

Cardiologia

negli Ospedali



SETTEMBRE / OTTOBRE 2021 N° 243

Rivista dell'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri – ANMCO



ANMCO POWER

ANMCO
2022



II CALL
FOR
ABSTRACT
è aperto, partecipa anche tu



53° Congresso Nazionale
Associazione Nazionale
Medici Cardiologi Ospedalieri

congress.anmco.it
digital.anmco.it

PALACONGRESSI
R I M I N I
1 9 • 2 1
M A G G I O
2 0 2 2

TUTTA LA FORZA DELLA CARDIOLOGIA



Valerio Mirannalti
Particolare di "È piovuto, piove o piovierà"
soft pastel, 20x20 cm, 2020
www.valeriomirannalti.com.

N. 243
settembre/ottobre 2021
Rivista ufficiale dell'Associazione
Nazionale Medici Cardiologi
Ospedalieri

Editor
Manlio Cipriani
Co - Editor
Attilio Iacovoni
Direttore Responsabile
Mario Chiato
Comitato di Redazione
Stefania Angela Di Fusco
Giuseppe Di Tano
Giuseppina Maura Francese
Gianfranco Misuraca
Gian Luigi Nicolosi
Fortunato Scotto di Uccio
Francesca Simonelli
Redazione
Simonetta Ricci
Luana Di Fabrizio

ANMCO
Via A. La Marmora, 36
50121 Firenze
Tel. 055 51011 - Fax 055 5101350
segreteria@anmco.it
www.anmco.it
Organizzazione con Sistema di
Gestione Certificato da
KIWA CERMET secondo
la norma UNI EN ISO 9001:2015

Registrazione Tribunale
di Firenze del 27/11/74
Centro Servizi ANMCO srl Società
Benefit

Stampa
Tipografia Il Bandino
Firenze

Progetto grafico e
impaginazione
Studio Mirannalti - Fiesole (FI)

EDITORIALE

Editoriale p.4
di Manlio Cipriani

"Congress News Daily":
il Congresso raccontato
dai nostri talentuosi Writers
di Manlio Cipriani e Mario Chiato

DALL'INCOMING PRESIDENT

Lettera del Presidente ANMCO p.13
Furio Colivicchi sul Piano Nazionale
Straordinario per la Ricerca Clinica
ANMCO 2022-2025

ANMCO, Next Generation p.14
di Fabrizio Oliva



DAL 52° CONGRESSO
NAZIONALE ANMCO
52° Congresso ANMCO, p.7
Rimini 26-28 agosto 2021. Il progresso
nel cuore. Un altro straordinario
successo
di Domenico Gabrielli e Furio Colivicchi



DAL CENTRO STUDI DELLA FONDAZIONE PER IL TUO CUORE

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

DAL CONSIGLIO DIRETTIVO

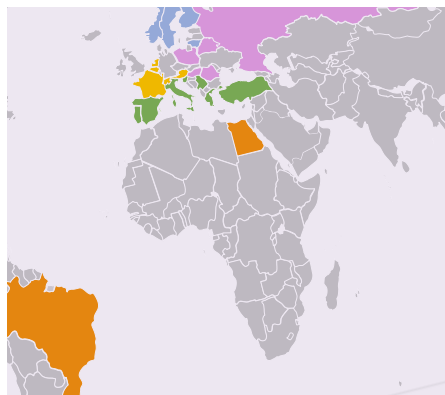
La riorganizzazione della Cardiologia in epoca di pandemia da SARS - CoV - 2. Il Position Paper ANMCO
di Pasquale Caldarola a nome del Consiglio Direttivo ANMCO

DAL SITO WEB

La nuova Commissione del Sito WEB ANMCO è pronta ad affrontare rinnovati traguardi
di Giuseppina Maura Francese e Fortunato Scotto di Uccio

DALLE AREE AREA CARDIOIMAGING

Uso dell'imaging non invasivo nei pazienti con sospetta coronaropatia: i dati del Registro Europeo EURECA
di Alessia Gimelli, Marco Campana, Antonello D'Andrea, Giovanna Di Giannuario, Georgette Khoury, Donato Mele, Massimiliano Rizzo, Antonella Moreo



AREA GIOVANI

Il Congresso Nazionale ANMCO un appuntamento sempre più imperdibile per i giovani Cardiologi
di Stefania Angela Di Fusco, Luigi Pollarolo, Marco Flori, Nadia Ingianni, Marco Malvezzi Caracciolo D'Aquino, Filippo Zilio



AREA MANAGEMENT&QUALITÀ

La tutela della salute tra diritto all'autodeterminazione del paziente e doveri del curante: il caso emblematico dei pazienti Testimoni di Geova
di Nicola Miccolis, Vincenzo Lopriore, Vittorio Palmieri, Alessandra Chinaglia, Damiana Fiscella, Fabiana Lucà, Laura Lalla Piccioni



AREA NURSING

La gestione multidisciplinare p.36
del malato cardiologico complesso:
i Mini Corsi dell'Area Nursing
*di Rossella Gilardi, Michela Barisone,
Donatella Radini, Stanislao Accardo,
Maria Cristina Pirazzini, Gabriella
Ricci, Giovanni Falsini, Tullio Usmiani,
Doriana Frongillo*

AREA SCOMPENSO CARDIACO

Presentazione in anteprima p.38
del Position Paper ANMCO
sull'insufficienza cardiaca avanzata
*di Massimo Iacoviello, Marco Marini,
Manuela Benvenuto, Leonarda
Cassaniti, Mauro Gori, Annamaria
Municinò, Enrico Ammirati, Alessandro
Navazio, Renata De Maria*

DALLE REGIONI

ABRUZZO

Scompenso cardiaco con p.43
funzione sistolica lievemente ridotta:
profilo epidemiologico, comorbidità ed
indici prognostici
*di Massimo Di Marco, PierGiusto Vitulli,
Roberta Magnano, Daniele Forlani,
Alberto D'Alleva, Tommaso Civitarese,
Laura Pezzi, Leonardo Paloscia*

CALABRIA

La Calabria alla ripartenza p.46
di Roberto Caporale

LIGURIA

Il Consiglio Direttivo p.47
Regionale ANMCO Liguria si rinnova:
Meet the new TEAM
*di Vered Gil Ad e Luca Olivotti a nome
del Consiglio Direttivo Regionale
ANMCO Liguria*

TOSCANA

UTIC: obiettivi di un'evoluzione p.50
*di Marisa Carluccio a nome del Consiglio
Direttivo Regionale ANMCO Toscana*

VENETO

La Rete Veneta nella Gestione p.53
del Cardiopatico Congenito Adulto
*di Daniela Mancuso, Alessandra
Cristofaletti e Claudio Bilato*



FORUM

La Dissezione Coronarica p.57
Spontanea: update su diagnosi e
strategie di trattamento
*di Enrico Cerrato, Maria Letizia Vassallo,
Federico Giacobbe, Emanuele Tizzani,
Ferdinando Varbella*
Pervietà del forame ovale: p. 60
dalla chiusura per "device" occlusivo
alla tecnica "NobleStitch". Esperienza di
un centro
*di Alberto Lavorgna, Gianluca Tomassoni,
Franco De Remigis, Cosimo Napoletano*
Quale futuro per l'Intelligenza p.63
Artificiale? Apriamo un dibattito...
di Gian Luigi Nicolosi

LETTO... E COMMENTATO. ECHI DALLA LETTERATURA INTERNAZIONALE

Statine ed effetto nocebo p.65
di Leonardo Misuraca

VIAGGIO INTORNO AL CUORE

L'insegnamento del Covid p.67
*di Francesco Paolo Calciano e Antonio
Giovanni Cardinale*
La razza e la genetica p.69
di Eligio Piccolo

UNO SGUARDO SUL MONDO

Il Carnevale di Valencia p.71
di Gianfranco Misuraca

LETTI PER VOI

Due solitudini complementari p.74
di Beatrice Balduzzo

IN MEMORIA DI...

Un grande professionista, p.76
una grande persona,
un uomo ANMCO fino in fondo
*di Domenico Gabrielli e Furio Colivicchi
a nome dei Consigli Direttivi e dei
Consigli Nazionali ANMCO 2018 -
2021
e 2021 - 2023*

Giovanni Gregorio p.78
una presenza non indifferente, discreta
e importante per l'ANMCO
di Giuseppe Rosato

Tributo al Professor Attilio p.80
Maseri, gigante della Cardiologia
di Giovanna Liuzzo



In ricordo di Sergio Cannas p.83
di Bortolo Martini e Sergio Cozzi



Editoriale

Cari Lettori, vi presento questo nuovo numero di “Cardiologia negli Ospedali” prima di tutto ringraziando i numerosi Autori che hanno voluto partecipare alla riuscita della rivista con articoli ricchi di novità, spunti di riflessione e approfondimenti che ancora una volta testimoniano un rinnovato fervore nel mondo cardiologico ANMCO. Si è chiuso il 52° Congresso Nazionale ANMCO, uno straordinario successo che ci viene raccontato dal suo Presidente Domenico Gabrielli e dal Presidente ANMCO Furio Colivicchi. Con “l’ottimismo responsabile” dei suoi organizzatori si è raggiunto l’eccezionale numero di circa 5.000 iscritti superando le migliori aspettative soprattutto in tempi pandemici. Fabrizio Oliva, Presidente

Designato, ci porta nel futuro della Società non dimenticando il passato; è del Piano Straordinario della Ricerca ANMCO 2022 - 2025 che ci parla nel suo articolo, già in avanzata fase operativa e che presto riattiverà con propulsiva energia la ricerca scientifica ANMCO. Consiglio ai naviganti: fatevi trovare pronti! Ce n’è per tutti e per tutti i gusti. Il sito ANMCO si rinnova e come già anticipato anche in “Cardiologia negli Ospedali” si appresta a diventare anche una rivista digitale. I lavori di costruzione sono in avanzato stato di realizzazione e contiamo per fine anno di darvi la lieta notizia, a “Cardiologia negli Ospedali” cartaceo si affiancherà una nuova forma digitale più moderna e fruibile. Dalle Aree e dalle Regioni in questo numero pubblichiamo

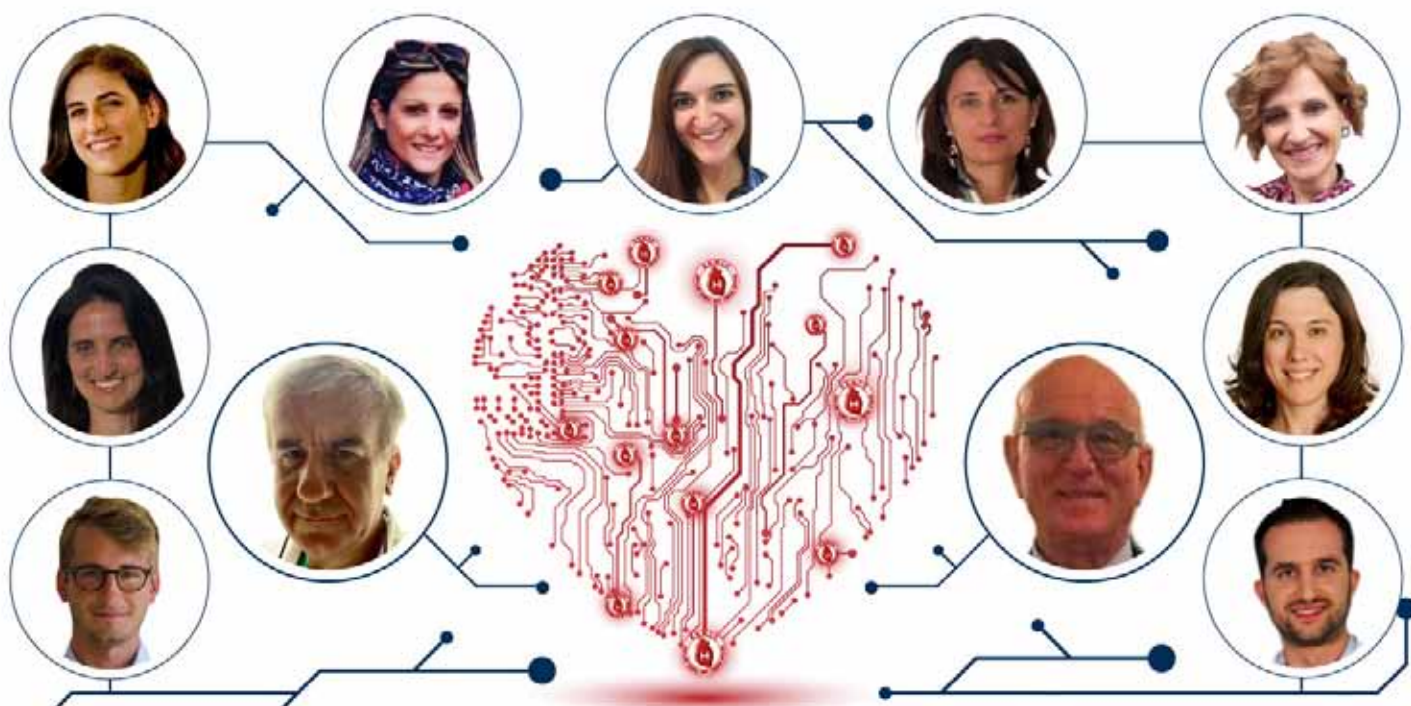
interessantissimi articoli a carattere scientifico e giuridico - sanitario che ci inorgoliscono e testimoniano una evoluzione culturale a cui la rivista è chiamata a far fronte anche per ampliare l’offerta editoriale ai nostri Lettori. Apre un dibattito sull’intelligenza artificiale in cardiologia Gian Luigi Nicolosi, nuovo acquisto del Comitato di Redazione della rivista, nel suo stimolante articolo. Spunti di riflessione che meritano un sicuro approfondimento. Il Prof. Eligio Piccolo ci onora con un articolo che approfondisce e rimarca le differenze tra razza e genetica in medicina. Tre importanti ricordi di illustri uomini del mondo ANMCO recentemente scomparsi si uniscono al cordoglio di tutta la redazione di “Cardiologia negli Ospedali”. Buona lettura.



Alfonsina Di Fusco - Particolare di "Percezione e consapevolezza dell'amore", olio su tela, 40 x 30 cm, 2009. Collezione privata.



“Congress News Daily”: il Congresso raccontato dai nostri talentuosi Writers



Dal sinistra a destra dal basso verso l'alto e in senso antiorario: Giovanni Amedeo Tavecchia, Martina Milani, Iside Cartella, Josephine Staine, Gabriella Ricci, Giovanna Di Giannuario, Antonella Spinelli, Gemma Filice e Giuseppe Parisi. Al centro da sinistra a destra: Manlio Cipriani e Mario Chiatto.

Un ringraziamento particolare va ai giovani cardiologi che quest'anno hanno reso possibile la realizzazione del “Congress News Daily”, il quotidiano del Congresso. Sia i Writers che fanno parte della Redazione dalle scorse edizioni, sia i nuovi arrivati hanno dimostrato competenza e professionalità ma

anche entusiasmo per il particolare ruolo di “inviato speciale” dal Congresso. In un anno ancora “ibrido”, nel quale è stata lasciata la possibilità di partecipare in presenza oppure online, si sono divisi tra sessioni virtuali e live raccogliendo le impressioni, le novità, i *take home message* degli eventi che abbiamo

scelto, cercando di privilegiare le tematiche più attuali. Ringraziamo quindi per il loro lavoro i nostri preziosi Writers: Iside Cartella, Giovanna Di Giannuario, Gemma Filice, Martina Milani, Giuseppe Parisi, Gabriella Ricci, Antonella Spinelli, Josephine Staine e Giovanni Amedeo Tavecchia. ♥



52° Congresso ANMCO, Rimini 26-28 agosto 2021 Il progresso nel cuore Un altro straordinario successo

A fine agosto scorso si è tenuto presso il Palacongressi di Rimini il nostro 52° Congresso, un Congresso particolare, siamo infatti passati dal “coraggio responsabile” del Congresso 2020 all’“ottimismo responsabile” del 2021, corroborato da una imponente partecipazione di pubblico, circa 5.000 iscritti fra parte in presenza e parte web e da una organizzazione peculiare che ha visto la compresenza nella organizzazione del Presidente ANMCO in carica Furio Colivicchi, mia e dei Consigli Direttivi ANMCO 2018-2021 e 2021-2023.

La finestra temporale di questo Congresso è stata analoga a quella del 2020 e ha di nuovo richiesto una deroga da parte di Farindustria e Assobiomedica per i noti limiti imposti dalle Autorità in ragione della situazione pandemica che ha travolto il nostro Paese; abbiamo avuto ancora una volta la forza e la determinazione di mantenere un Congresso anche in

presenza espressione di quel “coraggio responsabile” che ci è stato riconosciuto anche lo scorso



anno, pur andando in parziale sovrapposizione con il Congresso ESC, che per gli stessi motivi si è svolto solo in forma digitale. Abbiamo puntato sulla formula congressuale di tipo ibrido, che prevede sia la parte residenziale, nel pieno rispetto della normativa relativa, sia la partecipazione online, impreziosita da una piattaforma web di assoluto rilievo ulteriormente evoluta rispetto allo scorso anno, grazie all’impegno del nostro partner tecnologico. Questo Congresso è particolare inoltre perché, come si diceva, “figlio” di due CD, che hanno avuto la capacità di lavorare insieme con eccellenti risultati a questo fine. Anche quest’anno è stata riproposta la formula già testata, infatti l’intero programma scientifico è stato e sarà totalmente fruibile ancora





per qualche mese attraverso la piattaforma dedicata **digital.anmco.it**, in cui sono stati anche individuati percorsi di formazione a distanza FAD sincrona e asincrona. Nonostante le dinamiche che stiamo vivendo e che stanno cambiando profondamente le nostre vite, ANMCO ha fortemente voluto e creduto nel Congresso anche in presenza, per poter promuovere lo scambio e l'interazione scientifica, anche in materia di COVID-19, con percorsi che pongono particolare attenzione ad argomenti organizzativi e alle evidenze emerse dalla nostra quotidianità, un programma che è stato impreziosito dalla partecipazione di un numero di rappresentanti istituzionali come mai successo in precedenza.

Il motivo informatore del Congresso è stata la **Cardiologia Digitale**, in perfetta sintonia con la evoluzione clinica e organizzativa legata anche alle necessarie riflessioni regolatorie obbligate dalla pandemia e una naturale evoluzione del percorso scientifico che ANMCO ha seguito in questi anni e con quello che è stato lanciato in questi mesi "Next Generation ANMCO". Ci siamo impegnati per proporre un evento in grado di richiamare tutta la comunità medico-scientifica, arricchito da una complessa partnership, anche di natura istituzionale, mai come quest'anno numerosa e di respiro internazionale, con l'adesione dei diversi organismi attivi nell'ambito cardiologico e non. Nel corso del Congresso si sono svolte Sessioni Congiunte, approfittando delle possibilità tecniche offerte dalla piattaforma web, con ESC, ACC e AHA; molte sono state le Letture di prestigiosi ospiti stranieri, fra le altre



La presentatrice Barbara Capponi conduce la Tavola Rotonda "La comunicazione in medicina quale integrazione della cura". Nella foto da destra: Fabrizio Oliva Presidente Designato ANMCO, Carmine Riccio e Pasquale Caldarola, Vice Presidenti ANMCO, Domenico Gabrielli, Past President ANMCO



Il direttore di "Corriere Salute" Luigi Ripamonti intervista il Presidente ANMCO Furio Colivicchi, il Past President ANMCO Domenico Gabrielli, il Presidente della FISM, Franco Vimercati ed il Ministro della Salute della Guinea Bissau, Dionisio Cumbà per parlare di cooperazione internazionale in Cardiologia

quella della Prof.ssa Barbara Casadei italiana e past-presidente ESC, che ha portato il saluto della nostra società madre.

Sono stati proposti circa 400 abstract per comunicazioni/poster, a testimonianza della vivacità culturale e scientifica della Cardiologia Italiana e nello specifico Ospedaliera; gli atti del Congresso sono stati pubblicati in forma cartacea su un Supplemento dello EHJ e in forma digitale. Si è ancora una volta posta attenzione al coinvolgimento dei giovani, sia

prevedendo un elevato numero di loro nella Faculty sia offrendo la iscrizione gratuita al Congresso, in forma residenziale, nei limiti di numero che ci siamo autoimposti in ossequio alla massima sicurezza dei partecipanti, o digitale, a tutti gli specializzandi in Cardiologia e Cardiochirurgia e di branche internistiche che ne abbiano manifestato interesse. Abbiamo l'ambizione di aver prodotto, oltre che il solito importante e innovativo progetto scientifico-formativo, anche



Un momento della Lettura Magistrale della Prof.ssa Mariell Jessup



Il Prof. Marco Mazzanti interviene durante il Simposio Congiunto ANMCO - AHA



Intervento del Prof. Gianfranco Gensini durante il Simposio Congiunto ANMCO - ACC



Il Prof. Furio Colivicchi e la Prof.ssa Savina Nodari moderano il Simposio Congiunto ANMCO - ESC

una manifestazione che ha premiato l'impegno e la passione degli Associati ANMCO: dall'assegnazione della borsa di studio intitolata a Vincenzo Masini, alla premiazione del migliore caso clinico con il premio Pizzuti-Chiatto istituito, alla premiazione dei 3 vincitori del partecipatissimo Campionato di Refertazione ECG, fino alla proclamazione dei nuovi Fellow che è stato un momento di particolare gradevolezza associativa nel corso della cerimonia conclusiva. Ci siamo avvalsi della competenza e capacità professionale di illustri giornalisti che hanno animato e condotto le cerimonie di apertura e conclusiva e alcune sessioni, da Luigi Ripamonti a Barbara Capponi a Vira



Consegna del Premio Vincenzo Masini al Dott. Massimo Mapelli (da sinistra: il Presidente ANMCO, Prof. Furio Colivicchi, l'Avv. Massimo Masini, il Dott. Massimo Mapelli e il Past President ANMCO, Dott. Domenico Gabrielli)



Il Dott. Mario Chiatto consegna il Premio “Chiatto-Pizzuti” per il miglior Caso Clinico al Socio under 40 alla Dott.ssa Laura Ceriello



Consegna degli attestati ai Fellow ANMCO 2021



La Prof.ssa Barbara Casadei in videoconferenza ringrazia per il titolo di Fellow emerito ANMCO



Consegna del 1° Premio ANMCO Digital alla Dott.ssa Emanuela Facchini (da sinistra: il Dott. Leonardo De Luca, Segretario Generale ANMCO, la Dott.ssa Emanuela Facchini, il Presidente ANMCO, il Prof. Furio Colivicchi e il Past President ANMCO, Dott. Domenico Gabrielli)

Carbone, durante tutta la durata del si sono registrate interviste a leaders clinici del mondo ANMCO il tutto sotto la regia illuminata dei nostri addetti stampa. Il conferimento del massimo riconoscimento associativo, la Targa d'Oro, ha visto quest'anno premiare il Generale Figliuolo, per noi è stato un grande onore che abbia con particolare partecipazione presenziato, anche se da remoto, alla consegna. Abbiamo voluto inoltre riconoscere il valore associativo di Andrea Di Lenarda e di Giovanni Gregorio, quest'ultimo non presente per un aggravamento improvviso delle condizioni di salute, figure di cardiologi e associati ANMCO di assoluto valore professionale e umano.

Il Congresso è stato “Covid-free”, sono state utilizzate infatti tutte le



Il Generale Francesco Paolo Figliuolo, Commissario Straordinario per l'emergenza Covid - 19, in collegamento per il conferimento della Targa d'Oro ANMCO



*Consegna della Targa d'Oro 2021 ad Andrea Di Lenarda, Past President ANMCO
La Targa d'Oro al Dott. Giovanni Gregorio viene ritirata dal Dott. Giuseppe Rosato*



accortezze che hanno già garantito lo scorso anno la sicurezza da diffusione del virus, implementati dalla obbligatorietà del “green-pass” e da un sistema di tracciamento del singolo partecipante che ci consentiva di ricostruire, in caso di necessità, spostamenti interni agli spazi congressuali e contatti eventuali. In conclusione anche questo 52° è stato un Congresso di alto livello scientifico, che ha mostrato l'attenzione di ANMCO a tenersi





al passo con i tempi mediante innovazioni introdotte nel programma e nelle modalità di fruizione, è emerso ancora una volta il fortissimo spirito associativo che lo ha permeato, un evento che è riuscito come sempre a contemperare competenza, passione, dedizione, spirito di sacrificio, rispetto e amicizia, cioè i valori che da sempre caratterizzano ANMCO e che ne fanno la forza trainante, non per niente il *leit motiv* del prossimo Congresso sarà ANMCO POWER. Un cordiale saluto e a presto. ♥





ANMCO ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDIOLOGI OSPEDALIERI
Via La Marmora, 36 – 50121 Firenze
www.anmco.it e-mail: segreteria@anmco.it
Tel. +39 055 51011 - Fax +39 055 5101350

Il Presidente

Prot. S610/21/ANMCO
Firenze, 29 settembre 2021

AI SOCI ANMCO

Cari Amici,

con grande piacere vi comunico che il **PIANO NAZIONALE STRAORDINARIO PER LA RICERCA CLINICA ANMCO 2022-2025** è stato predisposto nella sua forma finale dal Consiglio Direttivo ANMCO e condiviso con il Consiglio Nazionale ANMCO. Il documento è pertanto disponibile per tutti gli Associati sul sito web dell'ANMCO.

Abbiamo raggiunto in breve tempo uno dei primi obiettivi tra quelli di maggior valore strategico per la nostra Associazione in questa delicata fase storica, facendo nostri gli impegni per la ripresa e la resilienza. **NEXT GENERATION ANMCO è già una realtà concreta.**

Un sentito ringraziamento deve andare al Presidente Designato ANMCO, dr. Fabrizio Oliva, al Segretario Generale ANMCO, dr. Leonardo De Luca, al Senior Advisor for Clinical Research, dr. Andrea Di Lenarda, al Segretario Generale del Comitato Scientifico ANMCO, dr. Marino Scherillo e al Direttore del Centro Studi, dr. Aldo Maggioni. A quest'ultimo va il mio personalissimo grazie per le dedizione dimostrata nei confronti della nostra Associazione in tanti anni di lavoro. Nell'insieme, questo gruppo di lavoro è riuscito in tempi straordinariamente brevi a vagliare tutte le proposte pervenute dagli Associati, operando una sintesi brillante e condivisa con tutti gli organismi associativi.

Non posso nascondervi che sono particolarmente orgoglioso di questo importante risultato. Tutti gli organismi dell'Associazione hanno dimostrato di saper affrontare tempestivamente le sfide che ci attendono. Con il **PIANO NAZIONALE STRAORDINARIO PER LA RICERCA CLINICA ANMCO 2022-2025** la nostra Associazione si è data una prospettiva condivisa di impegno per la crescita culturale e scientifica. Nei fatti, ci stiamo avviando speditamente a raggiungere tangibili risultati per il potenziamento delle attività di ricerca ANMCO del prossimo futuro.

