mesi	Oltre 12 mesi
Visita Cardiologica + ECG	x	(x)	(x)	x	X**
Esami ematochimici	X	(x)	(X)	x	X**

Calendario controlli in Pazienti ad elevato rischio di complicanze
 () - valutare in base al decorso clinico e rischio di complicanze
 X** - frequenza dei controlli in base al decorso clinico, sintomatologie, complicanze.

Figura 4 - Calendario controlli in Pazienti a alto rischio



ANMCO Liguria propone una breve guida, che riassume le principali raccomandazioni per la gestione della terapia medica, dei fattori di rischio e dei controlli dopo un ricovero per SCA, nell'ottica di ottimizzare e unificare i percorsi di questi Pazienti



	1-3	6 mesi	12 mesi	Oltre 12 mesi
Visita Cardiologica + ECG	X			X (ogni 12 mesi)
Esami ematochimici	X	(X)	X	

Calendario controlli in Pazienti a basso rischio di complicanze
 () in pazienti non a target nel primo controllo post dimissione , pazienti con rischio di scarsa compliance terapeutica, pazienti con rischio di anemizzazione, altre complicanze cliniche.

Figura 3 - Calendario controlli in Pazienti a basso rischio

per la Gestione post-dimissione del Paziente con SCA, ANMCO Liguria intende contribuire a costruire una reale alleanza tra Ospedale e Territorio. I nostri Pazienti tornano alla

vita normale dopo la “parentesi” spesso traumatica e complessa del ricovero in Unità Coronarica: il nostro impegno, oltre a fornire un’assistenza ospedaliera attenta, con trattamenti farmacologici e

interventistici supportati dalle Evidenze, deve anche essere quello di fornire indicazioni chiare e precise sulla gestione post-ricovero, e di agevolare *in ogni modo* la continuità delle cure.♥

Una breve guida pratica per la gestione post-dimissione della terapia medica, dei fattori di rischio, di scelta e tempistica dei controlli clinici, laboratoristici e strumentali



Con il nuovo Direttivo prosegue l'attività culturale e formativa di ANMCO Lombardia

ANMCO Lombardia: un anno ricco di attività formative

Dopo il passaggio del testimone tra il Past - President Dott. Giuseppe Di Tano e il nuovo Presidente Dott. Felice Achilli, in occasione del Congresso Regionale del 15 aprile 2023, l'attività culturale di ANMCO Lombardia non si ferma! Il programma per il prossimo triennio, infatti, si preannuncia ricco di novità mantenendo tuttavia la direzione di collaborazione e di inclusività capillare, avviata negli anni precedenti, dal Consiglio a guida Di Tano. Il nuovo Consiglio Direttivo Regionale costituito da Grazia Castelli, Caterina De Carlini, Niccolò Grieco, Anna Frisinghelli, Anita Iorio, Filippo Russo, Annalisa Turco e Chiara Vecchio, hanno già pianificato l'attività per il 2023 - 2025, a partire dal prossimo autunno. Il primo appuntamento è per il **20 ottobre**: un evento monotematico dedicato all'**Endocardite Infettiva**, intitolato: "**Dalle nuove Linee Guida alla pratica clinica. Un vademecum per i Cardiologi**". L'Endocardite Infettiva, infatti, è una condizione clinica spesso severa, in significativo aumento, a volte difficile da diagnosticare e da trattare, con importanti conseguenze per i pazienti in termini di ospedalizzazioni prolungate,

alta incidenza di complicanze ed elevata mortalità. Questa giornata, pensata a partire da casi clinici "challenging", e con un approccio multidisciplinare (vedrà coinvolti

Il Programma di ANMCO Lombardia: Incontri monotematici su: Endocardite Infettiva, Cardiomiopatie e Scompenso, Sindromi coronariche acute Ricerca clinica: ipotesi di Survey su Post infarto in epoca post-COVID

infatti cardiocirurghi, infettivologi e neurologi) sarà l'occasione per una revisione critica delle più recenti linee guida ESC, attese da diversi anni (le precedenti sono datate 2015), sottolineandone conferme e novità. Il secondo appuntamento in programma, probabilmente tra **novembre e dicembre 2023**, sarà sempre volto alla discussione e alla divulgazione delle importanti novità introdotte dalle nuove Linee Guida

ESC, in uscita ad agosto, riguardanti la **classificazione e la gestione delle Cardiomiopatie ed un "focus" sulle novità terapeutiche per i pazienti affetti da "heart failure"**. Nei primi mesi del 2024, abbiamo programmato **4 eventi "itineranti"** incentrati sul trattamento delle **Sindromi Coronariche Acute**, di nuovo concentrando l'attenzione sulle importanti novità introdotte dalla Società Europea di Cardiologia sul tema, in particolare sullo STEMI e sull'NSTEMI. Sulla scia di quanto già sperimentato nel 2019 e nel 2021 con eventi monotematici sulla la cardiopatia ipertrofica e sullo scompenso cardiaco, questi eventi saranno disegnati e proposti in un unico "format" in diverse strutture ospedaliere, in ognuna delle aree geografiche della regione Lombardia; tra queste l'area Pedemontana, la Grande Area Metropolitana, l'area delle Province di Bergamo e Brescia e l'area Padana. Gli incontri avranno un taglio il più possibile legato alla pratica clinica, e verranno sviscerate e discusse le novità diagnostico-terapeutiche riguardanti la gestione delle SCA. Le nuove Linee Guida, in pubblicazione ad Agosto, dovranno rispondere a diversi quesiti quali: la terapia antitrombotica in upstream



o down stream, le novità in tema di terapia ipolipemizzante, il timing e la strategia di rivascularizzazione soprattutto nei pazienti multivaso e ad alto rischio, le novità in tema di device e le problematiche legate al sistema della rete spoke-hub. Lo scopo di queste giornate è quello di coinvolgere un grande numero di Colleghi lombardi creando momenti di lavoro comune che permettano di aprire la discussione e il confronto con figure esperte nella materia. Sempre nella prima metà nel **2024**, infine, si svolgerà il consueto **Convegno Regionale** che quest'anno vuole essere un punto di unione e di confronto tra cardiologi di diverse aree specialistiche, integrando delle sessioni intersocietarie, in cui verranno affrontati collegialmente e da vari punti di vista, i temi caldi nel panorama cardiologico attuale. Il progetto ha lo scopo di far convergere le diverse iperspecializzazioni della cardiologia, alla verifica della pratica clinica, superando il rischio dell'autoreferenzialità che spesso accompagna il lavoro quotidiano, discutendo ed esplorando diverse tematiche, così da ampliare la prospettiva e migliorare la cura dei nostri pazienti. Ultimo punto discusso nelle prime riunioni del direttivo riguarda **l'attività di ricerca clinica**. Il dato su cui ci siamo soffermati è stato quello della mortalità a 1 anno dall'infarto miocardico acuto, riportata in epoca pre-COVID tra il 6-14%. Non esistono dati di real word aggiornati, dopo la profonda ristrutturazione in atto delle Cardiologie Lombarde in epoca post-COVID. E la domanda a cui vorremmo dare risposta è se

esiste una fase "vulnerabile" nei Pazienti ischemici e quali strumenti possiamo proporre per arginare questo fenomeno. La proposta è quella di raccogliere dati della situazione attuale delle cardiologie della regione Lombardia per valutare eventuali percorsi e proposte future. In Lombardia c'è fermento e grande

voglia di fare, il direttivo ha a cuore la diffusione culturale delle novità cardiologiche con uno spirito di collaborazione e confronto multi specialistico, con una particolare attenzione ai giovani che si affacciano al mondo della cardiologia ospedaliera.♥



Foto di Kiana Centino | www.pexels.com

DI GIUSEPPINA MAURA FRANCESE, MAURIZIO GIUSEPPE ABRIGNANI, CARMELO BATTAGLIA, CALOGERO FALLETTA, SONIA LO IACONO, ANNAMARIA LO VOI, ROCCO PAOLO MILLUZZO, VITO PIPITONE, DANILO PUCCIO

L'ANMCO SICILIA nel biennio 2023-2025

Innovazione nel segno della tradizione



«**C**onosci tu il paese dove fioriscono i limoni?». Con questa famosa frase Johann Wolfgang von Goethe, più di 200 anni fa, rese omaggio all'Italia e in particolare alla Sicilia. Il soggiorno nella nostra isola, terra del sole e dell'equilibrio delle forme, divenne un momento fondamentale nel suo viaggio, scatenando un amore per la Sicilia, che definì "chiave di tutto", e le sue realtà variegata. Ma se la Sicilia è in grado di suscitare l'amore di un letterato proveniente da un mondo così diverso culturalmente, come possiamo noi siciliani non amare

la nostra isola? E un modo diverso e concreto di amare il proprio territorio consiste nell'impegnarsi a fondo, in ogni campo, per migliorarlo e renderlo più moderno, non dimenticando però la tradizione che abbiamo alle spalle. Con queste motivazioni, con passione ed impegno, ci siamo proposti alla guida della nostra sezione regionale ANMCO. Il nuovo Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Sicilia, eletto durante il Congresso Regionale del 23-25 Marzo 2023, integralmente rinnovato in tutti i suoi componenti, a stragrande

componente giovanile, si mette al servizio di tutti i Soci regionali con entusiasmo e senso di responsabilità. Veniamo da anni difficili. Nei cinque anni passati il precedente Consiglio Direttivo Regionale, sotto la presidenza di Giovanna Geraci, ha dovuto affrontare una emergenza sanitaria prima inimmaginabile, quella legata alla pandemia da COVID-19, che, oltre alle note tragiche ripercussioni a livello sanitario, sociale ed economico, ha reso necessario immaginarsi un nuovo modo di fare associazione. Va dato atto a Giovanna e a tutti



i componenti del direttivo che ci ha preceduto di aver tenuto dritta la barra del timone della nostra sezione regionale, proiettandola in acque sicure nell'epoca post-COVID all'insegna del rinnovamento e dell'avanzamento tecnologico. Preso atto del grave momento che tutti i Cardiologi ospedalieri stanno affrontando, all'atto della scrittura di questo articolo, sono state già effettuate, a tempo di record, tre riunioni del consiglio (Enna Alta, 31 maggio 2023; Acicastello, 17 giugno 2023; Caltanissetta, 5 luglio 2023). Il Direttivo nel suo primo incontro ha stabilito i punti fondamentali del programma di azione da porre in essere nel biennio a venire, focalizzandosi sull'integrazione tra sedi ospedaliere e sulla collaborazione tra centri di riferimento e centri periferici. Il Presidente Regionale ha individuato in particolare i punti a seguire.

1. Sviluppare iniziative formative e di scambio di esperienze innovative, cominciando dall'organizzazione di nuovi webinar; un'idea innovativa è quella di condividerli con altre Regioni. I webinar confronteranno le indicazioni delle linee guida con quanto avviene nelle singole regioni nel mondo reale, cominciando dall'update sullo scompenso cardiaco; a seguire si affronterà il tema della rete del NSTEMI e quello delle malattie cardiovascolari e diabete.

2. Coinvolgere i giovani, organizzando dei format originali, incluso la giornata per la presentazione dei casi clinici.

3. Creare dei gruppi di lavoro/task force che affrontino diversi temi coinvolgendo attivamente tutti i Soci



regionali. L'idea del Direttivo, su questo punto, è quella di amplificare la diffusione delle conoscenze e competenze, tramite la costituzione di gruppi di lavoro specifici atti a promulgare l'interazione e facilitare la collaborazione in maniera più capillare possibile. Chiederemo a breve a tutti i Soci della regione Sicilia il loro interesse e la loro disponibilità a partecipare attivamente ai gruppi di lavoro che vorremmo costituire e che ricalcano sostanzialmente le Aree e i Gruppi di Studio nazionali. Nessuno dovrà anche solo immaginare di non sentirsi coinvolto nelle iniziative regionali.

4. Sviluppare una Survey che tratti il tema della gestione del paziente post dimissione dopo SCA, includendo una prima parte rivolta a tutti i Soci per valutare competenze e attitudini sul tema del follow up e una seconda per valutare le disponibilità esistenti sul territorio.

5. Coinvolgere le strutture cardiologiche del territorio, soprattutto quelle periferiche, sia nell'attività scientifica che nei progetti di formazione.

6. Rafforzare i rapporti con Fondazione per il Tuo cuore e Banca del Cuore; sono già in

programma alcune tappe del Truck Tour, innovativa iniziativa del Prof. Michele Gulizia, e siamo certi che la Sicilia parteciperà attivamente e massivamente alle prossime Cardiologie Aperte.

Il Direttivo si farà carico di portare all'attenzione degli organi regolatori regionali le criticità che emergeranno nel corso di tali attività, specie quelle di tipo organizzativo nonché prescrittivo, e di farsi parte attiva nelle battaglie relative al miglioramento dell'assistenza dei pazienti ed all'attività cardiologica ospedaliera in generale. L'organizzazione delle attività avrà come collante la rinascita della branca regionale del sito web e la creazione di una newsletter che tenga aggiornati tutti i Soci sulle attività in corso; le attività non si limiteranno alla sola comunicazione, ma si avvarranno di strumenti innovativi che porteranno novità e freschezza alla componente divulgativa. In questo sarà di estremo aiuto l'esperienza del Presidente, primo Cardiologo digitale certificato ANMCO. Stiamo infine riflettendo sui temi da affrontare nel prossimo congresso regionale, partendo da quelli sviluppati all'ultimo Congresso Nazionale a Rimini.

Un saluto a tutti dalla Sicilia!♥



L'importanza di essere un gruppo che condivide obiettivi di inclusione e di valorizzazione del lavoro di tutti

ANMCO Regionale Toscana 2023-2025: dieci persone al servizio della Cardiologia

ANMCO Toscana 2023-2025: progettualità

Marisa, complimenti per la nomina a Presidente del Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Toscana, un riconoscimento al tuo impegno associativo e alla tua professionalità.

La fiducia e la stima ricevute dall'intero Consiglio Direttivo Regionale 2021-2023, dal Presidente Giancarlo Casolo e dai Soci che hanno sostenuto la mia candidatura mi ha profondamente onorato. Lo spirito di servizio a tutela dell'Associazione, mediante un reale lavoro di gruppo, è stato l'obiettivo trainante del Consiglio Direttivo Regionale uscente ed è per me impegno stringente proseguire in tale direzione.

Penso farai tesoro dell'esperienza maturata nel precedente Direttivo: alcune iniziative, mi pare, meritino continuità per valore formativo e gradimento. Parlo di Clinical Pathways e Journal Club, cosa ci dici in proposito?

I *Journal Club*, disponibili sul sito ANMCO (<https://anmco.it/pages/contenuti-scientifici/journal-club>),

sono stati occasione di crescita culturale. Avviati dai precedenti CDR, è nostra intenzione mantenere tale iniziativa, ed anzi ampliarla con periodiche messe a punto di letteratura su argomenti "di frontiera" o di "controversia", che affideremo ai referenti delle Scuole

Il Presidente ANMCO Toscana Marisa Carluccio presenta il Consiglio Direttivo e le attività in programma per il biennio 2023-2025

di Specializzazione. Manteniamo inoltre grande interesse per i *Clinical Pathways* poiché consideriamo utile un confronto - su problematiche cliniche non frequenti - ai fini di fornire una cornice organizzativo-assistenziale che permetta una gestione integrata "in rete" sul

territorio. Stiamo lavorando alla definizione degli ambiti di applicazione.

Nella tradizione di ANMCO, che guarda al futuro in ambito clinico e alle nuove tecnologie (non a caso si parla di Next Generation) si osserva la tendenza ad introdurre spunti innovativi da parte dei nuovi organismi insediati: quali idee intendi sviluppare?

