

Cardiologia

negli Ospedali



SETTEMBRE / OTTOBRE 2023 N° 255

Rivista dell'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri - ANMCO



THE HEART OF QUALITY



55°

Congresso
Nazionale

Associazione
Nazionale
Medici Cardiologi
Ospedalieri

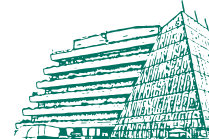
ANMCO 2024

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



congress.anmco.it - digital.anmco.it

IMPROVING CARE FOR EVERYONE



Ospedale dell'Angelo di Mestre

N. 255
settembre/ottobre 2023
Rivista ufficiale dell'Associazione
Nazionale Medici Cardiologi
Ospedalieri

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

 **ANMCO**
Via A. La Marmora, 36
50121 Firenze
Tel. 055 51011 - Fax 055 5101350
segreteria@anmco.it
www.anmco.it

**Organizzazione con Sistema di
Gestione Certificato da
KIWA CERMET secondo
la norma UNI EN ISO 9001:2015**

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

 **Stampa
Tipografia II Bandino
Firenze**

Progetto grafico e impaginazione
Studio Mirannalti - Fiesole (FI)

EDITORIALE

The Times They Are A-Changin ... (?) p. 4
di Giuseppe Di Tano

IN QUESTO NUMERO

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

DAL CENTRO STUDI DELLA FONDAZIONE PER IL TUO CUORE

Il punto sugli Studi Clinici p. 7
del Centro Studi della Fondazione
per il Tuo cuore
a cura del Centro Studi

DAL DIRETTIVO

Un breve report dalla Convention p. 12
Next Generation ANMCO 2023
*di Michele Magnesa, Maria Chiara
Gatto, Nunzia Borrelli, Stefano Poli,
Gianmarco Iannopolo, Giulia Bugani,
Chiara Bernelli, Pietro Scicchitano,
Filippo Zilio e Stefania Angela Di Fusco*



DALL'ITALIAN FEDERATION OF CARDIOLOGY

L'Advocacy Program della p. 16
Federazione Italiana di Cardiologia e
della Società Europea di Cardiologia in
Italia
di Ciro Indolfi

DALLA ESC

L'ANMCO al Congresso ESC 2023 p. 18
di Leonardo De Luca

DAL GIC

Un nuovo step importante per p. 21
il Giornale Italiano di Cardiologia
Il GIC ha acquisito l'impact factor
di Giuseppe Di Pasquale

DALLE AREE

AREA CRONICITÀ CARDIOLOGICA - CARDIORENALE E METABOLICA - PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE

La Web Survey "Quanto p. 25
ne sanno e quanto ne vorrebbero
sapere i cardiologi italiani sui nuovi
fattori di rischio cardiovascolare e sul
controllo lipidico"

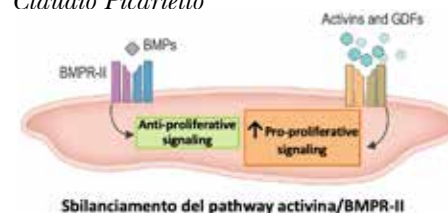
*di Maurizio Giuseppe Abrignani, Antonio
F. Amico, Edoardo Gronda, Stefania
Angela Di Fusco, Massimo Iacoviello e
Pier Luigi Temporelli a nome dei Comitati
di Coordinamento delle Aree ANMCO
Cronicità Cardiologica, Cardiorenale e
Metabolica e Prevenzione Cardiovascolare*



AREA MALATTIE DEL CIRCOLO POLMONARE

Linee Guida europee per p. 30
la diagnosi e il trattamento
dell'ipertensione polmonare: cosa
è cambiato ad un anno dalla loro
pubblicazione?

*di Andrea Garascia, Luciana D'Angelo e
Claudio Picariello*





AREA MALATTIE RARE

Vantaggi e criticità delle Nuove Linee Guida delle Cardiomiopatie nel mondo reale

p. 35

di Cristina Chimenti a nome dell'Area Malattie Rare ANMCO

Cardiomyopathy Mindset



AREA MANAGEMENT&QUALITÀ

Fascicolo Sanitario Elettronico e Medicina Digitale

p. 39

di Gianfranco Gensini e Fabiana Lucà



AREA NURSING

E PROFESSIONI SANITARIE

La Medicina Narrativa: i pensieri e le emozioni del paziente al centro delle strategie terapeutiche

p. 42

di Sara Doimo e Simone Cappannelli a nome dell'Area Nursing e Professioni Sanitarie



DALLE REGIONI

REGIONE ABRUZZO

La rete per la gestione in service delle Sindromi Coronariche Acute nella provincia di Teramo

p. 48

di Cristiano Massacesi, Marco Rolando, Lucia Marini, Mauro Di Eusanio, Manuela Benvenuto, Benedetta Ruggieri, Gianserafino Gregori a nome del Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Abruzzo

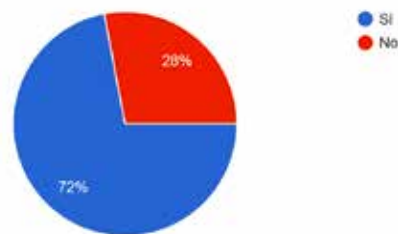


REGIONE CAMPANIA

Il Cardiologo di turno al Pronto Soccorso

p. 54

Qual è la situazione in Campania e quali le possibili conseguenze *di Francesco Vigorito, Ilaria Caso, Silvana Cicala, Emilio Di Lorenzo, Michele Macrì, Andrea Paccone, Antonio Parente, Lucia Riegler, Carlo Tedeschi*



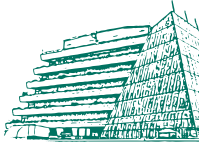
REGIONE LOMBARDIA

È possibile e utile misurare la qualità delle cure dei pazienti con infarto miocardico e scompenso cardiaco?

p. 59

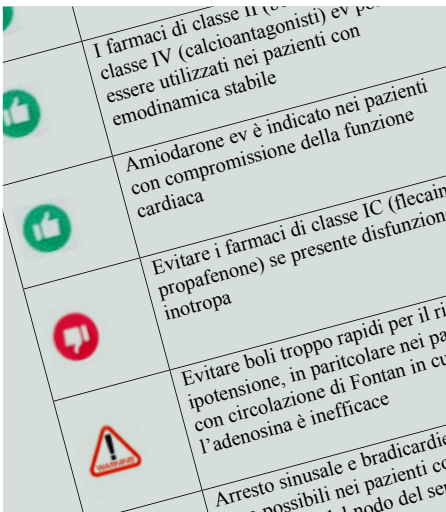
di Fausto Avanzini, Paola Di Giulio e Felice Achilli a nome del gruppo collaborativo dei Progett QiC e DIMACC





REGIONE TOSCANA

Schemi gestionali delle aritmie p. 64
nel cardiopatico congenito adulto
*di Gaia Spaziani a nome del Consiglio
Direttivo Regionale ANMCO Toscana*



FORUM

Facciamo tesoro del nostro SSN: p. 70
da salvaguardare e potenziare!
*di Francesco Paolo Calciano e Antonio
Giovanni Cardinale*



Quali caratteristiche possono p. 73
rendere più attrattiva una cardiologia
per le nuove generazioni di cardiologi?
di Gian Luigi Nicolosi



CARDIOLOGIA E SPORT

In corsa... per la diagnosi p. 76
di Patrizio Sarto

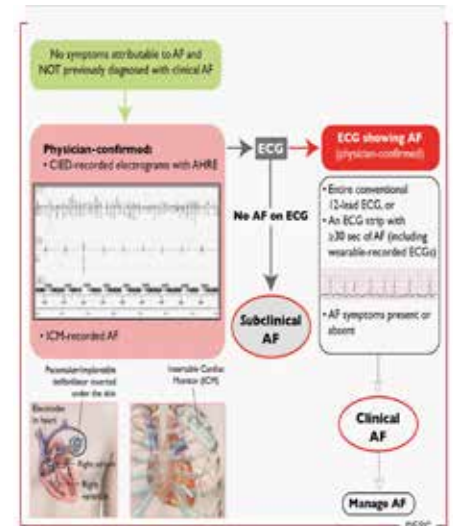


AMBIENTE E CUORE

L'influenza della temperatura p. 79
ambientale sulla patologia
cardiovascolare
di Danilo Baccino

LETTO E COMMENTATO... ECHI DALLA LETTERATURA INTERNAZIONALE

NOAH-AFNET 6 p. 82
Edoxaban nei pazienti con eventi atriali
ad elevata frequenza (AHRE): nessun
vantaggio
di Margherita Padeletti



COME ERAVAMO

Nelle pagine di "Cardiologia negli p. 84
Ospedali" la memoria storica
dell'ANMCO
Parte IX (2008 - 2013)
di Sergio Pedè

LETTI PER VOI

Ammalarsi e curarsi nel medioevo p. 95
Una storia sociale
di Maurizio Schoefflin



PAROLA DI REGIONE

Regioni 3.0 p. 67
Il nuovo progetto con
le Regioni al centro
*di Marta Chiarandà e Margherita
Padeletti*



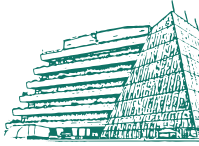


The Times They Are A-Changin ... (?)

Sul *New England Journal of Medicine* sono stati appena pubblicati due articoli che descrivono alcuni nuovi approcci e proposte organizzative che negli Stati Uniti si stanno approntando anche, e non solo, in seguito ai nefasti effetti pandemici, e che suggeriscono a mio avviso interessanti spunti di riflessione. Il primo dal titolo “*Building a National Public Health System in the United States*” (August, 4) riporta le ragioni e le proposte degli Autori, membri di una commissione *ad hoc* convocata dal Commonwealth Fund, per riformare rapidamente l’attuale sistema sanitario, predisponendo in pratica la costruzione di un nuovo sistema nazionale pubblico unico. L’inadeguatezza dell’attuale modello selettivo-privatistico, fornito da circa 3.000 agenzie della salute non coordinate tra loro è oramai macroscopicamente evidente, al di là dei limiti evidenziati durante la pandemia, e necessita di modifiche sostanziali. Basti considerare che attualmente gli USA sono sessantunesimi nel ranking globale per aspettativa di vita, causa anche le disparità geografiche di razza e di etnia. Il secondo,

“*Rediscovering the Importance of Free and Charitable Clinics*” (August, 17) riporta il progressivo aumento del numero delle Strutture cliniche su base volontaria caritatevoli e sostanzialmente gratuite, e descrive il loro valore aggiunto nel garantire non solo assistenza medica generica, ma cure e prestazioni avanzate e comunque di elevata qualità. Attualmente sono attivi circa 1.400 Centri per circa 2 milioni di pazienti/anno, per lo più persone non assicurate, a basso reddito che necessitano di essenziali controlli specialistici. Entrambi appaiono delineare “a new deal” sanitario, con nuovo approccio assistenziale, più “sociale” di quanto si possa immaginare. È possibile quindi che qualcosa possa realmente cambiare da quel famoso articolo del *New York Times* del dicembre 2018 intitolato “*No cash, no heart*”? Allora venivano descritte le dinamiche economiche collaterali ai trapianti, raccontando in particolare la storia di una signora di 60 anni del Michigan candidata al trapianto cardiaco ed esclusa dalla lista perché non in grado di garantirsi le spese, circa 2.500 \$ annui per un totale di almeno 10.000 \$, per la successiva terapia

antirigetto. La richiesta di garanzia a copertura delle spese veniva riportata come comune nei Centri trapianto, e spesso l’unico sistema per chi non ha un’assicurazione privata o non è coperto dall’estensione del Medicare, è di affidarsi ad organizzazioni nate e specializzate per la raccolta fondi sanitari *ad hoc*. Considerazioni che cinque anni probabilmente non suscitavano particolari preoccupazioni e apparivano senz’altro lontane rispetto alla nostra organizzazione assistenziale, improntata ad una diffusa equità. Oggi sembrano meno distanti, visto il progressivo peggioramento del clima sanitario. Amplificate nei mesi estivi, le varie emergenze, dall’esagerata lunghezza di alcune liste d’attesa al progressivo aumento della spesa mediche pro-capite con un diffuso aumento della rinuncia alle cure, fino alle note sofferenze dei Pronto Soccorso e alle criticità del capitale umano ospedaliero, appaiono più che concreti ed incombenti segnali di rischio di indebolimento del SSN. Se “il vento” americano sta forse cambiando, allora c’è speranza che i suoi effetti si risentano, con la debita e risaputa latenza, anche in Italia? ♥



In copertina

I nostri Ospedali diventano le copertine di "Cardiologia negli Ospedali"
Vi invitiamo a sottomettere le foto dei vostri ospedali, che potranno essere utilizzate
per creare le copertine dei prossimi numeri



L'Ospedale dell'Angelo di Mestre, ha sostituito il vecchio Umberto I nel 2008, ed è considerato tra i più belli e tecnologicamente innovativi d'Europa, grazie agli elevati standard di accessibilità ed efficienza. Il nome dell'Ospedale nasce da una statua raffigurante un angelo d'argento donata dall'architetto veneziano Bruno Scarpa. È uno dei primi esempi italiani di project financing in Sanità: la ATI di imprese private, costitutari per le realizzazione della struttura, garantisce la miglior dotazione strumentale possibile, un contesto di spazi vivibili e servizi commerciali a servizio degli utenti e standard di servizi di primissimo livello. Il progetto è degli architetti Altieri e Ambasz ed è caratterizzato da un lato dalla presenza di una grande vetrata, che ha anche il compito di attutire il rumore esterno all'interno delle stanze dei reparti, e dall'altro da terrazze pensili. L'intera struttura copre una superficie di 151.802 metri quadrati ed è composta da due blocchi uniti dalla vetrata. Il primo è la cosiddetta "piastra" di tre piani (di cui due fuori terra) mentre l'altro blocco è l'edificio stesso dove sono situati i reparti. Nei tre piani della piastra ci sono le sale operatorie, gli spogliatoi per il personale, i parcheggi, gli ambulatori e tutti i servizi di diagnostica. La vetrata difende dalle intemperie la hall che accoglie i visitatori e nella quale sono presenti alcuni negozi e favorisce un microclima ottimale per la presenza di un giardino ricco di numerose specie di piante.