Un cordiale e fraterno saluto

Furio Colivicchi
Presidente ANMCO



Dalla tradizione all'innovazione,
un Piano Straordinario della Ricerca come manifesto

ANMCO, Next Generation

Passato, presente e futuro della nostra società

Cari Amici, Colleague e Colleghi, è la prima volta che mi affaccio nel mondo ANMCO come Presidente Designato della nostra società, e il mio primo pensiero, il mio grazie, non può non andare a tutti coloro che mi hanno sostenuto nelle recenti elezioni e che hanno creduto in me. Sono stati moltissimi, per una vittoria importante, alla quale tenevo tanto ma che in ugual modo mi responsabilizza. Non c'è modo migliore di iniziare che con un ampio consenso ma io cercherò soprattutto di essere il presidente di tutti, di un ANMCO forte e coesa, in cui sono fondamentali il coinvolgimento e il contributo di ogni socio. Guidare una delle più importanti e rappresentative società scientifiche italiane per me vuol dire impegnarsi non solo per mantenere gli standard attuali ma cercare di migliorare, mirando a traguardi sempre più alti. Le premesse sono favorevoli perché chi ci ha preceduto ha tracciato un solco importante nonostante abbia attraversato il momento critico della pandemia; la società non solo ha tenuto ma si è consolidata economicamente. Il precedente direttivo sotto la guida esperta di Mimmo Gabrielli ha fatto in questo senso un lavoro importante

e prezioso. Ora è il momento di ripartire con nuove progettualità ed ho il piacere di farlo nei prossimi due anni al fianco di un altro amico con cui già in passato abbiamo affrontato

L'ANMCO riparte dopo la difficile parentesi pandemica nel solco della tradizione, puntando sulla ricerca innovativa in ambito cardiovascolare, per raggiungere ambiziosi traguardi e garantirsi un futuro da protagonista. È necessaria una più ampia collaborazione e un maggiore coinvolgimento dei giovani

importanti partite per ANMCO, Furio Colivicchi. L'aggiunta al nostro stemma storico della dicitura "next generation" sottintende la filosofia e il programma che stiamo delineando insieme ad un nuovo direttivo che

vede la presenza di persone di alto profilo, con elevate competenze. Il punto di partenza sono i valori insiti nel modo di pensare e di agire di chi fa parte di ANMCO, il nostro DNA, mai venuto meno anche nei momenti difficili; la sfida è invece quella di riportare la società ad un ruolo ancora più importante e centrale nella ricerca scientifica in ambito cardiovascolare. Proprio per questo mandato, affidatomi dal presidente, abbiamo lavorato alacremente e licenziato qualche giorno fa il Piano Straordinario della Ricerca ANMCO 2022-2025, per la prima volta quadriennale, che attraverserà due mandati e che cercherà non solo di identificare le priorità ma anche di gettare le basi per un duraturo e costante impegno in questo ambito. La forza propulsiva del nuovo direttivo sta trovando come sempre il prezioso, competente ed irrinunciabile contributo di Aldo Maggioni e di tutto il team del Centro Studi. L'aspetto però che considero ancora più importante è un rinnovato, tangibile entusiasmo di un gran numero di voi che ha risposto alla call lanciata per l'invio di proposte per progetti di ricerca. Ricevere suggerimenti da persone esperte e che hanno ricoperto ruoli



importanti ma anche da tanti giovani soci, dalle Aree e dalle Regioni mi ha confermato la forza propulsiva di ANMCO, una potenzialità che non

La sfida: riportare la società ad un ruolo ancora più importante e centrale nella ricerca scientifica in ambito cardiovascolare

ci possiamo permettere di sprecare. Le basi da cui partiamo sono molto buone, la nostra società ha scritto pagine importanti nella ricerca con gli Studi GISSI, è stata antesignana nella ricerca osservazionale. I principi ispiratori sono in accordo con i dettami dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, del suo piano decennale che si concluderà proprio nel 2025. Vi è la necessità di focalizzare l'attenzione sulla prevenzione, sulla riduzione dei fattori di rischio, non trascurando i determinanti aspetti sociali; bisogna farlo con una ricerca anche innovativa, con la monitoraggio degli obiettivi nel tempo, con la costante restituzione dei dati ai ricercatori e la discussione tempestiva dei risultati per poter correggere il tiro. Pensiamo che sia necessario dopo la pandemia COVID, per poter programmare adeguatamente il futuro in questo ambito, rifare il punto sull'organizzazione delle Cardiologie italiane con un nuovo censimento. Riteniamo fondamentale il link tra i dati

clinici e quelli amministrativi e che debba essere promossa un'attività di collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità e/o altre istituzioni sanitarie governative per l'analisi delle schede di dimissione ospedaliera e i *big data*. I grandi temi sui quali focalizzeremo l'attenzione e i nostri progetti saranno quelli di maggior impatto epidemiologico in ambito cardiovascolare: la prevenzione, la cardiopatia ischemica, l'insufficienza cardiaca, le aritmie e le patologie valvolari. I nuovi progetti riguarderanno le strategie convalidate ed innovative

Il futuro della nostra società passa attraverso la ricerca, il fattivo coinvolgimento di tutti, la crescita e la valorizzazione di una nuova generazione di cardiologi

di prevenzione secondaria iniziate precocemente, la tempistica delle terapie farmacologiche raccomandate nello scompenso cardiaco, sottogruppi di particolare interesse ed elevata incidenza di eventi fatali come lo shock cardiogeno e la sindrome coronarica a presentazione tardiva, la fibrillazione atriale, l'impiego di sistemi multiparametrici per promuovere l'aderenza terapeutica, le malattie rare. Nei vari contesti si potranno applicare i diversi disegni di studio che meglio si adattano,

a seconda dei casi. Dovremo anche progressivamente aprirci alla partecipazione agli studi della Società Europea di Cardiologia (ESC), in particolare a quelli più innovativi, questo ci consentirà di contribuire da protagonisti alla cardiologia del futuro. Partiremo dunque dalla tradizione ma mirando all'innovazione, rivalutando anche criticamente eventuali errori del passato. Coinvolgimento di tutti, ma soprattutto dei giovani, che dovranno essere aiutati e guidati nella crescita, protagonisti non solo nella conduzione degli studi ma nell'elaborazione dei dati e nella scrittura dei contributi scientifici. Dalla versione finale del piano siamo ora passati allo step successivo, la pianificazione del primo studio che ci vedrà coinvolti già dall'inizio del prossimo anno. Siamo già in molti, saremo ancora di più, sempre di più; ciascuno sarà chiamato a collaborare nell'ambito del campo di maggiore competenza e di interesse, perché dovranno essere

Competenza e motivazione le forze che ci permetteranno di raggiungere risultati importanti

specificità e motivazione le forze che ci permetteranno di raggiungere risultati importanti. Buon lavoro a tutti. ♥



Studi in corso (DATI AGGIORNATI AL 24/09/2021)

Nome dello Studio	N° centri attivati Italia (tutto il mondo)	N° pazienti previsti dal protocollo Italia (tutto il mondo)	N° pazienti arruolati Italia (tutto il mondo)	Durata prevista del follow-up	Stato
GISSI Outliers CAPIRE (osservazionale)	11	800	544	10 anni	Arruolamento chiuso Follow-up in corso
ISCHEMIA – Extended Follow-up In collaborazione con New York University	14 (351)	378 (5.000-6.000)	208 5.856	Fino al 2025	Arruolamento chiuso Follow-up in corso
Registro G-CHF Long Term Follow-up (osservazionale)	9 (273)	750 (25.000 circa)	576 (23.281)	Fino al 2023	Arruolamento chiuso Follow-up in corso
BLITZ-AF CANCER (osservazionale)	89 (126)	800 (1.500)	960 (1.475)	1 anno	Arruolamento in corso Follow-up in corso
EMPA-KIDNEY (randomizzato)	19 (229)	500 (6.000)	246 (6.669)	Event driven	Arruolamento chiuso Follow-up in corso

Studi conclusi (DATI AGGIORNATI AL 24/09/2021)

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

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

FOCUS ON

Studio BLITZ-COVID19

Steering Committee: Michele M. Gulizia (Chairperson), F. Colivicchi (Co-Chairperson), Domenico Gabrielli (Co-Chairperson), G. Di Pasquale, L. De Luca, F. Nardi

Lo studio BLITZ-COVID19, promosso dalla Fondazione per il Tuo cuore onlus e coordinato dal Centro Studi ANMCO, costituisce un importante progetto di ricerca che si inserisce nella strategia di valorizzazione della ricerca epidemiologica in un momento assai particolare per il nostro Paese, come quello della pandemia in atto. BLITZ-COVID19 è uno studio osservazionale, multicentrico, nazionale che prevedeva la raccolta di dati clinici, sia in maniera retrospettiva che prospettica, utilizzando una CRF elettronica con compilazione e invio mediante browser internet.

Scopo dello studio era quello di descrivere le caratteristiche dei pazienti ricoverati in UTIC nel corso del primo anno della pandemia COVID-19, le principali risorse impiegate per la loro diagnosi, terapia e gestione, l'esito del loro ricovero in ospedale, la frequenza delle più

importanti comorbidità, l'impatto che l'infezione da COVID-19 può avere determinato sulla mortalità durante il ricovero in base alla condizione clinica oggetto di ricovero.

Lo studio, proposto a tutte le 398 UTIC Italiane, prevedeva l'arruolamento di tutti i pazienti ricoverati per qualsiasi causa in UTIC in due periodi di raccolta dati, retrospettivo e prospettico, ciascuno della durata di 30 giorni.

La fase retrospettiva si è svolta dal 1 al 30 marzo 2020 nelle regioni del Nord e Centro-Nord¹ e dal 15 marzo al 13 aprile 2020 nelle regioni del Sud, Centro-Sud ed Isole². La fase prospettica, che prevedeva di raccogliere informazioni sulla ripresa del diffusione COVID-19 nell'autunno 2020, si è svolta tra novembre 2020 e febbraio 2021 in funzione della data di attivazione delle UTIC partecipanti. Non erano previste visite di controllo, pertanto la partecipazione allo studio si concludeva per ogni paziente arruolato al momento della dimissione dall'Ospedale. L'attesa era di riuscire ad arruolare complessivamente circa 4.000 pazienti, 2.000 nella fase retrospettiva e 2.000 pazienti in quella prospettica, da parte di 150 UTIC.

Il data base dello studio BLITZ-COVID19 è stato chiuso a fine marzo 2021. Hanno partecipato al progetto 109 UTIC ben distribuite su tutto il territorio nazionale che hanno complessivamente arruolato 6.054 pazienti, 2.774 nella fase retrospettiva e 3.280 in quella prospettica.

Nelle due fasi di raccolta dati sono stati ricoverati nelle UTIC partecipanti 184 pazienti positivi al COVID-19 (85 nella fase retrospettiva e 99 nella fase prospettica).

Considerata la numerosità della casistica arruolata lo studio ha tutti i presupposti per poterci consentire di fare delle valutazioni affidabili sulla epidemiologia dei ricoveri in UTIC in corso di pandemia-COVID19, sulle principali risorse impiegate per la diagnosi, la terapia e la gestione dei pazienti, ma soprattutto sull'impatto che l'infezione da COVID19 può aver determinato sulla mortalità in base alla condizione clinica oggetto di ricovero.

I risultati preliminari sono stati presentati al Congresso ANMCO, che si è svolto a Rimini dal 26 al 28 agosto 2021, e sono attualmente in corso ulteriori analisi per la stesura del manoscritto con i risultati principali dello studio.

¹ Piemonte, Valle d'Aosta, Lombardia, P.A. Bolzano, P.A. Trento, Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana, Marche.

² Umbria, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia, Sardegna



Furio Colivicchi

PRESIDENTE

FURIO COLIVICCHI

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



Pasquale Caldarola

VICE-PRESIDENTE

PASQUALE CALDAROLA

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



Carmine Riccio

VICE-PRESIDENTE

CARMINE RICCIO

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



Domenico Gabrielli

PAST PRESIDENT

DOMENICO GABRIELLI

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



Fabrizio Oliva

PRESIDENTE DESIGNATO

FABRIZIO OLIVA

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



Leonardo De Luca

SEGRETARIO GENERALE

LEONARDO DE LUCA

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



Loris Roncon

TESORIERE

LORIS RONCON

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



Manlio Cipriani

CONSIGLIERE

MANLIO CIPRIANI

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



Cosimo Napoletano

CONSIGLIERE

COSIMO NAPOLETANO

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



Marco Corda

CONSIGLIERE

MARCO CORDA

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



Alessandro Navazio

CONSIGLIERE

ALESSANDRO NAVAZIO

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



Alfredo De Nardo

CONSIGLIERE

ALFREDO DE NARDO

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



Emanuele Tizzani

CONSIGLIERE

EMANUELE TIZZANI

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



Giuseppina Maura
Francese

CONSIGLIERE

GIUSEPPINA MAURA FRANCESE

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



Serafina Valente

CONSIGLIERE

SERAFINA VALENTE

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



La riorganizzazione della Cardiologia in epoca di pandemia da SARS - CoV - 2 Il Position Paper ANMCO

La Pandemia COVID ha rappresentato un evento di carattere eccezionale, imprevisto ed inatteso che ha colto tutti impreparati, decisori pubblici, personale sanitario, industria del settore farmaceutico e non, con gravi conseguenze: sovraccarico delle strutture ospedaliere con stravolgimento della loro organizzazione, deficienza del sistema territoriale in tutte le sue articolazioni. Il tutto peggiorato dalla mancanza di un approccio unico ed unitario alle problematiche emerse, ma fronteggiato con disuguaglianze territoriali e sociali. L'impatto della pandemia da sindrome respiratoria acuta severa coronavirus 2 (SARS-CoV-2) in ambito cardiovascolare è stato particolarmente devastante, causando un drastico calo di circa il 30-40% dei ricoveri per sindrome coronarica acuta (SCA) e scompenso cardiaco. Di fatto si è assistito ad un grave ritardo nel ricorso alle cure mediche di pazienti affetti da infarto miocardico con soprallivellamento del tratto ST (STEMI), nonché una forte contrazione dei ricoveri per infarto miocardico senza soprallivellamento del tratto ST (NSTEMI), per embolia polmonare,

per ictus, per bypass aortocoronarico. **Revisione degli aspetti strutturali, organizzativi e tecnologici**

Superata l'emergenza COVID-19 certamente non sarà più possibile rimanere nelle condizioni pre-pandemia e sarà necessaria e indispensabile una nuova visione del SSN, dell'organizzazione dei reparti per acuti, un'evoluzione del sistema salute per affrontare in maniera adeguata la presa in carico delle cronicità. È fondamentale ribadire il ruolo degli ospedali orientati alla cura dell'acuto, ma opportunamente potenziati nei vari aspetti tecnologici e di risorse umane, verosimilmente orientati ad una maggiore flessibilità e modularità di tipo strutturale ed organizzativo.

È giunto il momento di:

- proporre standard di personale adeguati;
- adeguare le strutture di ricovero per acuti con predisposizione di aree "grigie" di osservazione e di aree di isolamento;
- potenziare le dotazioni tecnologiche;
- rendere più appropriati i vari setting assistenziali;
- applicare il modello dipartimentale cardiovascolare, non implementato

in tutte le aziende, anche in connessione tra ospedale e territorio, che garantisca una opportuna omogeneità e continuità di percorsi, una condivisione di risorse e di processi formativi;

- strutturare ed implementare i Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) per le più frequenti patologie cardiovascolari (SCA, scompenso cardiaco, aritmie, post-SCA), che facilitino il raccordo tra le diverse figure coinvolte nella gestione del paziente e che puntino a creare un "ponte" efficace con il territorio, per garantire un adeguato piano assistenziale delle cure;
- ridisegnare le reti cliniche alla luce dell'esperienza vissuta, ridefinendo i ruoli dei centri spoke ed hub, ma anche degli ospedali di prossimità;
- investire in sanità digitale per permettere la creazione di reti di interconnessione tra reparti di dimissione e paziente, tra centri hub e spoke, tra diversi specialisti coinvolti nella gestione del paziente acuto o cronico multimorbido, pensando ad un futuro del SSN basato su processi di cura in continuità tra ospedale e territorio e integrati in una reale gestione multidisciplinare;
- dare supporto ai colleghi delle Aree



COVID-19 E CARDIOLOGIA

Position paper ANMCO: Riorganizzazione della cardiologia in epoca di pandemia COVID-19

Pasquale Caldarola^{1*}, Adriano Murrone^{2*}, Loris Roncon³, Giuseppe Di Pasquale⁴, Luigi Tavazzi⁵,
Vincenzo Amodeo⁶, Nadia Aspromonte⁷, Manlio Cipriani⁸, Andrea Di Lenarda⁹, Stefano Domenicucci¹⁰,
Giuseppina Maura Francese¹¹, Massimo Imazio¹², Fortunato Scotto di Uccio¹³, Stefano Urbinati¹⁴,
Serafina Valente¹⁵, Michele Massimo Gulizia^{11,16}, Furio Colivicchi¹⁷, Domenico Gabrielli¹⁸

¹U.O. Cardiologia-UTIC, Ospedale San Paolo, Bari

²S.C. Cardiologia-UTIC, Ospedali di Città di Castello e di Gubbio-Gualdo Tadino, AUSL Umbria 1, Perugia

³U.O.C. Cardiologia, Ospedale Santa Maria della Misericordia, Rovigo

⁴Direzione Sanitaria, Azienda USL di Bologna

⁵Maria Cecilia Hospital, GVM Care & Research, Cotignola (RA)

⁶U.O.C. Cardiologia-UTIC, Ospedale Santa Maria degli Ungheresi, Polistena (RC)

⁷U.O.S. Scampeo Cardiac, Dipartimento di Scienze Cardiovascolari e Tiroidee,

Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli IRCCS, Roma

⁸Cardiologia 2-Insufficienza Cardiaca e Trapianti, Dipartimento Cardiorivasculari "A. De Gasperi",
ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, Milano

⁹S.C. Cardiovascolare e Medicina dello Sport, Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina-ASUGI, Trieste

¹⁰Agenzia Ligure della Sanità, Regione Liguria

¹¹U.O.C. Cardiologia, Ospedale Garibaldi-Nesima, Azienda di Rilievo Nazionale e Alta Specializzazione "Garibaldi", Catania

¹²Cardiologia, Presidio Molinette, A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino, Torino

¹³Cardiologia-UTIC, Ospedale del Mare, Napoli

¹⁴U.O.C. Cardiologia, Ospedale Bellaria, AUSL di Bologna, Bologna

¹⁵U.O.C. Cardiologia Clinico Chirurgica (UTIC), A.O.U. Senese, Ospedale Santa Maria alle Scotte, Siena

¹⁶Fondazione per il Tuo cuore - Heart Care Foundation, Firenze

¹⁷U.O.C. Cardiologia Clinica e Riabilitativa, Presidio Ospedaliero San Filippo Neri, ASL Roma 1, Roma

¹⁸U.O.C. Cardiologia, Dipartimento Cardio-Toraco-Vascolare, Azienda Ospedaliera San Camillo Forlambini, Roma

The COVID-19 pandemic represents an unprecedented event that has brought deep changes in hospital facilities with reshaping of the health system organization, revealing inadequacies of current hospital and local health systems. When the COVID-19 emergency will end, further evaluation of the national health system, new organization of acute wards, and a further evolution of the entire health system will be needed to improve care during the chronic phase of disease. Therefore, new standards for healthcare personnel, more efficient organization of hospital facilities for patients with acute illnesses, improvement of technological approaches, and better integration between hospital and territorial services should be pursued. With experience derived from the COVID-19 pandemic, new models, paradigms, interventional approaches, values and priorities should be suggested and implemented.

Key words. Cardiology; COVID-19; National health system; Management.

G Ital Cardiol 2021;22(8):610-619

COVID-19.

Riprogrammazione delle attività ambulatoriali

Molte delle criticità registrate durante le varie fasi della pandemia COVID-19 sono state legate alla insufficiente risposta fornita dal territorio ai bisogni sanitari, emersi in maniera imprevedibile, mai verificatisi in precedenza, che invece richiedevano risposte rapide ed efficaci. Tutto ciò ha causato una notevole e disastrosa pressione sulle strutture ospedaliere che hanno dovuto farsi carico della

maggior parte del peso assistenziale della infezione da SARS CoV-2. D'altro canto, nei mesi di piena emergenza sanitaria, molte attività sono state sospese non solo all'interno delle strutture ospedaliere ma anche sul territorio, interrompendo o limitando sia le attività di screening che di monitoraggio. La sospensione/riduzione delle attività ambulatoriali sta avendo e continuerà ad avere certamente significativi impatti sulla salute. Le attività elettive

ambulatoriali dovranno riprendere a pieno regime, ma andranno definite le modalità di smaltimento delle liste d'attesa, auspicando il ricorso, così come in alcune regioni già sta avvenendo, da un lato a risorse aggiuntive, dall'altro a piani di valutazione ed implementazione dell'appropriatezza clinica.

Integrazione Ospedale - Territorio

Riprendendo le indicazioni del Piano Nazionale Cronicità 2016 e del nuovo Piano Nazionale della Prevenzione



2020-2025, sarà necessario definire percorsi condivisi tra medicina specialistica e medicina generale, tra ospedale e territorio con il necessario coinvolgimento di figure infermieristiche e socio-sanitarie (assistenti sociali, fisioterapisti, psicologi), che possono svolgere un ruolo fondamentale per migliorare l'adesione dei pazienti ai trattamenti raccomandati e l'empowerment del paziente stesso.

Sarà necessario:

- realizzare un coinvolgimento dei cardiologi all'interno delle Case della Salute per implementare programmi strutturati di prevenzione cardiovascolare primaria), ma anche di condividere programmi e percorsi appropriati per la gestione del cardiopatico cronico complesso;
- attuare un collegamento strutturato tra cardiologi ed altri specialisti (diabetologi, pneumologi, nefrologi, neurologi, ecc) attraverso la condivisione delle piattaforme digitali per il teleconsulto sistematico sincrono o asincrono nel paziente cardiopatico cronico multimorbido con l'obiettivo di migliorare l'appropriatezza dei percorsi e ridurre la ridondanza di visite ed esami formulando nel contempo programmi clinici condivisi;
- sviluppare non solo PDTA clinico-organizzativi di continuità assistenziale ma anche percorsi di condivisione tra diversi setting clinici degli obiettivi di salute, coordinamento delle attività di formazione, confronto continuo all'interno della stessa disciplina e/o tra discipline diverse per una vera gestione multidisciplinare del paziente cronico multimorbido.

Digital health e telemedicina

L'emergenza sanitaria COVID-19 ha portato ad un maggiore utilizzo della

telemedicina e di alcune applicazioni, seppure in modo molto frammentato e senza percorsi strutturati. Sia il personale medico che i pazienti hanno dovuto ricorrere a modalità digitali di comunicazione e scambio di informazioni.

L'utilizzo della telemedicina nelle sue varie forme di implementazione, che prevedono la televisita, il teleconsulto, il telemonitoraggio o la teleassistenza, non implica solo investimenti di risorse economiche, ma richiede, ancora una volta, un cambio culturale ed organizzativo, che consenta di proseguire la presa in carico dei pazienti, portando la medicina presso le loro abitazioni, soprattutto per i pazienti più fragili e preveda protocolli strutturati di gestione.

Gli ambiti prioritari in cui utilizzare la telemedicina

I pazienti con scompenso cardiaco

cronico, nel cui contesto vi sono già esperienze pubblicate, che hanno documentato significativi benefici in termini di miglioramento dell'adesione ai trattamenti raccomandati, di miglioramento della qualità di vita, ma anche di end point Hard come la mortalità.

Stesso utilizzo potrebbe aversi nei pazienti con storia di **fibrillazione atriale** e in trattamento anticoagulante, in cui è utile un semplice monitoraggio periodico di parametri clinici e laboratoristici o di effetti collaterali legati alla terapia, efficace anche per monitorare la compliance al trattamento.

Nella gestione della complessità del **paziente diabetico** sarà sicuramente utile il ricorso al teleconsulto, che possa rendere facilmente disponibile al MMG, in un approccio

multidisciplinare, i pareri di diabetologo, cardiologo o nefrologo nelle situazioni cliniche che lo richiedano.

Dopo l'esperienza COVID sono necessari nuovi modelli, nuovi paradigmi, nuove traiettorie di intervento, ed è necessario **ridefinire valori e priorità**:

- **Il valore dell'organizzazione** che preveda l'applicazione di quanto previsto e non ancora realizzato (**dipartimenti, implementazione di PDTA**, percorsi multidisciplinari, una reale integrazione tra ospedale e territorio).
- **Il valore dell'appropriatezza** degli interventi che può portare ad una sicura razionalizzazione degli interventi, della domanda e dell'offerta.
- **Il valore sociale** che miri a superare le disuguaglianze e le disomogeneità territoriali.
- **Il valore tecnologico** (con investimenti mirati non solo in ambito ospedaliero, ma anche in ambito territoriale) e con acquisizione, ormai indifferibile, di strumenti di telemedicina che avvicino il medico al paziente, senza rinunciare alla forza empatica e alla umanizzazione delle cure, più facilmente raggiungibile con contatto diretto.
- **La revisione del federalismo in Sanità**. Preoccupa la frammentazione delle iniziative regionali, ma anche all'interno di una stessa regione, in relazione al contesto sociale, alle dimensioni dei comuni. Bisogna ricostruire un impianto organizzativo omogeneo nazionale, articolato nelle diverse regioni, ma con una coerenza di sistema. ♥



La prima sfida che ci aspetta è la creazione di un sito web rinnovato nella forma e nei contenuti al servizio del Socio ANMCO

La nuova Commissione del Sito WEB ANMCO è pronta ad affrontare rinnovati traguardi

La Commissione del Sito WEB ANMCO da poco nominata in carica per il biennio 2021 - 2023 è pronta ad affrontare nuovi obiettivi e rinnovate sfide, mettendosi

al servizio della comunicazione e della informazione per il Socio ANMCO. E' un piacere per noi comunicarvi la composizione della nuova Commissione formata da:

Cesare Baldi, Gavino Casu, Manlio Cipriani, Stefania Angela Di Fusco, Franco Giada, Nadia Ingianni, Fabiana Lucà, Letizia Riva e Francesca Simonelli (Figura 1).

Commissione Sito Web ANMCO 2021 - 2023



Giuseppina Maura Francese
Web Managaer



Fortunato Scotto di Uccio
Web Advisor

Commissione Sito Web ANMCO 2021 - 2023



Cesare Baldi



Gavino Casu



Manlio Cipriani



Stefania Angela Di Fusco



Franco Giada



Nadia Ingianni



Fabiana Lucà



Letizia Riva



Francesca Simonelli

Staff Sito Web ANMCO



Simonetta Ricci



Luana Di Fabrizio

Figura 1 - Commissione Sito WEB ANMCO biennio 2021 - 2023

Una compagine ben assortita che mette insieme Soci di “lungo corso” con Soci più giovani, ma tutti ugualmente motivati ed esperti e capaci di portare avanti con entusiasmo e spirito di servizio i progetti di comunicazione che di volta in volta verranno varati. Il principale e più prossimo obiettivo che ci aspetta è la realizzazione di un sito web aggiornato sia nella forma che nei contenuti, ricco di approfondimenti utili al Cardiologo nella pratica clinica e capace di informarlo in tempo reale su tutte le novità provenienti dal mondo della letteratura, degli studi, della ricerca e della politica sanitaria. Un progetto ambizioso e di complessa realizzazione che potrà avere successo solo lavorando in team, confrontandoci giornalmente con tutti i componenti

della Commissione, dividendoci i compiti per poi ricomporre i risultati che ne scaturiranno in un unico grande puzzle. Metaforicamente parlando l'intenzione è quella di mettere in atto una piccola “rivoluzione copernicana”, transitando verso un sito “sociocentrico”, che sarà portatore degli indirizzi scientifici e di ricerca, degli interessi professionali e del dialogo con le istituzioni sanitarie a livello nazionale perseguiti e promossi dalla nostra Associazione. A completamento del progetto cercheremo di rendere la navigazione del Sito e il reperimento delle informazioni più semplice, l'accesso alle varie funzionalità più agile e spedito e riorganizzeremo l'area riservata al Socio. Le linee di indirizzo indicate sopra sono state preliminarmente individuate di

concerto con il Presidente ANMCO, Prof. Furio Colivicchi, e ci auguriamo che questo annunciato cambiamento potrà essere apprezzato e condiviso dai Soci ANMCO in un'ottica di un loro maggiore coinvolgimento nella vita associativa.

Nel frattempo che il nuovo sito venga messo online continueremo a seguirvi sull'attuale portale ANMCO www.anmco.it per tenervi informati e aggiornati su tutti i numerosi progetti *in itinere* o già fruibili realizzati dal Consiglio Direttivo, dalle Regioni e dalle Aree e Task Force ANMCO. Vi aspettiamo inoltre puntuali su tutti i social ANMCO: buona community a tutti. ♥

Seguici su





DI ALESSIA GIMELLI, MARCO CAMPANA, ANTONELLO D'ANDREA, GIOVANNA DI GIANNUARIO, GEORGETTE KHOURY, DONATO MELE, MASSIMILIANO RIZZO, ANTONELLA MOREO

Uso dell'imaging non invasivo nei pazienti con sospetta coronaropatia: i dati del Registro Europeo EURECA

La cardiopatia ischemica rappresenta una delle principali cause di morte in Europa. Una diagnosi precoce e accurata della presenza della malattia coronarica è cruciale per impostare il corretto trattamento e ridurre il rischio di eventi cardiovascolari. L'angiografia coronarica invasiva è la

procedura di riferimento per stabilire la presenza, la sede e la gravità della coronaropatia, nonché per guidare le procedure di rivascolarizzazione. Tuttavia, in pazienti con angina stabile e sospetta malattia coronarica, la metodica ha dei limiti legati non solo all'accessibilità ed ai costi, ma anche al possibile eccesso di

rivascolarizzazioni non necessarie e alle possibili complicanze indotte dalla procedura stessa. L'imaging cardiaco non invasivo gioca un ruolo molto importante nella diagnosi di coronaropatia cronica, con la possibilità di documentare sia aspetti anatomici, evidenziando la presenza di stenosi più o meno emodinamicamente significative, che funzionali, identificando territori vascolari con ischemia miocardica inducibile con alterazioni della cinetica o della perfusione. Le ultime Linee Guida della Società Europea di Cardiologia (ESC) per la gestione dei pazienti con malattia coronarica stabile (2019) forniscono delle indicazioni abbastanza precise sull'uso dell'imaging non invasivo a seconda della probabilità pre-test di malattia del paziente stesso (Figura 1). Tuttavia, nella pratica clinica, la scelta del test di imaging è condizionata da molteplici fattori, tra cui la disponibilità delle metodiche, le problematiche organizzative e le competenze dei professionisti

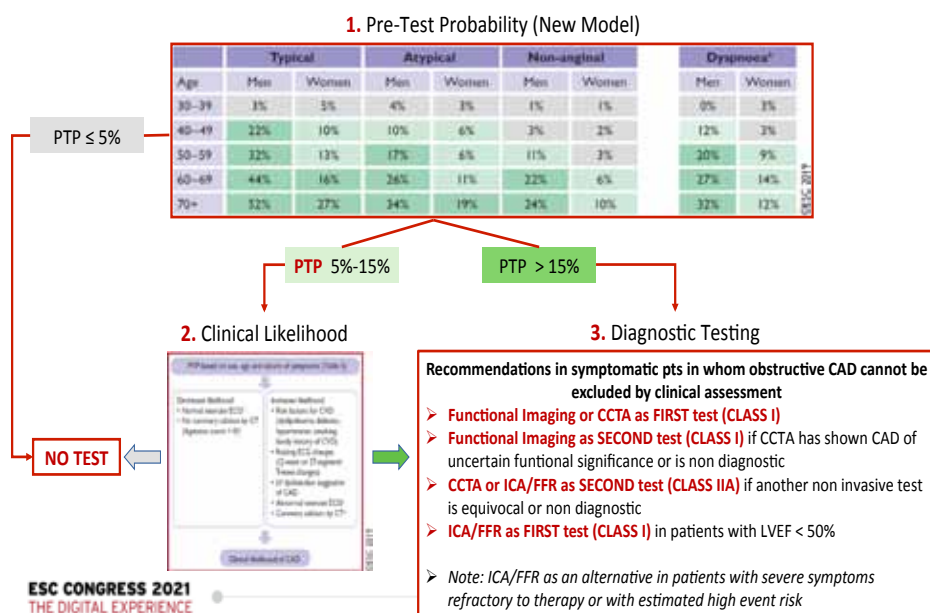
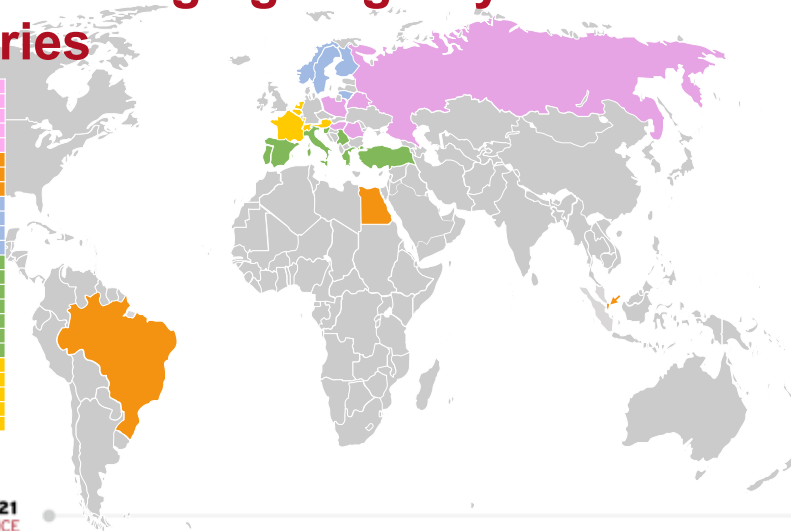