In continuità con il precedente CDR, vogliamo che i giovani Cardiologi di ANMCO Toscana lavorino nell'Associazione da protagonisti. Le faculty nei congressi e corsi regionali di ANMCO Toscana sono sempre giovani. Vogliamo che la Next Generation di Cardiologi toscani si impegni "ora", aiutandoci attivamente a preparare lo spazio del "loro" futuro. La risposta dei colleghi giovani è stata sempre molto propositiva, anche grazie al grande impulso dato dal Consiglio Direttivo nazionale e dalla presidenza del Prof. Colivicchi. Nello specifico, i miei primi progetti sono stati di coinvolgere nell'Associazione



alcuni giovani colleghi che daranno certamente un valido contributo all'area della e-health, ed anzi, uno di questi - già impegnato a livello europeo - realizzerà nel prossimo congresso regionale un dialogo sulla Intelligenza Artificiale (AI) con il prof Gensini, pilastro nazionale in ambito di Cardiologia digitale. Inoltre, ho proposto ai giovani colleghi in formazione, di produrre una riflessione su ambiti della AI in Cardiologia che siano giunti ad un livello di maturità adeguato per applicazioni nel presente. Anche

Credo sia dovere dell'Associazione farsi portavoce delle criticità assistenziali per il ruolo che essa ha nella tutela della sanità pubblica

la "Cardiologia di genere" verrà approfondita durante il mandato, con iniziative che stiamo delineando. ***Hai stabilito quali saranno i ruoli dei diversi componenti all'interno del Direttivo?***

Il Consiglio Direttivo lavorerà in modo organico e di concerto su tutti i filoni individuati. Ho comunque voluto assegnare alcuni campi di responsabilità specifica: alla Dott.ssa Magnaghi è affidato il ruolo di Segretaria, alla Dott.ssa Talini quello di Tesoriere, il Dott. Misuraca sarà il responsabile della Comunicazione, il consigliere Jacopo Del Meglio sarà il referente nell'attività del Journal Club mentre le Dott.sse Biagini e Cesareo cureranno i rapporti con le UCIC Toscane - nell'ambito dell'iniziativa "le UCIC si presentano"





Marisa CARLUCCIO
Presidente Regionale ANMCO Toscana
Azienda Ospedaliero-Universitaria
PISANA



Giancarlo CASOLO
Past-President Regionale
ANMCO Toscana
LIDO DI CAMAIORE



Jacopo DEL MEGLIO
Lido di Camaiore. Interessi: imaging multimodale, HF, management in cardiologia



Gaia MAGNAGHI



Debora BIAGINI
Prato. Interessi: terapia intensiva, imaging, scompenso cardiaco

Pescia. Interessi: imaging ecocardiografico, terapia intensiva, amiloidosi



Enrica TALINI



Gaia SPAZIANI
Firenze Meyer. Interessi: cardiopatie congenite dell'adulto, RM, ipertensione polmonare

Livorno. Interessi: aritmologia interventistica, modelli di telemedicina e monitoraggio remoto



Leonardo MISURACA

Grosseto. Interessi: cardiologia interventistica coronarica e periferica, embolia polmonare



Margherita PADELETTI
Firenze. Interessi: aritmologia clinica, HF, intelligenza artificiale



Francesca CESAREO

Siena. Interessi: imaging ecocardiografico, cardiologia strutturale, terapia intensiva

- al fine di delinearne specificità, potenzialità e criticità. Le Dott.sse Spaziani e Padeletti cureranno le relazioni con le associazioni scientifiche SICP e AIAC.

Avete deciso sede, data e temi del prossimo congresso regionale?

Il prossimo congresso regionale sarà ospitato dallo Starhotels Michelangelo a Firenze, venerdì 29 e sabato 30 settembre p.v. Voglio ringraziare la Presidenza e il Consiglio uscenti per aver condiviso l'organizzazione del Congresso Regionale. Abbiamo cercato di includere la maggior quota possibile

delle strutture cardiologiche toscane. Ringrazio i Colleghi che hanno accettato l'invito a partecipare: è la dimostrazione del loro senso di

In continuità con il precedente Consiglio Direttivo Regionale, vogliamo che i giovani Cardiologi di ANMCO Toscana lavorino nell'Associazione da protagonisti

appartenenza all'Associazione e dello spirito di collaborazione che li anima. I temi trattati saranno di interesse clinico trasversale: dalla prevenzione cardiovascolare alle aritmie, le controversie sul trattamento delle valvulopatie infine la cardiopatia ischemica con un occhio all'*imaging* e lo scompenso cardiaco.

Una delle caratteristiche dei congressi ANMCO Toscana è quella di privilegiare la presenza di giovani Cardiologi come speaker; manterrete questa scelta?

I giovani inclusi nella *faculty* saranno numerosi; accanto a loro saranno



presenti figure che, nella vita professionale quotidiana, svolgono un fondamentale ruolo di *mentorship*. Abbiamo voluto che il Congresso regionale riconoscesse il loro contributo. Questo non sminuisce il ruolo dei giovani colleghi che, oltre a gestire sezioni specifiche, si cimenteranno nella discussione e nel

Ogni nuovo consiglio direttivo porta la promessa di nuova energia e nuove prospettive programmatiche custodendo ed ampliando i traguardi del consiglio precedente

Il nostro obiettivo è far convergere le forze e l'impegno di ciascuno per la crescita della cultura cardiologica e della professionalità di tutti

confronto dialettico con i *mentor*. ***Negli ultimi anni è cresciuta la collaborazione tra ANMCO e altre associazioni cardiologiche. Quali sono i rapporti in Toscana e come pensi di estendere tali collaborazioni?***

Manterremo un rapporto stretto con la SICP, da cui è già nato il Clinical Pathway sulla “*Gestione in urgenza delle aritmie nel cardiopatico congenito adulto*”. Su istanza dei giovani colleghi in formazione, intendo realizzare un progetto di

formazione “itinerante”, incentrato sulle cardiopatie congenite, dal taglio clinico e operativo, diretto a “non-esperti”, con focus specifico su urgenze neonatali e discussione di casi clinici segnalati da Cardiologi dell'Adulto. Contiamo inoltre di instaurare una fattiva collaborazione con AIAC con cui abbiamo ipotizzato di realizzare un progetto sulla gestione delle urgenze aritmiche in UTIC.

Ti chiedo infine se e in che modo ANMCO possa svolgere un ruolo di supporto per i decisori pubblici, per superare le difficoltà della sanità pubblica tra carenze di personale, demotivazione degli operatori, sovraccarico assistenziale, aggravato dalle conseguenze della pandemia.

Voglio rispondere riportando uno stralcio dello statuto ANMCO: “... le Regioni rappresentano la vera forza operativa dell'Associazione... Esse consentono di promuovere azioni atte a sviluppare una politica sanitaria Regionale coerente con le linee di indirizzo indicate dagli organi direttivi...”. La gestione della sanità pubblica vive un momento complesso. La pandemia ha slatentizzato sofferenze gestionali croniche che, grazie al senso di responsabilità e allo spirito di abnegazione del personale del SSN, hanno prodotto una crisi del sistema solo DOPO la fine dell'emergenza sanitaria. Credo sia dovere dell'Associazione farsi portavoce delle criticità assistenziali per il ruolo che essa ha nella tutela della sanità pubblica. Auspichiamo che le Istituzioni prestino ascolto ad un organo di rappresentanza così rilevante come ANMCO. Noi spenderemo il nostro impegno

e le nostre energie a livello regionale per dar voce a coloro che rappresentiamo.

Grazie Marisa, non mi resta che augurarti buon lavoro e fare gli auguri a nome del Direttivo anche a Massimo Milli, membro toscano eletto nel Consiglio Direttivo Nazionale ANMCO.♥





L'esperienza di un Cardiologo intensivista

Il primo prelievo di cuore da donatore cadavere in Italia

Claudio Bilato intervista Nicola Gasparetto, responsabile dell'UTIC all'Ospedale di Treviso dove è stato recentemente eseguito il primo prelievo di cuore da donatore cadavere in Italia

Ho conosciuto Nicola fin dall'inizio del suo percorso formativo. Lui era un giovane specializzando in Cardiologia e io il responsabile della Cardiologia Degenze della Clinica Cardiologica di Padova. Fin da subito si è rivelato un medico attento, puntiglioso e colto, qualità fondamentali per dedicarsi alla Cardiologia intensiva, branca di cui Nicola si è presto innamorato e a cui dedica gran parte delle proprie energie professionali. Da

Nicola è diventato un Cardiologo intensivista di prim'ordine, di grande esperienza e di completa maturità clinica

allora di tempo ne è passato e ormai Nicola è diventato un Cardiologo intensivista di prim'ordine, di grande esperienza e di completa maturità clinica. Recentemente abbiamo avuto modo di incontrarci e mi ha raccontato la sua esperienza e il suo coinvolgimento attivo nel



Figura 1 - Briefing organizzativo preliminare al primo prelievo di cuore da donatore cadavere

primo prelievo di cuore da donatore cadavere in Italia. Ne è nata una pseudo intervista che vi proponiamo, consapevoli che tra non molto tale strategie diventeranno comuni negli Ospedali italiani.

Nicola, è echeggiata la notizia che l'11 Maggio 2023 a Treviso è avvenuto il primo prelievo di cuore da donatore cadavere in Italia. Come siete arrivati a questo?

Il percorso non è stato semplice ma pensando alla magnitudo dell'evento neppure così complesso! Il primo

DCD (Donation after Circulatory Death) a Treviso era stato portato a termine con successo il 23 Agosto 2022 su forte volontà del Direttore dell'Anestesia e Rianimazione dell'Ospedale Ca' Foncello di Treviso, il Dott. Paolo Zanatta. Il Dott. Zanatta, forte dell'esperienza maturata durante la direzione della Neuroanestesia dell'Ospedale di Verona, dopo identificazione del paziente potenzialmente eleggibile, era riuscito ad organizzare tutto il processo nell'arco di pochi giorni. Una "macchina da



Figura 2 - Una fase del primo intervento di prelievo di cuore da donatore cadavere in Italia. Alla testa del paziente a sinistra il Dott. Paolo Zanatta, a destra il Dott. Nicola Gasparetto.

guerra”: oltre 20 professionisti coinvolti che spesso devono lavorare contemporaneamente ma rispettando gli spazi e il lavoro degli altri. Io avevo il compito di eseguire l’ECG di 20 minuti che accertasse la morte cardiaca, rilevare i tempi e dichiarare la morte del paziente. In quella prima occasione il paziente aveva donato solo il fegato ma per il nostro Ospedale era stato un grande traguardo. Direi una “palestra” che ci ha insegnato, più di qualsiasi altra situazione lavorativa, come l’unione fa la forza e come il processo sia una “catena” in cui nessun anello deve spezzarsi.

Ma da questo al prelievo di cuore il passaggio non è così automatico!

Assolutamente no! Ricordo che nelle fasi preparative del primo DCD di Agosto 2022 nei corridoi dell’Ospedale il Dott. Zanatta mi sussurrò: “arriveremo al cuore, vedrai!”. E io impietrito non capivo come ciò potesse realizzarsi. Effettivamente aveva ragione: al cuore ci siamo arrivati! Il prelievo di cuore da cadavere è una pratica

già diffusa da diversi anni negli altri paesi del mondo compresi alcuni europei. In questi paesi la strada è più semplice in quanto la legislazione prevede la dichiarazione di morte cardiaca dopo solo pochi minuti (ad esempio nei paesi anglosassoni 5 minuti). Logicamente la sofferenza ischemica del cuore è minima in pochi minuti. In Italia, dove la legge prevede che la morte cardiaca deve essere dichiarata dopo l’assenza di attività elettrica per 20 minuti, il percorso è più difficoltoso e non privo di possibili intoppi. Essere certi di una ripartenza efficace del cuore dopo 20 minuti di asistolia non è scontato.

Praticamente, come è avvenuto il prelievo del cuore?

Dopo i 20 minuti di asistolia, peraltro preceduti da più di 20 minuti di attività elettrica senza polso (quindi 42 minuti di tempo totale di ischemia miocardica) il torace è stato aperto per poter, in brevissimo tempo, eseguire la cannulazione del cuore e l’avvio della circolazione extracorporea potenzialmente

in grado di far ripartire il cuore. Questo processo è stato eseguito brillantemente dall’equipe dei trapianti di cuore di Padova diretta dal Prof. Gino Gerosa in concerto con l’Equipe cardiocirurgica trevigiana diretta dal Dott. Giuseppe Minniti. Una volta che il cuore è ripartito (peraltro a ritmo sinusale spontaneo) nel torace aperto del donatore, il mio compito è stato seguire passo passo, mediante ecografia transesofagea, l’evoluzione della funzione cardiaca con percentuali variabili di supporto della circolazione extracorporea fino a sospensione della stessa. Questo processo è durato circa due ore e solo dopo aver avuto la certezza di una buona funzionalità biventricolare in assenza di supporto meccanico, il cuore è stato fermato, con la routinaria metodica della cardioplegia e prelevato per poter essere trasportato a Padova dove lo aspettava il ricevente già con il torace aperto.

Ma qual è la difficoltà maggiore in questo percorso?

Sicuramente non è tanto la parte tecnica, che affrontata da bravi professionisti non è così complessa, ma il tenere distinti due processi importantissimi quali la morte che sopraggiunge per la limitazione dei trattamenti per futilità ed il procurement; ogni medico infatti dovrebbe essere consapevole del fatto che la donazione dopo la morte dovrebbe essere offerta a tutti

Nei corridoi dell’Ospedale il Dott. Zanatta mi sussurrò: “arriveremo al cuore, vedrai!”



Figura 3 - Il Dott. Nicola Gasparetto (a destra) con il Dott. Paolo Zanatta.



Figura 4 - Il Dott. Nicola Gasparetto (al centro dietro) e il team medico e infermieristico dell'Unità di Terapia Intensiva Cardiologica dell'Ospedale di Treviso.

come parte integrante del percorso di fine vita così come molte delle nostre linee guida affermano. La donazione non ha valore solo per il grande beneficio del soggetto

ricevente ma anche per il rispetto del diritto all'autodeterminazione del donatore e per l'alto valore che riveste per i famigliari nel momento della perdita del loro caro. Nel

Il Dott. Gasparetto, responsabile della UTIC trevigiana, racconta la sua esperienza diretta e partecipata nel primo prelievo di cuore da donatore cadavere in Italia, metodica che, pare, potrà aumentare del 30% i potenziali cuori trapiantabili in Italia

percorso del DCD l'elemento cruciale è la certezza dell'impossibilità di recuperare il paziente ad una minima e soddisfacente qualità di vita, in altre parole la certezza della prognosi neurologica severa bilanciata con le volontà del paziente e le aspettative della famiglia che comprende l'appropriatezza di un percorso di fine vita con dignità e senza stress. Solo ed esclusivamente dopo la condivisione di un percorso di fine vita un altro team, quello che si occupa di procurement, può offrire ai famigliari la possibilità di donare. Le due equipe, quella che si occupa della cura e del fine vita e quella che si occupa di procurement sono e devono essere funzionalmente e strutturalmente separate per evitare qualsiasi possibile conflitto d'interessi; a volte capita che i famigliari desiderino anticipare una volontà donativa ai curanti, chiedono se è possibile nel rispetto della volontà del loro caro; in questo caso l'equipe curante anticipa l'intervento del team di procurement, un team costituito da professioni molto



esperti in questo campo in grado di dare il massimo valore alle istanze della famiglia nel rispetto delle volontà del loro caro.

Come ti sei trovato a far parte del gruppo di lavoro che ha portato al primo prelievo di cuore dopo DCD?

Lavorando nell'ambito intensivo è fondamentale creare il giusto rapporto di fiducia e collaborazione con i colleghi specialisti di cui hai più bisogno. Per il Cardiologo Intensivista l'Anestesista è una figura importante e preziosa. In questi 9 anni di lavoro a Treviso si è creato un bellissimo rapporto con i colleghi anestesisti che mi ha permesso più volte di collaborare con loro non solo nell'attività clinica quotidiana (in quanto consulente delle Terapie Intensive) ma anche nell'ambito della ricerca. Il Dott. Zanatta peraltro lo conoscevo già quando era dirigente medico a

La donazione dopo la morte dovrebbe essere offerta a tutti come parte integrante del percorso di fine vita
La donazione non ha valore solo per il grande beneficio del soggetto ricevente ma anche per il rispetto del diritto all'autodeterminazione del donatore e per l'alto valore che riveste per i famigliari nel momento della perdita del loro caro

Treviso prima di intraprendere l'esperienza di Direttore a Verona e si era creata una grossa stima reciproca tanto che, quando lui è andato a Verona, mi ha consegnato con grande fiducia il suo "gioiello" più prezioso: la macchina per esecuzione di elettroencefalogramma e potenziali evocati che ho usato e custodito gelosamente in questi anni prima del suo ritorno. Tutto questo naturalmente è stato possibile grazie alla fiducia dimostrata dal Direttore della Unità Operativa Complessa di Cardiologia dove lavoro, il Dott. Carlo Cernetti che mi ha consegnato le "chiavi" dell'area intensiva cardiologica che custodisco gelosamente e cerco di gestire nel miglior modo possibile per dare il massimo ad ogni singolo paziente che necessita delle nostre cure.

Cosa hai provato in tutte le fasi del DCD?