In questo numero

Gli spunti e riflessioni del nostro Editor, sulle criticità del Servizio Sanitario e la speranza di possibili futuri cambiamenti, introducono perfettamente la prima Convention della Next Generation, iniziativa proposta dal caro Past President Furio Colivicchi e supportata dal Presidente Fabrizio Oliva. Realizzata dal Direttore del Centro Studi della Fondazione per il Tuo cuore, Aldo Pietro Maggioni, la Next Generation ha come scopo principale la crescita e la valorizzazione di giovani Cardiologi con il fine di far emergere delle idee di ricerca, sulle aree grigie e gli “unmet needs” nei vari ambiti clinici, per creare un network di ricercatori che possano partecipare a Studi ANMCO. La Convention, svolta in un contesto meraviglioso come quello di Spoleto, ha stimolato importanti spunti di discussione su nuovi progetti che inciteranno molti giovani Cardiologi a rivolgere il loro interesse alla ricerca. Il Professor Ciro Indolfi, Presidente della Italian Federation of Cardiology, ci illustra le linee strategiche della nostra federazione sempre più proiettata a livello europeo nel condurre importanti iniziative per combattere le malattie cardiovascolari. Non potevano quindi mancare le novità del Congresso ESC 2023, il Vice Presidente Leonardo De Luca ci sintetizza i più interessanti studi e trial presentati al Congresso. La novità più rilevante degli ultimi mesi è però senz'altro lo straordinario successo raggiunto dal *Giornale Italiano di Cardiologia*, il nostro Editor in Chief, Giuseppe Di Pasquale, ci

annuncia l'acquisizione dell'Impact Factor da parte del giornale, un altro traguardo storico raggiunto dalla cardiologia italiana di cui dobbiamo esserne fieri, ci complimentiamo con tutti i nostri Soci e con il Dott. Di Pasquale per il suo continuo impegno. La nostra rivista da questo numero inizierà una collaborazione con il Dott. Patrizio Sarto, nostro Socio, Cardiologo sportivo e Direttore della Medicina dello Sport presso AULSS 2 Marca Trevigiana. Il Dott. Sarto è un riferimento nazionale in questo campo e ci aiuterà ad addentrarci sempre più profondamente in questa interessante sub specialità della cardiologia. Quali caratteristiche possono rendere più attrattiva una Cardiologia per le nuove generazioni di Cardiologi? A questa difficile domanda ci aiuta a rispondere il Dott. Gian Luigi Nicolosi nel suo articolo dove sottolinea le linee da seguire per mantenere una cardiologia sempre più attrattiva. Due interessanti survey ci vengono presentate: la prima sui fattori di rischio cardiovascolare e sul controllo lipidico e la seconda sul coinvolgimento dei Cardiologi campani nella copertura dei turni al Pronto Soccorso. I risultati stimolano importanti riflessioni su questi argomenti. La Professoressa Cristina Chimenti, Chairperson dell'Area Malattie Rare, ci sottolinea i vantaggi e criticità delle nuove linee guida delle cardiomiopatie nel mondo reale, mentre l'Area Malattie del Circolo Polmonare ci indica cosa è cambiato ad un anno dalla pubblicazione delle linee guida europee per la diagnosi e il trattamento dell'ipertensione

polmonare. <<*Semper primum non nocere ...*>> è la conclusione della Dott.ssa Margerita Padeletti che commenta, nella nostra rubrica “Letto e commentato... Echi dalla letteratura internazionale”, l'interessante Studio NOAH-AFNET 6 che dimostra come la terapia con endoxaban nei pazienti con eventi atriali ad elevata frequenza non migliora l'outcome. Sempre in tema di innovazione il Professor Gianfranco Gensini e la Dott.ssa Fabiana Lucà ci illustrano l'importanza del Fascicolo Sanitario Digitale e della Medicina Digitale. Due interessanti progetti medico infermieristici QIC (Qualità In Cardiologia) e DIMA (progetto di Dimissione accompagnata dopo un ricovero ospedaliero per Infarto Miocardico Acuto o scompenso cardiaco acuto) ideati dalla Cardiologia dell'Ospedale Pio XI di Desio diretta dal Dott. Felice Achilli, Presidente Regionale ANMCO Lombardia, vengono presentati in dettaglio, sono due iniziative innovative meritevoli di essere lette e seguite. Tra le innumerevoli iniziative della nostra Associazione, una rilevante è sicuramente il progetto Regioni 3.0 coordinato dalla Dott.ssa Fabiana Lucà e dal Dott. Alessandro Navazio. Il progetto si articola in tre punti fondamentali: le Survey nazionali *ad hoc*, Talk Regioni e Parola di Regione, su cui non mancheremo di aggiornarvi. La rivista infine si chiude con un consiglio per una lettura: “Ammalarsi e curarsi nel Medioevo”, un saggio ancora molto attuale scritto da Tommaso Dura.♥

Studi in corso (DATI AGGIORNATI AL 11/09/2023)

Nome dello Studio	N° centri attivati Italia (tutto il mondo)	N° pazienti previsti dal protocollo Italia (tutto il mondo)	N° pazienti arruolati Italia (tutto il mondo)	Durata prevista del follow-up	Stato
GISSI Outliers CAPIRE (osservazionale)	11	800	544	10 anni (luglio 2023)	Arruolamento chiuso Follow-up in corso
ISCHEMIA – Extended Follow-up In collaborazione con New York University	14 (351)	378 (5.000-6.000)	208 5.856	Fino al 2025	Arruolamento chiuso Follow-up in corso
Registro G-CHF Long Term Follow-up (osservazionale)	9 (273)	750 (25.000 circa)	576 (23.281)	Fino al 2023	Arruolamento chiuso Follow-up in corso
EMPA-KIDNEY In collaborazione con oxford University EMPA-KIDNEY – on treatment Phase	19 (229)	500 (6.000)	246 (6.669)	Event driven	Chiuso
EMPA Kidney – Post Trial Follow-up Phase	17 (229)	NA	246 (6.669)	2 anni	In corso

Studi conclusi (DATI AGGIORNATI AL 11/07/2023)

Nome dello Studio	N° centri attivati Italia (tutto il mondo)	N° pazienti previsti dal protocollo Italia (tutto il mondo)	N° pazienti arruolati Italia (tutto il mondo)	Durata prevista del follow-up	Stato
BLITZ-AF CANCER (osservazionale)	77 (112)	800 (1.500)	961 (1.514)	1 anno	Arruolamento chiuso Follow-up chiuso

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



Studi di prossima attuazione (DATI AGGIORNATI AL 11/09/2023)

Nome dello Studio	N° centri previsti Italia (tutto il mondo)	N° pazienti previsti dal protocollo Italia (tutto il mondo)	Durata prevista del follow-up
BRING-UP Prevenzione (osservazionale)	>150	6.000	1 anno
EYE-SHOT 2 (osservazionale)	200	3.000	No follow-up
BRING-UP 3 SCOMPENSO (osservazionale)	>150	10.000	1 anno
AFFIRMO (Cluster RCT)	10 (50)	1.250	1 anno

FOCUS ON

Studio BRING-UP Prevenzione

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

Lo Studio BRING-UP-Prevenzione, promosso da Fondazione per il Tuo cuore e l'ANMCO, è uno studio osservazionale, prospettico e

multicentrico, condotto in un campione ampio e rappresentativo di Centri Cardiologici italiani che arruolerà pazienti con un evento atero-trombotico documentato: malattia coronarica (CAD), malattia cerebrovascolare (CVD), malattia arteriosa periferica (PAD). I pazienti arruolati saranno seguiti in follow-up per 1 anno, con visite a 6 e 12 mesi. Obiettivo primario dello studio è quello di valutare il livello di aderenza alle raccomandazioni delle linee guida con l'ipotesi di migliorare la percentuale di pazienti che raggiungono il target previsto per i livelli di colesterolo LDL. La Fase Regulatoria è stata attivata a Marzo 2023, a seguito dell'adesione di

219 Centri Cardiologici sul territorio nazionale
L'arruolamento dei pazienti è previsto in due distinti periodi temporali, in ciascuno dei quali sono attesi circa 3.000 pazienti, consentendo di valutare l'aderenza alle Linee Guida anche in specifici sottogruppi. Nella pratica lo studio è così organizzato:
1) Primo intervento di tipo educativo (Fase 1) con i Ricercatori dei Centri coinvolti per discutere le raccomandazioni delle Linee Guida ed i modelli di trattamento in specifici fenotipi di pazienti;
2) Arruolamento per 3 mesi o fino a 30 pazienti consecutivi (Fase 2) con

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

La Fase 1 sarà avviata nel prossimo mese di ottobre 2023: sono stati organizzati 5 Investigator Meeting Locali con rilascio di crediti ECM (Milano 3 ottobre, Bologna 12 ottobre, Roma 14 ottobre, Bari 17 ottobre, Catania 24 ottobre), che riuniranno i Ricercatori di ogni zona. A seguire sarà attivata la Fase 2.

Le Fasi 3 e 4 si svolgeranno nel corso del 2024, la fine dello studio con 1 anno di follow-up per tutti i pazienti arruolati è prevista per inizio 2026.

Vista la possibilità di attribuire crediti ECM (come Formazione sul campo - FSC) lo Studio è stato accreditato in questo senso sul portale AGENAS. Il Centro Studi ANMCO della Fondazione per il Tuo cuore si occuperà di seguire i Centri in tutte le attività previste.

Studio BRING-UP 3 Scompenso

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

Lo Studio BRING-UP-3 Scompenso, promosso da Fondazione per il Tuo cuore e l'ANMCO, è uno studio osservazionale, prospettico e multicentrico, condotto in un campione ampio e rappresentativo di Centri Cardiologici italiani che arruolerà pazienti con SC cronico o SC acuto. I pazienti arruolati saranno seguiti in follow-up per 1 anno, con visite a 6 e 12 mesi. Obiettivo primario dello studio è quello di valutare il livello di aderenza alle raccomandazioni delle Linee Guida per la gestione dei pazienti con HF rEF. La Fase Regulatoria è stata attivata a Marzo 2023, a seguito dell'adesione di 200 Centri Cardiologici sul territorio nazionale. Al 7 settembre 2023 è stata ottenuta l'approvazione da parte del Comitato Etico di 156 centri aderenti. L'arruolamento dei pazienti è previsto in due distinti periodi temporali, in ciascuno dei quali sono attesi circa 5.000 pazienti, consentendo così di valutare l'aderenza alle Linee Guida anche in specifici sottogruppi ad alto interesse clinico. Obiettivo primario è quello di valutare il livello di aderenza alle raccomandazioni delle linee guida per la gestione dei pazienti con HF rEF. Gli obiettivi secondari sono la valutazione del profilo di sicurezza dell'implementazione dei trattamenti raccomandati, il monitoraggio dei modelli di trattamento dei pazienti con HF acuta e di tutti i pazienti con HF cronica, indipendentemente dal livello di EF.

Nella pratica lo studio è così organizzato:

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

La Fase 1 sarà avviata nel prossimo mese di ottobre 2023: sono stati organizzati 5 Investigator Meeting Locali con rilascio di crediti ECM (Milano 2 ottobre, Bologna 11 ottobre, Roma 13 ottobre, Bari 16 ottobre, Catania 23 ottobre), che riuniranno i Ricercatori di ogni zona. A seguire prenderà il via la Fase 2.

Le Fasi 3 e 4 si svolgeranno nel corso del 2024, la fine dello studio con 1 anno di follow-up per tutti i pazienti arruolati è prevista per inizio 2026.

Vista la possibilità di attribuire crediti ECM come Formazione sul campo (FSC) lo Studio è stato accreditato in questo senso sul portale AGENAS.

Il Centro Studi ANMCO della Fondazione per il Tuo cuore si occuperà di seguire i Centri in tutte le attività previste. ♥



PRESIDENTE

FABRIZIO OLIVA

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



VICE PRESIDENTE

LEONARDO DE LUCA

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



VICE PRESIDENTE

ALESSANDRO NAVAZIO

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



PAST PRESIDENT

FURIO COLIVICCHI

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



PRESIDENTE DESIGNATO

MASSIMO GRIMALDI

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



SEGRETARIO GENERALE

MARCO CORDA

Azienda di Rilievo Nazionale ed Alta
Specializzazione "G. Brotzu"
Cardiologia con UTIC
Piazzale Alessandro Ricchi 1
09134 Cagliari
Tel. 070/539510, Fax 070/531400
marcuscorda70@gmail.com



TESORIERE

CLAUDIO BILATO

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



CONSIGLIERE

MASSIMO DI MARCO

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



CONSIGLIERA

GIOVANNA GERACI

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



CONSIGLIERE

ATTILIO IACOVONI

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



CONSIGLIERE

MASSIMO MILLI

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



CONSIGLIERE

VITTORIO PASCALE

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



CONSIGLIERE

CARMINE RICCIO

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



CONSIGLIERE

PIETRO SCICCHITANO

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



CONSIGLIERE

EMANUELE TIZZANI

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



DAL DIRETTIVO

DI MICHELE MAGNESA, MARIA CHIARA GATTO, NUNZIA BORRELLI, STEFANO POLI,
GIANMARCO IANNOPOLLO, GIULIA BUGANI, CHIARA BERNELLI, PIETRO SCICCHITANO,
FILIPPO ZILIO E STEFANIA ANGELA DI FUSCO

Un'iniziativa innovativa che si inserisce nel solco tracciato dai Corsi Next Generation ANMCO

Un breve report dalla Convention Next Generation ANMCO 2023

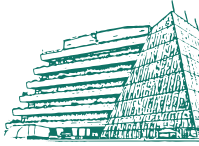
Riuniti a Spoleto, giovani cardiologi ed esperti ANMCO si sono confrontati su molti ambiti della Cardiologia, soprattutto quelli più innovativi e quelli che presentano maggiori incertezze e difficoltà nella gestione clinica



Nei giorni 14 e 15 luglio 2023 si è svolta a Spoleto la prima Convention Next Generation ANMCO, ispirata all'omonimo progetto fortemente voluto dal Past President Furio Colivicchi, consolidato dal Presidente attuale Fabrizio Oliva e realizzato dal Coordinatore del Centro Studi della Fondazione per il Tuo cuore Aldo Pietro Maggioni. Proprio il Presidente Oliva e il Coordinatore del Centro Studi hanno aperto i lavori, evidenziando l'impegno

dell'ANMCO nel processo di crescita e di valorizzazione della generazione di giovani cardiologi, soprattutto nel campo della ricerca, e sottolineando come l'iniziativa abbia come obiettivo quello di dare dei fondamenti di metodologia degli studi scientifici, di far emergere delle idee di ricerca sulle aree grigie e gli unmet needs nei vari ambiti clinici, ed infine di creare un network di giovani cardiologi e ricercatori che possano partecipare a studi ANMCO e che possano costituire in futuro l'ossatura

Prima Convention Next Generation ANMCO: discussione di idee di ricerca sulle aree grigie e gli unmet needs nei vari clinici, con l'obiettivo di creare un network di giovani cardiologi e ricercatori ANMCO



della ricerca ANMCO. Con un approccio innovativo e proprio nell'ottica di valorizzare i giovani, ad essi sono state affidate tutte le relazioni; la discussione invece era stimolata e guidata da un ampio panel di esperti "senior". La prima sessione della Convention è stata dedicata allo scompenso cardiaco acuto: Vittorio Pazzanese ha presentato un caso clinico, focalizzando l'importanza del monitoraggio per valutare la severità del quadro e l'evoluitività del paziente, l'importanza di una corretta diagnosi eziologica, considerato il possibile overlapping dei fenotipi, nonché il ruolo del

ventricolo destro e della dipendenza dal precarico dei ventricoli. A seguire, Francesca Giordana ha parlato dello scompenso cardiaco acuto del cuore destro, la camera cardiaca più anteriore, più esposta a traumi e più complessa da studiare