Figura 1



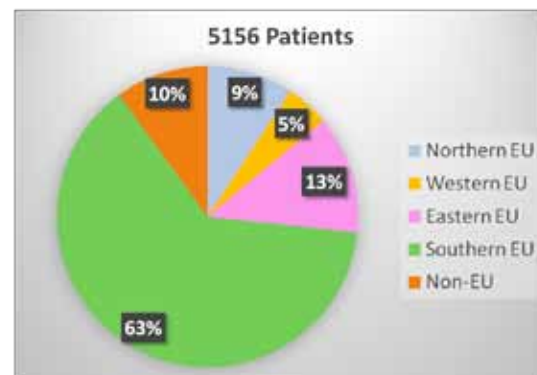
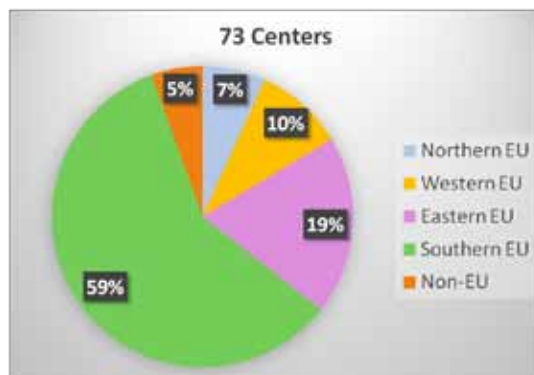
EURECA Imaging Registry – 24 Countries

Belarus	Eastern Europe
Bulgary	Eastern Europe
Croatia	Eastern Europe
Czechia	Eastern Europe
Russian Federation	Eastern Europe
Israel	Non-European
Singapore	Non-European
Egypt	Non-European
Lithuania	Northern Europe
Finland	Northern Europe
Norway	Northern Europe
Sweden	Northern Europe
Spain	Southern Europe
Greece	Southern Europe
Italy	Southern Europe
Portugal	Southern Europe
Serbia	Southern Europe
Ghana	Southern Europe
Turkey	Southern Europe
Austria	Western Europe
Belgium	Western Europe
Switzerland	Western Europe
France	Western Europe
Netherlands	Western Europe



ESC CONGRESS 2021
THE DIGITAL EXPERIENCE

Centers and Population



ESC CONGRESS 2021
THE DIGITAL EXPERIENCE

Figura 2

disponibili sul territorio. Non bisogna però dimenticare che un uso inappropriato delle metodiche diagnostiche può comportare potenziali rischi e un incremento dei costi senza reale beneficio. I risultati dei recenti studi comparativi sull'efficacia diagnostica e terapeutica delle strategie guidate dall'imaging cardiaco non invasivo hanno fatto

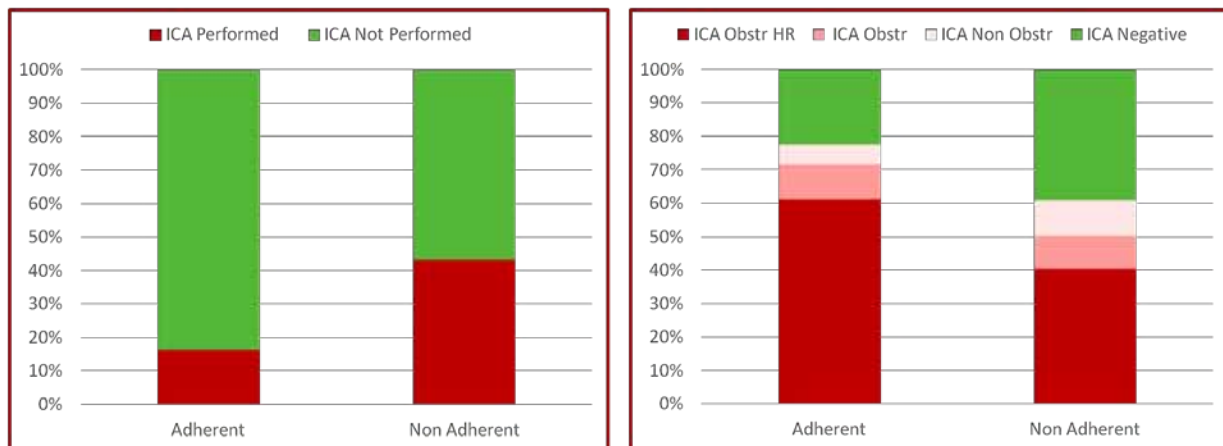
crescere l'interesse sull'algoritmo diagnostico da utilizzare nei pazienti con sospetta coronaropatia. Partendo da queste considerazioni nel 2019 l'EURObservational Research Program (EORP) della ESC ha promosso il registro EURECA (<https://www.escardio.org/Research/Registries-&-surveys/Observational-research-programme/eureca-registry>)

con lo scopo di valutare l'aderenza alle ultime Linee Guida nell'uso delle strategie di imaging cardiaco in una ampia popolazione di pazienti con sospetto di malattia aterosclerotica coronarica. Il registro ha chiuso il periodo di arruolamento e di valutazione diagnostica nel Settembre 2020 ed il primo semestre di Follow-up nel Marzo 2021 con 5.156 pazienti.



GLs Adherence – Whole Process

Lower Referral to ICA and Higher Diagnostic Yield



ESC CONGRESS 2021
THE DIGITAL EXPERIENCE

Figura 3

Alla fine d'agosto, in occasione del Congresso della Società Europea di Cardiologia 2021, Danilo Neglia, Chairperson di EURECA con Victoria Delgado, ha presentato i primi dati del Registro (<https://esc365.escardio.org/presentation/238892>) da cui è emersa una interessante fotografia del mondo reale. I centri partecipanti sono stati 73, per un totale di 24 nazioni coinvolte, prevalentemente europee. L'Italia ha arruolato circa il 38% del totale dei pazienti, dimostrando ancora una volta il suo ruolo nella comunità scientifica internazionale (Figura 2). Dai dati presentati emerge che nel 50% dei casi il processo di valutazione clinica non è aderente alle ultime Linee Guida ESC, in particolare nei pazienti arruolati in Dipartimenti Cardiovascolari, soprattutto per quanto riguarda l'uso della prova da sforzo (sovrautilizzata rispetto alle

indicazioni reali) e dell'angiografia coronarica invasiva. Un percorso diagnostico non aderente alle Linee Guida ha comportato un maggior ricorso alla coronarografia invasiva e nello stesso tempo una minore efficacia della procedura con quasi il 50% degli esami negativi per malattia coronarica ostruttiva (Figura 3). Sono in corso ulteriori analisi che permetteranno di valutare i fattori che condizionano l'aderenza alle Linee Guida, la variabilità locale nell'uso delle diverse modalità con i possibili effetti sulla gestione dei pazienti e l'impatto della gestione aderente o non aderente sulla prognosi dei pazienti stessi. Queste informazioni saranno utili per promuovere strategie in grado di migliorare la qualità dell'assistenza e una più efficiente allocazione delle risorse. ♥

Bibliografia essenziale

Knuuti J, Wijns W, Saraste A, et al. 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes The Task Force for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes of the European Society of Cardiology. *European Heart Journal*, 2019; 41, 407–477.

Knuuti J, Ballo H, Juarez-Orozco LE et al. *The performance of non-invasive tests to rule-in and rule-out significant coronary artery stenosis in patients with stable angina: A meta-analysis focused on post-test disease probability.* *Eur Heart J.* 2018;39:3322–30.

Neglia D, Rovai D, Caselli C, et al. *EVINCI Study Investigators. Detection of significant coronary artery disease by noninvasive anatomical and functional imaging.* *Circ Cardiovasc Imaging.* 2015;8:e002179.

SCOT-HEART Investigators, Newby DE, Adamson PD, Berry C, et al. *Coronary CT Angiography and 5-Year Risk of Myocardial Infarction.* *N Engl J Med.* 2018;379:924–933.

Maron DJ, Hochman JS, Reynolds HR, et al. *ISCHEMIA Research Group. Initial Invasive or Conservative Strategy for Stable Coronary Disease.* *N Engl J Med.* 2020;382:1395-1407.



Il Congresso Nazionale ANMCO un appuntamento sempre più imperdibile per i giovani Cardiologi

Ogni anno il Congresso Nazionale ANMCO è un evento atteso con impazienza e grande curiosità da tutta la comunità cardiologica italiana e negli ultimi anni è un momento vissuto con sempre maggiore entusiasmo ed impegno anche dai giovani Cardiologi. Con la presidenza del Prof. Furio Colivicchi ed il progetto Next Generation

Evento nell'evento, un momento di grande ispirazione per tutti i giovani Soci ANMCO è stato il conferimento del riconoscimento di Fellow Emerito ad eccellenze nel mondo della Cardiologia

ANMCO da lui messo in atto le più giovani generazioni di Cardiologi sono ancora più protagoniste delle attività ANMCO ed anche del Congresso Nazionale. Come nel 2020, anche quest'anno si è svolta la "ESC Young Convention", caratterizzata da un confronto virtuale tra giovani Cardiologi italiani ed europei con l'impiego di una piattaforma digitale. La Convention moderata da A. Bohm, *Chair of the ESC Committee for Young Cardiovascular Professionals*, e A. Polimeni, *NCS deputy representative*, è stata una occasione preziosa di confronto e condivisione di esperienze. Le tematiche affrontate nel corso della Convention sono state tratte dalle Linee Guida della Società Europea di Cardiologia (ESC). Sono stati analizzati aspetti particolarmente scottanti come la morte improvvisa negli atleti (P. Scicchitano e S. Castelletti), le aritmie associate alle cardiopatie congenite (N. Borrelli, V. Waldmann), le innovative metodiche per lo screening della fibrillazione atriale (F. Lucà, R. Ladeiras-Lopes), e le dissezioni coronariche spontanee come causa di sindrome coronarica acuta (F.



Presentazioni della ESC Young Convention



ANMCO IL PROGRESSO
2021 NEL CUORE

Area Giovani 2019-2021



Zilio, N. Calik). Per ciascuno di questi argomenti è stato presentato un caso clinico emblematico a cui è seguito un approfondimento basato sulle raccomandazioni delle recenti linee guida ESC. Alla ESC Young Convention quest'anno sono state affiancate una serie di "Agorà Giovani" in cui giovani professionisti, guidati e moderati da senior esperti, hanno presentato i contenuti salienti delle ultime Linee Guida sia europee che americane su diversi temi di grande attualità. In totale si sono svolte ben 7 "Agorà Giovani" ognuna è stata occasione di un vivace dibattito sulle differenze ed i punti salienti delle Linee Guida internazionali. Tutte le sessioni si sono concluse con consigli pratici e riflessioni su implicazioni future sia cliniche che nel campo della ricerca. Il format "Agorà Giovani" ha reso dunque il Congresso Nazionale più inclusivo e aperto alle nuove leve della Cardiologia sia rendendole partecipi come speaker di queste sessioni che offrendo loro approfondimenti "senza confini" con un puntuale aggiornamento sulle ultime evidenze della Cardiologia di base. In considerazione della grande attenzione all'aspetto di sicurezza sanitaria, le sessioni comprensive di discussione con i moderatori sono state registrate anticipatamente in modo da massimizzare la disponibilità dei posti disponibili in sala. La versione "ibrida" del Congresso Nazionale ANMCO, amplia grandemente l'utenza finale di ogni sessione. Se infatti da un lato l'emergenza pandemica ha dimezzato i posti disponibili in

Comunicazione

20 iniziative segnalate

10 contributi

6 contributi

Attività editoriale

European Heart Journal

5 contributi

13 contributi

E-poster presentato al Congresso ANMCO dall'Area Giovani



Gli emozionanti momenti della premiazione dei Giovani Cardiologi postati sui Social

sala, la piattaforma *digital.anmco.it* e l'app ANMCO 2021 per smartphone permettono agli iscritti al Congresso Nazionale la visione “on demand” delle sessioni registrate anche dopo la conclusione del Congresso. Il Congresso Nazionale per l'Area Giovani è stato, inoltre, un momento importante per fare conoscere le attività svolte dalla stessa Area attraverso la presentazione di un E-Poster con un commento audio di Luigi Pollarolo. Le attività sintetizzate nel poster spaziano da iniziative formative, ad attività editoriali e di comunicazione, tutte svolte grazie alla collaborazione dei Componenti del Comitato di Coordinamento dell'Area, dei Consulenti, e dei tanti giovani Cardiologi che si sono messi a disposizione per contribuire e partecipare alla vita associativa. Ritornando alle intense

giornate congressuali, anche quest'anno non possiamo non ricordare gli emozionanti momenti della cerimonia inaugurale e della cerimonia conclusiva allorché sono stati consegnati i diversi premi messi in palio per i giovani Cardiologi. In particolar modo ricordiamo il Premio “Chiatto-Pizzuti”, destinato a un giovane Cardiologo Socio ANMCO che abbia presentato, come primo autore, un caso clinico per il Congresso ANMCO 2021. Questo premio è stato vinto da Laura Ceriello. Il Premio “ANMCO Digital”, riservato a giovani Cardiologi under 40 anni che avevano presentato i migliori tre “Casi Clinici medici”, ha visto come vincitrici: Emanuela Facchini, Francesca Casadei, e Patrizia Carità. Il Premio “Vincenzo Masini” riservato ad un giovane Cardiologo under

40 per la migliore comunicazione scientifica tenutasi nel corso del Congresso ANMCO 2021 è stato consegnato a Massimo Mapelli. Infine, evento nell'evento, un momento di grande ispirazione per tutti i giovani Soci ANMCO è stato il conferimento del riconoscimento di Fellow Emerito ad eccellenze nel mondo della Cardiologia internazionale quali la Prof.ssa Barbara Casadei, il Prof. Paul N Casal, la Prof.ssa Maria Rosa Costanzo, la Prof.ssa Mariel Jessup, la Prof.ssa Silvia Priori, e la Prof.ssa Kathryn A Taubert. La Fellowship ANMCO è stata accolta con grande apprezzamento e riportiamo con piacere alcuni commenti postati sui Social: “*I am extremely honored and touched by this award! #congressoANMCO*” ha twittato la Prof.ssa Costanzo; “*Many thanks to the ANMCO colleagues for this honour! Looking forward to seeing you at next year's (hopefully in person) meeting!*” ha commentato sempre su Twitter la Prof.ssa Casadei. L'attività sui Social Media, mirata a far conoscere in tempo reale i contenuti delle interessantissime sessioni svoltesi durante il congresso, va annoverata tra le altre attività cui hanno collaborato i giovani Soci nel corso di questo congresso. In conclusione, anche quest'anno il Congresso Nazionale non solo ha reso i giovani Cardiologi protagonisti di importanti approfondimenti culturali e aggiornamenti scientifici ma ha anche offerto loro intense emozioni!♥



La giurisprudenza che guida, ad oggi, la coniugazione del diritto alla libera scelta informata dei pazienti di fronte alle terapie ed i doveri etici del curante

La tutela della salute tra diritto all'autodeterminazione del paziente e doveri del curante

Il caso emblematico dei pazienti Testimoni di Geova

Coniugare due diritti, ovvero quello della libera scelta informata del paziente anche di rifiutare le cure e diritto dei curanti a porre in essere terapie senza condizionamenti altri se non di natura clinica e scientifica consolidati: quale giurisprudenza attuale e quali oneri per i medici e le strutture sanitarie

Introduzione

I Testimoni di Geova, un movimento religioso cristiano teocratico fondato in Pennsylvania (USA) nel 1870, ha tra i propri precetti il **divieto di donare o ricevere sangue**. Tale divieto categorico può determinare problemi di natura medico-legale e di condizionamento delle scelte terapeutiche da parte dei medici, che sono invece soggette al solo scopo

terapeutico basato sull'evidenza scientifica e clinica di beneficio assoluto rispetto ai rischi. Il caso specifico del rifiuto di trasfusioni dei Testimoni di Geova offre la possibilità di inquadrare la problematica del diritto alla libera scelta del paziente, fino al rifiuto di terapie anche potenzialmente salvavita, e degli obblighi e delle responsabilità ricadenti sul medico curante in tale contesto.

Autodeterminazione del paziente e responsabilità del medico

Il c.d. consenso informato

L'articolo 32 della Carta costituzionale sancisce che *“la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non*



per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana". Le attività di cura esercitate dal medico obbligano ad un consenso informato del paziente sull'iter terapeutico in maniera tale che quest'ultimo possa compiere scelte in libertà e consapevolezza, dunque in condizioni di responsabilità condivisa e di alleanza terapeutica. La mancata informazione piena, comprensibile, attuale al paziente da parte del medico lede il diritto di autodeterminazione del paziente, come riscontrabile nella Convenzione di Oviedo, ove si stabilisce che il consenso libero e informato del paziente all'atto medico non debba essere valutato solo alla stregua del profilo della liceità del trattamento, ma considerato come un vero e proprio diritto fondamentale del "cittadino europeo", da inquadrarsi nell'ambito più generale del diritto all'integrità della persona, così come sancito dall'art. 5. Il consenso, quale atto di libera scelta del paziente, è richiamato anche nel Codice deontologico della *Federazione Nazionale dell'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri*, che prevede l'obbligo di informazione al paziente (art. 33) o all'eventuale terzo (art. 34), nonché l'obbligo di acquisire il consenso informato del paziente (art. 35) o del legale rappresentante nell'ipotesi di minore (art. 37).

Nel caso specifico dei Testimoni di Geova e del diniego al ricorso all'emotrasfusione anche in contesto di urgenza/emergenza, le disposizioni sul consenso informato sono contenute nell'**art. 4 D.M. del 1.9.1995** del Ministero della Sanità, dove è prevista la necessità del **consenso informato**. In caso di

I Testimoni di Geova, movimento religioso cristiano teocratico fondato in Pennsylvania (USA) nel 1870, ha tra i propri precetti il divieto di donare o ricevere sangue. Il caso specifico offre la possibilità di inquadrare la problematica dei potenziali conflitti tra il diritto alla libera scelta del paziente e gli obblighi e le responsabilità ricadenti sul medico curante, anche in un contesto di urgenza/emergenza.

minori, l'art. 4 recita anche che: "(...) il consenso deve essere rilasciato da entrambi i genitori o dall'eventuale tutore. In caso di disaccordo tra i genitori, il consenso va richiesto al giudice tutelare. Quando vi sia un pericolo **imminente di vita**, il medico può procedere a trasfusione di sangue anche **senza consenso** del paziente. Devono essere indicate nella cartella clinica, in modo particolareggiato, le condizioni che determinano tale stato di necessità. Nei casi che comportano trattamenti trasfusionali ripetuti, il consenso si presume formulato per tutta la durata della terapia, salvo esplicita revoca da parte del paziente". (1)

La sentenza della Corte di Cassazione n. 4211/2007 ha negato il risarcimento dei danni richiesto da un Testimone di Geova al medico che lo aveva sottoposto ad una trasfusione di sangue nonostante il suo parere contrario. La Suprema Corte, nelle motivazioni della sentenza, ha riconosciuto la legittimità del comportamento dei sanitari che hanno operato la trasfusione nel ragionevole convincimento che contempla la possibilità di ulteriore interpellato del paziente oramai incosciente nel caso di imminente pericolo di vita, poiché l'intervento è nell'estremo interesse del paziente stesso.

Il cosiddetto biotestamento: Legge n. 219 del 22 dicembre 2017

All'articolo 1, la Legge n. 219/2017 recita: "tutela il diritto alla vita, alla salute, alla dignità e all'autodeterminazione della persona e stabilisce che **nessun trattamento sanitario può essere iniziato o proseguito se privo del consenso libero e informato della persona interessata, tranne che nei casi espressamente previsti dalla legge**", nel rispetto dei principi della Costituzione (art. 2, 13 e 32) e della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea. Tale punto di svolta legislativo traccia da un lato un **perimetro** all'interno del quale non trovano spazio le considerazioni di tipo etico-religioso dei sanitari, ma dall'altro sottolinea la centralità del rapporto di volontà del paziente ed esclude la responsabilità civile e penale del medico per la sua attuazione (art. 1, co. 6). Pertanto, ogni persona-paziente ha il diritto "di conoscere le proprie condizioni di salute e di essere informata in modo completo, aggiornato e a lei comprensibile riguardo alla diagnosi, alla prognosi, ai benefici e ai rischi degli accertamenti diagnostici e dei trattamenti sanitari indicati, nonché riguardo alle possibili alternative e alle



Le attività di cura esercitate dal medico obbligano ad un consenso informato del paziente sull'iter terapeutico in maniera tale che quest'ultimo possa compiere scelte in libertà e consapevolezza, dunque in condizioni di responsabilità condivisa e di alleanza terapeutica. (Cit.)

“Il paziente ha sempre diritto di rifiutare le cure mediche che gli vengono somministrate, anche quando tale rifiuto possa causarne la morte; tuttavia, il dissenso alle cure mediche, per essere valido ed esonerare così il medico dal potere-dovere di intervenire, deve essere espresso, inequivoco e attuale: non è sufficiente, dunque, una generica manifestazione di dissenso formulata ex ante ed in un momento in cui il paziente non era in pericolo di vita, ma è necessario che il dissenso sia manifestato ex post, ovvero dopo che il paziente sia stato pienamente informato sulla gravità della propria situazione e sui rischi derivanti dal rifiuto delle cure”

conseguenze dell'eventuale rifiuto del trattamento sanitario e dell'accertamento diagnostico o della rinuncia ai medesimi”. Si precisa inoltre nel dispositivo legislativo che: “*il consenso informato, acquisito nei modi e con gli strumenti più consoni alle condizioni del paziente, è documentato in forma scritta o attraverso videoregistrazioni o, per la persona con disabilità, attraverso dispositivi che le consentano di comunicare. Il consenso informato, in qualunque forma espresso, è inserito nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico*” (art. 1, comma 4). È prevista la possibilità del rifiuto da parte del medico alla somministrazione di trattamenti sanitari contrari alla legge, alla

deontologia professionale o alle buone pratiche clinico-assistenziali. Pertanto, il **bene protetto** dall'obbligo di informazione è il diritto all'**autodeterminazione** del singolo, e il soggetto passivo di tale obbligazione è la struttura sanitaria, che verso il paziente ha un **rapporto di natura contrattuale** ed è legittimata passiva dell'azione d'inadempimento promossa dal paziente. Ciò comporta che in capo alla struttura grava **l'onere della prova** in merito al **corretto e compiuto adempimento degli obblighi informativi** nei confronti del paziente. L'obbligo di informazione nei confronti del paziente contiene anche il rispettivo

contrario, ossia il **rifiuto** da parte di costui di essere informato relativamente alle proprie condizioni: egli, infatti, può stabilire un diverso destinatario di tutte le informazioni di cui all'art. 1. Il destinatario del trattamento sanitario può, in qualunque momento, **modificare o revocare** il proprio consenso, nelle **stesse forme in cui lo ha manifestato**. Per le **persone minori o incapaci**, la Legge pone un forte accento sulla **valorizzazione del loro arbitrio**: essi devono essere resi edotti del loro stato di salute e delle cure possibili in modo commisurato alla capacità di comprensione. L'art. 4 della legge che disciplina il regime delle disposizioni anticipate di trattamento (cd. DAT), che possono essere definite un caso di **ultrattività della volontà**, si esplicitano in una manifestazione di volontà, e sono **rese ora per allora**, in previsione di una futura ed eventuale incapacità di autodeterminarsi. Le DAT sono un **negozio giuridico unilaterale ad efficacia condizionata** e differita: acquistano rilevanza in un arco temporale successivo e al verificarsi dell'evento di perdita della capacità di esprimere un consenso informato. Il primo comma dell'art. 4 prevede che il soggetto provveda all'indicazione di un fiduciario che ne “*faccia le veci e lo rappresenti nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie*”. Per la rapidità con la quale il **progresso scientifico** offre nuove soluzioni a patologie fino a poco tempo prima incurabili, vi è la facoltà spettante ai sanitari di disattendere le DAT nei casi, contemplati dal comma 5, in cui “*appaiano palesemente incongrue o non corrispondenti alla condizione clinica attuale del paziente ovvero sussistano terapie non prevedibili*”



all'atto della sottoscrizione, capaci di offrire concrete possibilità di miglioramento delle condizioni di vita".

Rilevanza penale della condotta del medico, tra il reato di violenza privata, ex art. 610 c.p. e lo "stato di necessità", ex art. 54 c.p.

Nel caso in cui il medico agisca in senso contrario rispetto alla volontà manifestata dal paziente, si determina l'arbitrarietà del trattamento medico-chirurgico e la sua rilevanza penale, in quanto posto in essere in violazione della sfera personale del soggetto e del suo diritto di decidere se permettere interventi estranei sul proprio corpo (Cassazione Penale, sezione IV, sentenza n. 35822/2011; Cassazione Penale, sezione IV, sentenza n. 36519/2001). Ma la Corte di Cassazione (2) ha chiarito che, in materia di rifiuto di determinate terapie, in base al diritto fondato sul combinato disposto degli artt. 32 Cost., 9 L. n. 145/2001 e del Codice di Deontologia medica, pur in presenza di un espresso rifiuto preventivo, non può escludersi che il medico, di fronte ad un peggioramento impreveduto ed imprevedibile delle condizioni del paziente e nel concorso di circostanze impeditive della verifica effettiva della persistenza di tale dissenso, possa ritenere certo, od altamente probabile, che esso non sia più valido e decida quindi di praticare la terapia già rifiutata, ove la stessa sia indispensabile per salvare la vita del paziente. La Suprema Corte, a distanza di pochi mesi, con la sentenza n. 23676 del 15.9.2008, ha inaugurato una nuova stagione giurisprudenziale in materia, precisando che: *"il paziente che, per motivi religiosi o di diversa natura, intendesse far constare il proprio*

dissenso alla sottoposizione a determinate cure mediche, per l'ipotesi in cui dovesse trovarsi in stato di incapacità naturale, ha l'onere di conferire ad un terzo una procura "ad hoc" nelle forme di legge, ovvero manifestare la propria volontà attraverso una dichiarazione scritta che sa puntuale ed inequivoca, nella quale affermi espressamente di volere rifiutare le cure quand'anche venisse a trovarsi in pericolo di vita". Inoltre, ha chiarito che *"il paziente ha sempre diritto di rifiutare le cure mediche che gli vengono somministrate, anche quando tale rifiuto possa causarne la morte; tuttavia, il dissenso alle cure mediche, per essere valido ed esonerare così il medico dal potere-dovere di intervenire, deve essere espresso, inequivoco e attuale:*

non è sufficiente, dunque, una generica manifestazione di dissenso formulata ex ante ed in un momento in cui il paziente non era in pericolo di vita, ma è necessario che il dissenso sia manifestato ex post, ovvero dopo che il paziente sia stato pienamente informato sulla gravità della propria situazione e sui rischi derivanti dal rifiuto delle cure". In successive pronunce, la Suprema Corte, specificando cosa si deve intendere per violenza privata, si è così espressa: *"integra il reato di violenza privata la condotta dell'infermiere il quale sottoponga a trattamento terapeutico un paziente che in relazione ad esso abbia, invece, manifestato un libero e consapevole rifiuto, non potendosi ritenere applicabili, in tale ipotesi,*

Il bene protetto dall'obbligo di informazione è il diritto all'autodeterminazione del singolo, e il soggetto passivo di tale obbligazione è la struttura sanitaria, che verso il paziente ha un rapporto di natura contrattuale.

Ciò comporta che in capo alla struttura grava l'onere della prova in merito al corretto e compiuto adempimento degli obblighi informativi nei confronti del paziente. Le disposizioni anticipate di trattamento (DAT) sono un negozio giuridico unilaterale ad efficacia condizionata e differita: acquistano rilevanza in un arco temporale successivo e al verificarsi dell'evento di perdita della capacità di esprimere un consenso informato. Vi è la facoltà spettante ai sanitari di disattendere le DAT nei casi (...) in cui "appaiano palesemente incongrue o non corrispondenti alla condizione clinica attuale (...) ovvero sussistano terapie non prevedibili all'atto della sottoscrizione, capaci di offrire concrete possibilità di miglioramento delle condizioni di vita"



neppure le scriminanti dell'adempimento di un dovere o dello stato di necessità, condizioni esimenti che cedono il passo rispetto al diritto all'inviolabilità della libertà personale, intesa anche come libertà di salvaguardia della propria salute e della propria integrità fisica" (Cassazione penale, sezione V, sentenza n. 38914/2015).

Una sentenza del Tribunale di Termini Imerese (3) ha analizzato la responsabilità penale del medico che pratica un trattamento sanitario (anche se salva vita) contro il dissenso espresso del paziente. In particolare, sotto il profilo tecnico la sentenza qualifica la fattispecie dell'intervento medico contro il dissenso espresso come reato di violenza privata di cui all'art. 610 c.p. Per quanto concerne la scriminante ex art. 54 c.p. dello stato di necessità, questa non è da ritenersi giuridicamente applicabile neppure in ipotesi di imminenza di una situazione di grave pericolo alla persona indilazionabile e cogente. A prescindere dalla sussistenza o meno del pericolo di vita, nel caso di rifiuto manifestato dal paziente a trattamenti sanitari, non è mai invocabile dal medico la scriminante dello stato di necessità.

Pertanto, l'unico caso in cui è possibile ritenere operante la scriminante suddetta è quello in cui il paziente versi in una situazione di incapacità di manifestazione del volere e non abbia espresso in precedenza nessuna volontà circa il quadro clinico riconducibile al pericolo imminente e attuale di danno grave alla persona. (4) L'analisi della giurisprudenza definisce dunque il principio, assolutamente in linea con il nostro ordinamento giuridico incentrato sulla concezione personalistica

dell'Uomo, della volontà del paziente come limite ultimo, non valicabile e non sacrificabile, dell'esercizio dell'attività medica.