Sicuramente nelle fasi precedenti e durante il DCD la mia mente era pervasa da una fortissima tensione che è schizzata a 1.000 durante l'ECG di 20 minuti dove il silenzio in sala operatoria era tombale, gli occhi erano tutti su di me. Credetemi: i 20 minuti più lunghi della mia vita! Di tanto in tanto i cardiocirurghi, già completamente lavati e pronti per intervenire, mi chiedevano: "quanto manca?", e lì le gambe tremavano, ogni minimo errore, in quella fase tempo dipendente poteva inficiare il lavoro di tutti. Solo dopo che, oltre 12 ore dopo, tutto era finito e abbiamo avuto la notizia che il ricevente a Padova stava bene ed era uscito dalla sala operatoria senza supporto meccanico, si è scatenata in me una fortissima emozione ed eccitazione. Il 14 novembre 1985 fu eseguito a

Il 14 novembre 1985 fu eseguito a Padova il primo trapianto di cuore in Italia da parte del Prof. Gallucci: il donatore era un giovane trevigiano
Trentotto anni dopo, l'11 maggio 2023, il primo prelievo di cuore da cadavere in Italia è stato nuovamente eseguito dall'equipe di Padova a Treviso: stesso percorso, traguardi simili

Padova il primo trapianto di cuore in Italia da parte del Prof. Gallucci: il donatore era un giovane trevigiano. 38 anni dopo, l'11 maggio 2023, il primo prelievo di cuore da cadavere in Italia è stato nuovamente eseguito dall'equipe di Padova a Treviso: stesso percorso, traguardi simili. Sono emozionato dall'idea di poter raccontare alle future generazioni di Cardiologi come è andata quella giornata, un evento che naturalmente ha segnato la storia dei trapianti cardiaci e che, da una stima, pare possa aumentare del 30% i potenziali cuori trapiantabili. La gioia più grande in me è sapere che questa metodica, che già è in corso di perfezionamento, potrà diffondersi a breve nei diversi Ospedali italiani e che porterà a ridurre i tempi in lista di attesa per trapianto e a ridurre i pazienti in lista. Un "piccolo" passo che impatterà enormemente nella storia della trapiantologia cardiaca e non.♥



Come nasce l'intervista al premio Nobel della Medicina Prof. Gregg Semenza



Fotografia del Prof. Gregg Semenza a cura di Jay van Rensselaer, Johns Hopkins Medicine

L'obiettivo è quello di fare luce sul percorso professionale di un ricercatore riconosciuto a livello mondiale che può essere fonte d'ispirazione per i giovani ricercatori

Biografia

Gregg Semenza, MD, PhD è professore di medicina genetica presso la Johns Hopkins School of Medicine, negli Stati Uniti. È noto per la sua scoperta del fattore 1 inducibile dall'ipossia (HIF-1), che consente alle cellule di adattarsi ad ambienti poveri di ossigeno. Ha condiviso con William Kaelin Jr e Peter J. Ratcliffe il Premio Nobel 2019 in Fisiologia e Medicina per le "scoperte su come le cellule percepiscono e si adattano alla disponibilità di ossigeno".

Tutti quanti sono appassionati delle scienze non possono non essere affascinati da quei professionisti che grazie alla loro attività di ricerca sono arrivati al più alto riconoscimento scientifico a livello mondiale: il Premio Nobel. Se, grazie alla letteratura facilmente consultabile attraverso il web, i risultati di una proficua ricerca scientifica sono sotto gli occhi di tutti, il percorso professionale, gli ostacoli incontrati e le sfide che sono state affrontate per arrivare a certi traguardi sono meno noti; eppure, sono tutte esperienze che possono essere di esempio per aspiranti ricercatori.

Un'idea nata per caso

Circa un anno fa, per una ricerca bibliografica mirata ad approfondire i meccanismi fisiopatologici condivisi da malattie cardiovascolari e sviluppo/progressione dei tumori, mi sono imbattuta nell'articolo intitolato "Hypoxia-inducible factors: roles in cardiovascular disease progression, prevention, and treatment" autore il Prof. Gregg Semenza.¹ Si tratta di una rassegna scientifica che, partendo dal ruolo che ha l'omeostasi dell'ossigeno a livello cellulare e tissutale, illustra le risposte adattative che sono alterate in diverse condizioni patologiche che coinvolgono l'apparato cardiovascolare e che sono potenziali target terapeutici. È stata una lettura particolarmente utile per conoscere il ruolo dei fattori inducibili dall'ipossia (HIFs) nella fisiopatologia cardiovascolare. Desiderosa di approfondire l'argomento ho continuato la mia ricerca e mi sono resa conto che l'autore dell'articolo aveva ricevuto il premio Nobel per la Medicina e la Fisiologia proprio per i suoi lavori sugli HIFs e le scoperte relative al comportamento delle cellule in contesti di ipossia. È a questo punto che è nata la curiosità ed il desiderio di fare qualche



domanda ad una vera e propria leggenda della medicina. L'obiettivo era quello di fare luce sul percorso professionale di un ricercatore riconosciuto a livello mondiale che può essere fonte d'ispirazione per i giovani ricercatori.

Il supporto di un mentore e il confronto con il Premio Nobel

Sebbene non avessi dubbi sul mio obiettivo, mi rendevo conto che quella che mi si poneva davanti era una vera e propria sfida: raggiungere e ottenere delle risposte da un Premio Nobel. È grazie al supporto del Prof. Furio Colivicchi, Past President ANMCO, che nel corso del suo mandato ha promosso molte attività volte ad incentivare la carriera dei giovani Cardiologi,^{3,4} che è stato possibile contattare il Prof. Gregg Semenza, il quale senza esitazione si è reso disponibile a rispondere alle nostre domande. L'intervista completa è stata pubblicata sull'European Heart Journal.⁴ La prima domanda posta era relativa al campo di ricerca che ha portato il Prof. Semenza a ricevere, insieme ad altri due ricercatori, William G. Kaelin Jr e Peter J. Ratcliffe, il premio Nobel per la Medicina e la Fisiologia nel 2019. Al professore è stato chiesto di illustrare brevemente il percorso di ricerca che lo aveva portato alla rivoluzionaria scoperta del fattore 1 inducibile dall'ipossia (HIF1). Il professore Semenza ci ha raccontato di come i suoi studi mirati all'analisi dei meccanismi che regolano l'espressione del gene che codifica per l'eritropoietina (EPO) lo hanno portato a scoprire che l'esposizione di cellule Hep3B all'1% di O₂ per 4 ore induce un

fattore nucleare in grado di legarsi al DNA, identificando così per la prima volta HIF-1, un attivatore del gene dell'EPO. A seguire abbiamo chiesto come un fattore che viene prodotto per proteggere le cellule in condizioni sfavorevoli come l'ipossia possa anche contribuire alla patogenesi di alcune malattie. Il professore ci ha confermato che il ruolo principale di HIF1 è quello di mantenere l'omeostasi dell'ossigeno, inibendo i geni che concorrono al consumo di ossigeno e attivando quelli che ne aumentano la disponibilità a livello cellulare. Da qui il ruolo protettivo in caso di ischemia. D'altro canto, il professore Semenza ha puntualizzato che lo stesso fattore media fenomeni quali l'angiogenesi, che possono essere implicati in alcune condizioni patologiche. Nel parlare, poi, dell'attuale oggetto della sua ricerca scientifica, ci ha rivelato che la sua attività ruota ancora intorno agli HIFs con due obiettivi principali: delineare i meccanismi che portano all'aumentata espressione genica in risposta all'ipossia e identificare molecole in grado di modulare l'attività di HIFs con possibili risvolti terapeutici. Lasciando poi il campo della pura ricerca, abbiamo indagato su quale fosse il ruolo della comunicazione per uno scienziato. Il professore ha evidenziato che se da un lato comunicare tra scienziati sia semplice grazie alle pubblicazioni scientifiche, incontri, conferenze, d'altro canto la comunicazione con i cittadini è meno diretta e talora complicata dalla mediazione di una crescente industria mirata al discredito degli avanzamenti in campo scientifico. Nel parlare del

ruolo della mentorship nella sua carriera professionale, il professore Semenza ha ammesso di essere stato fortunato ad aver avuto delle guide forti nel corso di tutta la sua crescita professionale e che i risultati da lui raggiunti non sarebbero stati possibili senza i suoi mentori. In merito ai risultati delle ricerche scientifiche, ha sottolineato che talora gli esperimenti di routine consentono di arrivare a risultati che solo con il tempo ci si accorge che hanno un'importanza straordinaria, affermando che dietro ogni scoperta ci sono storie fonte di ispirazione, con tratti di follia e ambiguità. Infine, è stato enfatizzato come tutti gli scienziati incontrano sfide da superare e che proprio le sfide sono uno degli aspetti più affascinanti della vita e che danno maggiori soddisfazioni anche nell'ambito della ricerca scientifica.♥

1. Semenza GL. Hypoxia-inducible factors: roles in cardiovascular disease progression, prevention, and treatment. *Cardiovasc Res.* 2022 Jun 10;cvac089. doi: 10.1093/cvr/cvac089. Epub ahead of print.

2. Di Fusco SA, Maggioni AP, Colivicchi F. A training project to promote clinical research among young cardiologists. *Eur Heart J.* 2022 Jun 1;43(21):2005-2007.

3. Colivicchi F, Di Fusco SA, Gabrielli D. The Italian National Association of Hospital Cardiologists and ESC look ahead to young cardiologists. *Eur Heart J.* 2021 Jan 1;42(1):12-13.

4. Di Fusco SA, Colivicchi F. Interview with Nobel Laureate Gregg Semenza: an inspiring story for young researchers. *Eur Heart J.* 2023 Jan 1;44(1):5-6.

Una esperienza di gestione dello scompenso cardiaco “post pandemia” della USL Toscana Centro

I pazienti con scompenso cardiaco (SC) congestizio e comorbidità necessitano di un accurato iter diagnostico, terapeutico e di follow-up per limitare il fenomeno delle riammissioni ospedaliere. Si tratta di un **fenomeno frequente** (dati delle

L'applicazione di nuovi modelli gestionali come la televisita, il teleconsulto, il Girot e le attività di Day Service territoriale presso le Case di Comunità, rappresentano un ulteriore ed interessante strumento che si affianca al tradizionale ed imprescindibile Ambulatorio Scompenso Cardiaco Ospedaliero, completando l'offerta assistenziale personalizzata alle esigenze ed alle diverse fasi di malattia dei singoli pazienti

riammissioni Database ARNO⁽¹⁾: 60% dei pz viene riammesso ad un anno).

Fenomeno precoce

- Dati della Regione Toscana: tasso di riammissione a 30 giorni del 16.4%.

- Dati del registro dell'ANMCO IN-HF: a 12 mesi rientra in ospedale il 30% dei malati.

Fenomeno correlato ad elevato tasso di mortalità intraospedaliero e post dimissione⁽²⁾

A fronte di ciò, dati del 2016 della Regione Toscana, evidenziano come

solo il 20% dei pazienti dimessi per SC venga inserito in un percorso di follow-up. Per tale motivo la USL Toscana Centro ha istituito nel 2016 un gruppo di lavoro, in collaborazione con L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Careggi e con rappresentanti della Medicina Generale, per elaborare un PDTA di Area vasta Centro dello SC che si è concentrato in modo particolare sugli aspetti della dimissione ospedaliera⁽³⁾. È stata elaborata una check-list di

Parametri	
Miglioramento soggettivo del paziente	<input checked="" type="checkbox"/>
PAS > 90 mm Hg e FC < 100 bpm	<input checked="" type="checkbox"/>
SO ₂ >95% in aa	<input checked="" type="checkbox"/>
Stabilità clinica dopo 48 h di terapia per os: - Peso stabile - Diuresi valida	<input checked="" type="checkbox"/>
Sospensione delle amine > 48 h	<input checked="" type="checkbox"/>
Funzione renale stabile	<input checked="" type="checkbox"/>
Non disionie: 3.5 > K ⁺ < 5.5 mEq/l o Na ⁺ < 130 mEq/l	<input checked="" type="checkbox"/>
NT-pro BNP in dimissione < NT-pro BNP all'ingresso	<input checked="" type="checkbox"/>
Peso alla dimissione < peso all'ingresso	<input checked="" type="checkbox"/>
- Gait speed 5 metri in < di 6 secondi	<input checked="" type="checkbox"/>

Figura 1 - PDTA Scompenso Cardiaco Azienda USL Toscana Centro: Check list di dimissibilità del paziente dopo ricovero per SC

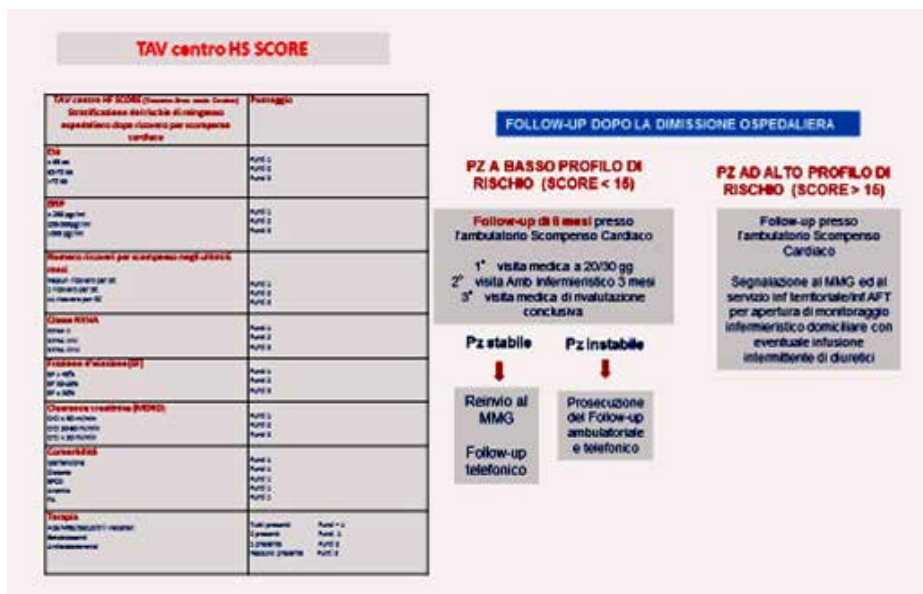


Figura 2

dimissibilità del paziente nell'ottica di standardizzare l'approccio gestionale e far verificare in modo oggettivo al medico che dimette (Figura 1).

SCORE TAV centro HF Score

È uno score di stratificazione prognostica basato su pochi parametri (Figura 2). Identifica due diversi profili di rischio:

- Punteggio < 15: BASSO RISCHIO.

Previsto follow-up ambulatoriale alla dimissione della durata di 6 mesi, con un controllo medico a 20 gg, uno infermieristico a 3 mesi e una visita medica di rivalutazione conclusiva a 6 mesi. Follow-up successivo ai 6 mesi dal MMG.

- Punteggio > 15: ALTO RISCHIO

ovvero SC avanzato o refrattario. Programma ambulatoriale in hospital con visite più frequenti e segnalazione al MMG per aprire un monitoraggio infermieristico domiciliare finalizzato al rilievo sistematico di segni e sintomi di scompenso cardiaco sul cui andamento decidere per l'effettuazione di cicli infusivi domiciliari intermittenti di diuretico

per prevenire le fasi di franca instabilizzazione di malattia.

Nuovo PDTA aggiornato

In seguito alla pubblicazione delle Linee Guida ESC del 2021 sullo SC⁽⁴⁾, che hanno inserito in "prima linea" di trattamento quattro classi di farmaci che hanno dimostrato effetti importanti di riduzione della mortalità e dei reingressi ospedalieri per SC: ARNI⁽⁵⁾ (Sacubitril Valsartan) – Beta bloccanti – Anti aldosteronici ed inibitori dei recettori SGLT2⁽⁶⁻⁷⁾ il nuovo PDTA è stato aggiornato. L'efficacia di questi farmaci è condizionata non solo dall'inserimento in terapia del principio attivo ma anche dal raggiungimento di una dose target adeguata e dalla precocità di inserimento⁽⁸⁾, possibilmente già alla dimissione del ricovero ospedaliero. Solo attraverso uno stretto monitoraggio di parametri clinici (frequenza cardiaca, pressione arteriosa) ed ematochimici (Sodio, Potassio, Creatinina, NTproBNP) è possibile ottimizzare la terapia, in

**Dati della Regione Toscana:
tasso di riammissione
a 30 giorni del 16.4% e
correlato ad elevato tasso di
mortalità intraospedaliero e
post dimissione**

quanto questi farmaci influenzano questi parametri⁽⁹⁾. Per tale motivo l'ambulatorio tradizionale è stato affiancato dalla televisita.