Un evento molto intenso e ricco di contenuti, ma anche un'ottima occasione per focalizzare i limiti degli studi e le incertezze con cui ci si confronta nella pratica clinica

per la sua forma. È stato quindi messo in luce il grande rilievo clinico dello studio dell'accoppiamento ventricolo-arterioso mediante misurazione invasiva della P/V loop, la quale fornisce informazioni importanti sia sul precarico che sul postcarico. Molto vivace la discussione che ne è seguita, moderata da Claudio Bilato e Alessandro Navazio e animata da Serafina Valente, Aldo Pietro Maggioni e Luigi Tavazzi. La seconda sessione, dal titolo "Aritmologia 3.0: tra bisogni clinici inevasi ed esperienze consolidate" è stata moderata dal presidente designato Massimo Grimaldi e da Michele



Massimo Gulizia. Il caso clinico esemplificativo presentato da Maria Chiara Gatto ha portato alla luce alcuni *gaps in evidence* nel trattamento del paziente con scompenso cardiaco e ha descritto l'ambito di impiego della Cardiac Contractility Modulation (CCM). La relazione di Andrea Matteucci ha messo in evidenza i dati dei trial clinici randomizzati FIX-HF-5 e FIX-HF-5C2 che hanno dimostrato un miglioramento della qualità di vita nei pazienti con insufficienza cardiaca sottoposti ad impianto di CCM, dati confermati anche dagli studi di real-world. La terza sessione della Convention è stata invece dedicata all'importanza della Ricerca in ANMCO. Aldo Pietro Maggioni, partendo dall'esperienza di ricerca osservazionale EurObservational Research Programme e SwedeHeart, ha presentato il progetto EuroHeart proposto dalla Società Europea di

Con un approccio innovativo e nell'ottica di valorizzare i giovani, ad essi sono state affidate tutte le relazioni; la discussione invece era stimolata da un panel di esperti

Cardiologia (ESC), per il quale l'Italia potrebbe essere un Paese candidato. L'obiettivo è costituire un network tra diversi paesi europei con lo scopo di condividere piattaforme di raccolta dati riguardo le principali patologie cardiologiche (sindromi coronariche acute, scompenso cardiaco, fibrillazione atriale e valvulopatie), al fine di migliorare lo standard di cure. A seguire, si è svolta una tavola rotonda dedicata alle prospettive future del progetto *Next Generation ANMCO, a network for*

clinical research, di cui sono in programma altre edizioni a partire dall'autunno 2023. Questa è stata anche l'occasione per discutere di quali possono essere gli ostacoli da superare nella fase di implementazione della ricerca nei centri ospedalieri, in un contesto in evoluzione e anche in relazione agli impegni clinici e alle situazioni di carenza di personale, un punto che sarà poi oggetto di discussione anche agli Stati Generali ANMCO di settembre 2023. Nella quarta sessione, intitolata "Incertezze nell'ambito dello Scompenso Cardiaco" e moderata dal presidente della Fondazione per il Tuo cuore Domenico Gabrielli, e da Giuseppe Imperoli, Maurizio Bertaina ha illustrato la complessità delle scelte terapeutiche e di prevenzione della morte cardiaca improvvisa nel paziente con scompenso cardiaco. Oltre alla frazione d'eiezione sono cruciali: presentazione clinica,





anamnesi familiare, genotipi a rischio e presenza e distribuzione della fibrosi miocardica alla risonanza magnetica cardiaca. A seguire, Silvia Castelletti ha ribadito questi concetti concentrandosi, in particolare, sul rischio aritmico delle cardiomiopatie ipocinetiche non ischemiche. Dalla relazione è emersa la povertà di evidenze, in particolare per la cardiomiopatia aritmogena e nei casi con discrepanza genotipo/fenotipo; mancano inoltre dati forti per interpretare il Late Gadolinium Enhancement, specialmente in relazione alla sua distribuzione. Nella quinta sessione, dedicata alla prevenzione, si è discusso sulle principali novità relative all'ipercolesterolemia e al suo trattamento. Iniziando da un caso clinico, presentato da Alessandro Alonzo, a seguire Pietro Scicchitano ha puntato l'attenzione su meccanismi d'azione e tollerabilità degli ultimi farmaci commercializzati, inclisiran e acido bempedoico, nonché sul ruolo dei trigliceridi e dei farmaci in grado di ridurre i livelli ematici (ad esempio icosapent ethyl), come dimostrato nello studio dedicato REDUCE IT. Il futuro del management delle dislipidemie vede come protagonisti gli oligonucleotidi antisense, quali il volanesorsen e olezarsen. Successivamente, Nunzia Simona Borrelli ha sottolineato la già nota importanza dell'obesità come fattore di rischio cardiovascolare attraverso la presentazione di un caso clinico di un paziente con malattia aterosclerotica coronarica precoce: la presenza di una significativa obesità, associata ad ulteriori fattori di rischio (sia convenzionali che non convenzionali), ha contribuito in

La prima Convention Next Generation ANMCO si è svolta a Spoleto nei giorni 14 e 15 Luglio 2023, evidenziando l'impegno dell'ANMCO nel processo di crescita e di valorizzazione della generazione di giovani cardiologi, soprattutto nel campo della ricerca. L'iniziativa ha come obiettivo quello di dare dei fondamenti di metodologia degli studi scientifici, di far emergere delle idee di ricerca sulle aree grigie e gli unmet needs nei vari ambiti clinici, ed infine di creare un network di giovani cardiologi e ricercatori che possano partecipare a studi ANMCO

maniera decisiva al manifestarsi di complicanze, sin dalla giovane età. A seguire, Emilia D'Elia ha illustrato le terapie farmacologiche attualmente disponibili per l'obesità, rimarcando anche le multiple comorbidità associate e i benefici ottenibili con la perdita di peso. Durante la sesta e ultima sessione, dedicata alle

sindromi coronariche acute, Filippo Zilio ha presentato due casi clinici soffermandosi sull'aspetto gestionale della terapia antitrombotica nella sindrome coronarica acuta (SCA). Il primo caso clinico ha riguardato la gestione della doppia terapia antiaggregante (DAPT) dopo un episodio di SCA in un paziente ad elevato rischio trombotico ed emorragico, mentre il secondo caso clinico presentato ha evidenziato le difficoltà diagnostiche e terapeutiche nell'ambito dei MINOCA. Il relatore, concludendo, ha sottolineato che la gestione delle SCA con elevato rischio trombotico ed emorragico e dei MINOCA è riconducibile alla frase pirandelliana "uno, nessuno o centomila", ove "uno" fa riferimento all'unicità di questi pazienti, "nessuno" alla scarsa rappresentanza di tali situazioni cliniche negli studi a disposizione in letteratura, e "centomila" alle possibili gestioni di questi casi particolari a seconda del medico che le incontra. A seguire, Claudio Montalto ha approfondito l'ambito della terapia antitrombotica prolungata e della terapia di "de-escalation", presentando gli studi principali, quali PEGASUS, DAPT trial e COMPAS, e le indicazioni delle linee guida e dei documenti di consenso. Un evento quindi molto intenso e ricco di contenuti, ma anche un'ottima occasione per focalizzare i limiti degli studi e le incertezze con cui ci si confronta nella pratica clinica, che possono diventare oggetto di studio; e, al contempo, un'ottima occasione per rafforzare il network di ricerca che ANMCO sta creando puntando alle nuove generazioni di cardiologi.♥



L'Advocacy Program della Federazione Italiana di Cardiologia e della Società Europea di Cardiologia in Italia

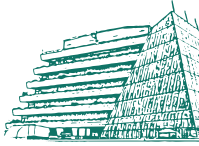


La Federazione Italiana di Cardiologia partecipa quest'anno ad un importante e ambizioso programma strategico della Società Europea di Cardiologia per costruire e sostenere un dialogo continuo con i decisori politici italiani con l'obiettivo prioritario di promuovere la salute cardiovascolare. Secondo i dati del Global Burden of Disease, le malattie cardiovascolari sono responsabili del 36% di tutte le morti e del 20% delle morti premature in Europa, impattando profondamente sulla vita degli oltre 60 milioni di persone che convivono con le malattie cardio-cerebro-vascolari e dei loro caregivers. Sull'onda del successo del piano europeo di lotta contro il cancro e della Healthier together Initiative, che per la prima volta affronta

le malattie non trasmissibili con quell'approccio olistico, globale e sistemico utilizzato nell'EU Cancer Plan, i pazienti e i clinici concordano sull'esigenza di sviluppare una visione integrata delle patologie cardio-cerebro-vascolari per dare attuazione a una serie di interventi di prevenzione, diagnosi e cura, sia di tipo clinico che organizzativo gestionale, nell'ambito dell'assistenza territoriale e ospedaliera. A livello europeo, e per la prima volta anche a livello italiano, si sta così consolidando l'idea dell'importanza di dover disporre di un piano interamente dedicato alle patologie cardio-cerebro-vascolari, sul modello dei piani di settore delle principali patologie croniche non trasmissibili, per avere una visione d'insieme, che oggi manca, di queste

patologie.

Negli ultimi tempi, questa istanza è stata presa in carico da alcuni governi europei, come quello spagnolo, che a marzo 2022 ha pubblicato la sua "Estrategia en Salud Cardiovascular del Sistema Nacional de Salud", una strategia che promuove l'equità nell'accesso e nella presa in carico dei pazienti cardiovascolari facendo leva non solo sulla promozione della salute, la prevenzione, la diagnosi precoce e la riabilitazione, ma anche sull'educazione e la formazione, la ricerca e l'innovazione tecnologica. Nella strategia, redatta da un gruppo di lavoro multiprofessionale, si pone l'accento sulla continuità assistenziale e la multidisciplinarietà della presa in carico, al pari dell'empowerment del paziente, tema quest'ultimo di attualità all'interno della comunità



scientifica.

La IFC con la Società Europea di Cardiologia intende organizzare un gruppo di politica cardiovascolare allo scopo di indirizzare il governo italiano e le leggi che riguardano i professionisti cardiovascolari, comprese le priorità nei finanziamenti per la ricerca, la diagnosi e la cura della principale causa di morte in Italia. Il sostegno agli ospedali, al personale, alle attrezzature e la risposta alle esigenze degli operatori sanitari è tutto a valle della politica. Ciò potrà essere ottenuto con un impegno diretto da parte delle Società cardiologiche nazionali. A tale scopo sarà istituito un gruppo di esperti per influenzare

la politica allo scopo di creare un piano sanitario cardiovascolare nazionale.

Esiste quindi la necessità di organizzare e diffondere le informazioni sull'importanza e sull'impatto delle patologie cardiovascolari alla politica per incoraggiare lo scambio delle migliori pratiche cliniche e le opportunità di rappresentanza. L'istituzione di un piano sanitario cardiovascolare dell'Italia che collochi la salute cardiovascolare come una priorità governativa richiede messaggi consolidati e mirati per un periodo di tempo significativo (massimo 5 anni). L'aggregazione di almeno 5 stati

membri dell'UE (idealmente grandi stati membri) è necessaria per suscitare un'attenzione significativa a livello europeo e una conseguente azione incisiva perché gli stessi policy maker a livello europeo sono anche quelli che stabiliscono poi successivamente la politica nazionale. Il progetto Advocacy della Federazione Italiana di Cardiologia sotto l'egida della Società Europea ha l'ambizioso scopo di progettare un "Piano cardiovascolare nazionale strategico del sistema sanitario nazionale" allo scopo di combattere le malattie cardiovascolari e di portare la nostra nazione a un rischio cardiovascolare basso.♥



Foto di Pixabay: www.pexels.com



DALLA ESC

DI LEONARDO DE LUCA



Il più grande congresso di cardiologia al mondo, sempre ricco di novità ed aggiornamenti

L'ANMCO al Congresso ESC 2023

Anche quest'anno si è tenuto ad Amsterdam il Congresso annuale della Società Europea di Cardiologia (ESC) a cui ha partecipato il Consiglio Direttivo ANMCO



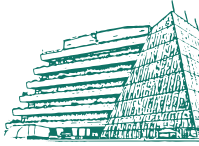
Figura 1 - Il Presidente ANMCO Fabrizio Oliva ed il Vice-Presidente Leonardo De Luca al Congresso ESC 2023

Anche quest'anno dal 25 al 28 Agosto si è tenuto ad Amsterdam il Congresso annuale della Società Europea di Cardiologia (ESC). Circa 24.000 specialisti provenienti da 175 Paesi, hanno frequentato il più importante

congresso di cardiologia al mondo, ricco di novità e di aggiornamenti scientifici. Come di consueto, il Consiglio Direttivo dell'ANMCO ha partecipato al Congresso dell'ESC, confrontandosi sulle più importanti innovazioni scientifiche, terapeutiche

Anche quest'anno al congresso ESC, il più importante convegno di cardiologia al mondo, sono stati presentati importanti studi clinici e nuove linee guida

e tecnologiche nel settore cardiovascolare (Figura 1). Le novità più importanti in cardiologia sono state condivise in oltre 3.750 abstract e casi clinici presentati da scienziati di 86 Paesi. Nel corso delle quattro giornate del Congresso ESC 2023 sono stati inoltre presentati numerosi Late-Breaking Clinical Trials e ben cinque linee guida. Tra i più importanti trial clinici presentati nell'ambito dello scompenso cardiaco si segnalano lo STEP HFpEF, sulla somministrazione settimanale di semaglutide nei pazienti obesi con scompenso cardiaco a frazione di eiezione preservata, il BUDAPEST CRT, sulla strategia di upgrade alla resincronizzazione cardiaca nei



pazienti con scompenso cardiaco e pacing del ventricolo destro, il DICTATE-AHF, sull'impiego precoce del Dapagliflozin nei pazienti con scompenso cardiaco acuto, e lo studio QUEST, sull'impiego del Qiliqiangxin, un misto di estratti di erbe, nei pazienti con scompenso cardiaco e frazione di eiezione ridotta. Un'intera hot line session è stata dedicata alle tecniche di imaging intravascolare. Sono stati infatti presentati gli studi ILUMIEN IV, che ha confrontato la OCT con l'angiografia coronarica, l'OCTOBER trial che ha valutato una strategia guidata dalla OCT vs l'angiografia nelle angioplastiche di lesioni complesse in biforcazione, e l'OCTIVUS che ha direttamente confrontato due tecniche di imaging intracoronarico come l'OCT e l'IVUS nell'esecuzione di angioplastiche complesse. Grande interesse hanno destato le presentazioni di studi nell'ambito delle sindromi coronariche acute. Primo fra tutti va citato l'ECLS-SHOCK che ha valutato la sicurezza ed efficacia

Nel corso delle quattro giornate del congresso ESC 2023 sono stati inoltre presentati numerosi Late-Breaking Clinical Trials e ben cinque linee guida

della ECMO nei pazienti con shock cardiogeno sottoposti ad angioplastica coronarica. Sono stati inoltre presentati studi sulla strategia di rivascolarizzazione nei