Per contro, da decenni sul piano etico e deontologico, si distingue chiaramente il rifiuto del trattamento dai casi di eutanasia. Il medico può e deve opporsi di praticare trattamenti che provocano direttamente la morte del paziente. Nel caso di dissenso espresso del paziente al trattamento, lo stesso Codice stabilisce il divieto per il medico di continuare i trattamenti rifiutati. Da ultimo, una recentissima pronuncia della Suprema Corte di Cassazione ha nuovamente ribadito il principio in base a quale *"il paziente Testimone di Geova, che fa valere il diritto di autodeterminazione in materia di trattamento sanitario, a tutela della libertà di professare la propria fede religiosa, ha il diritto di rifiutare l'emotrasfusione pur avendo prestato il consenso al diverso trattamento che abbia successivamente richiesto la trasfusione, anche con dichiarazione formulata prima del trattamento medesimo, purché dalla stessa emerga in modo inequivoco la volontà di impedire la trasfusione anche in ipotesi di pericolo di vita"* (5).

Il caso specifico del paziente Testimone di Geova che rifiuta le trasfusioni. Tecniche alternative alla trasfusione.

Nella casistica, anche giurisprudenziale, sono state riconosciute alcune delle tecniche che i medici usano quando si trovano davanti un paziente Testimone di Geova che avrebbe bisogno di una trasfusione, quali il recupero intraoperatorio di sangue, il supporto vasocostrittivo e vasopressorio al circolo, l'utilizzo di concentrati piastrinici,

plasma e concentrati di globuli rossi. Infatti, come riportato in un articolo del 2000 pubblicato sulla rivista ufficiale dei Testimoni di Geova, "La torre di guardia", di fronte ad un quesito specifico, la risposta dell'editore fu: *"Non lo sappiamo. La Bibbia non fornisce dettagli, per cui ogni fedele può decidere per sé e renderne conto a Dio."* (6)

Conclusioni

Il rifiuto della trasfusione da parte dei Testimoni di Geova, anche in un contesto di urgenza, è emblematica manifestazione di inviolabile diritto all'autodeterminazione del paziente ed alla libertà di scelta, che comporta l'imminente ed ineluttabile sacrificio del bene della vita, ed è condizionato sempre a dovere di dissenso informato, manifesto, libero, autentico e attuale, reversibile. Infatti, il consenso informato del paziente è il punto nodale del trattamento sanitario, imprescindibile, con le uniche eccezioni 1) dei soli trattamenti sanitari obbligatori disciplinati con legge dallo Stato, 2) della scriminante dello stato di necessità, quando non vi è la possibilità di esprimere un consenso consapevole. In questo caso occorre documentare nella cartella clinica le particolari condizioni del paziente che giustificano il ricorso allo stato di necessità. ♥

Riferimenti bibliografici e normativi

1. Decreto Ministeriale del 1.9.1995, art. 4, tutt'ora vigente.
2. Cassazione civile, sez. III, sentenza n. 4211 del 23/02/2007.
3. Tribunale Termini Imerese, sentenza n. 465/2018.
4. Cassazione Civile, SS.UU., sentenza n. 21745/2008.
5. Cassazione Civile, sezione III, sentenza n. 29469/2020.
6. Questions From Readers, "The Watchtower Announcing Jehovah's Kingdom", 15.6.2000.



I bisogni dei pazienti richiedono competenze specialistiche
e interventi sempre più personalizzati

La gestione multidisciplinare del malato cardiologico complesso: i Mini Corsi dell'Area Nursing

Strategie di valutazione multidimensionale e approccio multidisciplinare nella
gestione dei pazienti cardiologici complessi

In occasione del 52° Congresso Nazionale ANMCO, l'Area Nursing ha strutturato tre Mini Corsi che sintetizziamo brevemente. Il primo Mini Corso **Pillole di elettrocardiografia clinica per infermieri** ha focalizzato l'attenzione sulla corretta esecuzione e posizionamento degli elettrodi. In una rapida carrellata sono stati visionati ECG normali, blocchi, tachicardie, gli aspetti atipici di presentazione di infarto, disonie e farmaci, per passare all'ECG nella Sindrome di Brugada, fino alla corretta diagnosi elettrocardiografica dell'infarto posteriore e del ventricolo destro e alle caratteristiche dell'ECG pediatrico. La sessione è continuata con la trattazione del monitoraggio nel paziente instabile

e gli aspetti medico legali sul ruolo infermieristico e con le caratteristiche dell'ECG in portatori di PMK e ICD e il monitoraggio a distanza. Il Mini Corso **sulla gestione del paziente con scompenso cardiaco avanzato** ha focalizzato l'attenzione sulla necessità di integrare le **cure palliative** nel percorso di cura, concentrandosi sui bisogni del paziente e della famiglia e non sulla prognosi o sull'aspettativa di vita. Le cure palliative devono essere intese come cure simultanee, iniziate precocemente nella traiettoria dello scompenso cardiaco. È stato inoltre affrontato un argomento complesso e scottante: la disattivazione dei dispositivi impiantabili e dei trattamenti di supporto vitale e presentata la bellissima esperienza sulle cure palliative dell'UTIC

dell'Ospedale Niguarda. Infine il terzo Mini Corso si è concentrato **sull'ambulatorio infermieristico nella gestione del paziente con scompenso cardiaco**. È stato illustrato il core curriculum dell'infermiere esperto in scompenso cardiaco a livello europeo. La sessione è proseguita illustrando le strategie e i documenti di indirizzo ANMCO sulla presa in carico ambulatoriale post-ricovero ospedaliero e gli obiettivi di cura nel paziente anziano scompensato, per poi focalizzarsi sulle competenze infermieristiche per il follow-up dei pazienti in trattamento con SGLT2 e ARNI. È stato presentato un protocollo per la gestione delle infusioni di ferro carbossimaltoso. La sessione si è conclusa con la presentazione di alcuni casi clinici



dimostrativi di gestione integrata. Le argomentazioni trattate nei tre Mini Corsi presentati per l'Area Nursing al 52° Congresso Nazionale ANMCO, dimostrano come le competenze infermieristiche siano sempre più delineate e dichiarate nei principali documenti di riferimento a livello nazionale e internazionale. I Mini Corsi fanno emergere come si sta modulando anche a livello europeo la competenza dell'infermiere di Cardiologia, in tutti i setting di cura e come la figura dell'infermiere trova una sua trattazione specifica anche nelle principali Linee Guida. In particolare segnaliamo che proprio durante lo svolgimento del Congresso ANMCO, si è svolto il Congresso dell'European Society of Cardiology, nel quale sono state presentate 4 nuove Linee Guida: Diagnosi e trattamento dello scompenso cardiaco acuto e cronico, Stimolazione e resincronizzazione cardiaca, Prevenzione delle malattie cardiovascolari nella pratica clinica e Gestione della cardiopatia valvolare, nelle quali è citato il ruolo dell'infermiere nell'equipe multidisciplinare, ma soprattutto viene sottolineato come la competenza avanzata dell'infermiere esperto può modificare positivamente l'outcome del paziente. Una network meta-analisi che ha incluso 53 studi randomizzati pubblicati nel 2017, ha concluso che la presa in carico dei pazienti con scompenso cardiaco da parte di infermieri, soprattutto nelle attività di follow up post dimissione, riduce la mortalità per tutte le cause rispetto alle cure abituali. Inoltre l'aderenza dei pazienti ai programmi di riabilitazione cardiaca è maggiore quando sono coordinati



da infermieri esperti. Quest'anno si è infine introdotto il delicato tema delle cure palliative e del fine vita nel paziente cardiologico. Sono stati recentemente pubblicati nuovi documenti di consenso e position paper, sia da parte di ANMCO che a livello internazionale dove viene sottolineato come l'infermiere dedicato e adeguatamente formato, è la figura chiave di successo per gestire il delicato processo di monitoraggio nella gestione dei sintomi del paziente oncologico e in

fine vita, oltre che figura di supporto al paziente, familiare e caregiver. In conclusione possiamo quindi confermare che i Mini Corsi dell'Area Nursing proposti al 52° Congresso Nazionale ANMCO, contribuiscono all'acquisizione di conoscenze e competenze sempre più specialistiche nella gestione del paziente cardiopatico e si delineano in coerenza con le indicazioni suggerite dalle Linee Guida presentate quest'anno al Congresso ESC. ♥



La Convention dei Centri Scopenso nella giornata di apertura del 52° Congresso

Presentazione in anteprima del Position Paper ANMCO sull'insufficienza cardiaca avanzata

Un approfondimento sull'ottimizzazione dei percorsi diagnostico-terapeutici
dei pazienti candidabili a terapia sostitutiva cardiaca

È stato per noi un estremo piacere l'affluenza numerosa riservata alla Convention dei Centri Scopenso in occasione del 52° Congresso Nazionale ANMCO. È stato un dispiacere constatare che la sala dedicata non era sufficiente ad accogliere tutti i presenti, ma la possibilità di rivedere la Convention online consentirà a molti di riascoltarne i contenuti. Anche quest'anno, in continuità con gli anni precedenti, la Convention è stata l'occasione per discutere un documento promosso dall'Area Scopenso Cardiaco. Come in passato per i documenti sulla rete degli ambulatori cardiologici dedicati allo scopenso cardiaco e sui percorsi dei pazienti con scopenso cardiaco acuto, quest'anno, ad essere presentato, è stato il Position Paper ANMCO sull'insufficienza cardiaca avanzata. Le relazioni, infatti, hanno offerto una visione complessiva

dei punti principali affrontati dal documento. Un documento stesso che ha avuto, come obiettivo principale, quello di approfondire i principali aspetti organizzativi, clinici e terapeutici riguardanti

**Nella giornata di
apertura del 52°
Congresso Nazionale
ANMCO si è tenuta la
Convention dei Centri
Scopenso, in occasione
della quale sono stati
presentati in anteprima
i principali contenuti del
Position Paper ANMCO
sull'Insufficienza Cardiaca
Avanzata**

i pazienti affetti da insufficienza cardiaca avanzata con una particolare attenzione a quelli candidabili a terapia sostitutiva cardiaca. Un approfondimento che parte dalla analisi della nostra realtà nazionale e che ha coinvolto, tra gli autori, i principali referenti Cardiologi e Cardiochirurghi dei centri italiani dedicati alla terapia sostitutiva cardiaca.

Rispetto ai Documenti di Consenso precedenti, quello sull'avanzato ha una novità terminologica importante. Non viene, infatti utilizzato il termine *scopenso cardiaco* ma *insufficienza cardiaca*. Questa scelta nasce dalla considerazione che il primo termine sia, in italiano, più appropriato per definire una condizione acuta, spesso transitoria che può precipitare una condizione cronica di insufficienza cardiaca. Sebbene il termine inglese *failure* possa essere correttamente tradotto con il termine insufficienza



o scompenso, il termine insufficienza cardiaca può essere più appropriato per definire una condizione capace di riacquistare uno stato di compenso clinico ed emodinamico, pur mantenendo, come nel corso dell'insufficienza cardiaca avanzata, caratteristiche di particolare severità clinica. Il documento si articola in tre parti principali. La prima focalizzata sui percorsi diagnostico-terapeutici del paziente con scompenso cardiaco avanzato. La seconda sul paziente candidato al trapianto cardiaco e la terza sul paziente candidato ad assistenza meccanica.

Nella prima parte sono discussi i principali criteri utili a diagnosticare le fasi più avanzate dell'insufficienza cardiaca, elemento imprescindibile per una precoce individuazione dei pazienti ed un invio tempestivo ai centri di riferimento per l'insufficienza cardiaca avanzata. I Documenti di Consenso delle società

scientifiche americane e dell'Heart Failure Association non hanno criteri univoci. Nel testo del Documento di Consenso ANMCO vi sono due aspetti importanti ripresi dai documenti internazionali. Il primo si basa

“I NEED HELP” un acronimo utile per l'identificazione dei pazienti con le caratteristiche cliniche dell'insufficienza cardiaca avanzata

sulla necessità, anche nel paziente paucisintomatico, di rilevare quei criteri clinici che dovrebbero essere alla base di un invio precoce al centro di riferimento per la terapia sostitutiva cardiaca. L'acronimo “I NEED HELP” pensiamo possa

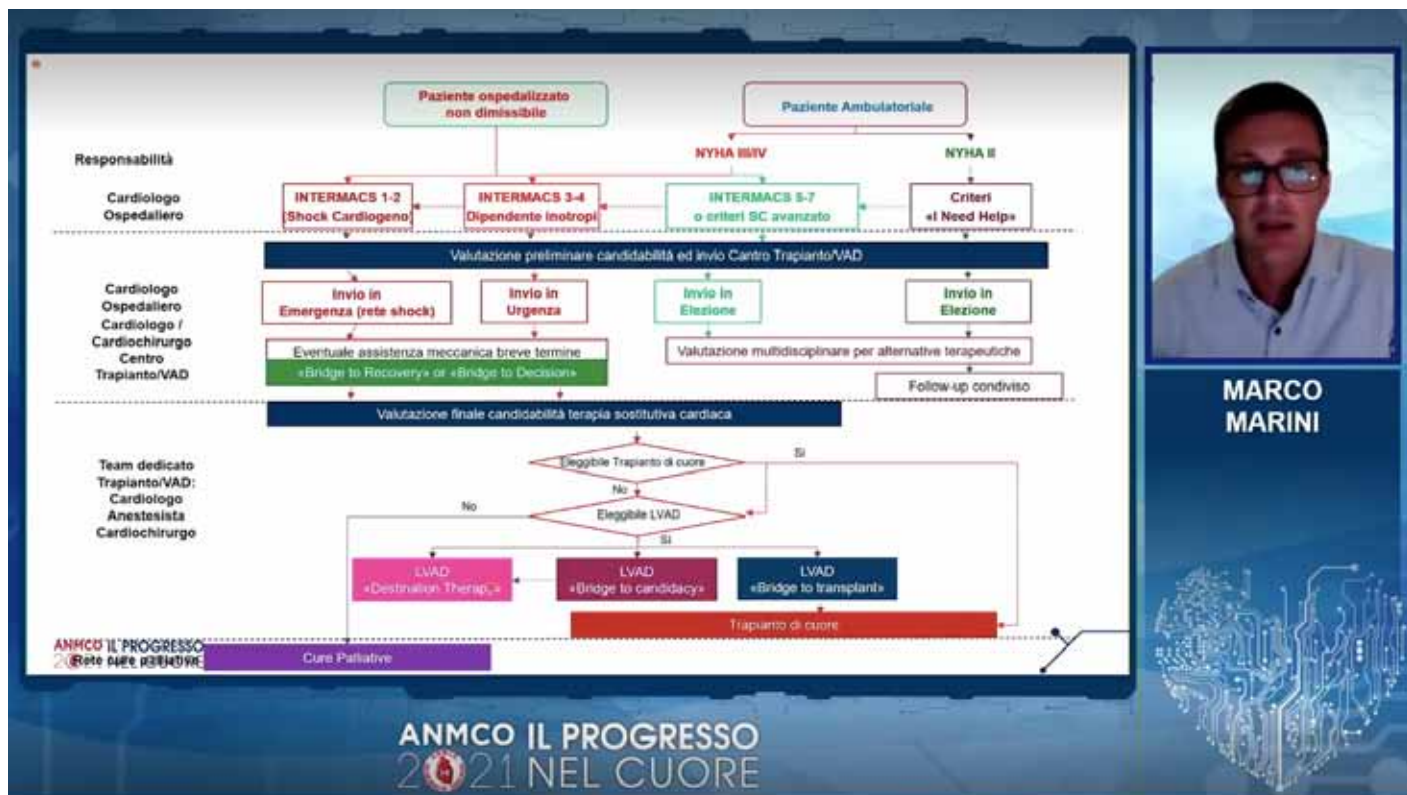
rappresentare uno strumento particolarmente utile nella pratica clinica quotidiana (Figura 1). Il secondo aspetto ribadisce, invece, la rilevanza dei criteri INTERMACS per delineare i percorsi diagnostico-terapeutici dei pazienti con compenso emodinamico compromesso o labile (Figura 2).

Nella prima parte, oltre ai percorsi, viene dedicata un'ampia discussione ai principali aspetti della gestione multiprofessionale e multidisciplinare dell'insufficienza cardiaca avanzata, così come i principali setting assistenziali (dal territorio, ai centri dedicati alla terapia sostitutiva cardiaca, sino alla rete per le cure palliative). In questa parte è anche descritta la attuale organizzazione del Centro Nazionale e dei Centri Regionali dedicati a trapianto di cuore e descritti gli attuali criteri per le urgenze dei pazienti inseriti in lista attiva.

I need help

I	Inotropes	Necessità precedente o in corso di inotropi (Dopamina, Milrinone, Dobutamina o Levosimendan)
N	NYHA class/NT-proBNP-BNP	Classe NYHA III/IV – NT-proBNP/BNP persistentemente alto
E	End-Organ dysfunction	Peggioramento della funzionalità renale ed epatica dovuta allo scompenso
E	Ejection Fraction	Frazione d'eiezione del ventricolo sinistro molto bassa <20%
D	Defibrillator shocks	Shock ricorrenti ed appropriati del cardiovertitore defibrillatore
H	Hospitalizations	Più di una ospedalizzazione per peggioramento dello scompenso cardiaco negli ultimi 12 mesi
E	Edema / escalating diuretics	Persistente sovraccarico emodinamico richiedente un aumento della dose dei diuretici
L	Low blood pressure	Pressione sistolica inferiore a 90-100 mm hg
P	Prognostic medication	Incapacità di proseguire o titolare terapia con ACEi/ARBs/ARNi, beta-bloccanti ed MRA

Baumwol J. "I Need Help"—A mnemonic to aid timely referral in advanced heart failure. J Heart Lung Transplant 2017;36:593–594.



MARCO MARINI



La seconda parte è dedicata ai criteri per definire la candidabilità dei pazienti a trapianto di cuore. Sono riportate tutte le informazioni che possono essere utili anche ai centri scompenso che non hanno una attività di terapia sostitutiva cardiaca per una valutazione di eleggibilità, dalle indicazioni alle controindicazioni basate sulle principali valutazioni di screening. Sono infine descritti i principali approcci farmacologici e non che consentono ai pazienti in lista attiva di giungere al trapianto di cuore. Tra le terapie farmacologiche viene riportata la possibile utilità degli inotropi, mentre tra le terapie non farmacologiche l'utilità del supporto temporaneo al circolo, della terapia elettrica (impianto di cardiovertitore defibrillatore,

terapia di resincronizzazione ventricolare, ablazione transcateretere mediante radiofrequenza). Una parte finale descrive un altro aspetto particolarmente rilevante, ovvero, ciò che il Cardiologo deve conoscere per la gestione dei pazienti post-trapianto di cuore. L'ultima parte alla valutazione del paziente candidato ad assistenza ventricolare meccanica. Vengono riportati in dettaglio i criteri definiti dal Centro Nazionale Trapianto per valutare l'eleggibilità dei pazienti, da

Non un approfondimento sulla gestione pre- ma anche quello sulla gestione post- terapia sostitutiva cardiaca

quelli clinici a quelli ecocardiografici. Anche in questa parte vi è un'ampia discussione sulla gestione post-impianto di assistenza ventricolare meccanica. In attesa di poter leggere il Documento di Consenso, appena pubblicato, invitiamo tutti a rivedere la Convention disponibile online. Siamo sicuri che la Convention come il Documento di Consenso potranno essere utili non solo ai Cardiologi che si occupano di insufficienza cardiaca. Ci auguriamo, inoltre, che possa promuovere l'ottimizzazione di percorsi diagnostico-terapeutici delle fasi più avanzate dell'insufficienza cardiaca, che troppo spesso non vengono riferiti tempestivamente ai centri dedicati alla terapia sostitutiva cardiaca vedendosi precluse tutte le possibili opportunità terapeutiche. ♥



Massimo Di Marco

ABRUZZO

Presidente

Massimo Di Marco - Pescara

Consiglio Regionale

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



Serena Rakar

FRIULI VENEZIA GIULIA

Presidente

Serena Rakar - Trieste

Consiglio Regionale

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



Marco Fabio Costantino

BASILICATA

Presidente

Marco Fabio Costantino - Potenza

Consiglio Regionale

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



Giuseppe Pajes

LAZIO

Presidente

Giuseppe Pajes - Ariccia (RM)

Consiglio Regionale

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



Roberto Caporale

CALABRIA

Presidente

Roberto Caporale - Cosenza

Consiglio Regionale

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



Vered Gil Ad

LIGURIA

Presidente

Vered Gil Ad - Genova

Consiglio Regionale

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



Gerolamo Sibilio

CAMPANIA

Presidente

Gerolamo Sibilio - Pozzuoli (NA)

Consiglio Regionale

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



Giuseppe Di Tano

LOMBARDIA

Presidente

Giuseppe Di Tano - Cremona

Consiglio Regionale

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



Gabriele Guardigli

EMILIA ROMAGNA

Presidente

Gabriele Guardigli - Ferrara

Consiglio Regionale

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



Giovanni Tarsi

MARCHE

Presidente

Giovanni Tarsi - Pesaro

Consiglio Regionale

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



Annalisa Viele

MOLISE

Presidente

Annalisa Viele - Campobasso

Consiglio Regionale

Giovanna Giannotti - Campobasso
Alexandra Sabusco - Campobasso



Edoardo Bonsante

TRENTINO ALTO ADIGE

Presidente

Edoardo Bonsante - Bolzano

Consiglio Regionale

Elisa Minchio - Trento
Michele Moretti - Trento



Ferdinando Varbella

PIEMONTE - VALLE D'AOSTA

Presidente

Ferdinando Varbella - Rivoli (TO)

Consiglio Regionale

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



Antonia Mannarini

PUGLIA

Presidente

Antonia Mannarini - Bari

Consiglio Regionale

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



Gianfranco Delogu

SARDEGNA

Presidente

Gianfranco Delogu - San Gavino Monreale (SU)

Consiglio Regionale

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



Giovanna Geraci

SICILIA

Presidente

Giovanna Geraci - Palermo

Consiglio Regionale

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



Giancarlo Casolo

TOSCANA

Presidente

Giancarlo Casolo - Lido di Camaiore (LU)

Consiglio Regionale

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



Adriano Murrone

UMBRIA

Presidente

Adriano Murrone - Città di Castello (PG)

Consiglio Regionale

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



Claudio Bilato

VENETO

Presidente

Claudio Bilato - Arzignano (VI)

Consiglio Regionale

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



**Scompenso cardiaco a frazione d'eiezione lievemente ridotta:
analogie e differenze con gli altri fenotipi di scompenso cardiaco**

Scompenso cardiaco con funzione sistolica lievemente ridotta

**Profilo epidemiologico, comorbidità ed indici prognostici
Nuovi contenuti alla luce delle nuove Linee Guida ESC 2021**

L'insufficienza cardiaca è una sindrome clinica caratterizzata da dispnea, fatica, astenia, intolleranza all'esercizio fisico, talora accompagnata da segni quali aumento della pressione venosa giugulare, congestione polmonare, edemi declivi, causata da alterazioni strutturali o funzionali del cuore e rappresenta la principale causa di mortalità nei paesi industrializzati, esplicitamente responsabile di oltre 18 milioni di decessi per anno. Nonostante i termini insufficienza cardiaca e scompenso cardiaco vengano spesso utilizzati in maniera intercambiabile, con il primo si identifica generalmente la sindrome clinica mentre con il secondo si intende l'episodio di riacutizzazione. La Società Europea di Cardiologia (ESC) classifica lo scompenso cardiaco in base al grado di disfunzione sistolica, dando origine

L'insufficienza cardiaca rappresenta la principale causa di mortalità nei paesi industrializzati, esplicitamente responsabile di oltre 18 milioni di decessi per anno. La frazione d'eiezione è il parametro ecocardiografico riconosciuto come strumento di valutazione della funzione sistolica nonché pietra miliare nella classificazione dello scompenso cardiaco

a tre categorie: scompenso cardiaco con frazione d'eiezione preservata (FE>50%), con frazione d'eiezione lievemente ridotta (FE 40-49%), con frazione d'eiezione ridotta (FE<30%).

Lo scompenso cardiaco a frazione d'eiezione lievemente ridotta (o "mildly reduced") identifica una categoria grigia con FE compresa tra 41 e 49% ed in alcuni registri rappresenta sino ad un quarto di tutti i pazienti con scompenso cardiaco. La ragione scientifica per cui è stata conosciuta questa nomenclatura risiede in diversi quesiti di ricerca, alcuni dei quali non trovano ancora risposta. Gran parte delle evidenze disponibili derivano da registri o sottoanalisi di studi di popolazione/di corte e non è ancora chiaro sino a che punta possa considerarsi come una categoria "di transizione" tra HFpEF e HFrEF piuttosto che come entità nosologica a se stante. Per ciò che concerne il **profilo epidemiologico** del fenotipo HFmrEF, le evidenze disponibili sono limitate ed in gran parte derivanti da sottoanalisi di registri clinici e studi di comunità. Il Registro ESC-HF-LT



(Heart Failure Long-Term) costituito dai dati di oltre 9.134 pazienti ha riportato un tasso di ospedalizzazione HFmrEF-related del 24% (1). Una stima simile è stata riportata nel Registro Swedish composto dai dati di 40.230 pazienti, ove è risultato un tasso di ospedalizzazioni HFmrEF del 21% (2). Queste stime sono inferiori a quelle riportate dal Registro GWTHG-HF (Get With The Guidelines-HF) il quale ha analizzato dati di oltre 99.825 pazienti raccolti dal 2005 al 2013, segnalando un tasso del 13% di ospedalizzazioni riconducibili al fenotipo HFmrEF (3). Per ciò che concerne altre caratteristiche demografiche quali genere ed età, sembra che il fenotipo HFmrEF sia maggiormente rappresentato negli individui di sesso maschile ed over 65. I risultati dei registri ESC-HF-LT e Swedish segnalano una prevalenza maggiore negli individui di sesso maschile (68% e 61% rispettivamente). I dati GWTHG-HF riportano invece una prevalenza nel

con fenotipo HFmrEF è ancora dubbia. Sono state valutate diverse comorbidità quali ipertensione arteriosa, cardiopatia ischemica, pregresso infarto miocardico, presso

ictus cerebri/attacco ischemico transitorio, BPCO, Diabete Mellito tipo II, Fibrillazione atriale, insufficienza renale cronica e stato anemico. L'ipertensione arteriosa è risultata essere la patologia più frequentemente coesistente nei pazienti con fenotipo HFmrEF con una prevalenza tra il 60% e l'82%. Dai dati dei tre registri (GWTHG-HF, ESC-



Lo scompenso cardiaco a frazione d'eiezione lievemente ridotta (heart failure with mild reduced ejection fraction, HFmrEF) rappresenta una entità nosologica non uniforme, con caratteristiche controverse sia in termini di profilo epidemiologico/prognostico sia in termini di etiopatogenesi, trattamento e management clinico

sesso maschile del 51%. L'età media nei registri GWTHG-HF, ESC-HF-LT e Swedish è risultata essere 77, 64 e 74 anni rispettivamente. L'interpretazione clinica delle **comorbidità** osservate nei pazienti

HF-LT e Swedish registry) emerge che l'ipertensione arteriosa è più frequente nel fenotipo HFmrEF (82%, 60% e 64% rispettivamente) rispetto al fenomeno HFrEF (77%, 55% e 56%) e leggermente meno

frequente rispetto al fenotipo HFpEF (84%, 67%, e 72% rispettivamente). Analogamente è stata riscontrata una forte prevalenza di cardiopatia ischemica, risultando una frequenza del 59.9%, 41.8% e 53.0% nei registri GWTHG-HF, ESC-HF-LT e Swedish registry rispettivamente. Sembra che la coesistenza di malattia coronarica (CAD, coronary artery disease) sia maggiore comparabile nei fenotipi HFpEF e HFrEF (59.9%, 41.8% e 53.0% vs 58.4%, 48.6% e 54.0% rispettivamente). Parallelamente la prevalenza di CAD nel fenotipo HFpEF è risultata essere inferiore (48.6%, 23.7% e 42.0%). Al contrario la presenza di fibrillazione atriale e diabete mellito tipo II è risultata



essere comparabile tra i fenotipi HFmrEF e HFpEF ed in ogni caso maggiore rispetto alla frequenza osservata nel fenotipo HFrEF. Per quanto riguarda gli

biomarker predittori di HFmrEF risultato i peptidi natriuretici, la cistatina C e la troponina, seppur gli stessi marker hanno mostrato una correlazione più alta con l'incidenza

in questo studio la mortalità per ogni causa nel fenotipo HFmrEF è risultata essere inferiore rispetto ai fenotipi HFrEF e HFpEF (43% versus 45% e 52% rispettivamente). Non si sono registrate invece particolari differenze per ciò che concerne i tassi di ospedalizzazione (5).

Alla luce di questi dati, considerando le peculiari caratteristiche, in termini di profilo epidemiologico/prognostico e di comorbidità, è ragionevole ipotizzare che forse sia più l'eziopatogenesi a caratterizzare la risposta terapeutica ed il management clinico dello specifico fenotipo di scompenso cardiaco. La ricerca sta direzionando i propri sforzi verso questa direzione al fine di definire la miglior risposta terapeutica per ciascuna categoria di scompenso cardiaco. ♥

Secondo quanto riportato dalle Linee Guide ESC 2021, l'incidenza dello scompenso cardiaco, aggiustata per età, è in diminuzione, probabilmente per effetto di una migliore gestione delle patologie cardiovascolari, ma a causa dell'invecchiamento della popolazione l'incidenza complessiva risulta invece in aumento

indicatori prognostici, alcuni studi hanno cercato di definire nella maniera più accurata possibile quali fattori e quali caratteristiche fossero capaci di predire gli eventi di ospedalizzazione e mortalità. Un studio longitudinale ha analizzato

di HFrEF. È stato inoltre osservato un trend aumentato in termini di mortalità nel fenotipo HFmrEF (50 eventi per 1.000 persone-anno) rispetto al fenotipo HFpEF (39 eventi per 1.000 persone-anno). I tassi di mortalità sono invece risultati

I tre fenotipi di scompenso cardiaco presentano significative differenze per ciò che concerne eziologia, epidemiologia, presentazione clinica, prognosi, comorbidità e risposta al trattamento

dati di 28.200 pazienti in un periodo di 12 anni, ove è stata registrata una percentuale di HFmEF del 10% (4). Tra i fattori prognostici ritenuti significativi, troviamo l'età, il genere maschile, un alto valore di pressione sistolica, un precedente evento cardiovascolare e la coesistenza di diabete mellito tipo II. Tra i

pressoché comparabili nei fenotipi HFmrEF e HFrEF (50 e 46 eventi per 1.000 persone-anni; $p=0.78$). Questi dati sono in contrasto con i risultati di uno studio osservazionale multicentrico coinvolgente 3.580 pazienti con scompenso cardiaco, con un follow up medio di 3.66 anni e di cui il 14% con fenotipo HFmEF:

Bibliografia

- 1) Chioncel, O. et al. *Epidemiology and one-year outcomes in patients with chronic heart failure and preserved, mid-range and reduced ejection fraction: an analysis of the ESC heart failure long-term registry*. Eur. J. Heart Fail. 19, 1574–1585 (2017).
- 2) Koh, A. S. et al. *A comprehensive population-based characterization of heart failure with mid-range ejection fraction*. Eur. J. Heart Fail. 19, 1624–1634 (2017).
- 3) Shah, K. S. et al. *Heart failure with preserved, borderline, and reduced ejection fraction: 5-year outcomes*. J. Am. Coll. Cardiol. 70, 2476–2486 (2017).
- 4) Bhambhani, V. et al. *Predictors and outcomes of heart failure with mid-range ejection fraction*. Eur. J. Heart Fail. 20, 651–659 (2018).
- 5) Margonato D. et al. *Heart Failure With Mid-range or Recovered Ejection Fraction: Differential Determinants of Transition*. Card Fail Rev. 2020 Oct 16;6:e28 2020.