La Televisita

Erogata dall'Ambulatorio Scompenso può rappresentare uno strumento snello per effettuare l'ottimizzazione della terapia. La televisita prevede la costituzione di una agenda dedicata e strutturata e l'identificazione dei parametri e degli esami ematici che il paziente o il care giver devono presentare al momento del contatto.

Il Teleconsulto

È un altro strumento funzionale ad una nuova modalità di contatto tra Cardiologo e MMG. Da Dicembre 2022 la Cardiologia Firenze 1 dell'Azienda USL Toscana Centro (Ospedale S. Maria Nuova- Ospedale Nuovo S. Giovanni di Dio) ha aperto una agenda CUP dedicata. Il MMG può prenotare uno spazio di consulto e successivamente collegarsi tramite un semplice link sulla piattaforma Regionale. Si può in questo modo confrontarsi in modo diretto con

**SCORE TAV centro HF
Score È uno score di
stratificazione prognostica
basato su pochi parametri
Identifica due diversi profili
di rischio**

lo specialista su quesiti inerenti la terapia e sull'eventuale indicazione ad ulteriori percorsi diagnostico-terapeutici per il paziente.

Monitoraggio dei device impiantabili (pacemaker – defibrillatori – loop recorder)

A tale proposito la Cardiologia sta da tempo implementando il monitoraggio remoto per gran parte dei pazienti a cui viene impiantato un dispositivo. Questo permette di intercettare precocemente la comparsa di aritmie minacciose e di variazioni di altri parametri (congestione polmonare, atti respiratori, comparsa di aritmie) inviati periodicamente dal device, prevenendo le recidive di SC.

GIROT (Gruppo di Intervento Rapido Ospedale Territoriale)

Il GIROT, gestito da un medico internista ed un infermiere territoriale, si rivolge a pazienti anziani, comorbidi, con deficit motori e cognitivi che vengono presi in carico da un team multidisciplinare e multiprofessionale, in fase di pre-dimissione spesso già all'interno dei DEA e nei reparti di Medicina Interna. Il GIROT garantisce nei primi giorni post dimissione, una continuità assistenziale al domicilio di elevata complessità, trasferendo a casa del paziente la possibilità di proseguire terapia infusiva ed eseguire esami strumentali complessi (ECG-Ecografie- Esami ematici analizzati

con point of care, Emogas-analisi). Dalla sua istituzione il GIROT ha assistito circa 6000 pazienti di cui il 30% affetti da SC.

Case di Comunità

Il Gruppo SC sta inoltre proponendo un programma di gestione del paziente con SC all'interno delle Case di Comunità. Vista la presenza al loro interno di MMG, Medici Specialisti ed infermieri professionali, le Case di Comunità rappresentano un setting ideale per raggiungere l'obiettivo di elevare il livello di assistenza territoriale. I MMG del presidio hanno la possibilità di un accesso diretto alla consulenza cardiologica. Ci sono incontri periodici (una volta al mese) di discussione di casi clinici tra il cardiologo ed il medico di base, in modo da condividere e discutere le varie opzioni terapeutiche e risolvere eventuali criticità gestionali. È in corso la creazione di un ambulatorio territoriale a gestione infermieristica, coordinato dal MMG, in collaborazione con il Cardiologo per il monitoraggio ed il trattamento del paziente con SC avanzato nelle Case di Comunità.

Conclusioni

Lo scompenso cardiaco rappresenta una sfida gestionale complessa per il SSN. Siamo però di fronte ad una importante svolta determinata dalla disponibilità di un nuovo ed efficace armamentario terapeutico farmacologico, di nuovi device e procedure interventistiche, di sistemi

s sofisticati di monitoraggio e di nuove modalità gestionali. Se coglieremo queste opportunità saremo in grado di contrastare efficacemente una patologia che per numerosità dei pazienti affetti e per complessità gestionale rappresenta una delle voci di maggiore impegno assistenziale ed economico.♥

BIBLIOGRAFIA:

- 1) Database ARNO: Maggioni A.P. et al.; Eur J Heart Fail. 2016 Apr;18(4):402-10
- 2) Effects of candesartan in patients with chronic heart failure and reduced left-ventricular systolic function intolerant to angiotensin-converting-enzyme inhibitors: the CHARM-Alternative trial: CB Granger e al. Lancet 2003 Sep 6; 362(9386):772-6. doi: 10.1016/S0140-6736(03)14284-5. Position paper ANMCO: Gestione della dimissione ospedaliera. G Ital Cardiol 2016 Sep;17(9):0. doi: 10.1714/2448.25672.
- 3) 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: European Heart Journal (2021) 00, 1_128 doi:10.1093
- 4) Angiotensin-Nepriylsin inhibition versus Enalapril in Heart Failure: PARADIGM-HF investigators: N Engl J Med 2014;371: 993-1004. DOI: 10.1056/NEJMoa1409077
- 5) A trial to evaluate the effect of the sodium-glucose co-transporter 2 inhibitor dapagliflozin on morbidity and mortality in patients with heart failure and reduced left ventricular ejection fraction (DAPA-HF): John J V McMurray et al. Eur J Heart Fail 2019 May; 21(5):665-675. doi: 10.1002/ejhf.1432.
- 6) Effect of Empagliflozin on the Clinical Stability of Patients With Heart Failure and a Reduced Ejection Fraction: The EMPEROR-Reduced Trial: M. Packer et al. Circulation 2021 Jan 26; 143(4):326-336. doi: 10.1161
- 7) ANMCO Position paper: Double, triple or quadruple therapy for heart failure with reduced ejection fraction. Current evidence and new strategies: A. Di Lenarda et al. G Ital Cardiol .2021 Oct; 22(10):861-868. doi: 10.1714/3666.36518
- 8) Cardiovascular and renal outcomes with empagliflozin in heart failure: M. Packer et. Al. N Engl J Med 2019; 381: 1995-2008. DOI: 10.1056/NEJMoa1911303

USL Toscana Centro ha istituito nel 2016 un gruppo di lavoro, in collaborazione con L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Careggi e con rappresentanti della Medicina Generale, per elaborare un PDTA di Area vasta Centro dello SC che si è concentrato in modo particolare sugli aspetti della dimissione ospedaliera



Nelle pagine di "Cardiologia negli Ospedali" la memoria storica dell'ANMCO

Parte ottava: 2004-2007

Dopo il primo, svoltosi presso l'Eremo di Lecceto due anni prima, il 2 e 3 aprile 2004 si tiene a Frascati l'evento residenziale degli Stati Generali dell'ANMCO. Con la sua connotazione organizzativa ("... costruttivo confronto in piccoli gruppi di lavoro interattivo coordinati da esperti") e con "la partecipazione di coloro che oggi rivestono ruoli strategici ed esecutivi nell'attuale ordinamento associativo", l'evento assume un vero e proprio ruolo strategico nella gestione dell'Associazione e, di fatto, scandirà l'attività associativa con gli incontri che si terranno negli anni successivi. Nel resoconto dell'incontro di Frascati viene sottolineato come i partecipanti "muovendosi dall'attuale verifica dello stato dell'arte" (analisi del sistema, missione e strategia di HCF, strategia della ricerca, coinvolgimento degli associati), hanno fotografato l'esistente e suggerito metodi e idee per il futuro."

- **La forza delle nostre idee tra presente e futuro.** (Notiziario N. 139 - maggio/giugno 2004, pagine 5-6). Sulla base delle analisi effettuate, le valutazioni critiche e le indicazioni

DALLA HEART CARE FOUNDATION

di Franco Valagussa

HCF - IL PUNTO SUL PROGETTO TUTTOCUORE



Nel Progetto TUTTOCUORE sono comprese tutte le iniziative del Settore Educazionale di Heart Care Foundation. È rappresentato dalla sigla Heart Care Foundation/Tutto cuore (HCF/Tutto cuore). L'obiettivo complessivo del Progetto è quello di promuovere e concretamente realizzare la "cardiologia di comunità", i cui capisaldi sono rappresentati da:

- informazione dei cittadini per metterli in condizione di fare scelte consapevoli e di orientarsi nella valutazione delle proposte per la salute e nel controllo del rischio cardiovascolare globale;
- educazione alla salute e promozione di uno stile di vita sano "salvacuore", a partire dai più piccoli e dai più giovani nella scuola insieme alla scuola, e per gli adulti, gli anziani e la comunità tutta;
- creare confidenza con la emergenza cardiaca in considerazione della estrema limitazione dei tempi di intervento efficace in caso di arresto cardiaco e attacco cardiaco e della necessità quindi di una pronta attivazione del Sistema di Emergenza Medica 118 (pronto riconoscimento dei segni di attacco cardiaco, diffusione della rianimazione cardiopolmonare e della defibrillazione precoce fuori ospedale).

RISCHIO BASSO	RISCHIO ALTO
Età	Ipertensione
Diabete	Gravidanza complicata
Alcolismo	Tabacco
Malattie croniche	Malattie acute
Stato di salute	Stato di salute
Malattie croniche	Malattie acute
Stato di salute	Stato di salute
Malattie croniche	Malattie acute
Stato di salute	Stato di salute

MARZO/APRILE 2004 - N. 138

8

Notiziario 138 - marzo - aprile 2004, pag. 8

propositive riguardano tutte le articolazioni dell'Associazione:

- **Consiglio Nazionale:** "... pur avendo - per Statuto - la funzione di controllo sul Consiglio Direttivo, ha perso nel tempo parte del suo ruolo. È quindi necessario migliorare il processo di comunicazione, in senso bidirezionale, ...";
- **Sezioni Regionali:** "sono chiamate a compiti sempre più impegnativi, dato che buona parte delle funzioni organizzative sono 'regionalizzate'...";
- **Aree:** emergono problemi di comunicazione e coordinamento analoghi a quelli visti per il Consiglio Nazionale, ...";
- **Centro Servizi:** "è nato per migliorare la gestione e l'efficienza degli eventi formativi, consentendo ai Cardiologi di concentrarsi sugli aspetti scientifici e liberandoli da quelli organizzativo/economici. Tra gli obiettivi c'è anche quello di garantire all'ANMCO un utile dalla Formazione";

- **Attività Sindacale:** "si può dichiarare esaurito il tentativo di far nascere un sindacato - ANMCO (attualmente soltanto 40 iscritti)";
- **Attività Federativa (FIC):** "con tutte le riserve - espresse da più parti - sull'attuale significato e sulla persistenza dei presupposti che ne avevano motivato la nascita, si tratta di un aspetto strutturale al momento ineludibile per garantire un'adeguata rappresentatività europea della Cardiologia Italiana. È importante concludere presto il processo federativo con le Società di settore";
- **Heart Care Foundation:** ferma restando la valenza del **Progetto TUTTOCUORE**, nel quale "... sono comprese tutte le iniziative del Settore Educazionale di HCF..." - F. Valagussa (Notiziario N. 138 - marzo/aprile 2004, pagine 8-12), "Deve migliorare il fundraising... L'altro tema..., quello delle Campagne Educazionali di Comunità, potrebbe più utilmente essere sviluppato coinvolgendo come

DAL CONSIGLIO DIRETTIVO di Francesco Cimarra

L'ANMCO SOTTO LALENTE DEGLI STATI GENERALI



Le note che seguono rappresentano la sintesi degli argomenti esposti dal quarto vicepresidente e delle relative osservazioni emerse durante la discussione. In alcuni casi sono state raggiunte conclusioni condivise, in altri sono rimasti problemi aperti, che dovranno essere affrontati in successive occasioni dal punto di specifico organizzativo.

La strategia della Ricerca

- **Pubblicazione di lavori scientifici:** vi è una produzione limitata - per quanto si legge aumentò negli ultimi anni - di articoli pubblicati in relazione al notevole numero di ricerche svolte all'interno della Cardiologia ospedaliera italiana. In questo senso il ruolo del comitato degli Steering Committee è stato mediamente poco attivo. Si possono studiare forme di incentivazione economica per la scrittura dei lavori, purché interessino soggetti realmente coinvolti nel processo della ricerca in questione, mentre la sfida dei medical writer "professionisti" esterni sembra meno efficace, perché solitamente porta alla scrittura di lavori scientifici incomprensibili ma privi di sostanziale partecipazione. Può essere utile l'associazione di alcuni giovani medici da parte del Centro Studi, con contratto part-time in modo che possano anche mantenere un rapporto con i Centri ospedalieri di provenienza. È importante identificare le caratteristiche e le motivazioni dei ricercatori italiani che negli ultimi anni hanno pubblicato autonomamente su Riviste con alto Impact Factor, e capire se è possibile un loro maggiore coinvolgimento nella politica editoriale dell'ANMCO.



Villa Tuscolana (Francia)

CARDIOLOGIA NEGLI OSPEDALI 7

Notiziario 139 - maggio - giugno 2004, pag. 7

DAL PRESIDENTE di Giuseppe Di Pasquale

LINEE PROGRAMMATICHE DEL CONSIGLIO DIRETTIVO 2004-2006



Cari Amici,

questo è il programma per il biennio 2004-2006 che è stato ampiamente discusso e condiviso all'interno del Consiglio Direttivo e del Consiglio Nazionale. È evidente che ogni nuovo Presidente vorrebbe lasciare una traccia del proprio impegno all'interno del processo dell'ANMCO. Il quanto anch'io cercherò di fare. Oltre ad essere una legittima aspirazione, è qualcosa di atteso dai Soci elettori. Le linee programmatiche 2004-2006 contengono pertanto insieme a progetti innovativi, il consolidamento di quanto (tutto?) è stato messo in cantiere nel precedente biennio, soprattutto grazie alle forze vivaci propositiva in chi mi ha preceduto in questo incarico di cui sono la grande responsabilità nei confronti degli Associati.

Due anni sono un periodo di tempo insufficiente per la completa realizzazione di molti obiettivi. La continuità insieme all'innovazione sono a mio parere i requisiti indispensabili per un armonico e progressivo sviluppo dell'ANMCO, a fronte del doveroso ricambio dei suoi organi istituzionali.

1) La Difesa della Cardiologia Ospedaliera nella sua Unitarietà

L'impegno fondamentale dell'ANMCO per la difesa della Cardiologia ospedaliera va inteso oggi come un impegno più generale, di difesa dei principi del Sistema Sanitario Nazionale all'interno del quale l'Ospedale costituisce un nodo strategico. L'ANMCO è chiamata ad un impegno non solo culturale ma anche "politico", come è stato efficacemente richiamato da Alessandro Boccacini nel discorso di apertura al Congresso ANMCO 2004. In un momento in cui il Servizio Sanitario Nazionale è a rischio di smantellamento il proprio disimpegno dal servizio pubblico con inaccettabili sperequazioni regionali, è necessaria una forte scelta verso un sistema a difesa della salute equamente distribuito ed uniformemente di buona qualità. La non omnia leadership dell'ANMCO potrebbe essere esercitata per coinvolgere altre Società Scientifiche in una mobilitazione a difesa del nostro Sistema Sanitario Nazionale.


Specifico impegno dell'ANMCO deve essere quello della difesa della Cardiologia ospedaliera nella sua unitarietà, in un momento in cui molti tendono a delimitare il ruolo del cardiologo in sottopertinenza di procedure tecnologiche. Deve essere realizzato il ruolo di cardiologo clinico che è quello che gestisce ogni giorno pazienti con sindrome coronarica acuta, scompenso e aritmia, anche quando non è richiesta una procedura di angioplastica, di impianto di pacemaker biventricolare o di ablazione intracavitaria.

Il processo federativo fortemente condiviso dall'ANMCO non è in contrasto con la difesa del ruolo della Cardiologia ospedaliera ed in particolare delle funzioni Cardiologiche la cui sopravvivenza rischia di essere minacciata. L'affermazione del modello delle reti integrate in Cardiologia o lo strumento attraverso il quale può essere garantita l'unitarietà delle funzioni cardiologiche col-

LEGISLATORE 2004 - N. 140741 2

Notiziario 140 / 141 - luglio / ottobre 2004, pag. 2

L'ANMCO E LA SOCIETÀ CIVILE di Alessandro Boccacini



Inizierà la difesa affermazioni del nostro Presidente della Repubblica la prima, di un anno fa, in occasione della Giornata Mondiale della Sanità "Servizio Sanitario Pubblico e il primo del benessere" e la seconda, il 7 aprile 2004, quando sono: "La Sanità mangia un'impugnatura sanitaria".