Figura 2 - Il Simposio dell'Italian Federation of Cardiology durante il Congresso ESC 2023

pazienti con infarto e coronaropatia multivasale, come il MULTISTARS AMI e l'italiano studio FIRE che ha valutato l'efficacia di una rivascolarizzazione coronarica completa guidata dalla FR in pazienti anziani con infarto. Nell'ambito delle strategie antitrombotiche citiamo l'OPT-BIRISK che ha valutato la l'efficacia di una monoterapia estesa con clopidogrel rispetto alla doppia terapia antiaggregante nei pazienti ad alto rischio e lo STOP-DAPT 3 che invece ha valutato la sicurezza di una strategia antitrombotica priva di aspirina precocemente dopo angioplastica coronarica. Interessanti anche gli studi presentati nell'ambito del trattamento della fibrillazione atriale come il CASTLE-HTx, che ha confrontato l'ablazione transcateretere e la terapia medica ottimale nei pazienti con fibrillazione atriale e scompenso cardiaco end-

stage, il NOAH-AFNET 6, che ha valutato i benefici della terapia anticoagulante nei pazienti con episodi parossistici di fibrillazione atriale ed il COP-AF che ha testato l'efficacia della colchicina nella

Il convegno ESC non ha rappresentato soltanto un'occasione di aggiornamento scientifico, ma anche un momento di incontro e confronto tra amici e professionisti

prevenzione della fibrillazione atriale peri-operatoria dopo un intervento di chirurgia toracica maggiore. Infine, segnaliamo lo studio ARAMIS, che ha testato l'Anakinra rispetto al placebo nella miocardite



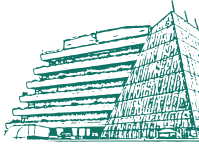
*Figura 3 - Alcuni membri del Consiglio Direttivo ANMCO ad Amsterdam, in occasione del Congresso ESC
Da sx: Marco Corda, Claudio Bilato, Massimo Milli, Fabrizio Oliva e Leonardo De Luca*

acuta, e l'ATTRIBUTE-CM che ha valutato l'acoramidis nei pazienti con cardiomiopatia amiloide da transtiretina. Come ogni anno, uno dei momenti più attesi del congresso dell'ESC è stata la presentazione delle nuove linee guida che quest'anno hanno affrontato la gestione di sindromi coronariche acute, cardiomiopatie, endocardite e patologie cardiovascolari e diabete, nonché l'update delle linee guida sulla gestione dello scompenso cardiaco. Proprio sulle novità e le implicazioni pratiche delle linee guida presentate si è discusso nella

Anche quest'anno dal 25 al 28 agosto si è tenuto ad Amsterdam il Congresso annuale della Società Europea di Cardiologia (ESC) Circa 24.000 specialisti provenienti da 170 Paesi, hanno frequentato il più importante Congresso di cardiologia al mondo, ricco di novità e di aggiornamenti scientifici

sessione dell'Italian Federation of Cardiology che si è tenuta durante il Congresso ESC 2023 (Figura 2). Ma il convegno ESC, come di consueto, non ha rappresentato soltanto un'occasione di approfondimento culturale ed aggiornamento

scientifico, ma anche un momento di incontro e confronto tra amici e professionisti (Figura 3). La messe di dati presentati ha costituito per tutto il CD ANMCO un importante spunto per l'ideazione di nuove progettualità al servizio della cardiologia italiana.♥



Un nuovo step importante per il Giornale Italiano di Cardiologia Il GIC ha acquisito l'impact factor

Da questo momento deve partire l'impegno di tutti a fare in modo che sia negli articoli pubblicati nel GIC che in altre riviste internazionali (in primis il JCM) vengano citati articoli attinenti pubblicati nel GIC negli ultimi due anni

Dopo l'anniversario del cinquantenario celebrato nel 2021, l'anno 2023 segna un altro momento importante nella storia del nostro glorioso Giornale: l'acquisizione dell'*impact factor*. Da quando nel 2017 ho ricevuto dall'ANMCO il privilegio della direzione scientifica del Giornale, da molti mi è stato in più occasioni sottolineato che il GIC non possiede l'*impact factor*. Questo argomento fu oggetto di un'ampia discussione in occasione degli Stati Generali ANMCO svolti a Trieste nel novembre 2017. Ricordai in quella occasione che due tentativi per la richiesta dell'*impact factor* avviati nel 2001 e nel 2018 con Thomson Reuters dagli Editor dell'epoca, Attilio Maseri e Leonardo Bolognese, non andarono a buon fine. Le motivazioni principali del diniego

furono quelle di una mancanza di internazionalità degli autori degli articoli e dei componenti del comitato editoriale, il fatto che gli articoli pubblicati non fossero in lingua inglese e il modesto numero di citazioni complessive del Giornale. Il varo del *Journal of Cardiovascular Medicine*, avvenuto nel 2006 per volere di ANMCO e SIC e grazie al grande impegno di Gian Luigi Nicolosi, venne deciso proprio con lo scopo di offrire ai Cardiologi italiani una rivista che avesse l'obiettivo di acquisire l'*impact factor*, cosa che di fatto avvenne nel 2009. Al Giornale Italiano di Cardiologia veniva assegnato un ruolo complementare e non competitivo rispetto al JCM, una mission diversa ma non meno importante. Personalmente ho sempre ritenuto che se da una parte è vero che il prestigio di una

rivista scientifica è valutabile in larga misura attraverso il punteggio dell'*impact factor*, dall'altra esiste anche una qualità non bibliometrica misurabile attraverso l'impatto in termini di efficacia educativa e di contributo per migliorare la pratica clinica. E questa è la mission centrale del Giornale Italiano di Cardiologia che in 50 anni di storia ha avuto e continua ad avere un ruolo importante nella formazione di tre generazioni di Cardiologi italiani. L'acquisizione dell'*impact factor* avrebbe comunque costituito la ciliegina sulla torta. In anni recenti la politica di Clarivate, fondata nel 2016 in seguito all'acquisizione della proprietà intellettuale di Thomson Reuters è cambiata e anche per riviste pubblicate in lingua italiana come il GIC è stato recentemente attribuito un *impact factor* calcolato



sulla base di 574 citazioni degli ultimi due anni. Al nostro Giornale è stato attribuito un *impact factor* di 0.5, uno score modesto ma che comunque è tra i più alti per le riviste scientifiche pubblicate in lingua italiana alle quali Clarivate ha attribuito un *impact factor* relativo all'anno 2022. Penso che questa sia una bellissima notizia anche se si tratta di una sorta di *impact factor* di ingresso che sta a noi fare crescere per portarlo a livelli significativi come è avvenuto in questi anni per il JCM. Da questo momento deve partire l'impegno di tutti a fare in modo che

sia negli articoli pubblicati nel GIC che in altre riviste internazionali (in primis il JCM) vengano citati articoli attinenti pubblicati nel GIC negli ultimi due anni.

Le citazioni devono essere fatte con la massima oculatezza evitando un eccesso di *self-citation* (non devono superare il 20%). Questo potrà consentirci nel giro di pochi anni di acquisire per il Giornale Italiano di Cardiologia un *impact factor* che non sia solo "simbolico", a tutto vantaggio della next generation dei Cardiologi italiani. Non penso che questo sia difficile considerando

l'elevata produzione scientifica internazionale dei Cardiologi ospedalieri italiani. L'impegno mio e del comitato editoriale sarà massimo per segnalare agli autori che sottomettono manoscritti al Giornale articoli attinenti pubblicati nel GIC negli ultimi due anni che possano essere appropriatamente citati in bibliografia. Il Giornale Italiano di Cardiologia è il "nostro" Giornale e sono certo che non mancherà l'impegno di tutti i Cardiologi dell'ANMCO.♥

“

impact factor

”



Raimondo Calvanese

AREA ARITMIE**Chairperson**

Raimondo Calvanese (Napoli)

Co - Chairperson

Carlo Pignalberi (Roma)

Comitato di Coordinamento

Francesco Borrello (Catanzaro)

Amir Kol (Rieti)

Martina Nesti (Arezzo)

Pasquale Vergara (Milano)

Consulenti

Manuel Antonio Conti (Teramo)

Federico Migliore (Padova)

Pietro Rossi (Roma)



Paolo Trambaiolo

AREA CARDIOLOGIA INTENSIVA ED INTERVENTISTICA**Chairperson**

Paolo Trambaiolo (Roma)

Co - Chairperson

Fortunato Scotto Di Uccio (Napoli)

Comitato di Coordinamento

Marco Boccalatte (Pozzuoli, Napoli)

Andrea Farina (Lecco)

Zelda Noto (Catania)

Francesco Paparoni (Teramo)

Senior Advisor: Claudio Fresco (Udine)**Consulenti:** Cesare Baldi (Salerno)

Nicola Gasparetto (Treviso)



Domenico Mangino

AREA CARDIOCHIRURGIA**Chairperson**

Domenico Mangino (Mestre - Venezia)

Co - Chairperson

Andrea Montalto (Caserta)

Comitato di Coordinamento

Antonio Giovanni Cammardella (Roma)

Diego Magnano (Campobasso)

Giuseppe Punta (Torino)

Vincenzo Tarzia (Padova)



Maria Giovanna Russo

AREA CARDIOLOGIA PEDIATRICA E DEL CONGENITO ADULTO**Chairperson**

Maria Giovanna Russo (Napoli)

Co - Chairperson

Gabriele Egidy Assenza (Bologna)

Comitato di Coordinamento

Annalisa Alaimo (Palermo)

Roberta Ancona (Napoli)

Domenico Sirico (Padova)

Gaia Spaziani (Firenze)

Senior Advisor: Stefano Domenicucci (Genova)**Consulenti:** Giovanni Di Salvo (Padova)

Maria Giulia Gagliardi (Roma)



Giuseppe Zuccalà

AREA CARDIOGERIATRIA**Chairperson**

Giuseppe Zuccalà (Roma)

Co - Chairperson

Iris Parrini (Torino)

Comitato di Coordinamento

Samuele Baldasseroni (Firenze)

Alice Laudisio (Roma)

Anna Maria Martone (Roma)

Monica Verde (Roma)

Senior Advisor

Alessandro Boccanelli (Roma)

Consulente

Giovanni Pulignano (Roma)



Irma Bisceglia

AREA CARDIONCOLOGIA**Chairperson**

Irma Bisceglia (Roma)

Co - Chairperson

Maria Laura Canale (Lido di Camaiore, Lucca)

Comitato di Coordinamento

Massimiliano Camilli (Roma)

Damiana Fiscella (Catania)

Andrea Paccone (Napoli)

Giulia Russo (Trieste)

Medical Writer: Giuseppina Gallucci

(Rionero in Vulture, Potenza)

Consulenti

Chiara Lestuzzi Aviano (Pordenone)

Fabio Turazza (Milano)



Marco Campana

AREA CARDIOIMAGING**Chairperson**

Marco Campana (Bergamo)

Co - Chairperson

Antonello D'Andrea (Salerno)

Comitato di Coordinamento

Francesca Mantovani (Reggio Emilia)

Valeria Pergola (Padova)

Vincenzo Polizzi (Palermo)

Granit Rabia (Casalmaggiore - Cremona)

Consulenti

Giovanna Di Giannuario (Rimini)

Alessia Gimelli (Pisa)

Georgette Khoury (Terni)

Massimiliano Rizzo (Roma)



Edoardo Gronda

AREA CARDIORENALE E METABOLICA**Chairperson**

Edoardo Gronda (Milano)

Co - Chairperson

Massimo Iacoviello (Foggia)

Comitato di Coordinamento

Manuela Benvenuto (Teramo)

Gaetano Panzarella (Palermo)

Ernal Shehaj (Crotona)

Chiara Valenti (Reggio Emilia)

Nephrologist Advisor

Maurizio Gallieni (Milano)

Diabetologist Advisor

Paolo Fiorina (Milano)



Daniela Pavan

AREA CARDIOLOGIA DI GENERE**Chairperson**Daniela Pavan
(San Vito al Tagliamento, Pordenone)**Co - Chairperson**

Maria Teresa Manes (Paola, Cosenza)

Comitato di Coordinamento

Silvana Brigido Conversano (BA)

Ada Cutolo (Mestre, Venezia)

Nadia Ingianni (Trapani)

Francesca Lanni (Avellino)

Senior Advisor

Maria Teresa La Rovere

(Montescano, Pavia)



Maurizio Giuseppe Abrignani

AREA CRONICITÀ CARDIOLOGICA**Chairperson**

Maurizio Giuseppe Abrignani (Marsala, Trapani)

Co - Chairperson

Pier Luigi Temporelli (Gattico - Veruno, Novara)

Comitato di Coordinamento

Giulio Binaghi (Cagliari)

Arturo Cesaro (Caserta)

Francesco Ciccirillo (Lecce)

Alessandro Maloberti (Milano)

Consulenti

Chiara Cappelletto (Trieste)

Giovanni De Luca (Palermo)

Vincenzo Lopriore (Monopoli, Bari)

Antonio Terranova (Roma)



Gian Francesco Mureddu

AREA EPIDEMIOLOGA CLINICA

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



Filippo Zilio

AREA GIOVANI

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



Claudio Picariello

AREA MALATTIE DEL CIRCOLO POLMONARE

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



Cristina Chimenti

AREA MALATTIE RARE

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



Fabiana Lucà

AREA MANAGEMENT & QUALITÀ

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



Tullio Usmiani

AREA NURSING E PROFESSIONI SANITARIE

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



Michela Barisone

AREA PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE

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



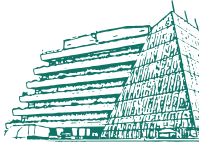
Antonio Francesco Amico

AREA SCOMPENSO CARDIACO

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



Marco Marini



DI MAURIZIO GIUSEPPE ABRIGNANI, ANTONIO F. AMICO, EDOARDO GRONDA,
STEFANIA ANGELA DI FUSCO, MASSIMO IACOVIELLO E PIER LUIGI TEMPORELLI,
A NOME DEI COMITATI DI COORDINAMENTO DELLE AREE ANMCO CRONICITÀ CARDIOLOGICA,
CARDIORENALE E METABOLICA E PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE

Si è conclusa l'iniziativa delle Aree ANMCO Cronicità Cardiologica, Cardiorenale e
Metabolica e Prevenzione Cardiovascolare

La Web Survey "Quanto ne sanno e quanto ne vorrebbero sapere i cardiologi italiani sui nuovi fattori di rischio cardiovascolare e sul controllo lipidico"

È noto che il fenomeno dell'inerzia medica causa una ridotta probabilità di raggiungere target intensivi di trattamento e/o una ridotta prescrizione di terapie innovative con sicura dimostrazione di un beneficio prognostico. Per esempio, potrebbe rientrare nel primo caso la scarsa prescrizione di potenti terapie ipolipemizzanti di combinazione (atorvastatina e rosuvastatina con ezetimibe) o il ridotto utilizzo degli ultimi ritrovati nel campo delle dislipidemie (anticorpi anti-PCSK9, acido bempedoico ed inclisiran). Poco dopo le linee guida ESC sulle dislipidemie, lo studio europeo DA VINCI dimostrava che solo il 18% dei pazienti in prevenzione secondaria raggiungeva il target di 55 mg/dL e che gli inibitori del PCSK-9