La Calabria alla ripartenza

Il Consiglio Direttivo della Regione Calabria da poco eletto ha già messo in campo alcune delle iniziative presentate nel programma concordato al momento dell'insediamento, fondato su formazione, produzione di documenti organizzativi e interazione con le istituzioni regionali. Riguardo all'attività formativa, vista la recente pubblicazione delle linee guida europee sullo scompenso cardiaco abbiamo organizzato un convegno in presenza che si terrà con il medesimo programma a Cosenza, Catanzaro e Reggio Calabria in Novembre e Dicembre prossimi. La realizzazione di incontri nelle tre aree consentirà a faculty e discenti, selezionati tra i cardiologi di ciascuna zona, di avere una migliore interazione e una maggiore fruibilità dell'evento. Sono stati coinvolti i responsabili di tutte le unità operative cardiologiche, chiedendo loro di individuare un referente sul tema scompenso, per incentivare la creazione di una rete territoriale. Gli aspetti operativi, peraltro previsti dal PDTA regionale, verranno discussi in una tavola rotonda alla quale parteciperanno anche rappresentanti del Dipartimento Salute della Regione. Con il medesimo format

è già in preparazione un altro evento che affronterà il tema del trattamento dell'ipercolesterolemia dopo sindrome coronarica acuta, alla luce delle più recenti evidenze e della prossima disponibilità di nuovi farmaci. Gli incontri si terranno in Marzo 2022 sempre in tre date e in tre sedi diverse, per agevolare la partecipazione dei soci di tutti i centri e di tutte le aree. Abbiamo infine optato per organizzare il Congresso Regionale del 2022 in Maggio da remoto, legandolo a un evento formativo sulle gliflozine e prevedendo in tale contesto l'Assemblea Annuale dei Soci. Riguardo all'attività organizzativa, abbiamo in preparazione la stesura di alcuni documenti finalizzati alla concreta attuazione di percorsi regionali che vorremmo realizzare dopo aver verificato lo stato attuale. Sono in fase avanzata quello riguardo all'utilizzo della risonanza magnetica cardiaca (indicazioni, distribuzione dei centri, interazione tra radiologie e cardiologie) e quello sulla lettera di dimissione dopo sindrome coronarica acuta. La stesura sarà condivisa dopo confronti in presenza e/o su piattaforma digitale con rappresentanti di vari centri esperti negli specifici settori. Le note meno

liete riguardano i rapporti con le istituzioni sanitarie regionali, non certo facilitati dal periodo pre-elettorale. Siamo però convinti che l'accordo tra noi Cardiologi dell'ANMCO, che rappresentiamo la stragrande maggioranza dei cardiologi ospedalieri e la quasi totalità dei Direttori delle unità cardiologiche, sarebbe in grado di superare buona parte delle difficoltà non risolte dalla politica sanitaria. La visione di insieme del ruolo della cardiologia regionale che l'ANMCO ha potrebbe farci superare buona parte dell'inadeguatezza organizzativa che è sotto gli occhi di tutti. Dopo una accesa tornata elettorale caratterizzata dalla partecipazione del 99% dei centosettanta Soci in regola, record che sarà difficilmente superabile nella storia delle elezioni della nostra Associazione, confidiamo che le iniziative messe in campo, nelle quali è stata e sarà coinvolta quasi tutta la platea degli associati di tutte le unità cardiologiche, possano rappresentare il punto di partenza di una rinnovata collaborazione e realizzino di fatto le condizioni per creare percorsi virtuosi. Chi crede nell'ANMCO e in questa sua mission è chiamato a fare la sua parte. ♥



DALLE REGIONI - LIGURIA

DI VERED GIL AD E LUCA OLIVOTTI

A NOME DEL CONSIGLIO DIRETTIVO REGIONALE ANMCO LIGURIA



Next-generation ANMCO Liguria: chi siamo e cosa programmiamo
per il prossimo biennio

Il Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Liguria si rinnova: Meet the new TEAM

Con le elezioni regionali a maggio 2021 è arrivato a termine il mandato del Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Liguria 2018-2021 con la brillante Presidenza del Dott. Marco Botta, che ringraziamo per il lavoro svolto in questo triennio. Il suo mandato ha dato un grande contributo al consolidamento della rete regionale dei Cardiologi liguri, attraverso l'organizzazione di un'ampia attività formativa, la collaborazione con le altre società cardiologiche a livello regionale, e il continuo confronto con tutti i Soci sulle principali tematiche cardiologiche e sulle criticità legate alla crisi pandemica.

TEAM: Together Everyone Achieves More

Insieme possiamo arrivare più in alto. Dal 2016 questo è diventato il motto dell'ANMCO Liguria. Con il Consiglio Direttivo entrante vogliamo proseguire con tale impulso di collaborazione e confronto tra i membri del Consiglio e tra i Cardiologi regionali, con l'obiettivo di ampliare ulteriormente la sinergia tra



tutti i Cardiologi liguri. Crediamo che proseguire sulla strada di una sempre maggior condivisione delle risorse professionali, logistico-organizzative e di "best-practice" di ogni Centro

TEAM - Together Everyone Achieves More

**Insieme possiamo
arrivare più in alto
Dal 2016 questo è
diventato il motto
dell'ANMCO Liguria**

possa favorire l'ottimizzazione di percorsi diagnostico-terapeutici condivisi per i Pazienti cardiologici più complessi e stimolare l'interesse di ogni Cardiologo nel mantenere sempre un'efficace mentalità clinica e un approccio globale al Paziente cardiologico, indipendentemente dalla sua attività specifica e di interesse prevalente.

Nuove persone

Insieme a Vered Gil Ad (Osp. San Martino, Genova), Presidente Regionale eletto, fanno parte del nuovo Consiglio Direttivo Regionale: Valentina Boasi (Osp. Borea, Sanremo), Massimiliano Fedele (Osp. Villa Scassi, Genova), Matteo Ghione (Osp. San Paolo, Savona), Paola Maragliano (Osp. La Colletta, Arenzano), Luca Olivotti (Osp. Santa Corona, Pietra Ligure), Isabella Puccetti (Osp. Sant'Andrea, La Spezia), Anna Toso (Osp. Galliera, Genova), Gianluca Trocchio (Istituto Giannina Gaslini, Genova). Il compartimento Nursing regionale è rappresentato da Marina Terrile (Osp. Galliera, referente Nursing



A maggio 2021 è stato eletto il nuovo Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Liguria.

Dopo il difficile periodo pandemico vogliamo proseguire con l'approccio di ampia condivisione e collaborazione tra i membri del Consiglio e tutti i Cardiologi in tutta la regione. Il nuovo Direttivo si è messo al lavoro con grande entusiasmo e voglia di far crescere la nostra Associazione con un programma ambizioso e molte proposte

regionale), Chiara Vinacci (Osp. San Martino) e Marta Cortesogno (Osp. Villa Scassi). Il nuovo Consiglio, in continuità con l'approccio passato, è quindi nuovamente caratterizzato da una larga rappresentanza territoriale delle Cardiologie liguri e da una ampia diversificazione delle sub-specialità cardiologiche che fanno parte del nostro lavoro quotidiano. Tale approccio è funzionale agli obiettivi che ci siamo posti.

Nuove sfide

Il periodo attuale ci mette di fronte importanti sfide e ci richiede grande responsabilità. 1) La pandemia e le sue ricadute a medio-lungo termine sull'organizzazione del nostro lavoro e dei nostri Ospedali.

2) Le difficoltà vecchie e nuove del Sistema Sanitario Nazionale, tornato prepotentemente a ricoprire un ruolo centrale e insostituibile per la società.

3) L'evoluzione tecnologica e la trasformazione digitale del lavoro dei



Cardiologi.

Insieme all'ANMCO nazionale ed al progetto NEXT Generation ANMCO, siamo qui per affrontare con il massimo impegno queste tematiche, con l'obiettivo di crescita e di essere protagonisti nel prossimo futuro della Cardiologia Italiana.

Nuovi obiettivi. Nuove collaborazioni

Infermieri. Tra gli obiettivi per il prossimo biennio consideriamo prioritario, anzi "strategico", il rapporto di collaborazione e di formazione insieme al Personale Infermieristico, che deve adattarsi al continuo aumento dell'intensità delle cure dei pazienti cardiologici negli ultimi anni, e che ha dovuto affrontare in prima linea le difficoltà della fase pandemica oltre all'inevitabile arrivo di molti nuovi colleghi spesso provenienti da altri reparti e quindi senza preparazione specialistica dedicata.





Vered Gil Ad

Consiglio Direttivo ANMCO Liguria



l'integrazione delle metodiche di Imaging avanzato nella pratica clinica. Inoltre, altre tematiche fortemente "sentite" ed emergenti che abbiamo indentificato e che puntiamo di sviluppare, riguardano la cardiopatia congenita dell'adulto,



Valentina Boasi



Paola Maragliano



Fedele Massimilano



Luca Olivotti



Isabella Puccetti



Anna Toso



Gianluca Trocchio



Marina Terrile



Marta Cortesogno



Chiara Vinacci

Altre società cardiologiche. Tra gli obiettivi formativi portiamo avanti con grande piacere ed entusiasmo il progetto "Cardioliguria", il meeting

Presentazione del nuovo Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Liguria e dei nostri programmi per il prossimo biennio

congiunto annuale delle Società Cardiologiche Liguri. Progetto che è rapidamente diventato una tradizione attesa da tutti per il confronto sulle principali tematiche cardiologiche e i percorsi di cura in Regione.

Altre società scientifiche. Continuiamo inoltre con

l'organizzazione di eventi formativi su varie tematiche cardiologiche in collaborazione con i colleghi della Medicina d'Urgenza (SIMEU) e Medicina Interna (FADOI).

Cardiochirurgia. Aspiriamo a rafforzare e consolidare le reti regionali per la gestione di pazienti cardiopatici congeniti adulti, di pazienti con shock cardiogeno e di pazienti con scompenso cardiaco avanzato.

Territorio. Miriamo ad organizzare incontri formativi con la Cardiologia territoriale e con i Medici di Medicina Generale, per elaborare congiuntamente linee di gestione per le principali tipologie di pazienti cardiopatici dopo la dimissione ospedaliera.

Hot topics. In continuità con il precedente CDR, vogliamo proseguire ad affrontare temi cardiologici che vedono protagonista

**Il nuovo TEAM del
Consiglio Direttivo
Regionale ANMCO
Liguria è già
attivo e presenta
un programma
importante per il
prossimo biennio
Le sfide sono molte e
complesse
L'entusiasmo e la
voglia di far crescere
la nostra Associazione
sono già un primo
risultato raggiunto**

la Cardiologia riabilitativa e la Cardiologia di genere.

Ricerca. Puntiamo anche sulla ricerca. Abbiamo elaborato e recentemente avviato un registro multicentrico prospettico regionale "MINOCA-cure" mirato ad approfondire tematiche di grande rilevanza ed attualità sull'epidemiologia, sui fattori di rischio, sui percorsi di diagnosi e gestione di pazienti con diagnosi di MINOCA a livello regionale. ♥



Dalle Unità coronariche “dedicate” allo “staff dedicato” di Cardiologi intensivisti

UTIC: obiettivi di un'evoluzione

Obiettivi dell'evoluzione: ridurre la variabilità gestionale tra le differenti specialità coinvolte nella gestione del paziente acuto cardiovascolare; concordare con i decisori pubblici una centralità del ruolo dell'intensivista Cardiologo “dedicato”

Ogni anno giovani medici tra i più motivati e preparati del corso di laurea, iniziano il training nelle scuole di Cardiologia e, nonostante l'*appeal* esercitato dai settori interventisti, rimangono affascinati dall'Acute Cardiac Care e decidono di approfondirne le competenze. L'ingresso nel tessuto lavorativo di questi giovani specialisti ne disattende purtroppo spesso le aspettative. Negli anni '60 nascevano unità “dedicate” di terapia intensiva coronarica (UTIC) per il trattamento dell'infarto miocardico acuto (IMA). Tale istituzione riduceva la mortalità intra-ospedaliera fino a dimezzarla. Negli anni 2005 - 2010, l'evoluzione della terapia dell'IMA, la creazione della rete per la rivascolarizzazione miocardica hanno generato profonde trasformazioni all'interno delle UTIC che da ambienti “dedicati” sono diventate *setting* di cura di pazienti con patologie critiche multiple in cui quelle cardiovascolari siano percepite come prevalenti. Dagli anni 2000 le società scientifiche cardiologiche hanno fornito raccomandazioni circa la struttura e la funzione delle

L'evoluzione ha trasformato le UTIC da sedi “dedicate” al trattamento dell'infarto miocardico e alla rianimazione cardio-polmonare a luoghi di cura di patologie critiche multiple a prevalenza cardiovascolare. Rimane da orientare la gestione di tale setting assistenziale, benché le evidenze scientifiche supportino il ruolo del Cardiologo intensivista “dedicato”

UTIC trasformandole in “Unità di Terapia Intensiva Cardiovascolare” e, nonostante l'eterogeneità organizzativa dei sistemi sanitari,

si sforzavano di standardizzare la gestione della patologia cardiovascolare acuta attraverso un *grading* di 3 livelli di complessità assistenziale. Il livello 1 si riferisce a strutture con monitoraggio del ritmo cardiaco e monitoraggio emodinamico non invasivo, il livello 2 aggiunge il monitoraggio invasivo e il livello 3 prevede supporti cardiovascolari avanzati, ventilazione invasiva/ECMO. Nel 2008 lo studio BLITZ-3 ha fotografato un contesto italiano nel quale la metà delle UTIC erano di tipo 1, collocate in ospedali senza emodinamica, con l'onere di affrontare un carico assistenziale rilevante con scarse risorse. Il trasferimento inter-ospedaliero, era inadeguato (solo il 23% degli STEMI era stato trasferito) ed il 50% dei pazienti con IMA non veniva ripperfuso - una delle percentuali più basse in Europa. Dato evidentemente sorprendente vista la grande tradizione delle UTIC italiane nell'applicazione della terapia trombolitica negli STEMI ⁽¹⁾. Ancora dagli anni 2000, si è assistito ad una crescente domanda



di assistenza cardiovascolare acuta. L'UTIC del 3° millennio è diventata un'entità complessa: sede di utilizzo di tecnologie di supporto vitale sempre più avanzato richiedenti competenze altamente specializzate ma anche sede di cura di pazienti sempre più anziani, con comorbidità che richiedono una gestione intensiva più generalista. In contrasto a tale

La gestione in UTIC da parte di personale "intensivista dedicato" migliora la prognosi dei pazienti, la durata della degenza e il costo totale delle cure

tendenza all'evoluzione generalista, solide evidenze mostrano come la gestione in UTIC da parte di personale "intensivista dedicato" migliori la prognosi dei pazienti, la durata della degenza ed il costo totale delle cure; inoltre, i pazienti con problematiche cardiovascolari trattati da intensivisti cardiologi oltre

a ricevere più spesso trattamenti dettati dalle linee-guida mostravano una mortalità più bassa rispetto a quelli trattati da intensivisti generalisti. Tale modello riduce la mortalità in UTIC del 39% e intra-ospedaliera del 29%⁽²⁾. La posizione dell'*American Heart Association* appare quindi a supporto di una UTIC "chiusa" a gestione da parte di cardiologi intensivisti "dedicati" che d'altro canto, devono "evolvere" acquisendo competenze in medicina di area critica al fine di ottimizzare il trattamento di quelle co - morbidità (renali e respiratorie) che condizionano non solo la prognosi del paziente ma anche la durata della degenza in UTIC⁽³⁾. Se tale organizzazione è proponibile ed auspicabile per le UTIC di livello avanzato, un modello semi-aperto più flessibile viene invece proposto per i centri di I e II livello in cui la figura del cardiologo e dell'intensivista generalista co-gestiscono i pazienti acuti cardiovascolari. Va sottolineato però che, a fronte di tali raccomandazioni, al 2017 in USA solo nel 3% delle UTIC veniva praticata la co-gestione⁽⁴⁾. Se volessimo pertanto sintetizzare degli obiettivi atti a condizionare favorevolmente la prognosi del paziente acuto ma anche a promuovere la soddisfazione e l'evoluzione culturale degli attori di tale processo assistenziale potremmo proporre:

- per le UTIC di I livello, una strutturazione definita ed omogenea della rete inter-ospedaliera e dei rapporti con il servizio di emergenza-urgenza;
- per le UTIC di II e III livello, creare competenze specifiche ed implementare l'utilizzo di personale

dedicato e protocolli assistenziali definiti e *evidence-based*;
- per le UTIC di III livello, perseguire

UTIC: paziente con patologie critiche multiple a prevalenza cardiovascolare gestito nel presente da Cardiologi non dedicati, nel futuro da personale dedicato (Cardiologi o co-gestione Cardiologico-Generalista) operante con protocolli definiti e condivisi

un'ulteriore evoluzione medico-chirurgica cardiovascolare (stadio IV dell'evoluzione dell'UTIC secondo il modello di Fuster) che ponga il paziente al centro di una gestione congiunta, esito di un confronto continuo tra cardiologi, intensivisti,

Misurare la qualità delle cure è difficile, tuttavia indicatori di qualità specifici di percorso e di esito potrebbero confermare o smentire l'efficacia dei modelli organizzativi assistenziali

interventisti strutturali, elettrofisiologi e chirurghi cardiovascolari; ciò a beneficio della cura del paziente ma anche dell'elevazione culturale



continua di tutti i profili professionali coinvolti⁽⁵⁾;

- infine, intervenire sul disallineamento tra le logiche riorganizzative e il sistema di controllo aziendale/regionale/da parte delle società scientifiche, promuovendo valutazioni di efficacia dei percorsi messi in atto.

Misurare la qualità delle cure è difficile non essendo meramente estrapolabile dall'outcome clinico del paziente, tuttavia l'esistenza di trattamenti e strategie assistenziali di sicura efficacia permette di definire alcuni indicatori

di qualità specifici di percorso e di esito (es. la mortalità per IMA a 30 giorni aggiustata per il livello di rischio del paziente) [6]. Un loro utilizzo potrebbe confermare o smentire l'efficacia dei modelli organizzativi assistenziali messi in essere dal decisore pubblico. Questi infatti, oltre a razionalizzare l'utilizzo delle risorse, devono perseguire un miglioramento dell'outcome assistenziale nel paziente cardiologico acuto. ♥

Riferimenti bibliografici

(1) M Tubaro *Le unità di terapia intensiva*

cardiologica e l'evoluzione naturale, G Ital Cardiol 2011; 12(1):45-46.

(2) S J Na *Association between presence of a cardiac intensivist and mortality in an adult cardiac care unit*. JACC 2016; 68(24):2637-2648.

(3) Morrow DA *Evolution of critical care cardiology: transformation of the cardiovascular intensive care unit and the emerging need for new medical staffing and training models: a scientific statement from the American Heart Association*. Circulation 2012; 126:1408-1428.

(4) DM Dudzinski *The Evolving Medical Complexity of the Modern Cardiac Intensive Care Unit*. JACC 2017; 69(16):2008-2010.

(5) V Fuster *The (R)Evolution of the CICU*. JACC 2018; 72(18):2269-2270.



Le cardiopatie congenite dell'adulto sono una "growing epidemic",
ma i cardiopatici congeniti adulti sono ancora figli di un dio minore

La Rete Veneta nella Gestione del Cardiopatico Congenito Adulto

Costruire la rete Hub & Spoke e garantire l'approccio multidisciplinare

I difetti cardiaci sono la malformazione congenita più frequente, interessano l'1% dei nuovi nati e rappresentano un'epidemia crescente. L'aspettativa di vita di questi malati risulta nettamente migliorata rispetto a qualche decennio fa (Figura 1) con il risultato che i pazienti adulti affetti da cardiopatia congenita dal 2010 sono divenuti il doppio della popolazione pediatrica¹. Invecchiando e in presenza di fattori di rischio cardiovascolare, il cardiopatico congenito può sviluppare patologie cardiache acquisite, con quadri clinici più complessi a loro volta causa di morbilità e di mortalità anche in soggetti il cui difetto anatomico è stato trattato con successo e con i quali Cardiologi e cardiocirurghi pediatri sono poco confidenti, evidenziando la necessità di figure specialistiche "a ponte" i cui contorni formativi rimangono ancora poco definiti. In Italia ci sono all'incirca 75-100.000 soggetti con cardiopatie congenite con un incremento annuo

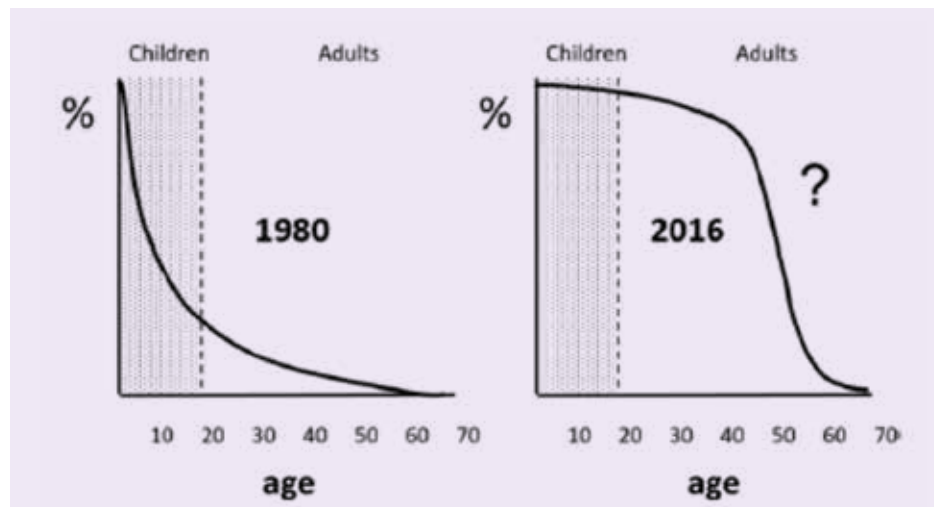


Figura 1 - Aspettativa di vita dei cardiopatici congeniti ieri e oggi.
Da Bouma and Mulder "Changing Landscape of Congenital Heart Disease Circ Res. 2017;120:908-922

del 5%², ma non abbiamo una stima precisa poiché manca un registro nazionale.

Il destino dei malati GUCH

Jane Sommerville, per prima, intuì oltre 20 anni fa³ che questi pazienti dovevano essere gestiti e trattati da Cardiologi (e Cardiocirurghi) dedicati ed esperti nelle cardiopatie congenite e che la loro gestione

doveva essere necessariamente multidisciplinare ed accentrata nelle cosiddette GUCH (Grown-Up Congenital Hearts) Unit, secondo quelle che lei definì le 4 raccomandazioni ROCK elencate nella Tabella 1. Nonostante i quasi 5 lustri trascorsi, ancora oggi si assiste ad una vera e propria diaspora di quei bambini che, diventando



La discussione collegiale multidisciplinare è centrale nel percorso diagnostico-terapeutico del paziente adulto con cardiopatia congenita

adulti, vengono persi al follow-up: meno del 50% dei pazienti afferrisce in centri dedicati dopo i 18 anni e il 27% dei cardiopatici congeniti non si sottopone ad alcun controllo cardiologico dopo la maggiore età⁴. Le recenti linee guida europee ribadiscono che questi pazienti vanno seguiti in centri specializzati per tutta la loro vita perché “non esistono (o quasi) soggetti guariti”. Lo stesso acronimo è stato modificato: non si parla più di grown-up (“cresciuti”) ma di ACHD ovvero adulti con cardiopatie congenite per distinguerli dagli adulti con cardiopatie acquisite.

Qualità ed aspettativa di vita degli ACHD

Oggi gli ACHD possono condurre una vita del tutto normale: sono donne e uomini che studiano, lavorano e, in determinate condizioni, praticano sport anche a livello agonistico (Figura 2). Vi sono donne con cuore univentricolare palliate con intervento di Fontan che hanno portato a termine la gravidanza. Il miglioramento della qualità di vita è andato di pari passo con il potenziamento dell’assistenza sanitaria, ormai integrata in gruppi multidisciplinari per rispondere alle molteplici esigenze che questi individui giustamente reclamano.

Il passaggio dall’età pediatrica a quella adulta

Il follow-up del cardiopatico congenito nella fase dell’adolescenza non è solo il banale trasferimento dall’ambulatorio pediatrico a quello GUCH ma significa “preparare” il paziente a prendersi cura di sé: da una gestione famiglia-centrica ad una paziente-centrica in cui il singolo deve prendere coscienza della propria malattia, conoscere i

LE RACCOMANDAZIONI ROCK	
R	Riconoscere, essere Responsabili e Riferire il paziente;
O	Organizzare, fare in modo che il paziente afferisca in centri ove siano presenti expertise dedicate;
C	Centralizzare in strutture di riferimento queste expertise;
K	K di “knowledge” conoscere, studiare e fare in modo che nel centro di riferimento siano presenti tutte le “skills” da quella pediatrica a quella cardiologica e chirurgica, che siano totalmente integrate e disponibili.

Tabella 1 - Organizzazione dei pazienti GUCH secondo J.Sommerville: the ROCK recommendations Da Management of adults with congenital heart disease: an increasing problem *Annu Rev Med* 1997;48:283-93.

propri limiti, accettare la terapia ed eventuali ulteriori interventi più o meno invasivi, il cui timing risulta cruciale per ridurre la morbilità/mortalità. In quest’ottica, istituire ambulatori “transizionali”, istruire i medici del territorio e definire percorsi dedicati per riferire questi pazienti ai centri ACHD appare di fondamentale importanza. A ciò si aggiunga che molti di questi pazienti avranno sequele cliniche significative a medio-lungo termine, come le problematiche aritmiche, l’ipertensione polmonare, e lo scompenso cardiaco, che si possono tradurre in necessità di re-intervento (chirurgico o interventistico). In tutti

questi casi la conoscenza dei vari tipi di correzione chirurgica e dell’anatomofisiopatologia del cuore “corretto” è decisiva per un esito favorevole.

Il PDTA della Regione Veneto

Per rispondere ai bisogni crescenti di questa popolazione in continua espansione e per garantire l’uniformità nell’accesso e nell’erogazione delle prestazioni e delle cure ai pazienti ACHD, la Regione Veneto ha formalizzato uno specifico PDTA⁵ (Figura 3). Sono stati individuati due Centri Hub, l’Azienda Ospedale-Università di Padova e l’Azienda Ospedaliera Universitaria integrata di Verona,

Si suppone che in Veneto vi siano circa 12.000 cardiopatici congeniti adulti (ACHD). Per rispondere ai bisogni crescenti di questa popolazione in continua espansione e per garantire l’uniformità nell’accesso e nell’erogazione delle prestazioni e delle cure ai pazienti ACHD, la Regione Veneto ha formalizzato uno specifico PDTA secondo il modello HuB&Spoke. ANMCO Veneto vuole favorire questo percorso per assicurare non solo l’approccio multidisciplinare ed altamente specialistico (HUB), ma contestualmente valorizzare il ruolo dei centri SPOKE



identificando le figure dedicate alla cura di questi pazienti ovvero professionisti con esperienza e specializzazione nel campo del Cardiologia e della Cardiocirurgia dell'Adulto, Pediatrica e del Cardiopatico Congenito, affiancati, in considerazione della multidisciplinarietà delle competenze richieste, da altri specialisti.

Il Team Multidisciplinare

La discussione collegiale multidisciplinare non solo in merito a problematiche "congenite" ma anche in caso di sovrapposte cardiopatie acquisite o per la gestione della chirurgia non cardiaca o della gravidanza è centrale nel percorso diagnostico-terapeutico. Ogni centro Hub costituisce un proprio gruppo

multidisciplinare che comprende Cardiologi dell'Adulto, Cardiologi ACHD e Cardiologi Pediatri, Elettrofisiologi del Cardiopatico Congenito, Emodinamisti dell'Adulto e Pediatrici, Cardiocirurghi dell'Adulto e Pediatrici, Cardioanestesisti, Radiologi, Medici Nucleari, Ginecologi, Medici dello Sport e del Lavoro, Fisiatri, Genetisti, Neurologi, Nefrologi, Psicologi Clinici, Patologi cardiovascolari esperti in cardiopatie congenite, nonché altri specialisti coinvolti quando indicato. Il Team Multidisciplinare si riunisce settimanalmente per la discussione dei casi complessi e/o che richiedano un trattamento interventistico e/o chirurgico o in previsione di una gravidanza.