L'ANMCO ha dimostrato scarsa propensione per le attività sindacali, come risulta dal piccolo numero di iscritti al sindacato, ma credo che sia giunto il momento della mobilitazione della nostra Società Scientifica, come già stiamo facendo altre, a difesa non tanto degli interessi del medico ospedaliero, quanto di quelli dei cittadini che hanno bisogno di una risposta adeguata alla loro richiesta di salute. Nessuno meglio di chi lavora in Ospedale, di chi fa le guardie di notte, di chi vive i drammi umani di tutti i giorni dei pazienti in corsia, conosce quanto sia importante fornire un posto sicuro a tutti coloro che navigano all'interno del processo della malattia. Ora, questo posto sicuro comincia ad essere di meno per due ordini di motivi:

1) Le "disvoluzioni sanitarie" con le sue prevedibili ed inaccettabili disgregazioni nella tutela del danno alla salute nelle diverse regioni del Paese. Questo processo va di pari passo con una svolta privatistica che aumenterebbe la spesa sanitaria e il dispendio sociale, senza aumentare la salute pubblica nel suo complesso.

2) La svolta economica della efficienza delle strutture sanitarie, con pesanti conseguenze sul finanziamento e creazione "dell'azionariato" ovvero progressivo impoverimento del servizio pubblico che alla fine scartata tutte le centralizzazioni sulle pratiche ordinarie di chi opera.

Le Regioni si vedono sempre più spinte ad assumere responsabilità finanziarie, ma senza avere, di contro, le risorse in grado di renderle attuabili. Le Regioni, soprattutto quelle con alti disavanzi, a loro volta scaricano le contraddittorie richieste e offerta sui servizi ed in particolare sui medici, attraverso una miriade di misure restrittive e soffocanti, che nel loro insieme stanno minando il rapporto fiduciario tra cittadini e medici.

Desidero grande preoccupazione il taglio drastico dell'offerta sanitaria in un'innovazione tecnologica. Il Servizio Sanitario vuole riconfermare per l'anno in corso le limitazioni in materia di personale. Le Aziende sanitarie potranno dunque figure del ruolo sanitario nella misura del 50% delle cessioni del servizio.

In questo quadro, nel futuro prossimo del SSN, che oggi non dispone delle risorse sufficienti ad erogare ai cittadini i livelli essenziali di Assistenza, non è difficile prevedere l'acuirsi del processo di graduale ridimensionamento di prestazioni e servizi. L'ANMCO non può che essere attenta a questo problema, la nostra percezione che la "questione medica" vada ben al di là del problema sanitario, in quanto presenta oggi caratteristiche del tutto inedite, in virtù sia di una domanda sociale sempre più esigente che di una politica di ra-

CARDIOLOGIA NEGLI OSPEDALI 17

Notiziario 140 / 141 - luglio / ottobre 2004, pag. 17

DALLA HEART CARE FOUNDATION di Franco Valagussa

NUMERI E CONSIDERAZIONI SULLE CARDIOLOGIE APERTE



La prima edizione, definibile come pilota, del programma **CARDIOLOGIE APERTE** è stata domenica 10 ottobre 2004, ed ha visto l'adesione e quindi l'attività di 198 Unità Operative di Cardiologia, che si sono messe a disposizione dei cittadini delle loro comunità, accettando l'invito a "farsi visitare".

Scopo dell'iniziativa era quello di rimandare il consumo tra cardiologia e la loro popolazione di riferimento, mirando a sottolineare il peso economico e sociale delle malattie cardiovascolari, ancora il primo killer nei paesi occidentali ed in crescita anche nei paesi in via di sviluppo; la possibilità e la potenzialità delle misure preventive e di controllo dei fattori di rischio; come creare confidenza con le procedure di prevenzione (tattico cardiaco, cuore insospetito da attacco cardiaco) spendo riconoscere la situazione, come fare e come farlo.

Il materiale messo a disposizione, oltre alle locandine di richiamo, era rappresentato da copie dell'opuscolo "Il cuore, il tuo vero motore" realizzato dal Ministero della Salute nell'ambito del 2004 anno del cuore con l'Albania per il Cuore, un CD contenente i 2 spot televisivi della campagna ministeriale, una breve presentazione di Heart Care Foundation, una serie di dati fattiva rivista fascia specie nei giovani, sui fattori di rischio e sulla carta del rischio cardiovascolare elaborata del Progetto Cuore dell'Ente Nazionale Superiore di Sanità.

Il formato della giornata e dell'"open day" era stato volutamente lasciato a discrezione, con sole indicazioni di massima, dando piena libertà di strutturare le iniziative secondo il proprio modo di vedere, chiedendo alla fine la compilazione di un questionario che permettesse di valutare le varie soluzioni adottate, oltre che raccogliere una serie di dati per consentire un'analisi di processo e di gradimento.

Ben 932 Cardiologi e 626 Infermieri della struttura cardiologica ANMCO sono stati coinvolti nel vario modo accogliendo le persone afflitte con diversa frequenza nelle varie sedi (media di 125 per sede), rispondendo ai loro quesiti, frequentemente organizzando anche momenti di incontro più formali in sedi riunite. Complessivamente la stima delle persone che hanno visitato le 136 strutture cardiologiche è stata di circa 20.000. Il gradimento dei partecipanti si è avvicinato al 100%. I Cardiologi hanno considerato la iniziativa un successo: oltre il 90% di loro si è dichiarato disponibile a ripetere l'esperienza per lo più con cadenza annuale.

La maggiore percentuale di adesioni si è verificata in Calabria (54% delle unità operative cardiologiche), in Basilicata (37%), in

GENNAIO/FEBBRAIO 2005 - N. 143 12

Notiziario 143 - gennaio - febbraio 2005, pag. 12



protagoniste figure non mediche. ... Si deve avviare un processo di laicizzazione..."; - Comitato Scientifico: "... Occorre

quindi maggiore chiarezza sul suo ruolo, sviluppando soprattutto l'aspetto propositivo per la Ricerca..."; - Ricerca indipendente: "è definita

dalla proprietà dei database, dalla libertà di pubblicare il lavoro (anche nel caso di esito negativo della ricerca)... Non implica che i finanziamenti non possano provenire dall'Industria..."; - Registri e ricerca di outcome: "... strategici per l'ANMCO..."; - Ricerca di base e fisiopatologica: "... dovrebbe essere incoraggiata... cruciale il problema dei fondi per il finanziamento... l'ANMCO non ha al momento possibilità di garantire la ricerca "orfana", ed è semmai auspicabile che in futuro ciò possa essere reso possibile dall'attività di HCF"; - Ricerca clinica: "... si va verso l'individuazione di Centri di Eccellenza per la Ricerca... potrebbero coincidere con quelli che il Centro Studi individua in base al livello quali/quantitativo..."; - Pubblicazione di lavori scientifici: "... vi è una produzione limitata... di articoli pubblicati in relazione al notevole numero di ricerche svolte all'interno della Cardiologia ospedaliera italiana..." - L'ANMCO sotto la lente degli Stati

EDITORIALE IN ANMCO "PIÙ LONTANA DI CHIUNQUE ALTRO" CARDIOLOGIA NEGLI OSPEDALI DIVENTA RIVISTA. UNA CHIARA CONDIZIONE PER LA DEDICAZIONE ALLE STRADE APERTE. La modifica dello Statuto ANMCO approvata in Assemblea del recente XXXVI Congresso Nazionale di Cardiologia...

Rivista 146 / 147 - luglio / ottobre 2005, pag. 2

PIANO DELLA RICERCA 2005-2006 Heart Care Foundation ha stabilito da tempo il proprio attività di ricerca, per HCF ha da parte garantito la trasparenza e la visibilità dei propri processi e dall'altra ha spinto a introdurre miglioramenti e modifiche al sistema per renderlo sempre più funzionale ai propri scopi...

Rivista 148 - novembre - dicembre 2005, pag. 14

DAL CENTRO STUDI ANMCO IL PERCORSO ORGANIZZATIVO-GESTIONALE DELLA RICERCA CLINICA. L'obiettivo di questa serie di tabelle è di illustrare quali sono le attività che il Centro Studi mette in atto per l'organizzazione, la conduzione e l'analisi dei dati di uno studio clinico dell'ANMCO.

Rivista 148 - novembre - dicembre 2005, pag. 16

DALLE AREE COMITATI DI COORDINAMENTO AREE ANMCO 2005-2006. AREA ANTRHE, AREA CARDIURGICA, AREA EMERGENZA-URGENZA, AREA MALATTIE DEL CIRCOLO POLMONARE, AREA MANAGEMENT & QUALITÀ, AREA NURSING, AREA PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE, AREA INFORMATICA, AREA SCOPERO CARDIACO.

Notiziario 143 - gennaio - febbraio 2005, pag. 29

Area EMERGENZA-URGENZA BLITZ-2 FINAL INVESTIGATOR'S MEETING. L'innovativa esperienza della raccolta dati per via elettronica è a non meno importante, il supporto di MSD Ma soprattutto, il riconoscimento il ruolo determinante dei Ricercatori aperti all'impiego di strumenti innovativi.

Notiziario 139 - maggio - giugno 2004, pag. 33

Generali - F. Clemenza (Notiziario N. 139 - maggio/giugno 2004, pagine 7-10). Le indicazioni degli Stati Generali

vengono sviluppate nel programma del Consiglio Direttivo eletto per il biennio 2004-2006, nel quale, viene, inoltre, dedicata particolare

attenzione a: - Congresso: "...importanti cambiamenti... spazio agli eventi seminari ed ai percorsi formativi

Area PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE. La III Conferenza sulla Prevenzione delle Malattie Cardiovascolari. Presentata la Carta Italiana del Rischio Cardiovascolare. 15 e 16 aprile si è svolta a Roma, presso l'Istituto Superiore di Sanità, la III Conferenza sulla Prevenzione delle Malattie Cardiovascolari.

Area INFORMATICA. DAL REGISTRO DELLE UTIC AL G8-CARDIO WEB, AGLI STANDARD INTERNAZIONALI DI INTEGRAZIONE DEI SISTEMI TECNICO-INFORMATICI. Presentando con piacere il programma del Nuovo Comitato di Coordinamento dell'Area Informatica, non posso non pensare a quell'evento casuale, e casale al tempo stesso, che mi ha portato fin qui (Fig. 1).

Area SCOMPENSO CARDIACO. IL PROGRAMMA DELL'AREA SCOMPENSO CARDIACO PER IL BIENNIO 2005-2006. Un'intensa attività formativa, editoriale e di ricerca caratterizzerà l'attività dell'Area Scompenso nel prossimo biennio. Uno dei momenti centrali sarà la Consensus Conference sui Modelli Gestionali, a cui parteciperanno tutte le professionalità coinvolte nella gestione dello scompenso cardiaco.

Notiziario 139 - maggio - giugno 2004, pag. 43

Notiziario 144 - marzo - aprile 2005, pag. 12

Notiziario 144 - marzo - aprile 2005, pag. 17

AREA MANAGEMENT & QUALITÀ. RISK MANAGEMENT IN CARDIOLOGIA. Prevenzione dell'errore in medicina attraverso il "risk management" inteso come strumento di controllo di tutto il percorso assistenziale e delle strutture in cui si opera. La cultura della sicurezza deve comportare la gestione dei rischi e deve prendere in considerazione quegli elementi tecnici, umani ed organizzativi che favoriscono i sinistri.

DAL PRESIDENTE. QUANDO IL FUTURO RITORNA. Dal Giornale Italiano di Cardiologia all'Italian Heart Journal e ritorno, mentre esce il Nuovo Giornale di Cardiovascular Medicine. Per lungo tempo all'interno dell'ANMCO si è svolto un vivace dibattito riguardo all'opportunità o meno di pubblicare in inglese il glorioso Giornale Italiano di Cardiologia.

GIORNALE ITALIANO DI CARDIOLOGIA. Per concludere, ritengo sia giusto rivolgere un doveroso ringraziamento e formulare al tempo stesso una calorosa sollecitazione. Siamo infatti profondamente riconoscenti a Gian Luigi Nicolosi e a Giuseppe Ambrosio per avere felicemente realizzato l'obiettivo della trasformazione dell'Italian Heart Journal in una Rivista nazionale internazionale.

Rivista 148 - novembre - dicembre 2005, pag. 28

Rivista 148 - novembre - dicembre 2005, pag. 2

Rivista 148 - novembre - dicembre 2005, pag. 3

DAL PRESIDENTE

UNA CASA PIÙ GRANDE PER L'ANMCO

di Giuseppe De Pasquale

Il l'inizio dell'anno ANMCO ha una Casa più grande. Il giorno 19 dicembre 2005 presso lo Studio del Notario Steddi di Firenze è stato firmato il rogito per l'acquisto di un nuovo appartamento al 3° piano di Via Alfonso La Marmora 36. Si tratta di un appartamento...

Solo dell'ANMCO. Esistere peraltro la necessità di acquistare una sede più ampia. La possibilità di realizzare questo auspicio obiettivo senza traslocare da Via La Marmora ci è sembrata un'opportunità irripetibile. La disponibilità di uno spazio lavorativo più ampio e confortevole contribuirà a rendere ancora più efficiente la complessa attività dello splendido personale della nostra cura ANMCO.

Lizzare questo auspicio obiettivo senza traslocare da Via La Marmora ci è sembrata un'opportunità irripetibile. La disponibilità di uno spazio lavorativo più ampio e confortevole contribuirà a rendere ancora più efficiente la complessa attività dello splendido personale della nostra cura ANMCO.

di 250 mq ubicato al piano superiore di quello che attualmente ospita la Sede dell'ANMCO. Il progetto di ristrutturazione prevede la realizzazione di una scala interna di collegamento che consentirà di avere un'unica sede abitativa di circa 700 mq. Sono convinti insieme a tutto il Consiglio Direttivo che si è trattata di una scelta felice nell'interesse dell'ANMCO. Le attività della nostra Associazione sono aumentate notevolmente negli ultimi anni. Tra Segreteria Generale, Amministrazione, Centro Formazione e Segreteria di Heart Care Foundation circa 20 persone sono stabilmente impegnate ogni giorno a lavorare presso la





Rivista 149 - gennaio - febbraio 2006, pag. 2

con un numero contenuto di Simposi tradizionali. ... sarà ulteriormente perfezionata una metodologia "bottom-up" che prevede l'invio di proposte da

PROGETTO ANMCO GIOVANI

di Barbara Antonino

TASK FORCE DEL GRUPPO ANMCO GIOVANI

Rachele Adorno (COORDINATORE)
Brunella De Michelis (SEGRETARIA)
Alessandro Battaglia
Roberto Caporali
Leonardo De Luca
Laura Massa
Antonaria Nicolini
Luca Olivetti
Emilio Pasanisi
Daisy Pavone
Chiara Pedone

Per quanto riguarda l'attività di formazione, abbiamo proposto dei corsi formativi specifici per le nostre problematiche sottolando la finalità di orientare al saper fare applicando rispetto al punto sapere teorico. Diversi sono i modelli organizzativi proposti, per favorire l'aggiudicio di conoscenze già acquisite ed ampliare il know how della comunità pratica clinica, organizzando attività seminariale a livello regionale e nazionale. Abbiamo previsto l'istituzione di Rubriche quali la Domanda all'Esperto e Revisione Bibliografica, proposte dai giovani e per i giovani con l'obiettivo di stimolare l'approfondimento partendo dalla pratica clinica. Tali rubriche potrebbero apparire sul Web e sulla Rivista di Cardiologia negli Ospedali.

Sul piano della ricerca, stiamo lavorando con il Dott. Maggioni per mettere a punto la collaborazione tra i giovani ed il Centro Studi per l'analisi di database attualmente esistenti in ANMCO. Il questo progetto i giovani avranno la possibilità di promuovere le proprie idee, attingendo dall'esperienza di




Rivista 150 - marzo - aprile 2006, pag. 3

parte delle Regioni, Aree, Gruppi di Studio e singoli Associati... difficilmente proponibile un ritorno al passato con lo svolgimento del Congresso in sedi

La valutazione

La verifica degli interventi educativi e di promozione della salute nella scuola e con la scuola è il fatto indispensabile per orientare l'azione, ma è presente tutt'altro che semplice. La valutazione di processo, affidata a questionari prepost autoamministrati per gli insegnanti è fattibile e serve ad orientare i programmi, quella di risultato è praticamente non realizzabile nel breve periodo e finora è stata sostituita da indagini, sempre attraverso questionari, sui comportamenti dei ragazzi. Quello della valutazione, comunque, e quello del costo-beneficio restano per ora problemi aperti.