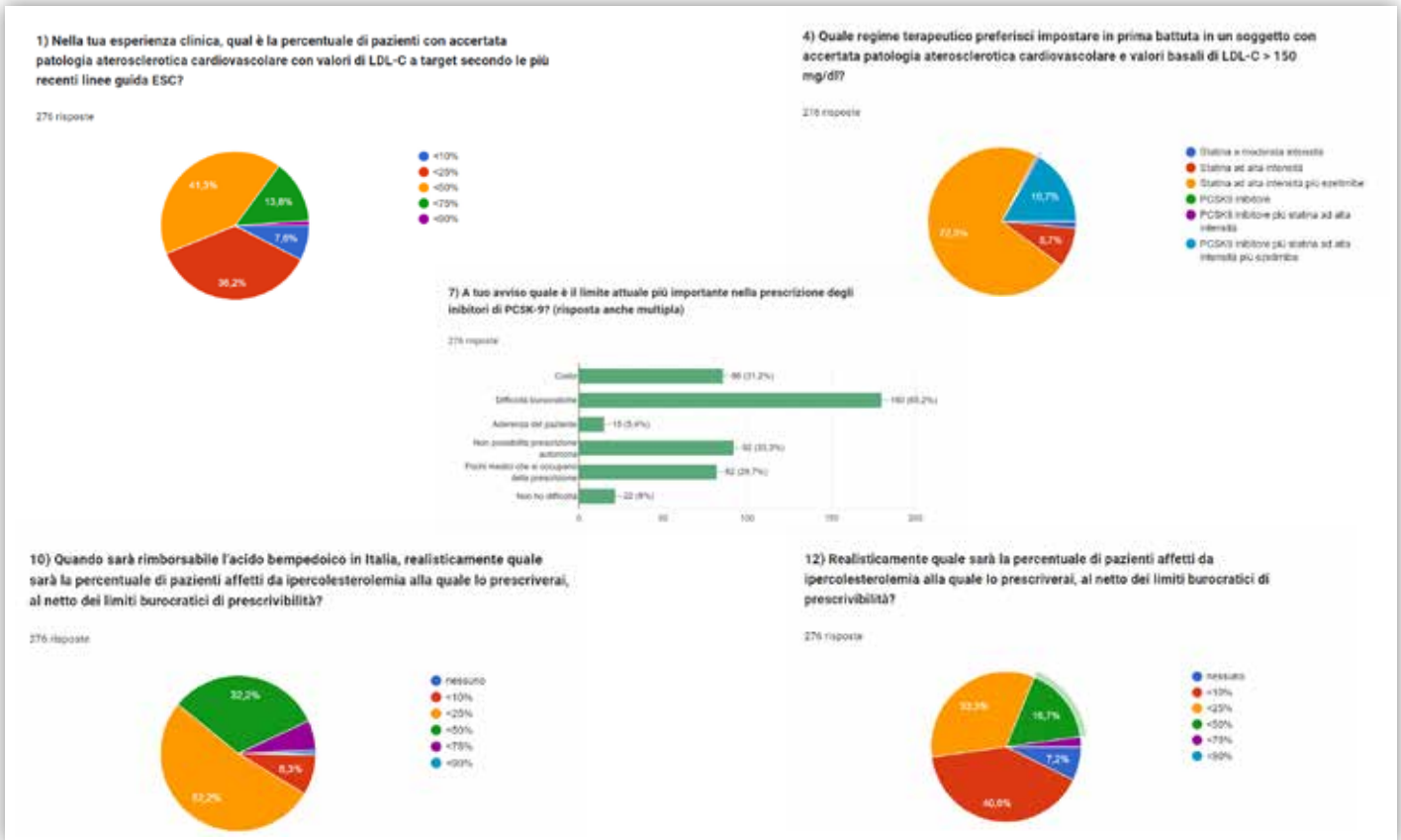
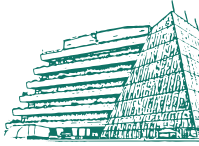
venivano utilizzati solo nell'1% dei casi. Nella realtà italiana, lo studio PONTE-SCA Puglia, che ha incluso e seguito per 12 mesi oltre 2.400 pazienti dimessi dopo sindrome coronarica cronica, ha documentato come il 60% dei soggetti non fosse a target. In particolare, nonostante la quasi totalità dei pazienti fosse in terapia statinica (99.5%), solamente una quota esigua veniva trattata con ezetimibe (16.1%) e/o anticorpi anti-PCSK9 (9.9%), a dimostrazione della non ottimale aderenza dei Cardiologi alle linee guida. Nel secondo caso rientrano l'utilizzo non ottimale di una serie di nuove terapie già disponibili e raccomandate dalle linee guida (rivaroxaban 2.5 mg, ticagrelor 60 mg, colchicina) per i pazienti a rischio cardiovascolare estremo, ma anche, in prospettiva,

alcuni approcci terapeutici che potrebbero diventare pratica clinica nel prossimo futuro indirizzati alla riduzione della lipoproteina(a) e del "vecchio" acido urico. Il fenomeno dell'inerzia medica è complesso e riguarda spesso questioni correlate con la variabile tempo: la spesa in termini di tempo necessaria alla formazione del medico per apprendere nuovi concetti e per metterli in pratica, il tempo eccessivo spesso richiesto dalle istituzioni per alcune prescrizioni farmacologiche ed il tempo necessario per spiegare al paziente qualcosa di nuovo (es. rischio di sanguinamenti con DAPT prolungata o rivaroxaban, spiegazioni relative alla modalità di somministrazione atipica per la Cardiologia dei nuovi farmaci iniettivi). Formare in modo diffuso



Le domande della web-survey

- Nella tua esperienza clinica, qual è la percentuale di pazienti con accertata patologia aterosclerotica cardiovascolare con valori di LDL-C a target secondo le più recenti linee-guida ESC?
- A tuo avviso i valori target di LDL-C individuati nelle "2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice" sono realisticamente raggiungibili/ottenibili?
- Sei a conoscenza della strategia "strike early & strong" nei soggetti post-SCA?
- Quale regime terapeutico preferisci impostare in prima battuta in un soggetto con accertata patologia aterosclerotica cardiovascolare e valori basali di LDL-C > 150 mg/dl?
- Sei soddisfatto delle attuali strategie terapeutiche ipocolesterolemizzanti a tua disposizione?
- Sei prescrittore di inibitore PCSK-9?
- A tuo avviso quale è il limite attuale più importante nella prescrizione degli inibitori di PCSK-9?
- Conosci l'acido bempedoico?
- Quando sarà rimborsabile l'acido bempedoico in Italia, realisticamente quale sarà la percentuale di pazienti affetti da ipercolesterolemia alla quale lo prescriverai, al netto dei limiti burocratici di prescrivibilità?
- Conosci inclisiran?
- Realisticamente quale sarà la percentuale di pazienti affetti da ipercolesterolemia alla quale lo prescriverai, al netto dei limiti burocratici di prescrivibilità?
- In che percentuale di pazienti con SCA effettui un dosaggio di lipoproteina (a)?
- Sei a conoscenza della raccomandazione delle linee guida ESC 2019 sul management della dislipidemia (10.1093/eurheartj/ehz455) e della consensus ESC 2022 (10.1093/eurheartj/ehac361) relativamente alla necessità di dosare la lipoproteina (a) in tutti gli individui adulti almeno una volta nella vita ai fini di individuare i valori molto alti?
- Quanti pazienti con SCA credi abbiano la lipoproteina (a) elevata (> 70 mg/dL)?
- Sei a conoscenza di farmaci in studio per la riduzione specifica della lipoproteina (a)?
- Sei a conoscenza dell'indicazione delle linee guida sulla prevenzione cardiovascolare del 2021 (10.1093/eurheartj/ehab484) relativa all'utilizzo della colchicina nei pazienti con precedente infarto ad elevato rischio cardiovascolare residuo?
- Ritieni che la colchicina possa essere una effettiva arma nei pazienti a rischio cardiovascolare estremo (2 eventi in 2 anni)?
- In quanti pazienti hai già iniziato una terapia con colchicina?
- In quanti pazienti hai iniziato una terapia con rivaroxaban 2.5 mg?
- Ritieni che la prescrivibilità impostata da AIFA per rivaroxaban 2.5 mg solo a pazienti con vasculopatia clinicamente accertata sia limitativa per i pazienti con solo coronaropatia (che erano la maggior parte nello studio COMPASS (10.1056/NEJMoa1709118)?
- Quale delle seguenti frasi si applica meglio al rischio cardiovascolare determinato dall'acido urico?
- In merito al cut-off (oltre il quale iniziare una terapia specifica) dell'acido urico quale ritieni opportuno utilizzare nei pazienti con infarto miocardico?
- A tuo avviso il febuxostat è controindicato nei pazienti con cardiopatia ischemica?
- Sei a conoscenza dei risultati dello studio ALL-HEART (10.1016/S0140-6736(22)01657-9) relativi alla terapia con allopurinolo in pazienti con sindrome coronarica cronica presentati all'ESC 2022?
- Ricerchi i polsi periferici arteriosi (pedicie, tibiali, carotidi) nei pazienti con cardiopatia ischemica?
- Esegui l'ABI nei pazienti con cardiopatia ischemica?
- Prescrivi l'esecuzione di esami ecodoppler arteriosi (Tronchi epiaortici, arti inferiori, aorta addominale) ai pazienti con cardiopatia ischemica?



i Cardiologi italiani sui nuovi fattori di rischio, sulle nuove terapie e sulla necessità di essere intensivi sui classici fattori di rischio cardiovascolare è quindi molto importante. Con questa Web Survey le nostre Aree si sono proposte di capire a che punto siamo nel nostro Paese con le conoscenze in merito ai target lipidici ed ai nuovi fattori di rischio cardiovascolare, in modo da poter mirare a un'attività formativa che contribuisca a ridurre l'inerzia terapeutica e migliorare la comunicazione medico-paziente, momento chiave di promozione dell'aderenza terapeutica. La Web Survey, approvata dal Consiglio Direttivo, composta da 28 domande a risposta multipla, è stata inserita

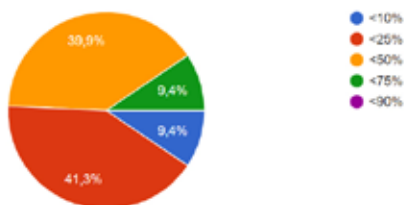
sul Sito ANMCO per circa due mesi. Vi hanno partecipato 276 Cardiologi (circa 2/3 uomini, quasi la metà di età 36-59 anni). Il numero può sembrare basso, ma rappresenta un buon campione del mondo cardiologico italiano. La percentuale di pazienti a rischio molto alto con Colesterolo LDL a target è inferiore al 50% per il 41,3% e al 25% per il 36,2%. Nonostante ciò, i target delle ultime linee guida ESC sono considerati ottenibili dall'83,3%, l'83,7% conosce la strategia *strike early & strong* e il 92% si ritiene soddisfatto delle strategie ipolipemizzanti a disposizione. La stragrande maggioranza (72,5%) imposta in prima battuta in soggetti ad alto rischio un trattamento con statina

ad alta intensità più ezetimibe. Il 60,9% prescrive PCSK9-inibitori, e il 65,2% vede come limite più importante alla loro prescrizione le difficoltà burocratiche. Il 69,2% può prescrivere PCSK9-inibitori, il 65,9% acido bempedoico, e il 40,9% inclisaran. Solo il 43,5% ha ampie conoscenze sull'acido bempedoico, e il 52,2% ritiene che lo prescriverà in meno del 25% dei pazienti. Solo il 38,4% ha ampie conoscenze sull'inclisaran, e il 40,6% ritiene che lo prescriverà in meno del 10% dei pazienti. Il 68,5% prescrive il dosaggio della lp(a) solo nel 10% dei pazienti con SCA, nonostante il 75,4% dichiara di conoscere la raccomandazione delle linee guida sul dosaggio almeno una volta nella



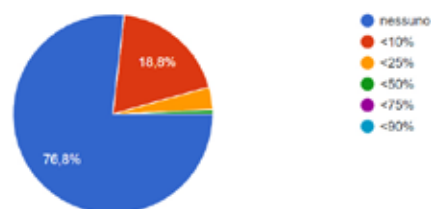
15) Quanti pazienti con SCA credi abbiano la lipoproteina (a) elevata (> 70 mg/dL)?

276 risposte



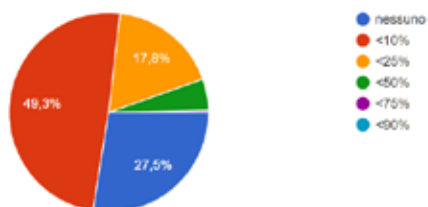
19) In quanti pazienti hai già iniziato una terapia con colchicina?

276 risposte



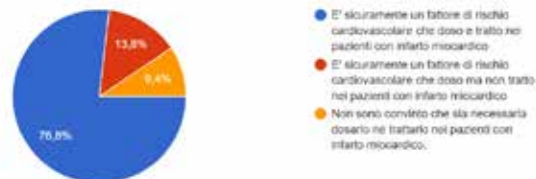
20) In quanti pazienti hai iniziato una terapia con rivaroxaban 2.5 mg?

276 risposte



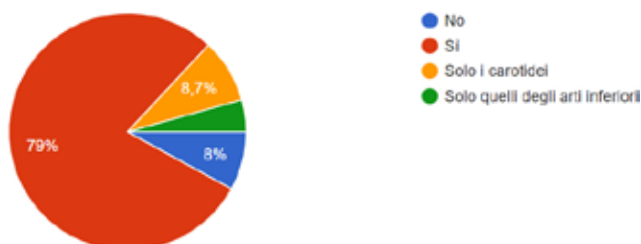
22) Quale delle seguenti frasi si applica meglio al rischio cardiovascolare determinato dall'acido urico?

276 risposte



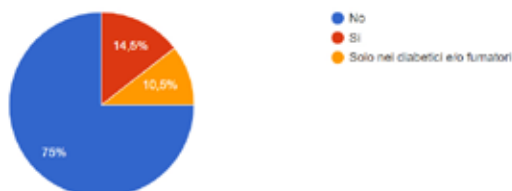
26) Ricerchi i polsi periferici arteriosi (pedie, tibiali, carotidi) nei pazienti con cardiopatia ischemica?

276 risposte



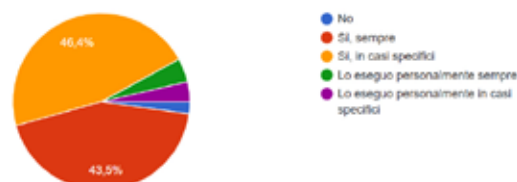
27) Esegui l'ABI nei pazienti con cardiopatia ischemica?

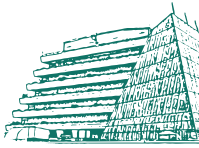
276 risposte



28) Prescrivi l'esecuzione di esami ecodoppler arteriosi (Tronchi epiaortici, arti inferiori, aorta addominale) ai pazienti con cardiopatia ischemica?