Gli adulti affetti da cardiopatia congenita sono divenuti il doppio dei pazienti pediatrici e, sebbene possano condurre un'esistenza del tutto normale, vanno seguiti in centri specializzati per tutta la loro vita

Organizzazione delle cure: la rete Hub & Spoke

Considerata una prevalenza di circa 3 cardiopatici congeniti ogni mille adulti⁶, si suppone che in Veneto vi siano circa 12.000 ACHD, di cui solo una minima parte viene seguita nei centri specialistici. Per garantire a tutti l'accesso ad un percorso di cure adeguato, è stato necessario informare non solo i Cardiologi dei Centri Spoke ma anche i Cardiologi territoriali, i Medici di Medicina Generale ed i Pediatri di base sull'esistenza e la formalizzazione dei due Centri ACHD, ciascuno con una definita area di afferenza. In base al PDTA, i difetti congeniti di grado moderato o severo dovrebbero essere seguiti nei due centri Hub, prevedendo il controllo condiviso Hub & Spoke per le forme moderate. Tuttavia è auspicabile che tutti i pazienti ACHD (anche con difetti semplici) vengano valutati almeno una volta presso il Centro Hub, che stabilisce il successivo follow-up sulla base delle caratteristiche individuali. L'utilizzo di piattaforme web di collaborazione clinica dovrebbe facilitare l'interazione tra i centri, permettendo la presentazione



Figura 2 - Shaun Roger White, affetto da tetralogia di Fallot, è stato tre volte oro olimpico nello snowboard acrobatico

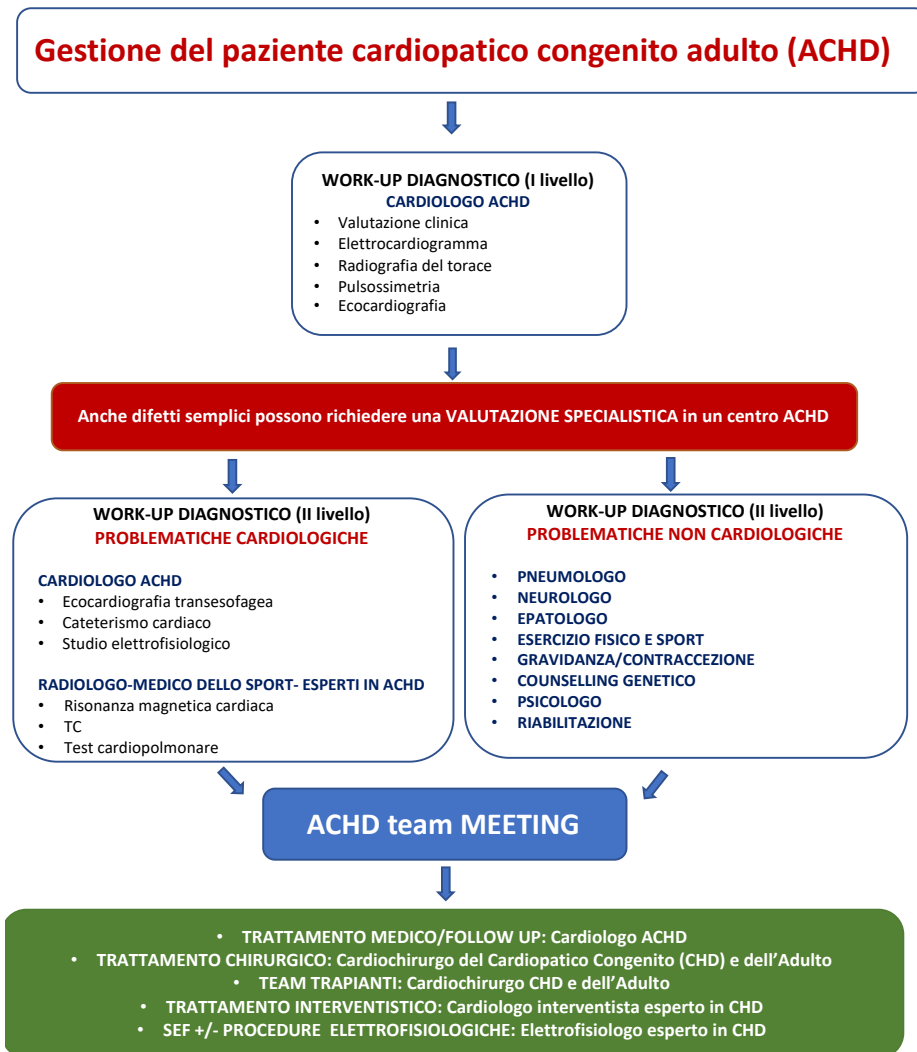


Figura 3 - Modificato da «Allegato A al Decreto n. 26 del 15/2/2018». PDTA Regione Veneto.

da remoto di casi clinici al team multidisciplinare, che può fornire un supporto di consulenza in tempo reale.

La creazione di un registro

L'ottimizzazione e la valorizzazione della sinergia Hub&Spoke contribuirà a porre le basi per la creazione di un Registro Veneto dei pazienti ACHD, consentendo di raccogliere dati precisi sulla distribuzione delle cardiopatie, sugli outcome a lungo termine, sulle

comorbilità aggiuntive dell'avanzare dell'età. L'ANMCO regionale Veneto dal canto suo ha iniziato, dal 2019, ad organizzare incontri formativi ECM sulle cardiopatie congenite, con l'obiettivo primario di promuovere il confronto e la formazione delle realtà territoriali e dei centri Spoke su aspetti pratici della gestione dei pazienti ACHD quali la diagnosi e l'approccio alle cardiopatie congenite semplici, la gestione in urgenza e l'idoneità sportiva e vuole incentivare

ulteriori progetti formativi e di collaborazione nel contesto delle cardiopatie congenite dell'adulto con altre società scientifiche interessate come la SICPED. ♥

Il Modello Hub&Spoke del PDTA sul cardiopatico congenito adulto deve garantire un approccio multidisciplinare ed altamente specialistico (HUB) e contestualmente valorizzare il ruolo dei centri SPOKE

Bibliografia

1. Marelli AJ, Ionescu-Ittu R, Mackie AS, Guo L, Dendukuri N, Kaouache M. Lifetime prevalence of congenital heart disease in the general population from 2000 to 2010. *Circulation*. 2014;130(9):749-56.
2. Chessa M. Le cardiopatie congenite nell'adulto fra linee guida e pratica clinica *G Ital Cardiol* 2011;12(7-8):474-483.
3. J. Sommerville *Management of adults with congenital heart disease: An Increasing Problem* *Ann. Rev. Med.* 1997. 48:283-93.
4. Reid GJ, Irvine MJ, McCrindle BW, Sananes R, Ritvo PG, Siu SC, Webb GD. Prevalence and correlates of successful transfer from pediatric to adult health care among a cohort of young adults with complex congenital heart defects. *Pediatrics*. 2004 Mar;113(3 Pt 1):e197-205.
5. Bollettino Ufficiale della Regione Veneto n. 32S del 30/03/2018. Decreto del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale n.26 del 15 febbraio 2018 "Approvazione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per la diagnosi e cura del paziente cardiopatico congenito adulto".
6. Van der Bom T, Bouma BJ, Meijboom FJ, Zwinderman AH, Mulder BJ. The prevalence of adult congenital heart disease, results from a systematic review and evidence-based calculation. *Am Heart J*. 2012;164(4):568-75.



Update sulle dissezioni coronariche spontanee

La Dissezione Coronarica Spontanea: update su diagnosi e strategie di trattamento

Update su diagnosi e strategie di trattamento

Definizione e Patogenesi

La dissezione coronarica spontanea (SCAD) è una delle cause non aterosclerotiche di coronaropatia e si manifesta con un rapporto di 9:1 nelle giovani donne con o senza fattori di rischio cardiovascolari. Deriva dallo sviluppo di un falso lume generalmente nel terzo esterno della tunica media implicando lo sviluppo di un ematoma intramurale (IMH) che comprime il vero lume del vaso, riducendo o addirittura bloccando il flusso coronarico, portando a ischemia miocardica. Grazie a un uso estensivo dell'angiografia coronarica, dell'imaging intravascolare e a una migliore consapevolezza della malattia stessa, le diagnosi di SCAD sono aumentate rispetto al passato.

Presentazione clinica

La SCAD si manifesta abitualmente come una SCA, i pazienti possono pertanto presentare angina instabile, all'infarto miocardico (NSTEMI e STEMI) fino alla morte improvvisa per

aritmia ventricolare e arresto cardiaco.

La dissezione coronarica dovrebbe pertanto essere sempre sospettata in giovani donne con dolore toracico nel periodo peri-partum e in soggetti giovani con un profilo di rischio cardio vascolare medio-basso.

Strategie diagnostiche

La prima valutazione è sempre basata sull'aspetto angiografico, perché solo attraverso la coronarografia è possibile confermare la diagnosi e classificare la SCAD. A seconda delle caratteristiche angiografiche, si identificano diversi sottotipi. Il Tipo 1 è chiaramente diagnostico raffigurando il tipico "flap" radiolucido con doppio lume. Il Tipo 2 è caratterizzato da una lunga stenosi che, se si estende fino al

Quando tecnicamente eseguibile, l'OCT può fornire immagini più chiare sul sito di dissezione rispetto l'IVUS

segmento distale, viene indicata come Tipo 2b, altrimenti come Tipo 2a.

Il Tipo 3 invece è angiograficamente indistinguibile da una stenosi focale o stenosi aterosclerotica tubolare. Quest'ultima in particolare richiede ulteriori indagini di imaging intravascolare quali la tomografia a coerenza ottica (OCT) o l'ecografia intravascolare (IVUS), per dimostrare la presenza di IMH e/o doppio lume. Il Tipo 4 prevede l'occlusione totale di un vaso, solitamente distale, in cui sono state escluse fonti di embolia coronarica. Nel caso in cui l'angiografia non abbia portato a una diagnosi di certezza e il vaso sia di calibro adeguato ad accogliere una sonda OCT/IVUS, si procede con una di queste tecniche di imaging intravascolare, che forniscono una migliore accuratezza diagnostica, ma presentano maggiori rischi e un costo più elevato. L'IVUS presenta una minor risoluzione spaziale, ma ha un potere di penetrazione più profondo rispetto all'OCT, permettendo di

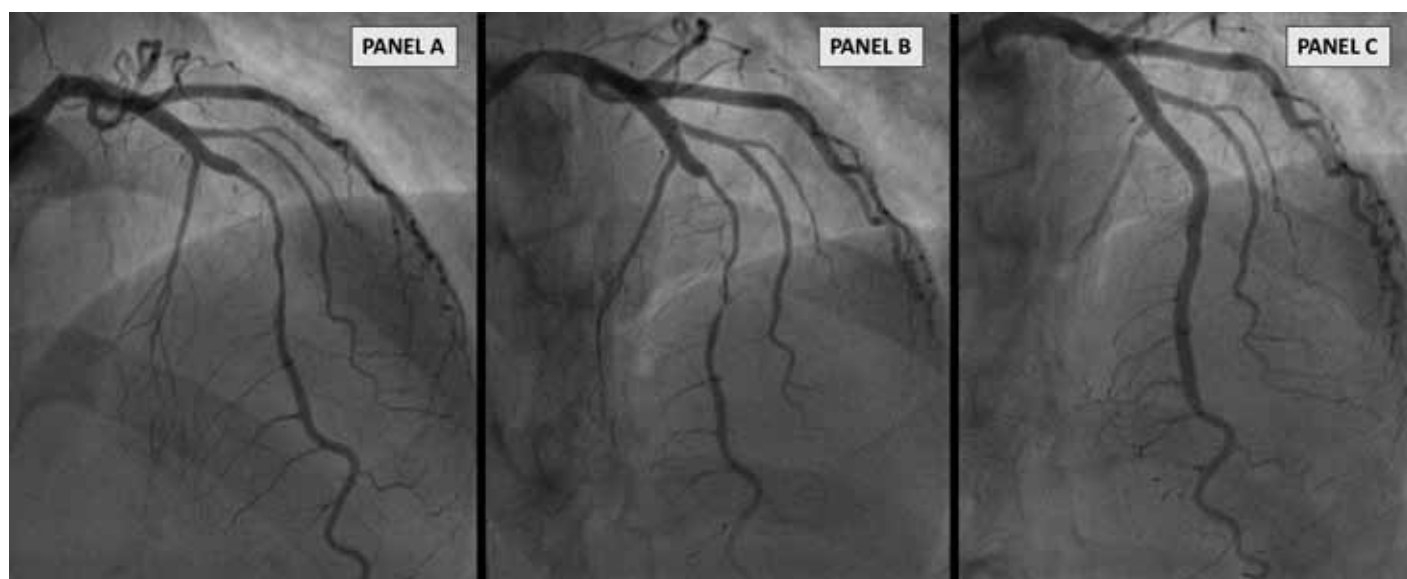


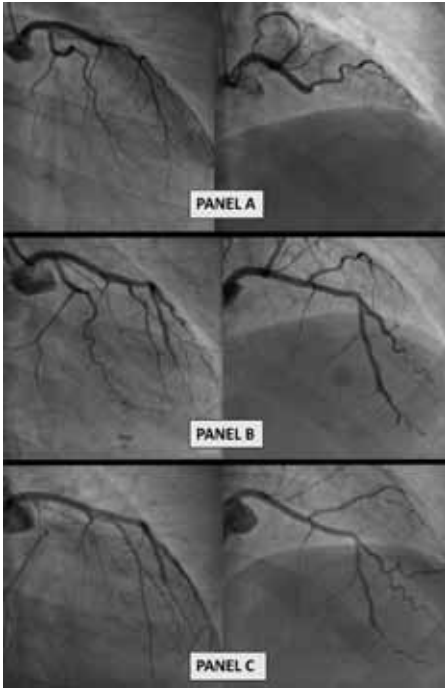
visualizzare l'intera parete del vaso, misurando lo spessore e l'estensione dell'IMH, però la sua inferiore risoluzione limita la capacità di rilevare le rotture intimali. L'OCT, d'altra parte, presenta una migliore capacità di rilevare rotture intimali, coaguli intraluminari, falsi lumi, e IMH, ma presenta una penetrazione ottica limitata e richiede una iniezione ad alto flusso e volume di mezzo di contrasto.

Pertanto, i problemi insorgono nella visualizzazione delle porzioni più distali, quando il vaso è eccessivamente grande o l'ematoma intramurale ricco di trombi, in questi casi si preferisce usare l'IVUS con modalità ChromaFlo. Solitamente l'OCT è

Un recente studio pubblicato dal nostro gruppo sull'European Heart Journal evidenzia che a 12 mesi, la DAPT è associata a un tasso più elevato di importanti eventi avversi cardiovascolari rispetto alla SAPT

preferito per scopi diagnostici, perché può fornire immagini più chiare sul sito di dissezione rispetto l'IVUS. Naturalmente è possibile effettuare la co-registrazione di OCT o IVUS per meglio identificare l'anatomia del vaso e il posizionamento del catetere. Anche se entrambe, IVUS e OCT, sono tecniche sicure, ambedue possono causare l'estensione della dissezione con il filo guida, il catetere o l'iniezione di contrasto, causando dissezioni iatrogene e l'occlusione del vero lume. Anche l'angiografia presenta un rischio non indifferente di sviluppo





di dissezioni iatrogene in un paziente con SCAD, anche con un'attenta manipolazione dei cateteri. Per questo motivo, si valuta un potenziale ruolo delle tecniche diagnostiche non invasive come l'angioTC e l'angioRM, attualmente non raccomandate come esami di prima linea.

Strategie di trattamento

Una gestione interventistica è ad oggi sconsigliata come prima linea a causa dell'elevata percentuale di

Nelle Dissezioni Coronariche Spontanee, la singola antiaggregazione è il trattamento più sicuro in caso di trattamento conservativo rispetto all'utilizzo di una terapia con doppia antiaggregazione

guarigione spontanea e al significativo tasso di complicanze (Figura 1) associate all'approccio interventistico, (PCI). Le linee guida ASC indicano una DAPT per 12 mesi, associando all'aspirina un potente inibitore del recettore P2Y12. Tuttavia vi è conflitto sull'uso di tali farmaci per le SCAD, la cui fisiopatologia primaria è un sanguinamento intramurale oltre al fatto di esporre i pazienti ad un rischio di sanguinamento o nel caso del sesso femminile a fenomeni di menorragia. In questa panoramica di incertezza, il nostro gruppo ha recentemente pubblicato sull'*European Heart Journal* uno studio per meglio interpretare l'uso e la durata del trattamento antiaggregante nelle

La dissezione coronariche spontanea è una delle cause non aterosclerotiche di sindrome coronarica acuta. Il gold standard diagnostico rimane ad oggi l'angiografia coronarica, con l'ausilio di imaging intravascolare OCT o IVUS come metodiche di secondo livello. Recenti evidenze riportate dal nostro gruppo sottolineano che la singola antiaggregazione è il trattamento più sicuro in caso di trattamento conservativo rispetto all'utilizzo di una terapia con doppia antiaggregazione.

SCAD (Cerrato et al, Eur Heart J 2021 Aug 31;42(33):3161-3171). A 12 mesi, la DAPT è risultata infatti associata a un tasso più elevato di importanti eventi avversi cardiovascolari rispetto alla SAPT, a fronte di un eccesso precoce di infarti miocardici non fatali e PCI non pianificate. Pertanto i dati sembrano confermare l'indicazione ad un trattamento con SAT nei pazienti affetti da SCAD che non vanno incontro a PCI. Questo spettro di incertezza terapeutica rende auspicabile la concretizzazione di studi randomizzati. Solo in caso di instabilità emodinamica, STEMI e altre caratteristiche di rischio, la rivascolarizzazione è ad oggi consigliata. La metodica invasiva utilizzata varia in relazione all'anatomia del vaso dissecante, all'estensione della dissezione. Trattandosi di pazienti giovani, si preferisce utilizzare stent bioassorbibili (Figura 2) rispetto a quelli con rilascio di farmaco (Figura 3). Nel caso di un esteso IMH autocontenuto visibile in OCT, l'angioplastica con palloncino permette di ripristinare il flusso, decomprimendo l'ematoma. La PCI è una procedura complessa per la potenziale difficoltà nel posizionare un filo guida nel vero lume e non nel falso lume. OCT e IVUS possono supportare la gestione interventistica fornendo informazioni essenziali sull'IMH e sulla corretta apposizione del filo guida. Infine, nel follow-up, le tecniche di imaging invasive e non, aiutano a valutare il risultato a lungo termine in caso di stenting/scaffolding esteso, forniscono informazioni sulla guarigione spontanea post trattamento conservativo ed escludono l'arteriopatia extracardiaca. ♥



Nuovi dati e nuove tecniche potrebbero cambiare la nostra pratica clinica

Pervietà del forame ovale: dalla chiusura per “device” occlusivo alla tecnica “NobleStitch”

Esperienza di un centro

Confronto fra due modalità di trattamento della pervietà del forame ovale
in pazienti con esiti d'ictus criptogenetico

Introduzione

La pervietà del forame ovale (PFO) può essere riscontrata in circa il 25% della popolazione adulta e può essere una potenziale fonte di ictus ischemico attraverso il meccanismo dell'embolizzazione paradossa⁽¹⁾. Ad oggi, infatti, la chiusura percutanea del PFO è un intervento di profilassi che ha come principale indicazione la prevenzione dell'ictus cardioembolico⁽²⁾. Pertanto la procedura è giustificabile solo se eseguita in centri con percentuale molto alte di successo e minima incidenza di complicanze per il paziente. Il dibattito sul vantaggio offerto dalla chiusura percutanea in prevenzione secondaria è ancora forte. Sebbene i primi studi non abbiano mostrato chiari benefici clinici, nuovi dati e nuove tecniche potrebbero cambiare la nostra pratica

Il dibattito sul vantaggio offerto dalla chiusura percutanea della pervietà del forame ovale nei pazienti colpiti da ictus criptogenetico è ancora forte. Tuttavia nuovi dati e nuove tecniche potrebbero cambiare la nostra pratica clinica. In questo articolo vogliamo riassumere la nostra esperienza di trattamento mediante un dispositivo occludente o la tecnica Nobles Stitch

clinica⁽¹⁾. I tre studi randomizzati (CLOSE, REDUCE e PFO-DEFENSE)⁽³⁻⁵⁾ insieme ad un follow-up a lungo termine dello studio RESPECT⁽⁶⁾ hanno dimostrato che, nelle popolazioni studiate, il trattamento con chiusura percutanea associato a terapia medica era superiore alla sola terapia medica nella prevenzione secondaria dell'ictus criptogenetico. I dati pubblicati aggiunti a quelli dei tre studi precedenti, molto più incerti, ha definitivamente chiarito che il PFO può essere implicato nei processi fisiopatologici alla base dell'ictus criptogenetico e che non tutti i PFO hanno un uguale rischio. In particolare modo lo studio RESPECT ha mostrato che dopo un follow-up medio di 5.9 anni, si è verificata una riduzione del 54%, del rischio relativo di recidiva ischemica cerebrale, in particolare il maggior beneficio



Maggiore facilità logistica della procedura, assenza di assistenza rianimatoria, relativa all'intubazione oro-tracheale e alla ventilazione meccanica, non necessità di assistenza mediante l'ecocardiografia transesofagea

è stato mostrato nei pazienti con aneurisma interatriale (SIA) e con un ampio shunt⁽⁶⁾. In una recente meta-analisi, è stato confermato che nei pazienti con ictus criptogenetico, la chiusura del PFO riduceva la ricorrenza transitoria di ictus/ attacco ischemico rispetto alla terapia medica, sebbene fosse associata a un rischio maggiore di fibrillazione/ flutter atriale di nuova insorgenza⁽⁷⁾.

Risultati

Nella nostra unità, dal 2000 ad oggi, sono state eseguite 500 procedure di chiusura del PFO, di cui 360 mediante l'impianto di un dispositivo occlusivo (Amplatzer PFO Occluder, Abbott, o Cardioform Septal Occluder, Gore) e negli'ultimi tre anni 90 mediante la tecnica Nobles Stitch (NobleStitch EL, Heartstich), ovvero un sistema di chiusura percutanea che sutura insieme il septum secundum e primum. Tutti i pazienti sono stati arruolati solo in prevenzione secondaria, quando si sospettava fortemente l'origine criptogenetica di un TIA/ ictus. Sono stati prima sottoposti a Doppler transcranico con microbolle (emulsione di Poligelina), quindi

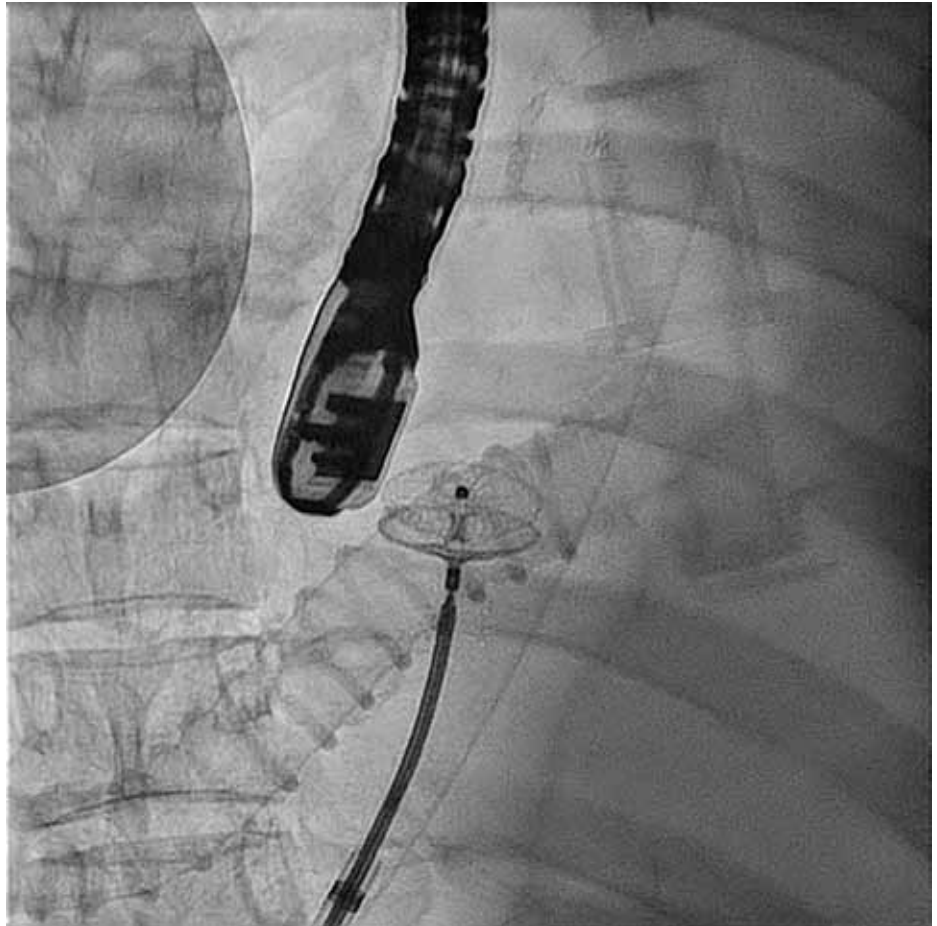


Figura 1 - Visione angiografica durante l'impianto del device Amplatzer sotto guida ecocardiografica in paziente sottoposto ad intubazione oro-tracheale ed assistenza ventilatoria

ad ecocardiografia transtoracica con microbolle per la conferma dello shunt destro-sinistro al livello del setto interatriale. Solo dopo veniva eseguito lo studio transesofageo, al fine di meglio pianificare il miglior trattamento percutaneo. I punti di forza dell'utilizzo di Noblestitch EL nel trattamento del PFO sono l'assenza di dispositivi impiantati, nessuna indicazione per la terapia antiplastrinica o altra terapia medica, l'assenza di rischio di trombosi o lussazione del dispositivo e l'assenza di controindicazioni a future procedure transettali. Ciò che è

La tecnica Nobles Stitch è un sistema di chiusura percutanea che permette la sutura del septum secundum e primum

ancora più importante è la maggiore facilità logistica della procedura; in particolare l'assenza di assistenza alla rianimazione, relativa all'intubazione oro-tracheale e alla ventilazione meccanica, e la non necessità di supporto mediante l'ecocardiografia transesofagea. I pazienti sono stati

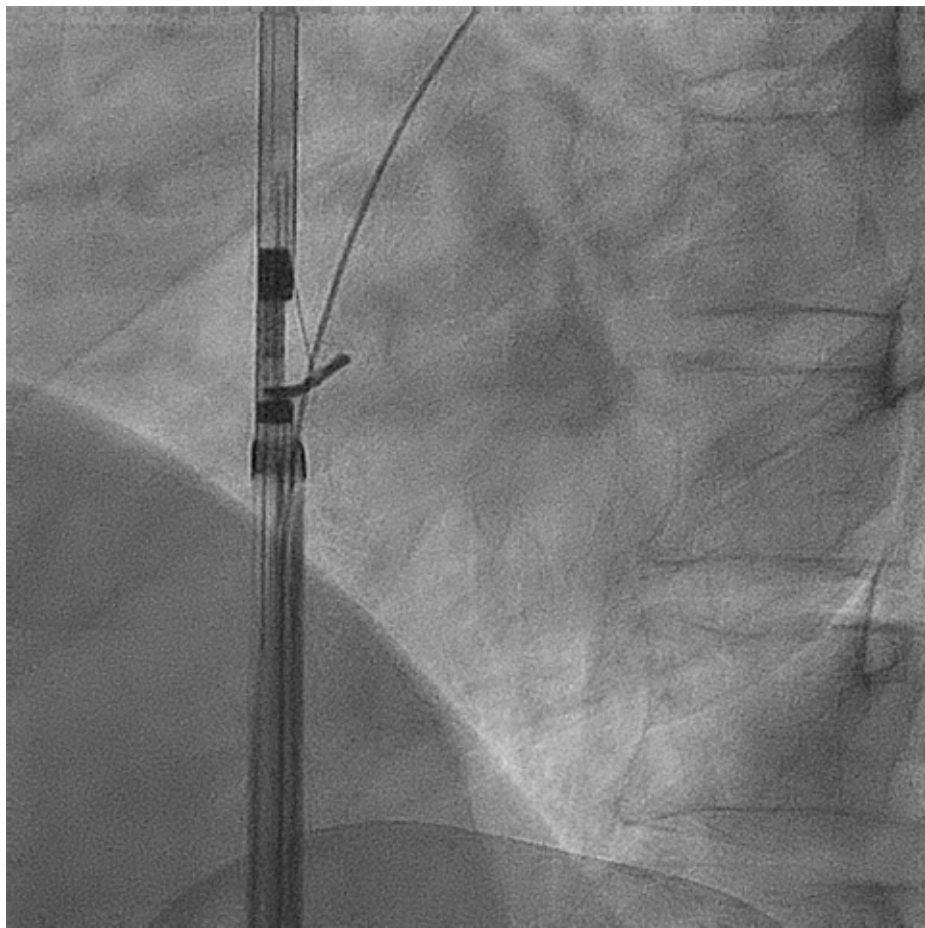


Figura 2 - Visione angiografica durante sutura del septum secundum e primum secondo tecnica NobleStitch

seguiti clinicamente a 1, 6 e 12 mesi dopo la procedura. L'endpoint di efficacia era la chiusura effettiva del PFO definita come shunt residuo destro-sinistro (RLS) di grado 1 o inferiore. L'endpoint di sicurezza era un composito di eventi avversi correlati alle complicanze dirette o indirette della procedura, inclusa la fibrillazione atriale. Gli eventi avversi maggiori, tra cui morte, ictus criptogenetico ricorrente o TIA, sono stati registrati individualmente. È stata programmata una TTE a microbolle a 1, 6 e 12 mesi di follow-up, per valutare il residuo RLS allo scopo

La nostra esperienza con questa nuova tecnica mini-invasiva ha confermato la sua semplicità tecnica e logistica ma soprattutto la sua efficacia e sicurezza

di monitorare eventuali variazioni nel tempo. La sutura del setto con il sistema NobleStitch è stata eseguita con successo in tutti i 90 pazienti. Durante il follow-up non sono stati registrati eventi cerebrali ricorrenti

né altri eventi avversi. Al termine del follow-up dei pazienti sottoposti al NoblesStitch, la valutazione ecocardiografica ha mostrato una chiusura completa (grado 0 RLS) in 86 pazienti e un grado 2 o 3 RLS in 4 pazienti. In questi pazienti il fallimento era da relare alla presenza di un tunnel ampio e corto o di esteso aneurisma interatriale che hanno necessitato di un successivo approccio con device occlusivo.