Prospettive

Come si diceva all'inizio, lo scopo di questo documento è quello di sensibilizzare tutti i Cardiologi ad attivarsi ed in particolare il Consiglio Direttivo ANMCO ed il Consiglio Regionale a farsi carico dell'azione di promozione della salute e preventiva nella scuola. Il primo passo in questo senso deve essere la creazione dei gruppi di lavoro interdisciplinari regionali e la diffusione degli strumenti indicati. Per il problema non indifferente dei ri-

torio, direzione generale per lo stato dello studente, le politiche sociali e le attività monitorate. HCF ha anche ottenuto dal MIUR Dipartimento per lo Sviluppo dell'Istruzione l'accreditamento per la formazione (DM 1777/2000), definitivo dopo la verifica degli Ispetori.

zione è giusto sottolineare che nel Piano Nazionale di Prevenzione Cardiovascolare sono stati attuati alle singole Regioni finanziamenti dedicati, che possono certamente consentire di progettare anche interventi nell'ambito scolastico. L'intero Consiglio di Amministrazione di HCF, insieme con i Referenti Regionali, si augura che la disponibilità di risorse di natura sia il sviluppo del sito "Scuola-tutor" e, nonché dei corsi di aggiornamento per insegnanti ed operatori sanitari creino le condizioni per uno sviluppo in crescita dell'azione con la scuola.

Bibliografia essenziale

1. Benson G.S., Weitzing W.A., Day R.E. et al. Adherence to the seat and coronary arteries and cardiovascular risk factors in persons aged 6 to 30 years and in their mothers (the Bogalusa Heart Study) Am J Cardiol 1992; 7: 811-2.
2. Stachenko S. The Canadian Heart Health Initiative: Dissemination perspectives. Can J Public Health 1996; (Suppl2): 687-689.
3. The Singapore Declaration. Forging the Will for Heart Health in the New Millennium. Third International Heart Health Conference, Singapore, September 2, 1998.

Documenti utili

- Williams G.L., Chakraborti, Myerson L.L., Daniels SR et al. AHA Scientific Statement: Cardiovascular Health in Childhood. Circulation 2002; 106: 143-160.
- Kewen RW, Choudhry RA, Lauer RM et al. AHA Guidelines for Primary Prevention of Atherosclerotic Cardiovascular Disease. Progress in Child Health 2003; 17(2): 162-168.
- Houtakis M, Marmot D, Nishi S et al. Response to Cardiac Arrest and Sudden Life-Threatening Medical Emergencies. The Medical Emergency Response Plan for Schools. Circulation 2004; 109: 278-291.

HCF e SISTEMA QUALITÀ

Heart Care Foundation ha ottenuto la Certificazione di Qualità UNI EN ISO 9001:2000

Per la progettazione, sviluppo, organizzazione e coordinamento dei progetti di ricerca nel campo biomolecolare, in particolare nel settore delle patologie cardiovascolari, nonché per la divulgazione dei risultati, Heart Care

Fondazione ONLUS e conforme alla norma UNI EN ISO 9001:2000. La certificazione è stata rilasciata in data 22/12/2005 dalla CERTEF come riportato e certificato nella pagina seguente. Maggiori dettagli potete trovarli nella Scheda Tecnica consultabile alla pagina www.heartcarefoundation.org/pdf/Scheda_Tecnica.pdf del sito WEB di Heart Care Foundation.

Rivista 149 - gennaio - febbraio 2006, pag. 19

diverse da Firenze negli anni non elettorali... una durata di 5 giorni è verosimilmente eccessiva... reiterato il problema delle comunicazioni e dei

PIÙ QUALITÀ PIÙ SERVIZI

di FRANCESCO BERTINO

Assistita dall'ingegner Oreste Pitocchi (amministratore unico CFP nell'11 maggio 2006 l'ANMCO ha conseguito la certificazione di Qualità secondo lo standard ISO 9001:2000 rilasciata dall'Istituto BQV (Borsa Italiana Quality International Italia). Il modello espresso nell'attestato qui riportato si riferisce in sintesi al processo di progettazione e di erogazione di servizi formativi offerti. Sono stati definiti con chiarezza e trasparenza la gestione, la misurabilità, l'organizzazione interna, gli obiettivi e la mission dell'ANMCO. La Certificazione di Qualità consegnata con grande determinazione, completa l'ambizioso programma dell'attuale Consiglio Direttivo e rafforza il riconoscimento di ruolo istituzionale e guida verso i tanti portavoce di interesse che puntano attento al modello della Cardiologia. Un grande ringraziamento va alla Segreteria Nazionale ANMCO per l'effettiva professionalità dimostrata nell'analisi critica del piano di miglioramento del lavoro interno e per l'impegno profuso nel raggiungimento di questo importante e strategico obiettivo al servizio di tutti gli Associati.



Rivista 151 - maggio - giugno 2006, pag. 21

III EDIZIONE "STATI GENERALI" ANMCO. NEL CUORE DELL'ANMCO

Il presente ed il futuro tra tradizione ed innovazione. Bertinoro, 21-22 Aprile 2006

di FRANCESCO BERTINO

Dopo le positive esperienze dell'Estmo del Lacceto (2002) e di Frascati (2004), per la terza volta i soci ANMCO con maggior responsabilità istituzionali hanno vissuto il 21 e 22 aprile a Bertinoro due giornate di discussione sul presente e sul futuro dell'ANMCO. (Tabella 1). Gli "Stati Generali ANMCO 2006" consegnano alla Associazione un contributo decisivo per disegnare le linee programmatiche del prossimo biennio. Si è partiti con l'intento di analizzare la nostra complessa società scientifica in tutti i suoi aspetti articolando l'evento, accuratamente preparato, in sei sessioni plenarie (Tabelle 2-7). In un clima di ininterrotta grande attenzione ogni punto delle sessioni, introdotto da una breve presentazione, è stato ampiamente discusso. Anche se resta irrisolvibile il clima dell'incontro chi volesse riproporre le due giornate ed avere una idea della ricchezza e della molteplicità degli interventi potrà trovare un ampio riscontro sul sito web dell'ANMCO. A Bertinoro è emersa nitidamente l'identità dell'ANMCO quale Associazione generalista di riferimento per tutti i Cardiologi, ancorata sul presente e sul futuro dell'ANMCO.

NEL CUORE DELL'ANMCO

Il presente ed il futuro tra tradizione ed innovazione

SESSIONI PLENARIE

- 1. **Strategie di una Nuova Patologia Scientifica**
- 2. **L'ANMCO ed i Pacemaker**
- 3. **La Prevenzione Primaria e il Controllo di Progetto tra la Società Scientifica e la Medicina Generale**
- 4. **I Progetti di Ricerca e di Sviluppo in Cardiologia**
- 5. **La Strategia della Ricerca e della Formazione**
- 6. **La Strategia della Fondazione ANMCO Heart Care Foundation**




Rivista 151 - maggio - giugno 2006, pag. 17

SESSIONE PLENARIA

di Barbara Antonino

LE CINTURINE IN CARDIOLOGIA OGGI E LE PROSPETTIVE DEI CARDILOGI

Moderatori: G. Di Pasquale (Bologna), A. Maseri (Milano), M.C. Modena (Modena), R. De Luca (Genova), L. Tarantini (Parma), D. Rosato (Vercelli), M.C. Modena (Modena), F. Chiarella (Pavia), A. P. Maggioni (Firenze), G.L. Nicolini (Padova)

Con questa sessione plenaria si è aperto il XXXVII Congresso ANMCO. Diverse sono state le tematiche analizzate, partendo dall'appropriatezza clinica, la limitatezza delle risorse e l'equità delle cure e finendo con i problemi aperti della ricerca clinica nella cardiologia ospedaliera e dell'integrazione tra ospedale e territorio. Partendo dalle scarse risorse da razionalizzare è stato sottolineato come, per ottenere un determinato prodotto, il loro impiego implichi la rinuncia ad un prodotto alternativo. Per questo è necessario fare delle scelte che non ottimino l'impiego. Tra le cause considerate per l'aumento della spesa vi sono: l'invilupamento della popolazione, l'alto tasso d'innovazione scientifica, la nuova concezione di salute, il crescente costo dei farmaci, il controllo che agisce ora a livello del medico, attraverso il controllo dell'attività prescrittiva e della responsabilizzazione diretta, attraverso l'uso di protocolli diagnostico-terapeutici. Lo scopo principale della valutazione economica è riuscire ad individuare la combinazione di risorse che massimizzi i benefici. Analizzando in dettaglio il livello di efficienza economica esistenti in dettaglio il modello utilitaristico, basato sulla massimizzazione dell'utilità collettiva e che ha come diagra il rapporto tra costi e benefici e il modello deontologico che sostiene che i principi etici di fondo

debbono avere sempre il meglio rispetto al calcolo del rapporto tra costo ed efficacia. Guardando al panorama internazionale, troviamo che negli Stati Uniti la definizione è basata sulle persone, e l'accesso alle prestazioni è vincolato al possesso di assicurazioni private o al diritto all'assistenza pubblica, mentre ad esempio in Nuova Zelanda il modello si basa sulla gerarchia clinica. In Italia il modello è fondato su criteri etici e privati. L'esperienza dell'Ogden (USA) riporta un approccio utilitaristico, basato sulla combinazione di valutazioni scientifiche (l'efficacia, appunto) e stime quantitative come la funzione dell'età, il numero di anni di vita, ecc. Il modello di costo di tutti gli aspetti, la scelta più ragionevole, anche se più difficile da perseguire; è forse una sapiente miscela tra un modello deontologico (l'equità come valore primario) e il modello utilitaristico che per la sanità pubblica è di certo centrale. Oltre al problema delle risorse, è importante anche definire il concetto di appropriatezza, cioè gli interventi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione dovranno ritenersi "appropriati" quando contribuiscono realmente a risolvere un problema e non è solo basati su conoscenze validate con metodo scientifico e consolidate nel tempo dalla verifica di una correlazione tra attività e risultati. In questo campo, il controllo che agisce sulla comunità scientifica (medicina basata sull'evidenza). I livelli economico-sociali (LEA) in ambito internazionale si basano su un approccio di tipo economico che enfatizza la ricerca di criteri oggettivi e quantitativi (analisi costo-utilità) sulla base dei quali definire le priorità in sanità oppure su un approccio etico-sociale che enfatizza in dettaglio di costruire una piattaforma etica (dignità umana, bisogno, solidarietà) e che ha come diagra il rapporto tra costi e benefici e il modello deontologico che sostiene che i principi etici di fondo

Rivista 152 / 153 - luglio / ottobre 2006, pag. 14

DAL CONSIGLIO DIRETTIVO

VITA ASSOCIATIVA ALLA PROVA

di FRANCESCO CHIARULLA

L'osservatore attento non sfuggono, in questo inizio del 2007, gli elementi del rinnovamento della nostra vita associativa e i criteri che affiorano in un momento di grande difficoltà per tutte le Società Scientifiche. Elementi di rinnovamento si leggono nella vita delle Regioni e delle Aree, nel Piano Annuale Formativo 2007 e nell'ambiziosa iniziativa di prevenzione e di educazione al soccorso nel Sistema Carcerario del nostro Paese. La principale critica di questo inizio d'anno è riconducibile all'indotto sanitario che vede tutte le Società Scientifiche alle prese con la riduzione delle risorse per Congressi ed Eventi Formativi. Una riflessione a parte merita l'incertezza che pesa sul presente e sul futuro della Federazione Italiana di Cardiologia.

RINNOVAMENTO

La vita associativa si è rinnovata nelle Regioni, dove sono al lavoro Presidenti e Direttivi insediati da poco più di un mese. L'ANMCO nelle Regioni si è parlato con grande schiettezza a dicembre in un Consiglio Nazionale convocato proprio per discutere di futuro e prospettive della "periferia".

La vivacità regionale è una grande ricchezza che merita maggiore valorizzazione. Contestualmente a studi, riunioni e molti eventi locali le Regioni hanno dimostrato di corrispondere al meglio ai grandi eventi delle Campagne Nazionali. Resta per me forte l'impressione per i recenti successi della Campagna Educativa Nazionale "Rete Interspedimentale e Linee Guida nelle Sindromi Coronariche Arteriali" in Puglia, Liguria, Marche e Calabria, come già nelle altre sedi la spertosa dell'evento ha raccolto grande pubblico, ha ottenuto il coinvolgimento diretto degli Assessorati ed ha aperto ai Cardiologi spazi di grande interesse al tavolo delle scelte tecniche.

Rivista 155 - gennaio - febbraio 2007, pag. 2

DAL COMITATO SCIENTIFICO ANMCO

IL COMITATO SCIENTIFICO ANMCO SI RINNOVA

di ANTONIO DI LONARDO

Il 2 marzo 2007 si è insediato il nuovo Comitato Scientifico ANMCO.

Il nuovo Comitato Scientifico, che sono stato chiamato a coordinare, è composto dal Segretario (Paolo Colaninzi), dall'Editor del Journal of Cardiovascular Medicine (Eugenio Luigi Nicolini) e dai rappresentanti e i medici delle Aree (vedi tabella).

Nella riunione si è dato il paragrafo di consegna del Coordinatore uscente Giuseppe Stafforino. A Giuseppe va il nostro ringraziamento e riconoscimento per l'ottimo lavoro svolto in questi anni. La maggioranza ha non tutti i componenti del precedente Comitato sono scadevi.

L'esperienza e la competenza di chi rimane, in particolare di Maria Teresa La Rovere sarà molto importante per l'impegno futuro che ci attende.

Il compito sarà facilitato dall'affluire di collaboratori della nostra Segreteria, rinforzato dal gradito recente ritorno di Simona Ricci.

Quelli sono i nostri obiettivi: il nostro auspicio è quello di tutta l'Associazione, è di proseguire nell'ottimo lavoro svolto dal gruppo coordinato da Stafforino. Non sarà facile continuare a farlo in modo così efficiente e rigoroso, ma ci proveremo!

Non solo cercheremo di dare il nostro parere con rigore ed indipendenza di giudizio, ma credo che il Comitato Scientifico debba avere un ruolo attivo nel formulare proposte e definire le linee di sviluppo della ricerca in ANMCO in stretta collaborazione ed attraverso un costruttivo confronto con tutti gli organismi della nostra Associazione, a partire dal Consiglio Direttivo e dal Centro Studi dell'ANMCO. Questo è un compito che chiameremo applicato dal 1° del nostro Statuto.

Parecchi in seguito ai nostri Assocati perché danno il loro contributo propositivo al dibattito sul futuro della ricerca cardiologica in Italia. Raccolgo la proposta di Giuseppe facendolo arrivare in pagine di questa rivista.

Rivista 156 - marzo - aprile 2007, pag. 4

DALLA HEART CARE FOUNDATION

HEART CARE FOUNDATION... RINCOMINCIA A CORRERE

di SALVATORE PRINZI

La scomparsa di Franco Vagstad ha lasciato un vuoto immenso nella Cardiologia Italiana e in particolare in HCF che stava guardando con passione, impegno e determinazione.

Per onorare la sua memoria dobbiamo riprendere il cammino che lui aveva tracciato in un mondo in cui la superficialità, il dilettantismo e la voglia di apparire sembrano prevalere su un vero e proprio lavoro di qualità, impegno, serietà e rigore scientifico devono essere per tutti la comunità cardiologica uno stimolo a proseguire per la strada che lui ha contribuito a tracciare.

E proprio in questa direzione siamo ripartiti interdisciplinari in rapporto costruttivo e di conoscenza reciproca tra HCF ed il mondo laico per farne possibili sinergie finalizzate ad ottenere quelle risorse indispensabili per la missione prioritaria di HCF: ovvero la ricerca scientifica.

Con Qualità

Si è conclusa l'indagine "Cuore Qualità" promossa da HCF e realizzata da GPC Lurisia sulla qualità percepita dagli utenti delle cardiologie italiane si tratta della prima valutazione sistematica del giudizio dei cittadini che sono affetti ai ricoveri in ambulatori cardiologici del nostro paese. La ricerca ha interessato in campione di 78 ospedali, rappresentanti della realtà italiana in quanto omogenei per area geografica (Nord, Centro, Sud) e per tipologia di ospedale in riferimento al grado di complessità.

Cardiologie aperte

Il rapporto che nasce nel 2007 ha manifestato "Cardiologie aperte" che grazie al contributo di 234 cardiologi ed oltre 700 infermieri e 800 infermieri, nell'ultima edizione del settembre 2006 si è confermata un appuntamento importante ad un momento di grande partecipazione dei cittadini. Ancora una volta l'obiettivo della giornata è quello di avvicinare i cittadini alle nostre strutture cardiologiche, cercando soprattutto di indirizzare il loro modo di cultura della prevenzione.