276 risposte





vita e il 41,3% ritenga che meno del 25% di questi pazienti abbia una lp(a) elevata. Il 72% dichiara di non conoscere farmaci attualmente in studio per la riduzione della lp(a). Nonostante il 75,4% sia a conoscenza della raccomandazione delle linee guida ESC sull'uso della colchicina nei pazienti con precedente infarto ad elevato rischio residuo, solo il 53% ritiene che questo farmaco possa essere un'arma efficace e il 76,8% non lo ha mai usato in questo setting. Il 49,3% ha intrapreso una terapia con rivaroxaban 2,5 in meno del 10% di pazienti, ma il 77,9% ritiene che i criteri di prescrivibilità di questa molecola siano limitativi. Per il 76,8% l'acido urico è sicuramente un fattore di rischio da trattare e il 74,3% inizierebbe una terapia per valori superiori a 6 nelle donne e 7 negli uomini. Per l'80,1% il febuxostat non è controindicato nella cardiopatia ischemica. Il 66,7% conosce lo studio ALL-HEART con l'allopurinolo. Le ultime domande riguardavano il tema dell'aterosclerosi pluridistrettuale. Nei pazienti con cardiopatia ischemica il 79% afferma di ricercare i polsi periferici e il 43,5% dichiara di prescrivere sempre un ecodoppler arterioso, ma solo il 14,5% esegue sistematicamente un ABI. Nel loro complesso queste risposte, pur tenendo conto del noto bias di selezione, per cui rispondono alle survey i professionisti più interessati all'argomento, dimostrano una buona conoscenza dei Cardiologi italiani su queste tematiche, ma nel contempo la necessità di percorsi formativi dedicati per superare il gap, tuttora presente, tra linee guida e il mondo reale.♥



Foto di Artem Podrez - www.pexels.com



Nei nostri ambulatori ecocardiografici sono sicuramente ora più utilizzati la velocità tricuspidalica come “cut-off” diagnostico ed il parametro “TAPSE/PAPs” (anche se in misura minore) L'uso di una terapia duplice di associazione precoce è diventato routinario in molti pazienti

Linee Guida europee per la diagnosi e il trattamento dell'ipertensione polmonare: cosa è cambiato ad un anno dalla loro pubblicazione?

Aspetti positivi e negativi delle recenti linee guida vengono quotidianamente affrontati negli ambulatori per l'ipertensione polmonare delle nostre cardiologie, ed ancora molti rimangono gli aspetti irrisolti, in primis le armi terapeutiche che impattino sulla mortalità

Trova reale applicazione clinica il nuovo concetto di ipertensione arteriosa polmonare “con comorbidità cardio-respiratorie” o “atipica”, che rispecchia l'attuale popolazione dei pazienti di età media sempre più avanzata

È passato un anno da quando sono state pubblicate al Congresso Europeo di Barcellona le linee guida congiunte della società europea di cardiologia (ESC) e pneumologia (ERS) sulla ipertensione polmonare (IP), a distanza di ben 7 anni dalle precedenti. Le novità hanno riguardato diversi aspetti, tra i quali la classificazione, la diagnosi, la stratificazione del rischio e le indicazioni terapeutiche in base all'eziologia ed alla presenza di

comorbidità. Ma quali aspetti sono stati realmente adottati dai nostri ambulatori per l'ipertensione polmonare e quali rimangono meno praticabili? La prima importante novità delle linee guida 2022 consiste nell'aver modificato i criteri emodinamici per la diagnosi di ipertensione polmonare (IP) (Figura 1): il valore di pressione arteriosa polmonare media (PAPm) è stato ridotto da 25 mmHg a 20 mmHg. Tale valore è suffragato da studi che hanno valutato il



Le Linee Guida ESC/ERS 2022 hanno introdotto importanti novità sulla ipertensione polmonare (IP) in termini di diagnosi, classificazione, stratificazione prognostica e terapia, ma non tutte sono state realmente calate nella pratica clinica: su tutte, la riduzione del cut-off a 20 mmHg del valore di pressione arteriosa polmonare media per la diagnosi di IP non si è ancora tradotta in un maggior numero di pazienti realmente trattati

limite superiore del range di normalità della PAP in soggetti sani e la rilevanza prognostica di un'elevata PAP. Similmente, il cut-off diagnostico del valore di resistenze vascolari polmonari (RVP) è sceso da 3 a 2 unità Wood (UW). Tale modifica è frutto degli studi eseguiti su sottogruppi di pazienti del gruppo 1 nei quali è stato visto come un lieve incremento delle

RVP possa avere un significato prognostico negativo. È stata, inoltre, reintrodotta la definizione di IP da sforzo basata su una differenza nella pendenza tra PAPm e portata cardiaca (PC) (PAPm/PC slope) >3 mmHg/l/min in condizioni di riposo e durante esercizio fisico. L'impatto di queste modifiche sulla sensibilità diagnostica in Italia può essere valutato centro per centro,

ma per l'assenza di un registro nazionale (oltre che regionale) non è oggettivabile. Recentemente, invece, sono stati pubblicati dei dati dal registro EVIDENCE-PAH UK che ha raccolto i dati dei pazienti sottoposti a cateterismo cardiaco destro dal 2009 al 2017 nei 7 centri UK che si occupano di ipertensione arteriosa polmonare (IAP). Dei 2929 cateterismi, il 43% aveva una PAPm tra 21 e 24 che dimostra un notevole impatto sulle nuove diagnosi. Inoltre, la presenza di PVR tra 2 e 3 definiva un gruppo con mortalità statisticamente inferiore al gruppo con PVR >3 (Figura 2). Va comunque sottolineato come tale aggiornamento della classificazione purtroppo non si accompagna (al momento) ad un aumento dei pazienti trattabili con terapia specifica: tutti gli studi registrativi dei farmaci specifici hanno utilizzato per

DEFINIZIONE	Valori emodinamici
Ipertensione polmonare	PAPm >20 mmHg
Ipertensione polmonare pre-capillare	PAPm >20 mmHg PAPW ≤15 mmHg RVP >2 WU
Ipertensione polmonare post-capillare isolata	PAPm >20 mmHg PAPW >15 mmHg RVP ≤2 WU
Ipertensione polmonare post-capillare combinata (pre e post-capillare)	PAPm >20 mmHg PAPW >15 mmHg RVP >2 WU
Ipertensione polmonare da sforzo	Pendenza PAPm/PC >3 mmHg/l/min tra misure a riposo e sforzo

PAPm, pressione arteriosa polmonare media; PAPW, pressione di incuneamento polmonare; PC, portata cardiaca; RVP, resistenze vascolari polmonari; UW, unità Wood.

Figura 1 - Nuova definizione Caratteristiche emodinamiche secondo linee guida ESC/ERS 2022

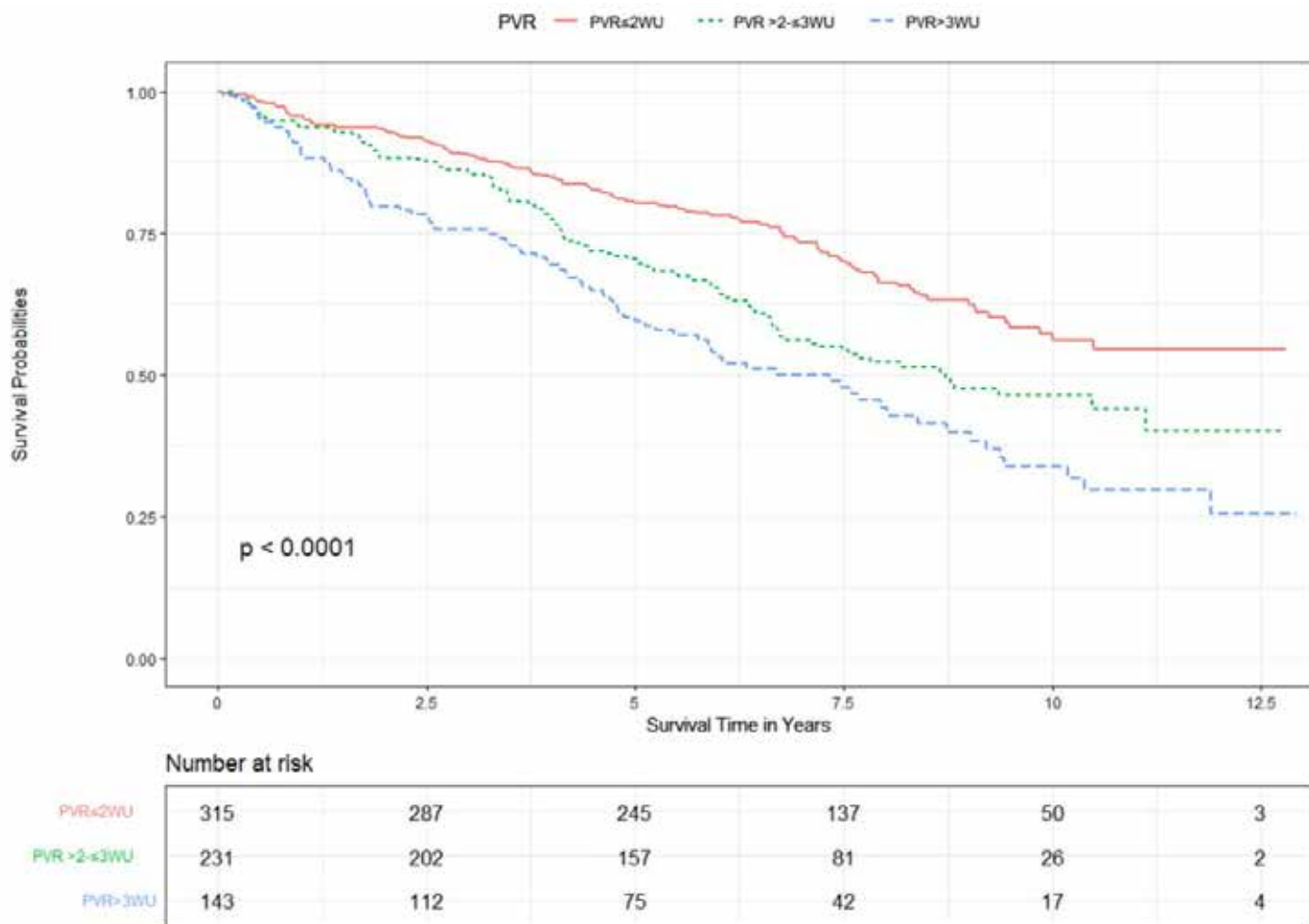
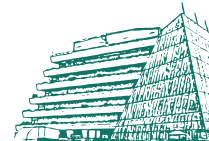


Figura 2 - Effetti delle resistenze polmonari sulla sopravvivenza in pazienti con pressione polmonare media (PAPm) compresa tra 21 e 24 mmHg (tratto da the EVIDENCE-PAH UK study, European Heart Journal Agosto 2023)

la diagnosi i vecchi cut-off di PAPm e RVP. Nelle ultime linee guida viene raccomandato, per il sospetto diagnostico all'ecocardiogramma, l'utilizzo della velocità di picco tricuspidalica al posto delle famose "PAPS" che effettivamente con fatica inizia a intravedersi sulle risposte dei nostri ambulatori ecocardiografici, mentre ancora è poco diffuso il parametro "TAPSE/PAPs". Nelle realtà cardiologiche italiane, per quanto raccomandato dalle linee guida, è ancora poco attuato il

concetto di "fast-track", ovvero di centralizzazione sollecitata al centro esperto/ad alto volume dei pazienti con caratteristiche di alto rischio: il primo contatto del paziente avviene spesso in centri non ad alto volume, che possono però (senza ritardare l'inizio della terapia) eseguire i primi esami ad inquadramento almeno della tipologia di IP. La stratificazione del rischio alla diagnosi è stata differenziata per pazienti incidenti e prevalenti, ma sono state mantenute le 3 classi di

rischio per le nuove diagnosi (basso-intermedio-alto), modificando i limiti di mortalità. È stato aggiunto il test cardiopolmonare tra le indagini funzionali e la risonanza magnetica cardiaca (RMN) tra i criteri diagnostici dando a questa ultima un ulteriore risalto inserendo anche nuovi parametri di riferimento. Sono stati rivalutati i criteri dei parametri già esistenti, modificando il cut-off dell'NT proBNP (<300 pg/ml per il basso rischio, >1100 per il rischio alto) ed introducendo tra i



Determinanti prognostici	Basso rischio	Rischio intermedio-basso	Rischio intermedio-alto	Alto rischio
Punteggio assegnato	1	2	3	4
CF-OMS	I o II	-	III	IV
6MWD, m	>440	320-440	165-319	<165
BNP o NT-proBNP, ng/l	<50 <300	50-199 300-649	200-800 650-1100	>800 >1100

6MWD, distanza percorsa al test del cammino di 6 min; BNP, peptide natriuretico di tipo B; CF-OMS, classe funzionale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità; BNP, propeptide natriuretico di tipo B; NT-proBNP, frammento N-terminale del propeptide natriuretico di tipo B.

Figura 3 - Variabili utilizzate nel modello semplificato per la valutazione del rischio nel follow-up basato su quattro categorie

criteri ecocardiografici la valutazione dell'accoppiamento ventricolo arterioso (TAPSE/sPAP >0.32 mm/mmHg per il rischio basso; < 0.19 mm/mmHg per il rischio alto). Tale parametro, facilmente eseguibile durante l'esame ecocardiografico, era stato già introdotto nelle linee guida dell'embolia polmonare ma bisogna avere la certezza della corretta misurazione della pressione atriale destra indiretta dai valori della vena cava inferiore. È stato, inoltre, introdotto il parametro di saturazione venosa mista (SVO2) al cateterismo cardiaco destro (SvO2 >65% per i pazienti a rischio basso, SvO2 <60% per il rischio alto) visto il suo alto potere predittivo prognostico. La rivalutazione del paziente viene raccomandata a 3-6 mesi dalla diagnosi e la stratificazione del rischio proposta è differente permettendo di categorizzare il paziente in: rischio basso, intermedio-basso o intermedio-alto ed alto rischio. La nuova stratificazione si basa solo su criteri clinico-funzionali (classe funzionale

e 6 walking test) e laboratoristici (peptidi natriuretrici atriali). Non compaiono quindi criteri o strumentali (ecocardiogramma, RMN, cateterismo destro) per la stratificazione del rischio nel follow-up (Figura 3) anche se vengono "fortemente raccomandati": la sensazione ad un anno dalle linee

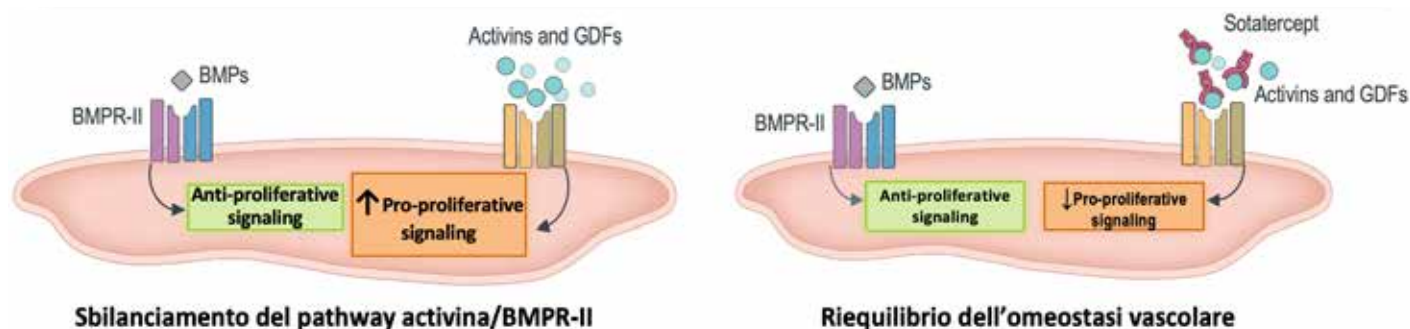
essere falsate da età e capacità fisica. L'età avanzata e la crescente presenza di comorbidità cardiovascolari (obesità, ipertensione, fibrillazione atriale, disfunzione diastolica) e polmonari (pneumopatia lieve, ridotta diffusione polmonare del monossido di carbonio o DLCO) sono state finalmente introdotte nelle