Conclusione

In conclusione la nostra esperienza con questa nuova tecnica mini-invasiva ha confermato la sua semplicità tecnica e logistica ma soprattutto la sua efficacia e sicurezza.♥

Bibliografia

1. *New Data Support Patent Foramen Ovale Closure After Stroke*. Favilla CG, Messé SR. Stroke. 2017 Dec 6.
2. Pristipino C, Sievert H, D'Ascenzo F, et al. *European position paper on the management of patients with patent foramen ovale. General approach and left circulation thromboembolism*. Eur Heart J 2019 Oct 7;40(38):3182-3195.
3. Mas JL, Derumeaux G, Guillon B, et al.; CLOSE Investigators. *Patent foramen ovale closure or anticoagulation vs. antiplatelets after stroke*. N Engl J Med 2017;377:1011-21.
4. Lee P, Song JK, Kim J, et al. *Cryptogenic stroke and high-risk patent foramen ovale: the DEFENSE-PFO trial*. J Am Coll Cardiol 2018;71:2335-42.
5. Søndergaard L, Kasner SE, Rhodes JF, et al.; Gore REDUCE Clinical Study Investigators. *Patent foramen ovale closure or antiplatelet therapy for cryptogenic stroke*. N Engl J Med 2017;377:1033-42.
6. Carroll JD, Saver JL, Thaler DE, et al., for the RESPECT Investigators. *Closure of patent foramen ovale versus medical therapy after cryptogenic stroke*. N Engl J Med 2013;368:1092-100.
7. *Patent Foramen Ovale Closure for Secondary Prevention of Cryptogenic Stroke: Updated Meta-Analysis of Randomized Clinical Trials*. Vaduganathan M, Qamar A, Gupta A, Bajaj N, Golwala HB, Pandey A, Bhatt DL. Am J Med. 2017 Dec 8.



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

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

Apriamo un dibattito sul futuro dell'Intelligenza Artificiale

La domanda può sembrare pleonastica. Tutti si aspettano infatti moltissimo dalla Intelligenza Artificiale (Artificial Intelligence = AI). Il quesito nasconde e sottende, però, problematiche non ancora risolte. Come mai infatti sono passati oltre due decenni da quando si è cominciato a parlare di AI, ma la sua diffusione è ancora così limitata, settoriale, concentrata su progetti specifici, riservata a centri pilota, e non ha invece compenetrato estesamente il tessuto della Cardiologia? È infatti verosimile che una introduzione massiccia della AI a tutti i livelli della Cardiologia possa produrre grandi vantaggi e importanti innovazioni sia in termini di imaging, di infrastrutture informatiche, di tecniche diagnostiche, nella ottimizzazione delle terapie, ad esempio per lo scompenso cardiaco, nella organizzazione, per lo sviluppo delle reti scientifiche fra centri diversi, per la gestione decentrata e capillare di specifiche malattie, e in definitiva

per la crescita culturale e scientifica di tutta la Cardiologia, in maniera armonica, dai grandi Centri alle Strutture più periferiche. Se ciò non è ancora avvenuto e la AI è ancora

Un dibattito sull'Intelligenza Artificiale che coinvolga non solo gli addetti ai lavori ma tutta la Cardiologia Clinica può contribuire ad una sua più diffusa implementazione

prevalentemente oggetto di editoriali “celebrativi”, che ne descrivono le grandi potenzialità su tutte le più prestigiose riviste scientifiche, è importante domandarsi il perché di tante difficoltà e ostacoli, nei fatti, allo sviluppo e implementazione della

AI in Cardiologia, e cominciare a cercare di approfondirne le ragioni più profonde. Solo così sarà possibile cominciare ad affrontarle, per poi poterle anche superare.

Gli ostacoli e le difficoltà alla implementazione della Intelligenza Artificiale

Un primo ostacolo deriva dal fatto che si ha spesso l'impressione che chi scriva di AI sia estremamente competente, ma anche talmente coinvolto nelle proprie progettualità, da dimostrare talora difficoltà ad ascoltare e a comprendere le esigenze e i bisogni di chi vorrebbe poter usufruire dei benefici e delle applicazioni di AI in maniera decentrata, più generale ed estensiva. Così risulta spesso evidente che solo una minoranza di Cardiologi clinici sia direttamente coinvolta in specifici progetti di AI e che le “periferie” cardiologiche non costituiscano un obiettivo da raggiungere da parte di chi sviluppa AI, anche se probabilmente, invece, sono proprio quelle le strutture che più

potrebbero trarre vantaggio dalle applicazioni di AI. Talora sembra quasi che siano due mondi che

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

È auspicabile aprire un dibattito sull'argomento da parte dei Cardiologi clinici, sia esperti che non esperti, che possa far emergere le difficoltà e gli ostacoli alla sua implementazione

non comunicano fra di loro. Una seconda difficoltà deriva dalla necessità di una regolamentazione e dell'acquisizione di una certificazione normativa di qualità dei diversi prodotti e programmi di AI come dispositivi medici. Ulteriori difficoltà e ostacoli derivano da problemi etici e medico legali a cui la AI può esporre, oltre che dal grado di fiducia e accettazione che i potenziali fruitori clinici dovrebbero maturare nei confronti dell'utilizzo routinario della AI, talora in sostituzione di procedure consolidate e come tali difficili da abbandonare o modificare. Sembra

quasi lo scenario delle difficoltà e degli ostacoli nello sviluppo e nell'utilizzo delle auto a guida autonoma!

È necessario un dibattito

Appare quindi necessario un maggior dialogo e ascolto reciproco fra produttori e sviluppatori di AI e potenziali utilizzatori, anche i più periferici. È anche auspicabile un dibattito sincero e partecipato sull'argomento da parte di tutti i Cardiologi clinici, soprattutto se non esperti di AI, che possa far emergere le aspettative, le complessità, le difficoltà e gli ostacoli alla sua implementazione, ne possa chiarire le sfaccettature e possa quindi costituire la base per un aiuto concreto ad indirizzare verso uno sviluppo più armonico e clinicamente impattante della AI in Cardiologia.

Se non hai avuto esperienza diretta di Intelligenza Artificiale in Cardiologia quali sono comunque le tue aspettative personali al riguardo?

Tutti possono contribuire con le proprie opinioni, le proprie visioni e osservazioni, i propri suggerimenti, che vorremmo ospitare in questa Rubrica. Credo che tutta la comunità cardiologica potrebbe trarne grande vantaggio. L'obiettivo è quello di contribuire a che la AI possa diventare davvero uno strumento

utile per la crescita della Cardiologia al servizio dei pazienti. Restiamo quindi in attesa del vostro personale contributo sull'argomento, in assoluta

Hai già avuto esperienza di Intelligenza Artificiale in Cardiologia? Quali vantaggi e quali svantaggi, ostacoli o difficoltà hai sperimentato?

libertà, che sarà particolarmente apprezzato e gradito. Scriveteci una mail: la pubblicheremo per ravvivare il dibattito!

Per facilitare l'avvio del dibattito ecco alcune domande di base per stimolare la discussione e la vostra partecipazione:

- Hai già avuto esperienza di AI in Cardiologia?
 - Quali vantaggi e quali svantaggi, ostacoli o difficoltà hai sperimentato?
 - Se non hai avuto esperienza diretta di AI in Cardiologia quali sono comunque le tue aspettative personali al riguardo e quelle della tua Istituzione cardiologica?
 - Come potrebbe la AI facilitare la tua professione?
 - Quali ostacoli e difficoltà vedi alla implementazione della AI in Cardiologia?
- Se ti fosse offerta l'opportunità di partecipare a un progetto di AI in Cardiologia, in quale settore o con quali obiettivi preferiresti partecipare? ♥



Uno studio randomizzato dimostra l'effetto nocebo per le statine

Statine ed effetto nocebo

La comparsa di effetti collaterali dopo inizio dell'assunzione di statina è sempre dovuta alla statina?

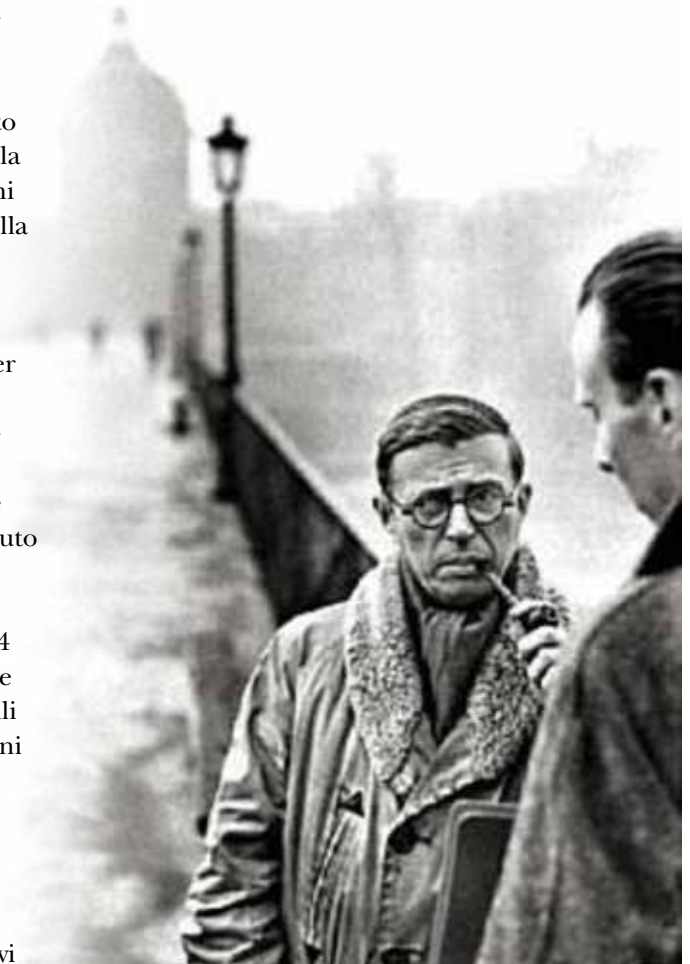
È impressionante apprendere come più del 50% dei soggetti che assumono statine, sia in prevenzione primaria che secondaria, dopo un periodo di tempo variabile abbandonano la terapia per “effetti collaterali”.

I pazienti esternano spesso il timore di intraprendere o proseguire la terapia con statina per paura di “danni collaterali”. Le statine sono in realtà uno dei pochi caposaldi della medicina cardiovascolare, con una poderosa mole di dati che dimostrano stabilizzazione di placca, rallentamento dell'aterosclerosi e riduzione di eventi cardiovascolari. Eppure, il pregiudizio sulla loro sicurezza è diffuso capillarmente tra i pazienti.

Il lavoro che segnalo in questo numero è il SAMSON (Self-Assessment Method for Statin Side-effects Or Nocebo), recentemente apparso su JACC (J Am Coll Cardiol 2021;78:1210–1222). Si tratta di uno studio randomizzato, a 3 bracci di trattamento, in doppio cieco, controllato con placebo, che ha arruolato soggetti precedentemente in terapia con statine (sia in prevenzione primaria che secondaria), successivamente abbandonate per “effetti collaterali”.

Quando un paziente riferisce al medico sintomi che potrebbero essere correlati alla statina, in assenza di segni di danno epatico o muscolare, il medico deve decidere se i disturbi riferiti siano effettivamente causati dalla statina e quindi interrompere o modificare il trattamento. Il quesito posto degli Autori è: la scomparsa dei sintomi dopo sospensione della statina (e viceversa la ricomparsa dopo riassunzione) è criterio sufficiente per dimostrare il nesso causale tra farmaco e sintomo collaterale? Ciascun partecipante (60 in tutto) ha ricevuto 12 flaconi identici di cui 4 contenenti atorvastatina 20 mg, 4 contenenti compresse placebo indistinguibili dal farmaco e 4 flaconi vuoti. I 12 mesi di partecipazione allo studio prevedevano quindi che ciascun soggetto assumesse per 4 mesi complessivi

atorvastatina, per 4 mesi placebo, e per 4 mesi nessun farmaco. I 4 mesi di assunzione del farmaco e del placebo erano non continuativi e dettati da una sequenza casuale di randomizzazione determinata



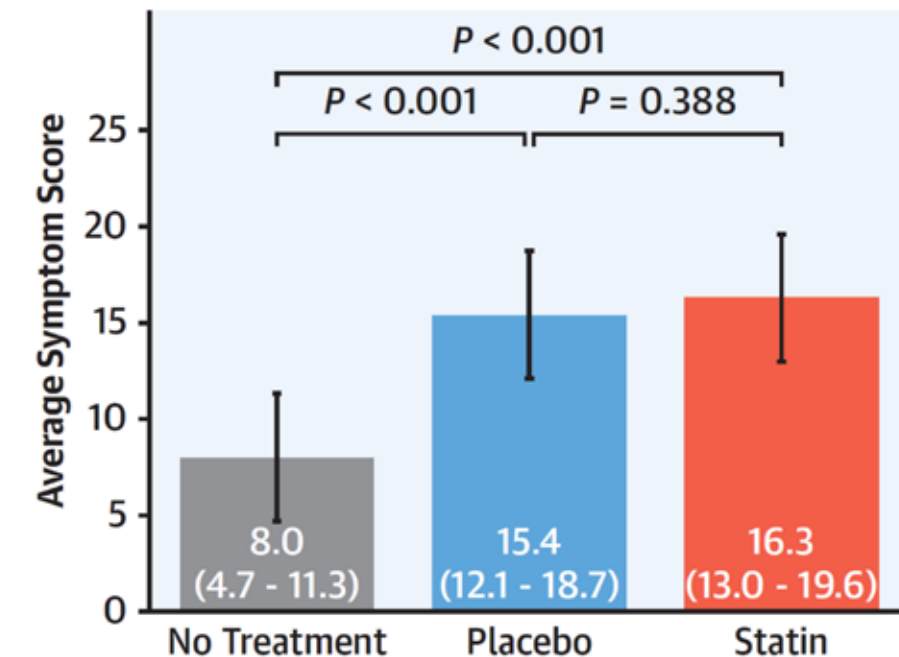


La cinetica di comparsa degli effetti collaterali è risultata praticamente identica nel passaggio tra nessuna terapia e statina e nel passaggio tra nessuna terapia e placebo

centralmente. I soggetti registravano giornalmente su una app l'intensità dei sintomi su scala numerica da 0 a 100. Ebbene, è emerso che l'intensità degli "effetti collaterali" era sovrapponibile con l'assunzione di statina e di placebo (15.4 durante il "periodo placebo", 16.3 durante

Gli Autori dimostrano che gli stessi effetti collaterali possono essere associati alla assunzione di una statina o di un placebo

il "periodo statina", $p = 0.39$; vedi Figura 1). Non solo, la cinetica di comparsa degli effetti collaterali è risultata praticamente identica nel passaggio tra nessuna terapia e



statina e nel passaggio tra nessuna terapia e placebo (ricordiamo che per ciascun soggetto arruolato erano previsti 4 mesi non continuativi di non-assunzione di placebo e di statina). Siamo quindi di fronte a una dimostrazione dell'effetto "nocebo". È interessante riportare la definizione dello stesso da parte del vocabolario Treccani: "L'effetto nocebo è la risposta patologica dell'organismo umano in alcuni soggetti particolarmente suggestionabili che, temendo l'insorgere di un sintomo, ne favoriscono la comparsa; tale effetto si osserva anche in seguito alla somministrazione di un farmaco che prevede effetti collaterali, pur trattandosi di un placebo." Le statine sono campioni dell'effetto nocebo. La pratica quotidiana ce lo insegna. Gli Autori del SAMSON non pretendono di fornire linee di indirizzo pratico per poter distinguere l'effetto nocebo dalla relazione causale tra statine ed effetto collaterale.

Dimostrano "semplicemente" che gli stessi effetti collaterali possono essere associati alla assunzione di una statina o di un placebo. La compressa stessa, indipendentemente dalla composizione, può causare i proverbiali "dolori muscolari". Dunque, senza retorica, in un'era di telemedicina e di app, le nostre

L'assunzione di statina si associa frequentemente ad effetto nocebo

parole e i nostri gesti influenzano drasticamente il comportamento di un paziente e la sua aderenza a un regime terapeutico. Concludere un articolo con una citazione può essere retorico ma... Jean Paul Sartre era uno che ci sapeva fare con le parole: "Ogni parola ha conseguenze. Ogni silenzio anche". ♥



Un nuovo approccio nella sanità

L'insegnamento del Covid

Far rifiorire la sanità pubblica



In sanità si è evidenziata l'importanza di una sanità pubblica in grado di dare risposte ai bisogni di ogni cittadino

In modo chiaro dire con fermezza che la sanità regionale, il decentramento, ha fallito

IL SARS COV 2 sta modificando comportamenti in ogni settore della vita individuale e collettiva. Oggi, dopo decenni di tagli, i più concordano sulla necessità di investimenti e profondi cambiamenti in grado di rispondere alle sfide attuali e a quelle future. Il SSN va rivitalizzato e potenziato con un criterio di unitarietà e omogenizzazione delle prestazioni. L'esigenza è quella

Occorre far sì che il SARS COV 2 rappresenti un momento di riflessione importante che guidi le scelte strategiche della sanità a livello mondiale



di coniugare l'ospedale con il territorio, riconoscendo pari dignità e favorendo coesione e stretta collaborazione. Dobbiamo guardare al futuro e non permettere che scelte

Deve essere l'Ordine dei Medici a chiedere una centralità maggiore del settore nella consapevolezza che non esistono i problemi settoriali ma che occorre guardare all'insieme

significative possano essere fatte senza una discussione che coinvolga coloro che operano nel settore. Importante è il rapporto cittadini/istituzioni, cittadino/sanità e riacquisire – cosa non facile – una autorevolezza tale da riprendere quel ruolo di punto di riferimento, venuto a mancare negli anni. Se non interveniamo noi i cittadini cercheranno altrove fonti informative che potrebbero non essere adeguate. Centrale è la medicina territoriale e coniugare prestazioni omogenee con diversità e peculiarità territoriali. Prioritario è credere realmente a una medicina territoriale in grado di dare risposte e porsi in modo paritetico alla medicina ospedaliera, con gestione condivisa del paziente dal ricovero alla dimissione. È importante puntare su una cartella clinica unica accessibile a tutti i medici del SSN, sulla Telemedicina e altre forme di comunicazione rapide tra i vari

ambiti della medicina (trasmissione cartella, ecg, esami diagnostici, loop recorder, ecocardiogramma, referti esami II livello, esami di laboratorio), con una normativa semplice e che garantisca l'utilizzo delle piattaforme telematiche. La pleora normativa non garantisce la funzionalità. La sanità necessita d'investimenti partendo dal SSN. Occorre chiarezza tra chi lavora nel pubblico e chi sceglie di lavorare nel privato. Ripartendo dall'attualità Covid 19 mettiamo l'accento su:

- la ricerca per un vaccino anti Covid alternativo alla via parenterale (per os, spray) e/o vaccino bi o trivalente (Covid/influenza, Covid/influenza/pneumococco, o altro);
- ottimizzare e incrementare risorse farmacologiche, creare nuove linee di produzione a iniziare dai vaccini su licenze degli attuali possessori di brevetto;
- un piano vaccinale nazionale con una visione che vada al di là dell'emergenza Covid, da affidare per la gestione a quelle società in grado di offrire una soluzione omogenea, modello Poste per le vaccinazioni: centrale una anagrafe vaccinale nazionale, in modo da permettere una gestione attenta e puntuale e favorire anche una pratica vaccinale semplificata dove ognuno possa vaccinarsi in qualsiasi parte d'Italia e in tempo reale essere presente sul portale delle vaccinazioni. Infine il problema non è solo nazionale. La pandemia necessita di un approccio globale che porti vaccinazione, igiene, mascherine, consigli pratici, tamponi ovunque per sconfiggere definitivamente il SARS COV 2. Dovremo parlare una sola lingua, iniziando a livello

nazionale ed europeo, chiarendo ad esempio quali vaccini consigliare per fasce d'età e le limitazioni o meno nella somministrazione dei vaccini anti Covid nella fascia d'età 12 - 16 anni, oppure quali siano i consigli igienico - comportamentali adeguati, il sequenziamento con dati da condividere in tempo reale.

**Non dare risposte emozionali legate al momento, ma essere in grado di guardare al futuro garantendo il presente
La pandemia necessita di un approccio globale per sconfiggere definitivamente il SARS COV 2**

Una collaborazione attiva a livello mondiale è necessaria perché la pandemia non ha confini: attenzione ad abbassare la guardia, perché il SARS COV 2 con le sue varianti non fa sconti.

Servono Linee Guida omogenee per le varianti ed una globalizzazione della vaccinazione. Non dare risposte emozionali legate al momento, ma essere in grado di guardare al futuro garantendo il presente. ♥



La razza e la genetica

Ognuno fin da bambino ha sentito parlare di razze, soprattutto degli animali, ma anche degli uomini. Nel progredire degli studi egli ha poi imparato che le prime hanno una loro precisa classificazione senza critiche interpretative, tranne, dopo Darwin, quelle sulla teoria evolutiva e le sue conseguenze etico-filosofiche. Mentre le seconde, le umane, sono sempre state oggetto di discussione: alcuni presumono la loro effettiva esistenza e la difendono con dati più o meno scientifici, altri, meglio impegnati socialmente e con argomentazioni altrettanto valide, le ritengono superate e quindi inesistenti. Di tutto ciò stanno ancora disquisendo gli etologi, i biologi, i filosofi, ma più ancora i politici da quando le popolazioni meno progredite sono entrate nella storia e nella competizione con le popolazioni a civiltà avanzata. Le razze umane sono state grossolanamente distinte in bianca o caucasica, comprensiva delle molte mediterranee e delle varie orde barbariche provenienti dal nord; la negra o africana, che si è evoluta, si fa per dire, in nera da quando i bianchi hanno tolto la gi della segregazione schiavistica; la gialla o cino-mongolo-giapponese; l'indiana del mondo buddista; e dopo Colombo la india, con le sue molte sottospecie dai Maya agli Incas e ai Pellerossa; per chiudere, dopo le più recenti conquiste occidentali, con gli aborigeni degli ultimi continenti esplorati. In conclusione, e scusandomi della superficialità

nell'elencarle e distinguerle, le razze umane rimangono ancora un concetto che tenta di districarsi fra certe nozioni scientificamente documentate, le molte tradizioni storiche e il bisogno di unitarietà sociale e religiosa. Il tutto purtroppo non senza appassionate disquisizioni accademiche, lotte e guerre. Nel mio veneto-contadino, che amo per la sua inveterata saggezza, accumulatasi durante secoli di "dominion" della Serenissima Repubblica, nei quali, pur privato sia della "liberté-égalité-fraternité" che di poter entrare nel patriziato che la governava, ha maturato un lungo progresso di meditazione, che modestamente si potrebbe paragonare al monachesimo medievale. Durante il quale il concetto di razza si è configurato in una mezza burla, lasciando ad ognuno la libertà di prenderlo come meglio gli conviene, sia seriamente che come uno "stavo scherzando". Infatti, partendo dal nome razza, che in veneto si dice "rassa", nome a sua volta indicativo anche dell'anatra, il palmipede simile all'oca per il becco, le zampe e l'andatura ondulante, che nei malati di artrosi dell'anca gli ortopedici definiscono anserina (dal latino anser = oca), ne deriva che la "rassa" assomiglia all'oca ma non è l'oca. E giocando sulla apparente superiorità fisica dell'oca sull'anatra si è concepito l'adagio "rassa no xe oca". Il quale vorrebbe far capire anche ai meno acculturati che se uno è stupido o intelligente, avendone i presupposti nei suoi ascendenti, ciò che in medicina si definisce asse ereditario,

lo diviene appunto perché la "rassa non è l'oca". Con le dovute eccezioni, si capisce, causate sia dalle variabilità cromosomiche che dal possibile detto latino "pater nunquam". Non si può non rilevare che l'indubbia grossolanità di quel proverbio veneto contadino racchiude in sé una finezza, degna della massima attenzione. I due volatili domestici che sono stati messi a confronto, pur assomigliandosi come ho detto per certe note fisiche e, se vogliamo, anche per il grosso fegato che i gourmet francesi ne hanno fatto una fiorente industria, entrambi tuttavia non brillano per una loro esaltazione formale degna dei documentari TV, sono dei semplici animali da cortile, ben diversi ad esempio dai galli cedroni e dalle aquile. L'oca addirittura, più alta dell'anatra, imponente e dal collo alla Modigliani, è spesso citata per la sua stupidità e configurata nella bellona-oca del paese. Quindi una serie di connotazioni che nella meditata saggezza della povera gente vuol significare che certi attributi apparentemente nobili, ai quali l'uomo spesso si attacca per trovarseli specchiati sull'acqua come Narciso, non reggono al confronto con le effettive mille varianti del bello e del buono, ossia con la vera armonia della natura, quei valori che spaziano oltre l'egocentrismo. Come il "tu solingo augellin venuto a sera del viver che daranno a te le stelle". In fondo, a ben guardare e prescindendo dalla parola razzismo, che come tutti gli ismi rimesta nel torbido, le razze intese quali diversità fra gli umani



indubbiamente ci sono, ma la scienza ne ha cambiato il nome perché studiandone la genetica ha visto che tutto è già codificato in quelle microscopiche elissi che definiamo cromosomi. Gli stessi che hanno anche gli animali, ma più differenziati e tali da distinguere decisamente la pecora dal leone. Mentre nell'umano, prescindendo dai santi e dai loschi, cambiano solo certi particolari: il naso, la rima oculare, la statura, il colore della pelle, ma non il pensiero e nemmeno il loro sviluppo o regressione. È incredibile, ma il tutto sarebbe stato accettato senza troppi distinguo se non ci fosse quella stupida melanina, un banale pigmento, il cui etimo viene da nero non da nobile, che cambia radicalmente il colore della pelle in certe popolazioni. Le dame del settecento si proteggevano la candida pelle con l'ombrellino, quelle del novecento cercano invece l'abbronzatura, calibrata secondo le molteplici creme. I conquistatori delle Americhe centro-meridionali si sono mescolati volentieri sia con le donne indie dalla pelle ambrata che con quelle nere dal portamento slanciato, dando origine ai molti meticci e mulatti; quelli invece del Nordamerica, più schizzinosi e convinti che il colore della pelle sia collegato alla sostanza grigia, hanno cacciato-segregato i pellerossa e "appartato" i neri, dando la stura al razzismo moderno e alle lotte fra le opposte visioni o, meglio, prevenzioni. Se ne sono resi conto non solo i politici degli USA e del Sudafrica nella loro difficile convivenza bianco - nera molto, ma anche i medici che nelle riviste scientifiche, quali il prestigioso *New England Journal of Medicine*, stanno tentando una chiarificazione,

proprio sul solco delle conoscenze genetiche. Che per alcuni non giustificano le distinzioni socioculturali molto contestate, per altri invece ne sarebbero la dimostrazione. La medicina sportiva, ad esempio, ha cercato di vedere nelle migliori prestazioni dei neri in certe discipline come la maratona, la pallacanestro e la boxe, così come nella loro scarsa attitudine al nuoto, al tennis, al ciclismo e prima di Tiger al golf, la prova di una diversità razziale. In effetti vi sono osservazioni scientifiche sulla diversa qualità dei muscoli e delle ossa che documenterebbero il divario fra gli uni e gli altri. Si è anche constatato che il cuore dei neri si ingrossa più facilmente e che l'ECG mostra alcune varianti rispetto a quello dei bianchi. Addirittura, alcuni sofisti dell'avere tanta o poca melanina hanno rilevato che gli ipertesi africani o afro-americani, ossia neri, sono più sensibili a certi farmaci per abbassare la pressione arteriosa e anche agli anticoagulanti per curare la fibrillazione atriale. Come se questa diversità di risposta alle terapie non fosse una caratteristica che ogni medico verifica da sempre tra i suoi malati bianchi. Ma i difensori della razza, o meglio della poca melanina, si attaccano a tutto e si sono perfino sperticati a vedere nei neri una minore capacità di concentrazione e di sincronia, che sarebbero prerogative dei bianchi, i quali invece difettano di quelle nere. Ma poi fortunatamente sono arrivati i Carnera, i Nino Benvenuti e i Tiger Woods a sparigliare il tutto. Per non parlare dei Nelson Mandela, dei Martin Luther King e dei Barak Obama. Preceduti, dobbiamo riconoscerlo, dal perfetto "Indovina chi viene a cena stasera", però ci vuol

altro!

Questa lunga diatriba razziale, animata da ragioni biologiche, sociali e politiche, continua a scandagliare nell'epidemiologia dei vari popoli nella speranza di trovare una sentenza definitiva che convinca tutti, anche coloro che la vorrebbero contraria. Specie da quando il mondo si è fatto più piccolo nella possibilità di analizzarlo e di confrontare nelle diverse popolazioni. In *Circulation* di aprile 2021 il gruppo di Aniruddh Patel del Massachusetts General Hospital di Boston ha valutato i fattori di rischio e le malattie cardiovascolari nelle popolazioni sudasiatiche, dal Pakistan alle Maldive, comprensive di un quarto della popolazione mondiale, e li ha messi a confronto con quelli europei. Il rischio di quei popoli durante l'osservazione di 11 anni è risultato doppio di quello nostrano. In particolare, il diabete incideva per un 23% in più, l'ipertensione arteriosa per un 42%, mentre spiccavano le obesità di pancia e la maggiore quantità di calcio delle coronarie. Si osservarono differenze anche fra quelle stesse popolazioni, il Bangladesh più sfortunato del Pakistan e dell'India, e con la riproduzione di tali differenze tra i migrati in Canada. Insomma, un puzzle che non dava certezze a nessuna delle due teorie, genetica e razzista. In conclusione, le razze ci sono sotto vari aspetti morfologici, non tali però da differenziare i buoni dai cattivi, o da non vedere la loro evolutività in meglio e anche in peggio per tutti, secondo l'ineffabile adagio veneto di "rassa no xe oca", che tra il serio e il faceto è più vicino alla verità di quanto non lo siano le spericolate analisi su chi vive oggi, diverso da come era ieri e da come sarà domani. ♥



Le foto di Angelo Camerieri, un invito a riprendere una vita normale

Il Carnevale di Valencia

Le foto di questo numero sono di Angelo Camerieri, un collega di Genova che abbiamo già ospitato nella nostra rubrica. Siamo felici di dargli ancora spazio soprattutto per il messaggio di speranza

che accompagna le sue immagini. Per usare una metafora fotografica, Angelo Camerieri ci invita ad abbandonare il teleobiettivo con il quale abbiamo inquadrato il mondo negli ultimi due anni mettendo fuoco pochi e

specifici particolari, e a riprendere il grandangolo per ricominciare ad aumentare la profondità del nostro campo di vita e riscoprire la gioia di conoscere persone, atmosfere e posti e nuovi.