Si tratta di una priorità assoluta dal momento che non c'è un percorso della terapia farmacologica, interventistica e chirurgica, la mortalità, la morbidità e la qualità della vita dei pazienti cardiopatici rimangono un problema prioritario che nostro. L'agenzia McCann Erickson realizza la parte creativa della comunicazione che avrà come slogan: "Quando un cuore è forte nulla lo può scalfire". Pubblicheremo in queste pagine della rivista la sua

Rivista 157 - maggio - giugno 2007, pag. 12

ASTMNUENews

di Francesco Chiarulla

Alle Maeri, la personalità di manager privilegiato della Cardiologia italiana, ammessa la Presidenza di Heart Care Foundation dal

collo di camicia che solitamente frequentava insieme convegni ed avvertimenti delle nuove tecnologie disponibili nel campo della biologia, della genetica

Un nuovo presidente per HCF

gennaio 2008. La nuova fisionomia di HCF nasce dal voto preponderante (27 favorevoli su 28 votanti) con cui il Consiglio Nazionale dell'ANMCO ha approvato il 30 novembre 2007 la proposta del Consiglio Direttivo. Oltre al Presidente Emilio Maeri ed ai componenti di nomina assembleare, faranno parte del CdA di Heart Care Foundation: Gian Luigi Nicolini, Roberto Ricci e Piero Luigi Tomporosi. L'auspicio è che Heart Care Foundation possa proseguire nel percorso formato soprattutto nel prossimo biennio impegnandosi innovazioni nel campo della ricerca "from bedside to bench", tra di distinguere in modo preponderante gli individui a rischio di eventi sulla base della osservazione clinica, della ca-

e delle conoscenze molecolari. Heart Care Foundation continuerà inoltre a svolgere il ruolo di "Cardiologia di Comunità", alla promozione di uno stile di vita "salutare", all'educazione alla salute a partire dall'età scolare e ad iniziative che stabiliscano la continuità dell'ammirato nei percorsi diagnostici e terapeutici. Verrà inoltre costituito un Comitato Strategico per il Fraud Billing di cui saranno chiamati a far parte personalità del mondo dell'industria, della finanza e della comunicazione. Con il 2008 si apre una nuova fase per Heart Care Foundation, che avrà una nuova ed adeguata sede e che con entusiasmo e grande impegno opererà per raggiungere i suoi ambiziosi obiettivi.

Rivista 160 - novembre - dicembre 2007, pag. 3

poster che richiederebbero una maggiore valorizzazione e visibilità... i "desiderata" delle Aziende vengano maggiormente concordati con l'ANMCO...";

- Risorse: "Le fonti storiche di sostegno dell'ANMCO derivano dal Congresso, dalle quote associative e dalle liberalità provenienti prevalentemente dalle Industrie Farmaceutiche. ... le Aziende ("Amici dell'ANMCO") sono oggi sempre più restie... necessario ricercare nuove fonti di finanziamento. Due sono in prospettiva i fulcri strategici per l'acquisizione di risorse alternative a quelle storiche: ... Centro Servizi... ha come obiettivo quello di vendere prodotti formativi, editoriali e ricavare revenues da consulenze svolte con il marchio di qualità dell'ANMCO...; HCF... ricerca di fondi ... da fonti diverse dalle Aziende Farmaceutiche ...";

- Immagine: "... L'Ufficio Stampa e pubbliche relazioni conserverà il suo ruolo di 'promozione' dell'immagine dell'ANMCO dando visibilità anche

alle iniziative di HCF e delle Regioni, ... consonanza dei messaggi con la politica dell'ANMCO..." - **Linee Programmatiche del Consiglio Direttivo 2004-2006** - G. Di Pasquale (Notiziario N. 140-141 - luglio/ottobre 2004, pagine 2-12).

L'Associazione avverte la necessità di "aprirsi" alla Società Civile: "... la nostra percezione è che la "questione medica" vada ben al di là del problema sindacale, in quanto presenta oggi caratteristiche del tutto inedite, in virtù sia di una domanda sociale sempre più esigente che di una politica di razionamento dell'offerta pubblica di fatto in contrasto con le maggiori opportunità che il progresso scientifico offre. ... il medico, suo malgrado, dentro un conflitto di segno nuovo tra una società civile che chiede più attesa di vita, più qualità di servizi, più effettività dei propri diritti, più umanizzazione degli approcci e dei rapporti ed un economicismo che non esita ormai a condizionare anche



pesantemente quello che è sintetizzabile nella espressione "scienza e coscienza". ... Il modo allora per incardinare l'attività di una Società Scientifica all'interno della Società Civile è duplice 1) fare azione di mobilitazione civile nei confronti delle altre Società Scientifiche... 2) impegnarsi nei confronti della comunità civile per migliorare la qualità dell'assistenza. ..."

- L'ANMCO e la Società Civile - A. Boccanelli (Notiziario N. 140-141 - luglio/ottobre 2004, pagine 17-19).

Heart Care Foundation: lancia l'iniziativa Cardiologie Aperte: "La prima edizione... si è svolta domenica 10 ottobre 2004, ed ha visto l'adesione e quindi l'attività di 158 Unità Operative di Cardiologia, che si sono messe a disposizione dei cittadini delle loro comunità, accettando l'invito a "farsi visitare" - Numeri e considerazioni sulle Cardiologie Aperte - F. Valagussa (Notiziario N. 143 - gennaio/febbraio 2005, pagine 12-13).

L'Assemblea dei Soci "... nel recente XXXVI Congresso Nazionale di Cardiologia, ... tra le modifiche dello Statuto..." approva "...quella dell'articolo 23 che sancisce la sostituzione del titolo Notiziario per "Cardiologia negli Ospedali" con quello di Rivista. Questo riconoscimento premia l'impegno editoriale assunto con la ricerca di nuova immagine e contenuti" - **Editoriale** (Rivista N. 146/147 - luglio/ottobre 2005, pagina 2).

La Ricerca trova sostegno in un Fondo specifico: "Il Fondo ANMCO per la Ricerca nasce nel 2005 grazie all'impegno assunto dal Consiglio Direttivo di destinare un fondo annuale per il finanziamento o co-finanziamento di progetti di ricerca meritevoli di sostegno. La preziosa idea sosterrà la ricerca scientifica "spontanea" nell'ambito

DAL PRESIDENTE

DI FRANCESCO CHIARELLA

**IL MOMENTO DI RIFLETTERE INSIEME
CONVOCATI IL 21 E 22 SETTEMBRE GLI STATI GENERALI DELL'ANMCO**



Occorre che una compagine scientifica complessa ed articolata come l'ANMCO abbia sempre piena consapevolezza della direzione in cui intende muoversi. Nel primo semestre 2007 l'obiettivo al centro dei nostri molteplici sforzi è stato la realizzazione del XXXVIII Congresso Nazionale, in serio pericolo a causa della riduzione del 73% degli investimenti e della cancellazione in 4 mesi di oltre 2.500 convegni rispetto all'anno precedente, dati riportati dal Bollettino AIFA. Mentre si sta delineando per i primi giorni del giugno 2008 il nuovo Congresso Nazionale che si terrà ancora a

Firenze, tutto quello che il recente Congresso Nazionale ha rappresentato - la formula innovativa, l'ampia partecipazione, l'eccellente livello scientifico, il successo degli obiettivi di ordine economico - è ormai alle nostre spalle. Ma nel frattempo dove stiamo andando? Gli eventi di questi ultimi mesi hanno impresso una vivace accelerazione a molte dinamiche. A quasi dieci anni dal suo avvio e dopo la maturazione avvenuta sotto la guida del Prof. Maseri, la Federazione Italiana di Cardiologia ha dal 1° luglio il suo nuovo punto di riferimento nel Presidente indicato dall'ANMCO, il Dott. Giuseppe Di Pasquale.



Gli Stati Generali convocati a Versailles nel 1789

Rivista 158 / 159 - luglio / ottobre 2007, pag. 2

cardiovascolare. L'importo del Fondo sarà pari al 2 % del fatturato annuale del Centro Servizi ANMCO, nei limiti dell'utile netto del medesimo anno. Il Fondo potrà anche essere implementato attraverso altre liberalità da parte di

singoli, Istituzioni, Aziende, Enti e Fondazioni" - Con il Regolamento prende il via il Fondo ANMCO per la Ricerca (Rivista N. 146/147 - luglio/ottobre 2005, pagina 7). Inoltre HCF vara il Piano della

Ricerca 2005-2006: *“Le attività di ricerca della Fondazione, condotte operativamente dal Centro Studi, saranno indirizzate, come di tradizione, a sviluppare progetti che utilizzino metodologie diverse e si svolgano nell’ambito delle più frequenti patologie cardiovascolari. ...”* - **Piano della Ricerca 2005-2006** - (Rivista N. 148 - novembre/dicembre 2005, pagine 14-15).

E il Centro Studi definisce e chiarisce *“...quali sono le attività che il Centro Studi mette in atto per l’organizzazione, la conduzione e l’analisi dei dati di uno studio clinico dell’ANMCO. ...”* - **Il Percorso organizzativo-gestionale della Ricerca Clinica** - A.P. Maggioni (Rivista N. 148 - novembre/dicembre 2005, pagine 16-18).

Le Aree, il cui numero è nel frattempo aumentato (in tutto 9) con la nascita dell’Area Malattie del Circolo Polmonare ed i cui Comitati di Coordinamento si avvalgono tutti di una nuova figura (il *Referente dell’Area Chirurgica*) - **Comitati di Coordinamento Aree ANMCO 2005-2006** - (Notiziario N. 143 - gennaio-febbraio 2005, pagina 29), continuano a “produrre”:

- *“... sono stati presentati e discussi i risultati di BLITZ 2, il più recente studio epidemiologico delle Sindromi Coronariche Acute non ST-elevation effettuato nel nostro Paese. ...”* - **BLITZ 2. Final Investigator’s Meeting**

- F. Chiarella (Notiziario N. 139 - maggio/giugno 2004, pagine 33-34);

- *“... è stata presentata, per la prima volta in una sede scientifica ufficiale, la nuova Carta del Rischio Cardiovascolare Italiana, ...”* - **La III Conferenza sulla Prevenzione delle Malattie Cardiovascolari** - M. Uguccioni, S. Pede (Notiziario N. 139 - maggio/

giugno 2004, pagine 43-44);

- *“... La migrazione sul “Web” del G8-Cardio ANMCO versione client-server è conclusa. ...”* - **Dal Registro delle UTIC al G8-CardioWEB, agli standard internazionali di integrazione dei sistemi teo-informatici** - A. Di Chiara (Notiziario N. 144 - marzo/aprile 2005, pagine 12-14);

- *“Consensus Conference sui Modelli Gestionali nello Scompensamento Cardiaco... ambizioso progetto avviato in collaborazione con l’Area Management & Qualità... nato nel 2004 con l’organizzazione dei Workshop Regionali ispirati al documento ‘Struttura ed Organizzazione funzionale della Cardiologia’”* - **Il Programma dell’Area Scompensamento per il biennio 2005-2006** - A. Di Lenarda, F. Oliva (Notiziario N. 144 - marzo/aprile 2005, pagine 17-22);

- *“... Sono due i principi fondamentali nel Clinical Risk Management: - non tutti i danni sono dovuti a negligenza; - non tutti i danni sono prevedibili. ...”* - **Risk Management in Cardiologia** - G. Rosato (Rivista N. 148 - novembre/dicembre 2005, pagine 28-29).

L’Italian Heart Journal non è più la Rivista Scientifica della FIC: *“... l’Italian Heart Journal da gennaio 2006 diventa Journal of Cardiovascular Medicine (JCM) e l’Italian Heart Journal Supplement diventa Giornale Italiano di Cardiologia (GIC). Quest’ultima una scelta logica del Consiglio Direttivo della FIC ed un gradito ritorno denso di storia nel “cuore” di molti”* - **Quando il futuro ritorna** - G. Di Pasquale (Rivista N. 148 - novembre/dicembre 2005, pagine 2-3).

L’Associazione “si allarga”:

- *“Dall’inizio dell’anno l’ANMCO ha una Casa più grande. Il giorno 19*

dicembre 2005 presso lo Studio del Notaio Steidl di Firenze è stato firmato il rogito per l’acquisto di un nuovo appartamento al 3° piano di Via Alfonso La Marmora 36. ...” - **Una Casa più grande per l’ANMCO** - G. Di Pasquale (Rivista N. 149 - gennaio/febbraio 2006, pagina 2);

- *“La Task Force dell’ANMCO Giovani nasce con l’intento di delineare un ruolo specifico dei giovani cardiologi all’interno della vita associativa e di rispondere alle esigenze di formazione e ricerca di quanti, nell’immediato post-specializzazione e nei primi anni di attività clinica, cercano l’inserimento nel mondo del lavoro...”*

- **Progetto ANMCO Giovani** - R. Adorisio (Rivista N. 150 - marzo/aprile 2006, pagine 3-4).

HCF e ANMCO ottengono la Certificazione di Qualità:

- *“Heart Care Foundation ONLUS è conforme alla norma UNI EN ISO 9001:2000. La certificazione è stata rilasciata in data 22/12/2005 dalla CERMET, ...”* - **HCF e Sistema Qualità** (Rivista N. 149 - gennaio/febbraio 2006, pagina 19);

- *“Assistita dall’Ingegnere Oreste Pitocchi (amministratore unico OPT srl) l’11 maggio 2006 l’ANMCO ha conseguito la Certificazione di Qualità secondo lo standard ISO 9001:2000 rilasciata dall’Ente BVQI (Bureau Veritas Quality International Italia)...”* - **Più Qualità più Servizi** (Rivista N. 151 - maggio/giugno 2006, pagina 21).

E il 21 e 22 aprile 2006, a Bertinoro, si svolge la III Edizione degli Stati Generali: *“... è emersa nitidamente l’identità dell’ANMCO quale Associazione generalista di riferimento per tutti i Cardiologi, ancorata alla centralità del Paziente e alla clinica, impegnata per l’appropriatezza dei percorsi specialistici e per la continuità assistenziale. ... Tra le*



criticità della vita associativa sono emersi i limiti di partecipazione e le difficoltà che persistono nel rapporto centro-periferia e nell'intesa periferia-periferia. È stato rilevato l'isolamento e la lontananza di alcune strutture cardiologiche e la mancanza di un solido legame operativo all'interno delle stesse realtà regionali. ... L'aumento dell'età media dei Cardiologi Ospedalieri, la mancanza di ricambio nelle Unità Operative, la difficile realtà sanitaria nazionale caratterizzata dal blocco delle assunzioni e dalla provvisorietà degli incarichi hanno indotto disillusioni e caduta motivazionale in senso professionale ed associativo. ... È stata rilevata la limitata propositività del Consiglio Nazionale e disomogenea attività delle sezioni regionali. ... Quanto alle Aree, il nuovo CD dovrà valutare le peculiarità e i problemi di ciascuna, ... È stata rilevata la formidabile potenzialità del Nursing, la necessità di far crescere il Nursing Regionale ed in rete, rendendo maggiormente partecipi gli Infermieri della vita dell'ANMCO regionale.”

- III Edizione “Stati Generali”

ANMCO. Nel cuore dell'ANMCO - F. Chiarella (Rivista N. 151 - maggio/giugno 2006, pagine 17-20).