Le novità introdotte l'anno scorso dalle linee guida europee sono significative soprattutto per la diagnosi e la stratificazione prognostica, confermando le armi terapeutiche note dagli ultimi anni

Ci sono però buone notizie all'orizzonte con la imminente commercializzazione di un nuovo farmaco biologico che inibisce l'iperproliferazione vascolare nei pazienti con ipertensione arteriosa polmonare (IAP), costituendo "una quarta via" di azione terapeutica vascolare

guida è che il clinico non ne riesca a fare a meno, in particolare per l'ecocardiogramma, anche perché alcuni parametri (distanza percorsa in 6' e classe funzionale) possono

nuove linee guida con l'etichetta di IAP "atipica" nel nuovo algoritmo di trattamento: in tali pazienti è consigliata una terapia singola orale per la scarsa risposta ai farmaci



Lo spostamento del segnale pro-proliferativo aumenta il rischio di ipertensione arteriosa e contribuisce alla patogenesi della malattia modulando la sopravvivenza cellulare e la proliferazione vascolare. Sotatercept, costituito da una proteina di fusione ricombinante, agisce come trappola del ligando ed elimina l'eccesso di attivina A e altri ligandi inibendo il segnale di questi. Di conseguenza, si ritiene che sotatercept riequilibri il segnale pro-proliferativo e antiproliferativo modulando la proliferazione vascolare

Figura 4 - Meccanismo d'azione di sotatercept

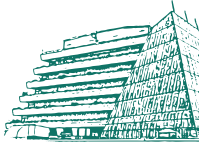
specifici, e questo dà maggiore tranquillità ai clinici che si trovano a gestire sempre di più tali pazienti. Le nuove linee guida nei pazienti invece con IAP “tipica” confortano il clinico nell’“aggredire” la patologia con due farmaci (inibitore recettore endotelina ed inibitore delle fosfodiesterasi) o tre (con prostanoide endovena o sottocute) già alla diagnosi in base alla stratificazione del rischio, anche se non chiariscono modalità e tipologia di associazione soprattutto nei primi 1-2 mesi. Non vi è, sostanzialmente, più spazio per la monoterapia se non per alcuni specifici sottogruppi (vasoreattività confermata, ipertensione cronica tromboembolica trattata chirurgicamente e non). A 3-6 mesi della diagnosi, in caso di rischio intermedio-basso viene preso in considerazione l'utilizzo della triplice terapia orale (con selexipag, agonista del recettore delle prostacicline) e/o lo shift da

inibitore della fosfodiesterasi 5 (PD5i) a stimolatori della guanilato ciclaso solubile (SGc, riociguat). Nella

Dallo scorso anno ad ora, per la stratificazione del rischio dei pazienti con ipertensione polmonare, l'imaging non è stato realmente abbandonato: oltre all'ecocardiogramma, è in crescita il numero di centri che fanno uso della risonanza magnetica cardiaca viste le importanti informazioni prognostiche che può dare

flow chart terapeutica non è stata inserita una nuova linea di farmaci che agisce su una via differente

da quelle sin ora conosciute: sotatercept, farmaco biologico a somministrazione sottocutanea che mira ad inibire il segnale cellulare associato all'iperproliferazione vascolare ed al rimodellamento patologico dei vasi polmonari, ristabilendo l'equilibrio funzionale dei fattori di crescita (figura 4). Nello studio STELLAR, esso ha mostrato effetti positivi sulla distanza percorsa al test del cammino, e su alcuni endpoint secondari tra cui il tempo al peggioramento clinico, nei pazienti con IAP già in terapia specifica. In conclusione ad un anno, dalla pubblicazione delle linee guida ESC/ERS sulla PH vi sono aspetti recepiti ed altri ancora non entrati nella pratica clinica, ma abbiamo finalmente un nuovo farmaco che apre una “quarta” via terapeutica per la IAP, per cui ci si auspica di avere ulteriori dati a supporto che permettano un update della flow-chart terapeutica.♥



Grazie a Linee Guida dedicate le cardiomiopatie acquistano la dignità di una branca importante della cardiologia

Vantaggi e criticità delle nuove Linee Guida delle Cardiomiopatie nel mondo reale

Il viaggio dal fenotipo alla diagnosi completa delle cardiomiopatie è un percorso spesso lungo e complicato, che richiede competenza multidisciplinare, risorse adeguate e un approccio personalizzato per ciascun paziente

Le cardiomiopatie sono un gruppo di patologie del muscolo cardiaco eterogenee, che hanno sempre costituito una sfida per medici e ricercatori. Tuttavia, un momento epocale si è verificato alla fine di agosto di quest'anno, durante il Congresso della Società Europea di Cardiologia ad Amsterdam, quando sono state presentate per la prima volta le Linee Guida sulle Cardiomiopatie. Queste Linee Guida rappresentano un'importante novità nel campo della cardiologia, in quanto prima della loro pubblicazione non esisteva una guida chiara e completa per affrontare nel loro insieme queste complesse malattie ma soltanto documenti di consenso e position paper frammentari. Con la loro introduzione le cardiomiopatie smettono di essere un argomento

confuso gestito da pochi esperti e acquistano la dignità di una branca importante della cardiologia. Queste Linee Guida offrono un quadro completo che unisce tra loro le diverse cardiomiopatie, e, oltre a fornire una panoramica dettagliata di ciascuna condizione, si concentrano sul concetto di "fenotipo" della cardiomiopatia, ossia l'insieme delle caratteristiche fisiche e funzionali del miocardio che ne consentono la classificazione. Nei centri di cardiologia, grandi e piccoli, la sfida attuale sta nell'applicare queste Linee Guida in modo efficace, specialmente nei contesti con risorse limitate e nei piccoli ospedali periferici.

Il fenotipo: solo l'inizio del viaggio

Sebbene l'identificazione accurata del fenotipo sia fondamentale, è importante sottolineare che non

Il vantaggio della classificazione fenotipica delle cardiomiopatie sta nel fatto che la maggior parte delle armi diagnostiche che abbiamo a nostra disposizione sono facilmente praticabili in qualunque realtà cardiologica italiana

rappresenta la fine, ma piuttosto l'inizio di un viaggio lungo e complesso che richiede competenze multidisciplinari e l'uso di una vasta gamma di metodiche diagnostiche. Questo approccio completo è essenziale per ottenere una diagnosi precisa eziologica, che a

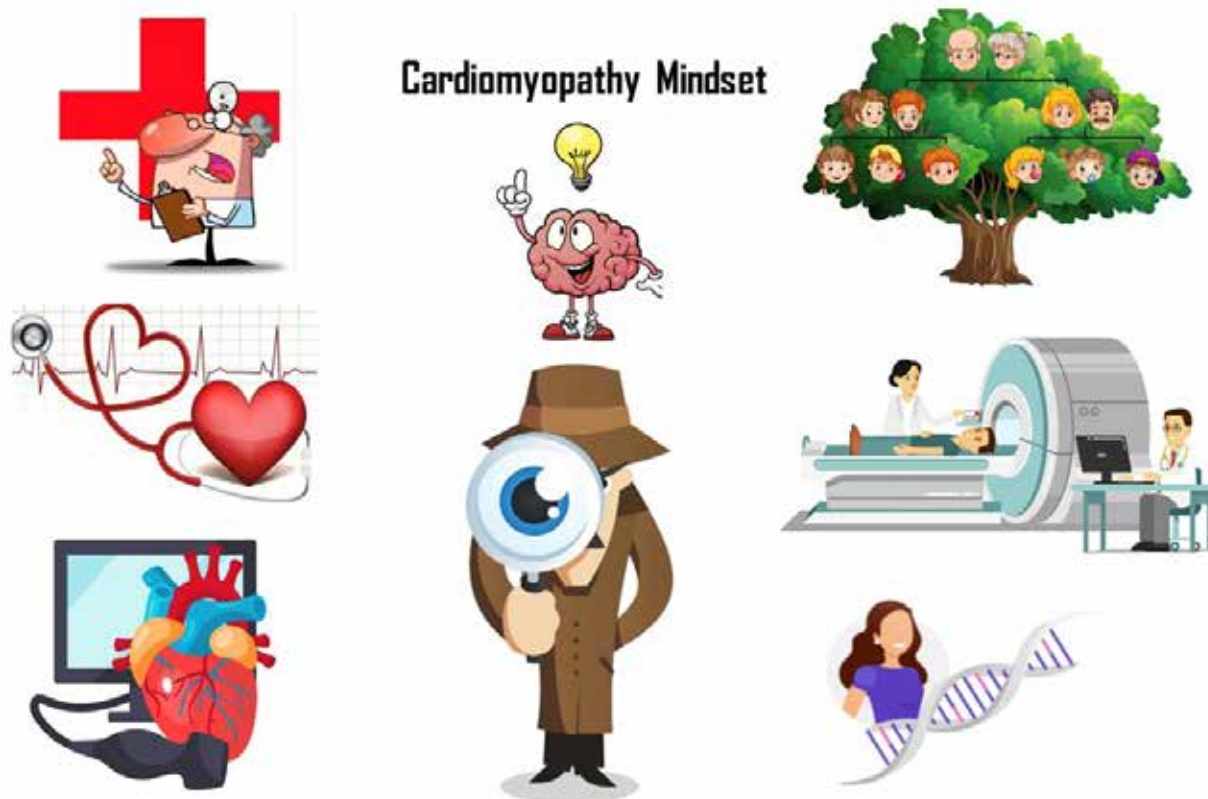


Figura 1 - Il cardiologo che approccia un paziente con una cardiomiopatia dovrebbe avere un “Cardiomyopathy mindset” che gli permette di interpretare tutti gli esami diagnostici a cui lo sottopone (dall’anamnesi con costruzione dell’albero genealogico, all’ECG, all’ecocardiogramma, alla RMN, al test genetico) nell’ottica dell’identificazione della specifica cardiomiopatia

sua volta guiderà il trattamento più adeguato per il singolo il paziente, definirà la prognosi e permetterà

Una criticità nel seguire le indicazioni delle Linee Guida nasce dall’applicabilità su larga scala di metodiche come la risonanza magnetica nucleare cardiaca e l’analisi genetica

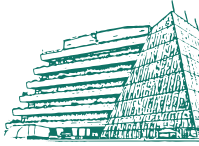
di stratificare e gestire il rischio di morte cardiaca improvvisa, oltre che valutare concretamente il rischio di

trasmissione genetica della malattia analizzando i familiari dei pazienti affetti. Ecco quindi che diventa di fondamentale importanza che il cardiologo che intercetta un paziente con sospetta cardiomiopatia abbia un approccio sistematico utilizzando una visione “cardiomyopathy mindset” del paziente che includa anche la costruzione di un albero genealogico accurato che si estenda ad almeno tre generazioni.

Viaggio lungo, tappe non sempre facili

Ma come si fa a identificare il fenotipo della cardiomiopatia? Quali armi ha il cardiologo ospedaliero o ambulatoriale per riconoscerlo? Il

vantaggio di questa classificazione fenotipica sta nel fatto che la maggior parte delle armi che abbiamo a nostra disposizione sono in realtà facilmente praticabili in qualunque realtà cardiologica italiana. Consistono infatti in una accurata valutazione dell’anamnesi, che includa anche la costruzione di un albero genealogico, dell’esame obiettivo, dell’elettrocardiogramma e dell’ecocardiogramma. Se questi strumenti di indagine vengono applicati al paziente con una mente orientata alle cardiomiopatie, riescono a definire il fenotipo clinico e a procurare al cardiologo informazioni importanti anche sulla



causa della malattia. Il viaggio dal fenotipo alla diagnosi eziologica comprende una serie di altre tappe spesso fondamentali, tra cui l'utilizzo della risonanza magnetica cardiaca (RMC) e del test genetico, che rivestono un ruolo cruciale nella definizione precisa della patologia. La RMC non solo fornisce una valutazione accurata della funzione cardiaca, ma permette anche una dettagliata caratterizzazione del tessuto cardiaco, elemento essenziale per orientare la diagnosi. Inoltre, l'individuazione di aree di fibrosi mediante il contrasto con gadolinio può servire come importante predittore di aritmie ventricolari, aiutando a stratificare il rischio del paziente. Una criticità nel seguire le indicazioni di queste Linee Guida nasce proprio dall'applicabilità su larga scala di queste metodiche. Per quanto concerne la RMC la non disponibilità dell'apparecchiatura in tutti i centri cardiologici, i talora lunghi tempi di attesa, i costi elevati e la necessità di operatori altamente specializzati per condurre l'esame, selezionare le sequenze appropriate e interpretare i dati rendono l'accesso a questa tecnologia un ostacolo significativo in molte realtà cliniche. L'analisi genetica è un'altra tappa cruciale in questo percorso diagnostico. Conoscere la mutazione specifica è fondamentale per confermare la diagnosi, ma offre anche informazioni importanti per la gestione clinica del paziente e dei suoi familiari. I risultati genetici forniscono informazioni sulla prognosi, il rischio di morte improvvisa e la risposta a terapie farmacologiche specifiche. Tuttavia il test genetico presenta alcune criticità

legate alla disponibilità limitata di centri diagnostici specializzati con personale altamente qualificato e i lunghi tempi per ottenere una risposta, nonché la spesso non semplice interpretabilità dei dati che si ottengono analizzando ampi

Le nuove Linee Guida sulle cardiomiopatie presentate al Congresso ESC ad Amsterdam rappresentano un enorme passo avanti nella cardiologia moderna. Tuttavia, la sfida rimane nell'applicare queste Linee Guida nei contesti con risorse limitate. L'organizzazione sanitaria in rete, con un collegamento sinergico tra centri periferici e centri di riferimento specializzati, potrebbe essere la chiave per offrire un trattamento efficace e mirato a tutti i pazienti affetti da cardiomiopatia, garantendo la migliore assistenza al paziente ed ai suoi familiari

pannelli di geni o addirittura tutto l'intero esoma. Infine, in alcune circostanze, può essere necessaria una tappa aggiuntiva nel nostro viaggio: la biopsia

endomiocardica. Questa tappa è riservata a casi complessi in cui la diagnosi non può essere stabilita in altro modo. Tuttavia anche la biopsia endomiocardica comporta sfide significative, dalla necessità di strutture e strumentazioni specializzate per l'esecuzione dell'intervento, di operatori esperti per ridurre al minimo i rischi della procedura, fino alla assoluta necessità di un anatomopatologo esperto nella valutazione dei risultati. Un modo per ovviare alle difficoltà che l'utilizzo di queste metodiche può presentare è quello di identificare dei centri di riferimento a livello regionale che possano supportare le realtà locali in una ottica di contiguità che permetta al paziente di eseguire l'esame necessario alla definizione eziologica della cardiomiopatia di cui è affetto senza dover intraprendere viaggi lunghi e costosi. Il viaggio dal fenotipo alla diagnosi completa delle cardiomiopatie è un percorso spesso lungo e complicato, che richiede competenza multidisciplinare, risorse adeguate e un approccio personalizzato per ciascun paziente. **Approcci terapeutici mirati, l'importanza della diagnosi specifica**

Le nuove Linee Guida riflettono anche le crescenti opportunità terapeutiche nelle cardiomiopatie. Raggiungere la diagnosi infatti spesso apre la prospettiva a terapie specifiche come nel caso dell'Amiloidosi, della Malattia di Fabry e presto anche della cardiomiopatia ipertrofica ostruttiva, con la possibilità che ci sarà a breve di utilizzare il Mavacamten, un inibitore competitivo della miosina



capace di agire sul meccanismo di malattia. Ancora una volta però si rende necessaria la creazione di un gruppo multidisciplinare in grado di integrare le competenze specifiche per approcci terapeutici che a volte non sono prescrivibili dai cardiologi ma da altri specialisti (es: ematologo per amiloidosi AL, neurologo per amiloidosi ereditaria con coinvolgimento neurologico e cardiologico).