...un invito riprendere una vita normale e a viaggiare e fotografare per il mondo dopo le restrizioni relate al Covid



Le foto di Angelo Camerieri ci portano a Valencia e alla festa di carnevale che ogni anno riempie le sue strade di gente in festa

“Ho deciso di inviare queste foto consapevole del fatto che non hanno un particolare pregio fotografico; consideratele un invito a riprendere una vita normale e soprattutto a riprendere a viaggiare e fotografare per il mondo dopo le restrizioni relate al Covid. Una meta ideale in tale senso è Valencia che ho visitato in epoca pre-Covid in occasione del Carnevale o meglio, come viene chiamato, "Festival delle Fallas" che si svolge dal 16 al

19 marzo. Grandiose maschere di cartapesta alte fino a 20-30 metri, costruite nel corso dei 12 mesi precedenti da ciascun quartiere, sfilano per la città e vengono poi bruciate in enormi falò il 19 marzo ad eccezione della maschera decretata come vincitrice che viene conservata nel museo dedicato (Museo Fallero). Inoltre in ogni quartiere gli abitanti, compresi i bambini, sfilano nei costumi tradizionali, le donne con le acconciature

anch'esse tradizionali. È anche una festa religiosa in onore della Vergine Patrona della città: tra il 17 e 18 marzo i cittadini si recano a "Plaza de la Virgin" per lasciare un omaggio floreale. Per tutta la durata della manifestazione, dichiarata dall'Unesco nel 2016 "bene immateriale dell'Umanità", si respira un'aria di spensieratezza. Ecco, Valencia può essere una meta non lontana dove passare 4 giorni in allegria". ♥



L'amore fluido tra Marianne e Connell e la loro evoluzione individuale diventano il ritratto di una generazione

Due solitudini complementari

Storia di due giovani in cerca l'uno dell'altra - e di se stessi



Sally Rooney è una giovane scrittrice irlandese, classe 1991, la cui inclinazione è senza dubbio quella di scrivere romanzi di formazione, intrecciando le vicende raccontate a tanti temi attuali tra cui il femminismo, gli stereotipi sociali e le incertezze di una generazione che è anche la sua, cresciuta con i social network come interfaccia imprescindibile

nelle relazioni. Il romanzo, che si svolge nella cittadina irlandese di Carricklea, ha per protagonisti Connell e Marianne, due ragazzi di diciotto anni che si conoscono fin dal liceo e che trascorrono molto tempo insieme, nonostante le differenze ineludibili che li caratterizzano, in particolare di estrazione sociale. Connell, che appartiene ad un ceto popolare, è una persona che gode di grande successo tra i suoi coetanei, è il ragazzo che piace a tutti ma è costantemente ossessionato dal giudizio altrui. Marianne, che appartiene ad una classe sociale agiata, ha un profilo intellettuale, è una outsider, sempre emarginata dai suoi coetanei, severa con se stessa e tendenzialmente schiva e depressa. Tra i due scocca una scintilla che, però, resta clandestina, dal momento che Connell si vergogna di Marianne e dei suoi comportamenti, ritenuti socialmente poco accettabili. Il perno della narrazione, a prima vista, è una tormentata storia d'amore adolescenziale nella quale il sesso rappresenta una dimensione importante, molto presente ed esplicita, ma ad una lettura più

profonda quello dei due ragazzi si rivela essere un rapporto di iniziazione complesso, una relazione difficile, quasi impossibile, confusa e spezzata. La relazione tra i due giovani è da essi stessi percepita come un unicum, è fatta di un estenuante tira e molla, di fraintendimenti e di riavvicinamenti, di litigi e rappacificazioni, fondamentalmente perché i due non sono capaci di dialogare, ma capiscono di amarsi e di avere bisogno l'uno dell'altra. L'unicità del loro stare insieme è insita nel fatto che entrambi si sentano estranei alla vita "normale"

L'autrice, Sally Rooney, con un linguaggio libero e scorrevole, racconta di una generazione e di tutte le sue complessità a partire dal caso singolo della relazione amorosa tra due ragazzi e del suo sviluppo nel corso del tempo



Il romanzo racconta la storia d'amore tra due ragazzi, Marianne e Connell, che, nonostante i continui alti e bassi del loro rapporto, finiscono sempre per rimanere insieme in una relazione fluida e appassionata, specchio di una generazione e di una società piene di incertezze

dei loro compagni e provino piacere nel sentirsi in una sorta di campana di vetro che li isola dal resto del mondo, lasciandoli affondare nelle insicurezze e fragilità dell'età giovanile, in una relazione fluida, in continuo movimento, che però non si spezza mai perché conserva un'affinità primitiva.

È a proposito del senso di distacco dal mondo esperito dai due ragazzi, che l'autrice pone indirettamente la domanda su che cosa significhi essere o non essere delle persone normali, utilizzando non a caso una parola ("normale") poco precisa per individuare un modo di essere: ciò di cui Connell e Marianne sono alla disperata ricerca, nelle loro diversità, non è altro che essere considerati normali (per quanto il campo sia indelimitabile), ovvero, riuscire a trovare un senso di appartenenza in un dato contesto sociale dal quale si sentono estranei e alienati, e riuscire a trovare un linguaggio comune che li unisca nella relazione

Connell e Marianne, pur nella loro radicale diversità, sono alla disperata ricerca di un senso di normalità, ovvero di appartenenza ad un contesto sociale dal quale non sentirsi giudicati ed esclusi

d'amore, oltre i pregiudizi sociali. È interessante osservare l'espedito narrativo utilizzato dall'autrice, che fa avanzare velocemente nel tempo la narrazione, indicando spesso uno scarto di alcuni mesi tra un capitolo e l'altro, procedimento che le permette di mostrare i personaggi nella loro evoluzione verso la maturità interiore e verso il ciclo di studi universitario, periodo in cui il rapporto tra i due ragazzi sembra ironicamente ribaltarsi; Connell diventerà improvvisamente insicuro e fragile di fronte al baratro del futuro, divenendo vittima della sua stessa ansia, mentre Marianne riuscirà finalmente ad aprirsi all'esterno e alla socialità, ricavandosi così uno spazio nel mondo e riscattandosi da un passato di sofferenza.

L'incomunicabilità è uno dei temi più importanti di tutto il romanzo che indaga sulla difficoltà di essere accettati nella nostra relazione con l'altro, considerato ostile, e che esplora ogni non detto dei personaggi, analizzandone i tratti più reconditi; i giovani descritti nel libro vivono ognuno il proprio dramma interiormente, senza riuscire a comunicarlo, mettendo così in atto un vero e proprio paradosso nell'epoca della comunicazione digitale, in cui tutti si sentono in diritto di mettersi in contatto anche con gli sconosciuti, mettendosi a nudo non senza rischi connessi

a questo atteggiamento. Il libro, fatto di una trama semplice ma di una scrittura stratificata, pone al lettore alcune questioni importanti obbligandolo a chiedersi come in un'epoca in cui il costante pensiero del giudizio degli altri, la tecnologia che prende il sopravvento sulle relazioni, l'ansia di ambientarsi in nuovi contesti lontano da casa per esigenze di studio o di lavoro, determini le esistenze e i rapporti di amicizia e d'amore. Il grande e meritato successo di critica e di pubblico dei romanzi di Sally Rooney è senza dubbio dovuto ad un'evidente

La scrittrice si rivolge al pubblico dei Millenials e se ne fa portavoce, scavando in profondità e mettendo in scena la complessità di una generazione opaca e sfuggente

maturità di scrittura, nonostante la giovane età dell'autrice, alla speditezza e libertà dei dialoghi e al linguaggio limpido e scorrevole. La scrittrice si rivolge al pubblico dei Millenials, se ne fa portavoce indiscussa, scavando in profondità e mettendo in scena la complessità di una generazione opaca e sfuggente che si destreggia tra crisi economica, rivoluzione digitale e precarietà esistenziale. Sally Rooney dà voce ad una generazione afflitta da difficoltà che devono interessare tutti per l'urgenza con cui si pongono e per il carattere universale con cui sono affrontate.♥



IN MEMORIA DI GIOVANNI GREGORIO

Ci ha lasciati Giovanni Gregorio, per me, per quelli che lo hanno conosciuto, è motivo di grande dolore e di sincera commozione. Giovanni era una persona perbene, marito e padre esemplare. Uomo ANMCO, mi stimava, mi voleva bene. Nell'ultimo periodo si rammaricava per non riuscire a completare nei tempi il suo ultimo lavoro su "Cardiologia negli Ospedali". Mancherà tanto a tutti noi. Lo ricorderò sempre come un ottimo clinico, un esperto di organizzazione sanitaria con lo sguardo sempre rivolto all'innovazione, un amico.

Mario Chiatto

Direttore Responsabile di "Cardiologia negli Ospedali"

DI DOMENICO GABRIELLI E FURIO COLIVICCHI A NOME DEI CONSIGLI DIRETTIVI
E DEI CONSIGLI NAZIONALI ANMCO 2018 - 2021 E 2021 - 2023

Un grande professionista, una grande persona, un uomo ANMCO fino in fondo



Consiglio Direttivo ANMCO 2006 - 2008

Siamo purtroppo a scrivere l'elogio funebre di Giovanni, un atto che abbiamo a lungo sperato di poter rinviare sine die, ma che si è concretizzato con la sua

recente scomparsa. Crediamo che le parole più sentite e che meglio lo rappresentano siano quelle espresse nella motivazione della Targa d'oro ANMCO, conferitagli nel corso

dell'ultimo Congresso Nazionale di Rimini: *"Per la sua profonda dedizione e per l'impegno volto a migliorare gli aspetti culturali e organizzativi dell'ANMCO e della intera cardiologia nazionale"*.



Giovanni è stato un personaggio cardine della storia associativa degli ultimi venti anni, sempre prodigo di consigli illuminanti, espressi con sincerità e la bonomia a lui tipica, sempre con discrezione e signorilità a lui proprie. Giuseppe Rosato nell'articolo a seguire coglie tutte le peculiarità di una grande persona e professionista esemplare, strenuo difensore della sanità pubblica in ogni sede istituzionale e nella attività associativa, impreziosita da tante importanti pubblicazioni, organizzative e non. Noi desideriamo infine ricordare la forza associativa che lo ha contraddistinto e che lo rende un personaggio entrato a far parte a pieno diritto della storia ANMCO. Durante la lunga malattia ha lottato con fiera determinazione e dignità, con l'ottimismo sereno di cui era capace, grazie anche alla amorevole sollecitudine della sua meravigliosa famiglia. GRAZIE GIOVANNI per tutto quello che hai fatto e dell'esempio che ci hai donato, resterei per noi indimenticabile.

PRODUZIONE EDITORIALE ANMCO

Management in Cardiologia - Teoria e pratica di governance cardiologica (2014)

A cura di Giovanni Gregorio e Quinto Tozzi

Il domani dell'Ospedale e della Cardiologia (2016)

A cura di Giovanni Gregorio

Rapporto sugli effetti dell'Applicazione del regolamento sugli standard ospedalieri in area cardiovascolare (2016)

A cura di Giovanni Gregorio e Michele Massimo Gulizia

Struttura ed Organizzazione della Cardiologia Italiana 7° Censimento delle Strutture Cardiologiche in Italia

(Volume 18 | Numero 5 | Maggio 2017, "Giornale Italiano di Cardiologia")
A cura di Michele Gulizia, Giovanni Gregorio, Donata Lucci, Francesco Romeo

Vademecum ANMCO - Statuti e Regolamenti

(I ed. 2019, II ed. 2020)
A cura di Giovanni Gregorio e Laura Lalla Piccioni



CARICHE ANMCO

Tesoriere ANMCO
2004-2006/2006-2008

Presidente Regionale ANMCO Campania
2008-2010/2010-2012

Co-Chairperson Area Management & Qualità
2013-2014

Chairperson Area Management & Qualità
2015-2016

Membro Comitato Scientifico ANMCO/HCF Ricerca
2013-2014/2015-2016

Task Force Cardiogeriatría
2017-2018

Task Force Responsabilità Professionale e Sicurezza delle Cure
2019-2021



Giovanni Gregorio un caro amico che ha vissuto con passione ed entusiasmo la sua presenza in ANMCO

Giovanni Gregorio una presenza non indifferente, discreta e importante per l'ANMCO

È veramente difficile commemorare un amico scomparso perché porta via con sé una parte di noi stessi e il vuoto che lascia è tanto maggiore quanto più ampia è la platea delle persone che lo hanno conosciuto e amato. A lenire il dolore vengono in aiuto il ricordo, l'esempio e l'eredità da perseguire. L'intera famiglia cardiologica nazionale, pertanto, può ritenere di aver perso con Giovanni Gregorio un amico oltre che un punto di riferimento. Ricordarlo ci pone immediatamente di fronte all'interrogativo se ci sia un aspetto della sua personalità che prevalga sugli altri: l'uomo, il professionista, lo studioso, il primario manager o ancor più l'appassionato politico che ha orientato il suo impegno al miglioramento dell'offerta sanitaria

È difficile ricordarlo con le parole, lui che con i fatti ha caratterizzato la sua vita professionale

Giovanni era un uomo di grandi valori intellettuali, di grandi capacità di analisi, di sintesi e proposte, era una delle menti più vivaci dell'ANMCO.

La passione per l'analisi dell'organizzazione in Cardiologia, per la ricerca e lo studio delle soluzioni possibili faceva sì che i suoi interventi nei convegni erano tra i più seguiti ed applauditi

nel nostro paese. Cominciando dalle sue doti di uomo, immediatamente si corre con la mente alla sua capacità di infondere fiducia negli interlocutori per l'autorevolezza con la quale esponeva le sue idee e manifestava la sua personalità. Il tratto più evidente era il suo porsi in modo bonario, anche un po' sornione se vogliamo, ma sempre intelligente ed accattivante. Il suo stile sobrio da intellettuale sorprende per la sua lucidità, le citazioni, la memoria, la cultura e le immancabili battute. Il suo linguaggio era semplice, sempre convincente ed equilibrato. Chiunque lo abbia frequentato ne è rimasto conquistato o quantomeno

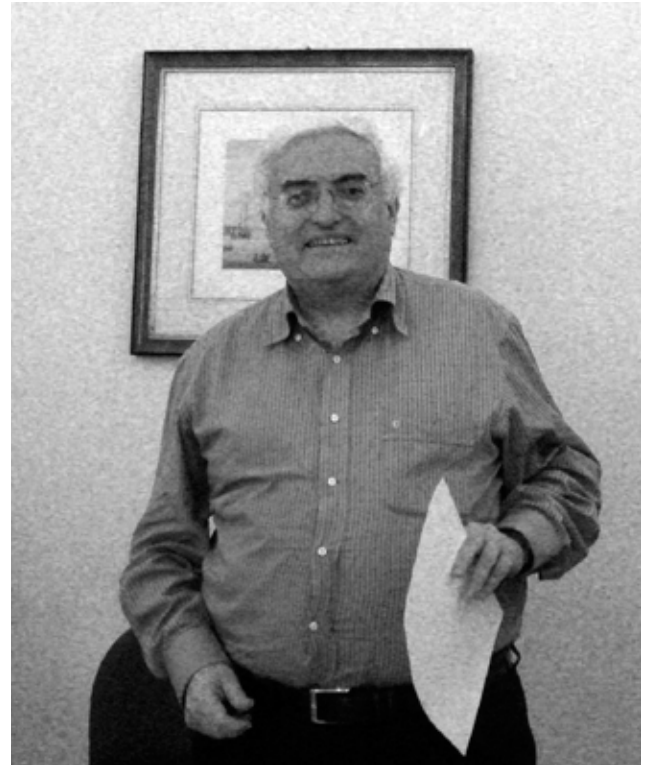
ne è divenuto estimatore, perché questo è il pregio di tutte le persone di spessore e leali come lui, quello cioè di essere stimato ed apprezzato anche da chi ha avuto idee e punti di vista differenti. Il suo percorso di vita è stato accompagnato da notevoli successi professionali in un susseguirsi evolutivo costante che lui ha percorso con l'umiltà delle persone "grandi", dotate di intelligenza e cultura. La cultura certamente lo ha contraddistinto restituendogli riconoscimenti indiscussi: Direttore della Struttura Complessa di UTIC-Cardiologia dell'Ospedale San Luca di Vallo della Lucania, Direttore del Dipartimento di Cardiologia dello



Tutta la comunità cardiologica lo ha stimato come professionista instancabile e serio, preciso ed impegnato, fonte di incoraggiamento e slancio continuo alla conoscenza

stesso Ospedale e poi Direttore del Dipartimento Cardio-Vascolare Interospedaliero dell'ASL Sa. 3. Ha svolto attività di docenza presso l'Università di Salerno, Benevento, Napoli e Firenze. Relatore e moderatore in numerosi congressi nazionali ed internazionali. Ha partecipato come esperto alla stesura di Leggi e Provvedimenti regionali nel campo dell'Emergenza Sanitaria. È stato componente del Consiglio Direttivo Nazionale ANMCO, Presidente Regionale, Chairman dell'Area Management&Qualità, Referente nazionale della Task Force di Cardiogeriatrics, responsabile nazionale della Task Force Sicurezza delle cure e Responsabilità Professionale, componente del comitato editoriale di riviste scientifiche nazionali. Autore di testi "Management in Cardiologia", "Il domani dell'Ospedale e della Cardiologia", "Momenti di Cuore, riflessioni su Società, Sanità e Cardiologia". Convinto sostenitore della dimensione pubblica e sociale della professione medica e del Servizio Sanitario pubblico, intuì prima di altri, l'importanza del ruolo che una rete integrata Ospedale-Territorio poteva assumere come sistema e strumento di cura per la

presa in carico dei cittadini/pazienti. Grande merito ha avuto nel rendere sempre migliore il suo Ospedale: il "San Luca" di Vallo della Lucania. Grande impulso ha dato all'organizzazione dei servizi sanitari di emergenza contribuendo alla stesura delle linee guida delle reti tempo dipendenti a livello regionale. Un tratto caratteristico di Giovanni è stata la capacità di stabilire rapporti personali con i colleghi e amici, ai quali ha saputo trasmettere insegnamento, saggezza, cultura e valori. Chi ha lavorato con lui non dimentica la sua voglia di fare, il suo esuberante entusiasmo e il suo invidiabile intuito di medico preparato, colto e umano. Anche in occasione della sua malattia ha saputo affrontare ogni prova con forza e con determinazione consapevole, da medico, che ogni ricaduta avrebbe potuto essere possibile e fatale. Questo però non lo ha fermato, anzi lo ha reso più forte e, fino all'ultimo, combattivo e presente. Era pronto a partire per Rimini, in occasione del 52° Congresso Nazionale ANMCO, per tenere la sua relazione e ritirare la Targa d'Oro ANMCO di cui andava orgoglioso. Caro Giovanni, mancherai a tutti noi, ai colleghi, ai pazienti, agli amici di sempre e a quelli conosciuti da poco. Mancherà la tua sincerità, il tuo modo di vedere



Parlare della sua carriera sembra umanamente riduttivo perché Giovanni non è stato solo un collega ma un caro amico e punto di riferimento di tutti noi

la vita e di affrontare le difficoltà, la tua serietà che diventava simpatia all'occorrenza. Tutta la comunità cardiologica ha trovato in te un riferimento e ti ringrazia per ciò che hai rappresentato in tutti questi anni di lavoro comune. Ci lasci l'eredità di un sapere raffinato e di nobiltà d'animo d'altri tempi, una marea di ricordi e di raccomandazioni. Il tuo sguardo dolce e premuroso ci accompagnerà nelle nostre scelte quotidiane e stai certo che non ti dimenticheremo mai. ♥



Ricordo di un gigante della Cardiologia, da una sua “allieva”

Tributo al Professor Attilio Maseri, gigante della Cardiologia

Uomo dall'animo generoso e nobile, ispiratore di ricerca e modello per moltissimi cardiologi e ricercatori che hanno avuto la fortuna di potere imparare da lui

È con profondo dolore ma anche con sincera gratitudine che mi trovo a scrivere un ricordo per la scomparsa del professor Attilio Maseri, di cui mi sento “allieva”.

Note biografiche

Nativo di Udine, il professor Maseri si laureò a Padova nel 1960 e si trasferì subito dopo a Pisa, dove conseguì le specializzazioni in Cardiologia (1963) e Medicina Nucleare (1968). Durante quello stesso periodo lavorò come Research Fellow presso la Columbia University (1965) and la Johns Hopkins University (1966) negli Stati Uniti. Nel 1967 diventò Assistente nella Clinica Medica dell'Università di Pisa e capo del gruppo di ricerca “coronarico” dell'Istituto di Fisiologia Clinica del CNR diretto dal professor Luigi Donato. Suoi allievi diretti a Pisa furono in quegli anni, insieme a me, Mario Marzilli, Paolo Camici e Raffaele De Caterina, tutti divenuti professori ordinari di Cardiologia in diverse Università italiane. Nel 1979 diventò professore di Medicina Cardiovascolare presso la Royal Postgraduate Medical School

Al di là del curriculum vitae che suscita la più viva ammirazione, al di là dei meritatissimi riconoscimenti, il professor Maseri è stato ispiratore di ricerca e modello per moltissimi cardiologi e ricercatori che hanno avuto la fortuna di potere imparare da lui e che a loro volta hanno amplificato i suoi insegnamenti in tutto il mondo

dell'Università di Londra e Direttore della Cardiologia dell'Hammersmith Hospital. Nel 1991 ritornò in Italia come professore di Cardiologia dell'Università Cattolica del

Sacro Cuore a Roma e Direttore della Cardiologia del Policlinico Universitario Agostino Gemelli. Dal 2001 al 2008 è stato Professore di Cardiologia presso l'Università Vita-Salute San Raffaele e Direttore del Dipartimento Cardiotoracico e Vascolare presso l'Ospedale San Raffaele a Milano. Dal 2008 è stato Presidente della Fondazione per il Tuo cuore dell'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO).

Premi e riconoscimenti

Il professor Maseri è stato insignito di prestigiosi premi internazionali come il King Faisal International Prize in Medicine, il Distinguished Scientist Award dell'American College of Cardiology, la Gold Medal della European Society of Cardiology, il Grand Prix Scientifique de la Fondation Lefoulon-Delalande e l'Ordine di Merito, poi Cavaliere di Gran Croce della Repubblica Italiana. Papa Giovanni Paolo II lo insignì del titolo di Comandante dei Cavalieri dell'Ordine di San Gregorio il Grande.



Il professor Maseri ha lasciato tracce e ricordi indimenticabili

Furono pionieristiche le sue ricerche sulla misurazione del

flusso coronarico con metodiche radioisotopiche. Fece le prime osservazioni cliniche sull'angina pectoris a riposo, non causate dallo sforzo ma da riduzioni primarie del

flusso coronarico, e dimostrò il ruolo dello spasmo coronarico nell'angina vasospastica, diventando anche pioniere negli studi con vasodilatatori coronarici e farmaci anti-ischemici.



Successive ricerche a Londra e a Roma caratterizzarono il ruolo dell'infiammazione nelle sindromi coronariche acute, argomento oggi ancora oggetto di intense ricerche che hanno un profondo impatto clinico. Altri suoi contributi fondamentali alla Cardiologia sono stati la caratterizzazione e la

Attilio Maseri, gigante della Cardiologia, uomo dall'animo generoso e nobile, Maestro che ha insegnato i valori della Medicina e della Scienza

ricerca dei meccanismi dell'angina microvascolare. Ha così cambiato la storia della Cardiologia, ed in particolare la storia della cardiopatia ischemica.

Al di là del curriculum vitae che suscita la più viva ammirazione, al di là dei meritatissimi riconoscimenti, il professor Maseri è stato ispiratore di ricerca e modello per moltissimi cardiologi e ricercatori che hanno avuto la fortuna di potere imparare da lui ed hanno poi avuto successo in tutto il mondo dall'Africa all'Australia. La sua capacità di leadership nel motivare la ricerca di base basata sulle osservazioni cliniche è unanimemente riconosciute a livello internazionale. Era solito dire che "cercare la verità scientifica porta su strade non battute, lontano dalla luce del lampione dove per comodità cerchiamo qualcosa che abbiamo perso nell'oscurità". Senz'altro è stato

uno dei pochi veri precursori della medicina traslazionale.

Il professor Maseri è stato un clinico raffinato

Ha avuto in cura Papi, Regine e Presidenti. Ma soprattutto aveva sinceramente a cuore la salute di tutti i suoi pazienti. Amava dire: "Abbiamo sempre più la presunzione di rendere i nostri pazienti immortali mentre la nostra vera sfida come medici è migliorarne la vita". Anche in questo è stato precursore di cambiamenti che trovano oggi grandissima motivazione in clinici e amministratori della sanità "il paziente al centro" e non "la malattia". Era solito dire "questo paziente vuole dirci qualcosa, proprio perché esce dai nostri schemi, dal ruolo che abbiamo cercato di cucirgli addosso". Ho avuto il grandissimo onore e l'immensa fortuna di imparare da lui come clinico e come ricercatore durante gli anni da lui trascorsi a Roma, e desidero

Ha avuto in cura Papi, Regine e Presidenti Ma soprattutto aveva sinceramente a cuore la salute di tutti i suoi pazienti

rendere un tributo a questo gigante della Cardiologia, a quest'uomo dall'animo generoso e nobile, a questo Maestro che ha insegnato i valori della Medicina e della Scienza a una schiera sterminata di allievi che a loro volta hanno amplificato i suoi insegnamenti nei cinque continenti. ♥

Dalle ricerche pionieristiche che fanno di lui il vero precursore della medicina traslazionale alla cura di Papi e Regine, il Professor Attilio Maseri ha lasciato tracce e ricordi indimenticabili nei suoi numerosi allievi





Un amico, un collega e un gentiluomo

In ricordo di Sergio Cannas



LIl Dott. Sergio Cannas, cardiologo, padovano, si è spento a 56 anni dopo aver lottato con coraggio e dignità contro un nemico invincibile. Lascia la moglie Elisabetta

ed i figli Maria Luisa e Matteo, prossimo nuovo giovane Medico, cui auguriamo di seguire le orme del papà che sicuramente lo sorveglierà dall'alto. Sergio si era laureato a

Padova nel 1991 con il massimo dei voti, discutendo una tesi sperimentale dal titolo: *Lo scambiatore sodio-calcio nel muscolo cardiaco, interazione amiloride-digitale*. Conseguito presso la stessa Università il titolo di specialista in

ANMCO Veneto piange la scomparsa del Dott. Sergio Cannas, un amico, un collega e soprattutto un vero gentiluomo
Ecco il ricordo di chi ha lavorato con Lui fianco a fianco per molti anni, apprezzandone le doti di medico e di uomo
(Claudio Bilato, Presidente Regionale ANMCO)

Cardiologia e dopo un breve periodo di lavoro presso il Pronto Soccorso di Padova, era divenuto Dirigente medico presso l'Unità Operativa di Cardiologia dell'Alto Vicentino, segnalato dal Prof. Andrea Nava, come giovane Medico di alto livello. Durante gli anni universitari aveva svolto attività di ricerca nell'ambito della farmacologia cardiovascolare



ed in particolare aveva indirizzato il suo interesse sugli effetti dei farmaci inotropi positivi in preparati di organi isolati, nonché sulla attività di sostanze sintetiche ed endogene in relazione alla ipertensione essenziale presso il Dipartimento di Farmacologia. Successivamente aveva collaborato con il “Centro per la profilassi e la terapia delle tromboembolie” della Cattedra di Cardiologia, occupandosi in particolare dell’induzione e del monitoraggio del paziente in terapia anticoagulante orale, e con l’UTIC della stessa Cardiologia, focalizzandosi sulle problematiche inerenti il trattamento dello scompenso cardiaco, il monitoraggio emodinamico e gli effetti dei farmaci vasodilatatori e inotropi nei pazienti in valutazione per trapianto cardiaco. Nell’Alto Vicentino aveva intrapreso, seguendo le orme del primario Dott. Martini, l’attività di elettrofisiologia e cardiostimolazione, divenendone rapidamente il responsabile. Era anche un eccellente supporto organizzativo per l’Unità Operativa, come referente aziendale per l’ambulatorio e per il coordinamento delle attività di prevenzione delle recidive di scompenso cardiaco, per il progetto Audit Clinico ed Audine e per l’accreditamento regionale. Organizzatore di molteplici corsi di “tecnica e lettura dell’ecg” dedicato al personale infermieristico, aveva ricoperto incarichi associativi come consigliere regionale di AIAC e collaborato con ANMCO per gli studi BLITZ. Nell’ultimo anno, pur nelle gravi difficoltà fisiche, era stato nominato Professore a Contratto del corso di Fisiologia biochimica e biologia dell’Università



Sergio Cannas, organizzatore congresso regionale ANMCO Veneto, a Thiene il 21 giugno 2003

degli Studi di Padova, per la laurea in Scienze Infermieristiche: le sue lezioni erano oltremodo apprezzate dagli studenti. Autore/coautore di numerose pubblicazioni nazionali ed internazionali, prevalentemente rivolte allo studio delle cardiopatie aritmogene, Sergio era un professionista serio, di alto livello culturale e tecnico, che mai nulla aveva chiesto per giuste aspettative personali, ma che era da tutti i colleghi riconosciuto meritevole di posizioni di leadership. La sua cultura di base, la preparazione clinica e tecnica frutto di anni di dedizione e la sua etica ne facevano un modello per i colleghi e un costante punto di riferimento per il personale infermieristico. Uno

dei suoi maggiori punti di forza era il rapporto con i pazienti, con cui riusciva sempre a stabilire una profonda empatia, congedandosi sempre da tutti con un sorriso. Alla sua serietà professionale univa peraltro una gradevole carica di humor, ironia ed una innata capacità alle imitazioni, in particolare quella del Suo maestro, il prof. Sergio Dalla Volta. Gli ultimi tre anni di lotta contro un nemico invincibile li ha passati quanto più possibile in Ospedale, dove l’amicizia ed il sostegno fraterno dei colleghi, il profondo rispetto degli infermieri e la stima dei pazienti hanno cercato di rendergli accettabile una vita che lo stava crudelmente per abbandonare.♥



Convenzione **Esclusiva**



PROFESSIONAL MALPRACTICE
INSURANCE

Polizze conformi **Legge GELLI** vigente
R.C. Professionale e Tutela Legale

riservate

Medici
CARDIOLOGI

Dipendenti
Liberi Professionisti
Ambulatoriali
Specializzandi

compreso


Rischio COVID-19 • Somministrazione vaccino anti**COVID-19**



ATTIVAZIONE
PAGAMENTO RATEIZZATO

EasyDoc 

www.assita.com

 **800-237220**

medicaldivision@assita.com