Le analisi e le indicazioni dell'incontro di Bertinoro, adattandosi a tempi ed eventi, “guidano” le attività associative fino alla IV Edizione degli Stati Generali. *Rapporti con le Istituzioni, Contratto Collettivo di lavoro, Dirigenza Medica, Risorse, Reti e Percorsi assistenziali, Integrazione Ospedale-Territorio, Clinical Competence, Appropriatazza, Equità delle cure, LEA* sono gli argomenti che vengono affrontati ai vari livelli di articolazione dell'Associazione. Ai nuovi argomenti e a quelli “consolidati” vengono dedicate iniziative di dimensione sia nazionale

che regionale, nel corso delle quali non vengono sottaciute né sottovalutate difficoltà e criticità ma, contemporaneamente, vengono proposte soluzioni e iniziative sia di ordine teorico che di ordine pratico. In particolare, nel corso del XXXVII Congresso Nazionale la Sessione Plenaria viene dedicata a: **Le Criticità in Cardiologia oggi e le Proposte dei Cardiologi** - R. Adorisio (Rivista N. 152/153 - luglio/ottobre 2006, pagine 14-21). Viene “messa alla prova” la capacità decisionale del **Consiglio Direttivo**, in particolare in occasione della programmazione del Congresso Nazionale: “Dall'inizio dell'anno vengono attuati gli annunciati provvedimenti di *Farmindustria* e di *Assobiomedica* nei confronti delle iniziative congressuali...: blocco del tradizionale supporto ai Congressi, stop a inviti, rimborsi per trasferimenti, ristorazione ed ospitalità. ... In questa difficile situazione il Consiglio Direttivo dell'ANMCO, ... ha comunque confermato il suo XXXVIII Congresso Nazionale...” - **Vita Associativa alla prova** - F. Chiarella (Rivista N. 155 - gennaio/febbraio 2007, pagine 2-3). **Il Comitato Scientifico ANMCO si rinnova** - A. Di Lenarda (Rivista N. 156 - marzo/aprile 2007, pagina 4). **Heart Care Foundation... ricomincia a correre** - S. Pirelli (Rivista N. 157 - maggio/giugno 2007, pagine 12-13) e dal gennaio 2008 sarà presieduta da **Attilio Maseri** - **Un nuovo Presidente per HCF** - (Rivista N. 160 - novembre/dicembre 2007, pagina 3). “Ma nel frattempo dove stiamo andando? Gli eventi di questi ultimi mesi hanno impresso una vivace accelerazione a molte dinamiche. ... Si propongono così,

e questa volta in maniera ineludibile, le domande sulla identità dell'ANMCO, sulla mission della Federazione Italiana di Cardiologia, sul presente sul futuro della Cardiologia in Italia. Quale ruolo giocheranno le Società generaliste, quale le Società di settore? Quale le Cardiologie del territorio, dell'ospedalità accreditata, dei Gruppi ultraspecialistici? Come vogliamo procedere? Che cosa significa Federazione? Federazione o fusione? Vogliamo numerose Società Scientifiche o intendiamo muoverci verso una sola grande Società? Con quali connotati? A quale prezzo? In quali tempi? Questi gli interrogativi che ci poniamo e che poniamo a tutti. ... Sarà bene che sul programma presentato da Di Pasquale (eletto Presidente FIC per il 2007-2010) si cominci a discutere...” - **Il momento di riflettere insieme** - F. Chiarella (Rivista N. 158/159 - luglio/ottobre 2007, pagine 2-3). E i lavori della IV Edizione degli Stati Generali, che si tiene nella Abbazia di Spineto il 21 e 22 settembre 2007, vengono “... interamente dedicati al rapporto tra ANMCO e la Federazione Italiana di Cardiologia. Al centro del dibattito la domanda “Dove siamo e dove vogliamo andare”, proposta in riferimento a tutte le articolazioni della nostra realtà associativa”. A chiusura dell'incontro vengono “... tratte alcune considerazioni conclusive. Inanzitutto ANMCO continuerà a svolgere il ruolo che compete alla maggiore società cardiologica generalista, non essendosi attenuate le motivazioni per cui è nata. ... La Federazione continuerà a rappresentare il punto di incontro di soggetti che, proprio in quanto tra loro diversi, stabiliscono patti per realizzare obiettivi condivisi. La formalizzazione di questi patti fugherà i timori di depotenziamento associativo



ANMCO tra presente e futuro: identità e ruolo di fronte al processo federativo

DAL PRESIDENTE | 5

I lavori degli Stati Generali dell'ANMCO si sono svolti presso il complesso abbaziale di Spineto in due splendide giornate di settembre e sono stati interamente dedicati al rapporto tra l'ANMCO e la Federazione Italiana di Cardiologia. Al centro del dibattito la domanda "Dove siamo e dove vogliamo andare", proposta in riferimento a tutte le articolazioni della nostra realtà associativa. Il programma dei lavori, disegnato con domande stringenti per andare al cuore dei problemi, ha favorito una discussione costruttiva,

Journal" e poi "Journal of Cardiovascular Medicine" e "Giornale Italiano di Cardiologia" - ha rappresentato il primo vero successo federativo, insieme a molte altre realizzazioni tra cui il Documento "Struttura e organizzazione funzionale della Cardiologia" (2003); la "Consensus Conference su Sindromi Coronariche Acute e Diabete" (2004); l'avvio del Consiglio Federale (2005); la elezione di Roberto Ferrari a Presidente Designato ESC 2008-2010 (2006); i Censimenti della Cardiologia italiana (2000 e 2005), la realizzazione del portale FIC e la



di Francesco Chiarella

IV Edizione degli Stati Generali dell'ANMCO

schietta, talora pungente. In apertura il filmato sui primi quaranta anni dell'ANMCO ha rievocato i volti e le tappe di una vicenda associativa che ha saputo interpretare le esigenze della comunità cardiologica ospedaliera italiana. La riflessione sulle proprie origini ha aiutato a comprendere dove si vuole andare. In oltre quattro decenni l'ANMCO è cresciuta, si è imposta alla attenzione internazionale grazie ai GISSI, ha impiegato tempo e speso molte risorse per definire i connotati che oggi la caratterizzano. Gli interventi dei Presidenti ANMCO e FIC hanno avviato la discussione. È stato ricordato che la Federazione è stata costituita da ANMCO e SIC allo scopo di rappresentare la Cardiologia italiana in Europa e presso le istituzioni sanitarie italiane. La realizzazione del Giornale Federale - prima "Italian Heart

costituzione della Banca Dati di tutti i Cardiologi italiani (2006). Si è auspicato che il Consiglio Federale, finora riduttivamente focalizzato sulla revisione dello Statuto, possa affrontare i problemi reali della Cardiologia italiana. Su JCM è intervenuto il Direttore, con dati relativi al miglioramento quantitativo e qualitativo degli articoli inviati alla pubblicazione e considerazioni su come garantire lo sviluppo di una rivista che ha ottenuto l'impact factor. La discussione ha poi toccato il ruolo di Aree e Regioni, e costretto i partecipanti a rispondere a domande importanti, tra cui: Federazione o Fusione?, Cambiamo le Regole?, Cambiamo gli Assetti? Impossibile raccogliere in poche righe la ricchezza di un dibattito ampio ed articolato da cui tuttavia sono state tratte alcune conside-

attraverso la loro collaborazione con le altre Società su tematiche specifiche e porterà realizzazione di iniziative comuni, senza per questo variare gli assetti e i regolamenti. In altri termini l'ANMCO non scioglierà le Aree, che nella vita associativa rappresentano cultura, iniziativa e partecipazione. ... A livello nazionale la Federazione sarà presente nelle Commissioni... A livello regionale i Presidenti Regionali SIC e ANMCO interagiranno su programmazione e gestione cardiologica con gli Assessorati e saranno affiancati dai Referenti delle Società di Settore secondo competenza. La Federazione rappresenterà l'interlocutore unitario nei confronti di Farminindustria, di Assobiomedica e della Federazione Cardiologica Mondiale e garantirà la presenza costante di un suo rappresentante all'interno della FISM. ... Quanto alla formazione post-laurea ed al ruolo della Cardiologia Ospedaliera nella formazione degli specializzandi - obiettivo sottoscritto al momento di avvio della FIC- andranno precisati Patti Federali nel rispetto dei ruoli e delle possibilità offerte dal quadro istituzionale. ... Il Centro Studi potrà essere coinvolto in progetti di ricerca di interesse federativo, senza modifiche del ruolo del Comitato Scientifico e del Consiglio Direttivo dell'ANMCO. ... Nel panorama attuale che vede la presenza di più Fondazioni di soggetti federati, l'ANMCO rilancerà con forza Heart Care Foundation, ... Le tematiche affrontate ... verranno certamente arricchite da molti altri contributi. La vivacità del dibattito e la sintesi cui si è pervenuti stabiliscono tuttavia un punto di riferimento nella dialettica ANMCO/FIC" - **ANMCO tra presente e futuro: identità e ruolo di fronte al processo federativo** - F. Chiarella (Rivista N. 160 - novembre/dicembre 2007, pagine 4-6).♥

Rivista 160 - novembre - dicembre 2007, pag. 5

e di conflitto di interesse sulle grandi iniziative federali, sulle attività formative e sulla ricerca dei finanziamenti... La Federazione opererà nella ESC per cogliere tutte le opportunità offerte dalla presidenza del Prof. Ferrari e

perché nei Working Group sia dato spazio a Cardiologi italiani indicati dalla Federazione, evitando intrusioni e cooptazioni estranee alle dinamiche federative. ... Quanto alle Aree, lo spirito di intesa federativa maturerà



Due giovani medici in soggezione davanti ad un cattedratico

Vico Giambattista

Giambattista Vico, filosofo e storico del diciottesimo secolo, ridotto ad un indirizzo

«**D**ove abitate?». «Vico Giambattista, 25». Ormai non mi meravigliavo, avevo spesso ricevuto questa risposta da qualche altro paziente. Giambattista Vico, filosofo e storico del diciottesimo secolo, ridotto ad un indirizzo. Il consulto a “vico Giambattista” era stato chiesto dalle sorelle di Vincenzo Perone, il vicesindaco del paese, e sia il suo medico curante che io, al tempo

Un'esperienza di vita vissuta da due giovani medici, la perplessità nel rivelare tutte le terapie impiegate, la sorpresa finale

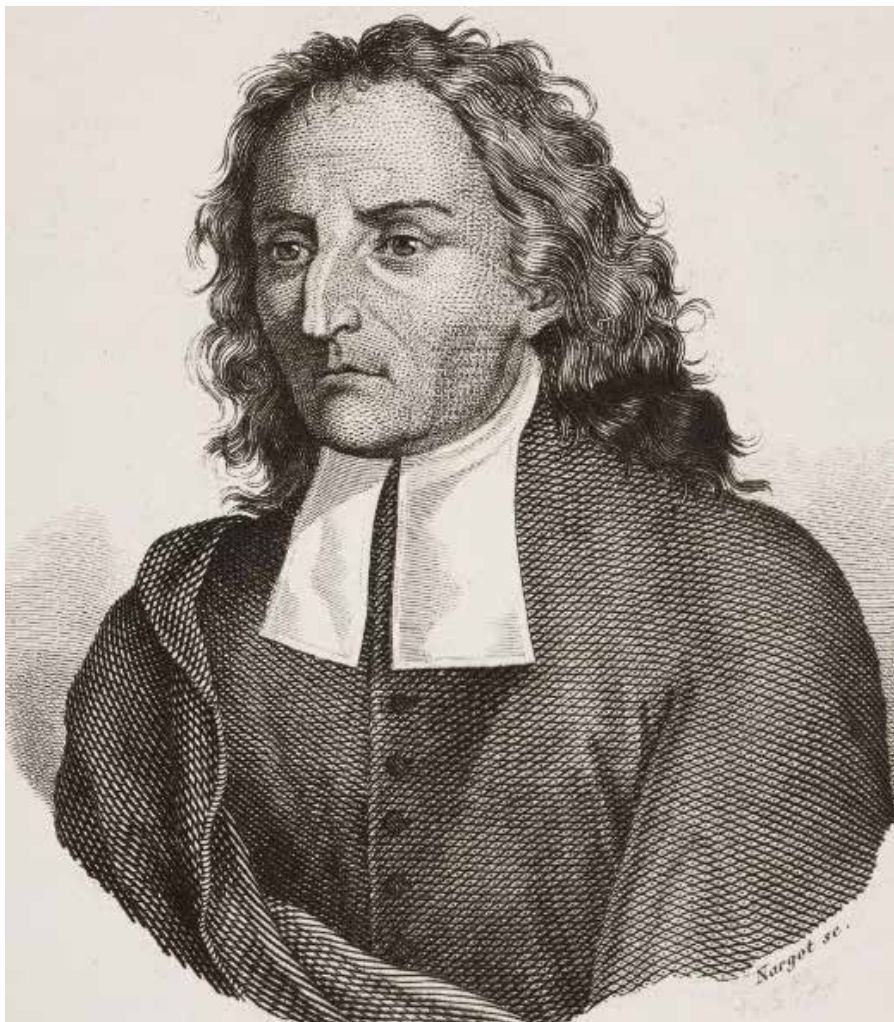
suo cardiologo di fiducia, non potevamo sottrarci. Vincenzo, anzi don Vincenzo come rispettosamente veniva chiamato da tutti, aveva una grave insufficienza respiratoria, conseguenza, ahimè, soprattutto dell'incalcolabile numero di sigarette fumate da oltre mezzo secolo. Era stato contattato il direttore della Pneumologia di uno degli ospedali più importanti di Napoli in ambito cardiorespiratorio, il Professor

Antonio Clasi. Il luminare si faceva un po' attendere, perciò, per accelerare i tempi, il più giovane della famiglia, automunito, si offrì di prelevarlo presso la sua abitazione e riaccompagnarlo dopo il consulto. Don Vincenzo viveva ormai da qualche mese tra letto e poltrona, perennemente collegato ad un bombolone di ossigeno. Di fronte a lui un comò dove, su una tovaglia, erano accumulate bocchette di gocce, pillole, sciroppi, fiale, apparecchio per aerosol, garze, cotone, alcool, fazzolettini di carta, bicchieri di plastica, bottiglie di acqua naturale. Ai suoi piedi, pala e pappagallo. In attesa del Professore toccò al curante e a me “prepararci” al consulto. Decidemmo pertanto di organizzare una sintesi della pluriennale sofferenza del paziente e delle terapie sino a quel momento adottate. «*Mettiamo ordine tra i farmaci*», diceva il collega, «*da una parte gli antibiotici assunti, dall'altra i mucolitici, poi i preparati per l'aerosol*». «E anche i referti», aggiunsi io «*elettrocardiogrammi, radiografie del torace, un diario dei parametri vitali*». «*Il cortisone io lo nasconderei, evitiamo di fargli vedere che lo abbiamo somministrato*». Ero perplesso, ma riconobbi che, forse,

date le condizioni del paziente, peraltro affetto anche da un diabete piuttosto grave e da una ipertensione non facilmente controllabile dalle terapie che, nel tempo, avevo

**- «Dove abitate?»
- «Vico Giambattista, 25, questo è l'indirizzo dove vive Don Vincenzo»
Il Professor Clasi, insigne cattedratico di Pneumologia, si faceva attendere e perciò il più giovane della famiglia, automunito, fu incaricato di prelevarlo presso la sua abitazione e riaccompagnarlo dopo il consulto**

suggerito, poteva essere giusto evitare di annoverarlo tra i farmaci somministrati, magari la cosa non sarebbe stata condivisa dall'illustre. E venne il giorno del consulto. Il Professor Clasi era alto, austero,



**Don Vincenzo viveva tra
letto e poltrona
Sul comò bocchette di
gocce, pillole, fiale, garze,
fazzolettini di carta
Ai suoi piedi, pala e
pappagallo**

elegante, al suo ingresso la Signora Maria, moglie dell'infermo, lo accolse con deferenza immediatamente

liberandolo del paltò di Loden e di cappello e guanti. Mentre si preparava il caffè, che il Professore accettò precisando: «Poco zucchero, grazie», il mio collega, supportato ogni tanto da qualche mia incursione sui dettagli più aderenti alle mie competenze, snocciolava storia clinica, esibiva referti e terapie adottate. Il Professore fece qualche domanda al povero don Vincenzo, palesemente intimorito da tanta autorevolezza, esaminò il cuore, percosse con mani delicate il torace sia davanti che dietro, fece pronunciare il fatidico “trentatrè”,

tirò fuori un fonendoscopio dorato e, nel silenzio generale, auscultò un respiro che appariva rumoroso anche agli astanti lontani. Infine, dopo avere sorseggiato il caffè, rivolgendosi ai presenti e a noi due, pronunciò la sua “sentenza”: «*Il nostro*

**Un'esperienza di vita in
un paese di provincia, un
consulto tra un luminare e
due medici curanti timorosi
di essere giudicati per
scelte terapeutiche che si
riveleranno invece corrette
e condivise**

Don Vincenzo è affetto da insufficienza respiratoria grave, a causa di una broncopneumopatia cronica ostruttiva che data ormai da decenni. Appartiene alla categoria che noi definiamo “blue bloater” piuttosto che “pink puffer” e qui rivolse uno sguardo di complicità a noi due. «La prognosi è a dire il vero infausta, ma l'arte medica e la scienza dispongono oggi di terapie idonee a tentare di migliorare almeno la qualità di vita di questi pazienti». Le terapie prescritte dai colleghi sino ad ora sono ineccepibili e qui la signora Maria annuì soddisfatta. «A mio avviso» proseguì con uno sguardo alle decine di bocchette sul comò «Continuerei su questa strada, aggiungendo, con rispetto per la competenza dei colleghi curanti, piccole ma crescenti dosi di cortisone, ovviamente sotto controllo dei parametri metabolici». E così, con un inchino, si congedò da tutti e si fece accompagnare alla porta.♥

Auguri di una
buona estate
dalla Redazione