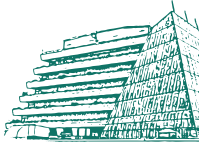
L'importanza della rete sanitaria integrata

Un importante strumento per poter raggiungere gli obiettivi intermedi e finali del paziente con cardiomiopia è nell'organizzazione sanitaria in rete. In questa visione, i centri periferici diventano il punto di ingresso per i pazienti con sospetto di cardiomiopia. Qui, i cardiologi clinici possono iniziare le indagini diagnostiche di base, utilizzando metodi come l'ECG, l'ecocardiografia e i marcatori sierici. Quando il caso diventa più complesso o richiede procedure avanzate come la risonanza magnetica cardiaca, la biopsia endomiocardica o i test genetici, i pazienti sono indirizzati a centri di riferimento specializzati. In questi centri, esperti altamente qualificati completano l'iter diagnostico, attribuendo una diagnosi specifica al paziente. Fondamentale è anche poi la presa in carico inversa del paziente. Una volta raggiunta la diagnosi di malattia e impostata la terapia specifica il paziente deve essere riferito nuovamente al cardiologo del territorio che dovrà continuare ad interagire con gli esperti dei centri di riferimento per la gestione delle problematiche del paziente.♥

Le Linee Guida sulle cardiomiopatie presentate nell'ultimo congresso ESC hanno il vantaggio di dare un indirizzo comune a patologie eterogenee ma la loro applicabilità su vasta scala incontrerà necessariamente problematiche spesso non facilmente risolvibili



Foto di Stephen Andrews - www.pexels.com



Fascicolo Sanitario Elettronico e Medicina Digitale

Repository - Data Lake - Data Warehouse



www.pexels.com



Premessa

Oggi tutti noi viviamo circondati dai dati. Oggi più di sempre. I siti web, i social media, le app etc sono tutti strumenti che ci consentono di generare e gestire dati. Si parla di big data cioè di grandi masse di dati o di megadati dalla fine degli anni '90, con una crescita esponenziale delle loro dimensioni. Basti pensare che abbiamo raggiunto gli zettabyte (equivalente a 1.000×10^7 pari a 10^{21}) di dati, cioè 180 milioni di volte i dati della biblioteca nazionale USA. Tra i diversi strumenti in grado di raccogliere e generare dati si colloca il Fascicolo Sanitario Elettronico, sistema informatizzato che raccoglie, organizza e archivia in formato digitale i dati relativi alla salute della persona o del paziente, consentendo la condivisione sicura e rapida delle informazioni. Quali possono essere gli sviluppi e le potenzialità del FSE? Diversi studi hanno preso in esame le potenzialità e da quanto emerge in letteratura sembra che oltre alla riduzione dei costi della ricerca clinica il FSE possa avere ricadute positive anche nell'ambito della ricerca clinica. Sappiamo però bene che fino a oggi il FSE ha trovato sul suo percorso molteplici criticità che occorre affrontare e superare. Per arrivare a capire quale potrebbe essere la strategia migliore per un uso vincente del FSE occorre fare alcune riflessioni sulle caratteristiche dei dati, elementi alla base del FSE, e sulle strategie per una loro gestione adeguata.

Big Data - caratteristiche

Secondo il McKinsey Global Institute si definisce sistema di Big Data “un dataset la cui

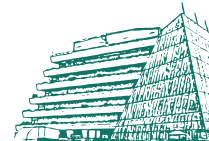
dimensione è talmente grande che eccede la capacità dei sistemi di database relazionali di catturare, immagazzinare, gestire ed analizzare i dati”. Perché i big data diventino davvero lo strumento di svolta per la medicina del futuro occorre razionalizzare le modalità di raccolta delle informazioni e far sì che i dati siano raccolti in modo rigorosamente omogeneo, armonico e integrato, in una logica di interoperabilità. Rispetto al passato si stanno facendo notevoli passi in avanti, ora però occorre procedere in questa direzione senza fermarsi così da creare nuove strategie per trarre dai dati il massimo della conoscenza. Sappiamo bene infatti che i dati da soli sono spesso privi di significato.

In quest'ottica l'archiviazione e la classificazione diventano fasi operative imprescindibili. Quando si parla di dati e di classificazione non si può prescindere dal concetto di metadati cioè di dati che contengono una descrizione informativa e pertinente su altri dati. Sebbene oggi si parli sempre più spesso di metadati in realtà i metadati esistevano anche in passato e tradizionalmente erano riferiti alle metodologie impiegate per catalogare i libri in biblioteca. In epoca digitale questo concetto non solo si è ampliato ma a questo si sono aggiunti altri due concetti strettamente connessi: Data Lake e Data Warehouse. Il termine Data Lake viene usato per definire un archivio di dati di grandi dimensioni nel quale i dati sono conservati in formato grezzo e non strutturato. Un Data Warehouse (DW) invece è un repository di dati che archivia

dati strutturati, filtrati ed elaborati che sono stati raccolti e trattati per uno scopo specifico. Perché parliamo di Data Lake in relazione al FSE? Perché l'uso del Data Lake può diventare uno strumento importante per l'elaborazione dei dati del FSE. La maggior parte dei dati del FSE sono infatti in formato non strutturato o semi strutturato proprio per la natura e le caratteristiche del FSE. Con i Data Lake si possono memorizzare i dati in formato grezzo mantenendo tutti i dettagli originali dei dati, inclusi quelli non strutturati e semi-strutturati, senza doverli trasformare in uno schema rigido.

Granularità del dato

A questo però va aggiunta un'altra caratteristica che non si può trascurare quando si parla di Data Lake e in generale di repository dei dati: la granularità dei dati archiviati ossia la possibilità di stabilire vari livelli di dettaglio (o di sintesi) dei dati raccolti. Facendo riferimento al FSE la granularità dei dati è un elemento particolarmente interessante anche se non è semplice definire a priori quale sia la migliore granularità per gli obiettivi che si desidera raggiungere. Sicuramente quando si fa riferimento al FSE la granularità deve essere tale da consentire di prendere decisioni appropriate. Se mancano informazioni questo diventa impossibile, ma avere una quantità elevata di informazioni è sempre utile? Per rispondere a questa domanda occorre probabilmente calare la domanda in contesti specifici tenendo in considerazione il destinatario finale e lo scopo che si vuole raggiungere:



un livello di dettaglio troppo alto infatti potrebbe in alcuni casi essere persino controproducente. Facendo una ricerca su quanto emerge dalla letteratura riguardo la granularità ottimale in medicina non è possibile trarre indicazioni conclusive, gli studi attualmente disponibili non forniscono infatti evidenze sufficientemente precise riguardo alle singole persone.

Dati e medicina delle evidenze

Queste riflessioni sulle caratteristiche dei dati e sugli strumenti per la loro gestione non possono prescindere da riflessioni più generali su come sta cambiando la medicina e in particolare la medicina basata sulle evidenze. Il concetto di EBM è cambiato nel corso degli anni e sempre più si sta passando da una medicina centrata sulla malattia a una medicina centrata sul paziente. Se da una parte gli studi clinici controllati continuano a essere il fondamento della ricerca clinica e dell'innovazione terapeutica in quanto sono lo strumento capace di fornire prove solide da cui poter trarre conclusioni sull'efficacia di un farmaco o in generale di un intervento terapeutico, i rischi e le raccomandazioni, dall'altra non è più sufficiente avere evidenze che si basino su pazienti medi rappresentativi di una condizione ideale, ma occorrono strategie per studiare le terapie nella vita reale. Lo sviluppo della genomica e delle altre scienze omiche ha dato il via a una nuova era della medicina di precisione, ma perché questo inizio abbia un seguito virtuoso occorre di nuovo sottolineare l'importanza

dell'analisi e della gestione dei dati. È grazie alla gestione efficace ed efficiente di della enorme immensa mole di dati infatti che possiamo migliorare le cure andando verso una medicina sempre più precisa e cucita ("sartorializzata") su misura per il paziente.

Dati e ricerca clinica

Più aumenta la disponibilità dei dati, maggiori sono i cambiamenti e le innovazioni anche nell'ambito della ricerca clinica. La recente esperienza con COVID-19 ha dato l'opportunità di comprendere l'importanza del lavoro sinergico per la generazione di nuove evidenze. Inoltre durante la pandemia per le limitazioni che ne sono conseguite è stato necessario rivedere tutte le fasi della ricerca portando allo sviluppo di nuovi studi in un'ottica sempre più centrata sul paziente. In particolare è in crescita l'attenzione per gli studi perpetui o perenni, caratterizzati dall'assenza in fase di progettazione di una data di fine prestabilita, proprio per tenere aperta la possibilità di confronto e per poter verificare l'efficacia o l'inefficacia di un farmaco nel lungo periodo. L'arruolamento dei pazienti in continuo consente di raccogliere un campione demografico che è molto più simile per caratteristiche cliniche ed esiti a quello che si osserva nella pratica quotidiana piuttosto a quanto si verifica con un protocollo classico.

Prospettive

Il FSE si presenta come uno strumento di grande potenzialità. Occorrono però ancora interventi strategici per rendere il FSE più snello e più facilmente fruibile in modo da creare

realmente le condizioni per una medicina diffusamente innovativa e personalizzata. La ricerca clinica in continuo potrebbe essere una strada molto interessante, non è un caso che sempre in epoca pandemica l'EMA abbia attivato la procedura della rolling review, strumento regolatorio in base al quale il comitato per i medicinali per uso umano (CHMP) dell'EMA provvede ad esaminare i dati non appena diventano disponibili dagli studi in corso. Cioè in questo caso tutti i dati sull'efficacia, la sicurezza e la qualità di un medicinale o di un vaccino e tutta la documentazione richiesta non vengono presentati all'inizio della valutazione nell'ambito di una formale domanda di autorizzazione all'immissione in commercio ma in itinere. Questa necessità di valutare le prove in continuo toccata con mano nel caso di COVID-19 in realtà è un bisogno che si ha in tutti gli ambiti dalla ricerca clinica e che quindi dovrebbe essere opportunamente applicata diffusamente e gestita diffusamente nel tempo.♥



La Medicina Narrativa: i pensieri e le emozioni del paziente al centro delle strategie terapeutiche

La forza delle parole e delle immagini nel percorso di cura dei pazienti

«**N**on conosco nulla al mondo
che abbia tanto potere
quanto la parola. A volte
ne scrivo una, e la guardo, fino a quando
non comincia a splendere».

È con questa citazione di Emily Dickinson in cui si può percepire la forza che può essere espressa dalle parole, che introduciamo il concetto di “Medicina Narrativa”. La Medicina Narrativa, nata oltre trent'anni fa, sta diventando sempre più parte integrante della pratica medica, permettendo di superare i confini dell'Evidence - Based Medicine in cui il paziente è inteso come “individuo affetto da malattia” ponendosi in una prospettiva di “High-Quality Patient-Centred care” che include il concetto di “terapia personalizzata” considerando i pensieri, le emozioni e la storia dei pazienti. Rita Charon nello studio “Narrative Medicine. A model of Empathy, Reflection, Profession, and Trust” pubblicato sulla rivista JAMA nel 2001¹ e considerato uno dei capisaldi di tale disciplina, afferma che la medicina moderna richiede di

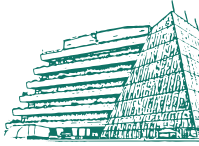
avere anche competenze “narrative” ossia l'abilità di riconoscere, assorbire, interpretare e agire sulle storie e le difficoltà degli altri².

La narrazione diventa strumento fondamentale del processo di cura del paziente, il quale diventa protagonista del percorso terapeutico

Cos'è la Medicina Narrativa?

Le linee guida dell'Istituto Superiore di Sanità per “l'utilizzo della Medicina Narrativa in ambito clinico-assistenziale” pubblicate nel 2015, definiscono la Medicina Narrativa come una “metodologia di intervento clinico-assistenziale basata su una specifica competenza comunicativa in cui la narrazione diventa strumento fondamentale del processo di cura del paziente, il quale diventa protagonista del programma terapeutico”³. Con le competenze

narrative, l'operatore sanitario può entrare nel cuore del percorso di cura del paziente stringendo una vera alleanza terapeutica che permette di prendere in considerazione ogni punto di vista, sia del paziente sulla propria condizione di malattia, dei familiari e dei sanitari, al fine di lavorare in sinergia per pianificare il trattamento più adeguato. Nel tempo, si sono acquisite alcune tecniche e approcci provenienti dagli studi letterari, dalla storia, dalla filosofia e da altre discipline umanistiche per fornire ciò che mancava alla medicina: un mezzo per riconoscere e comprendere il singolare e il particolare nella malattia e le dimensioni psicologiche, oltre alle sue caratteristiche patologiche. Il professionista che utilizza la Medicina Narrativa deve possedere quindi, specifiche competenze comunicative e relazionali e applicarle mediante differenti strumenti analitici che non devono sottrarsi ai requisiti del metodo scientifico. Si inizia con un approccio di tipo “narratologico”,



focalizzato sull'importanza di ascoltare le storie di malattia dei pazienti per passare al processo “fenomenologico-ermeneutico” in cui le riflessioni e le narrazioni che ne derivano, vengono unite. Questi processi vengono inseriti, infine, nel contesto “antropologico” del paziente e dei caregiver, ponendo l'attenzione sul background socio-culturale nel quale vivono^{3 4}.

La narrazione diventa strumento fondamentale del processo di cura del paziente, il quale diventa protagonista del percorso terapeutico

Dove trova applicazione la Medicina Narrativa?

I dati di letteratura riportano che i campi di applicazione della Medicina Narrativa sono trasversali e includono diversi ambiti della pratica clinica. Creando una collaborazione unica tra sanitari e paziente, la Medicina Narrativa trova ampio spazio nelle fasi di prevenzione delle



Foto di Cottonbro Studio - www.pexels.com



malattie, nei processi di diagnosi, cura e di riabilitazione, potenziando l'aderenza al trattamento proposto. Nei pazienti terminali, è un utile strumento di accompagnamento verso il fine vita. Questa metodica ha inoltre dimostrato di essere una efficace strategia nel prevenire il burn out degli operatori e dei caregiver. Occorre tuttavia sottolineare, che non vi sono invece evidenze in merito all'effetto della Medicina Narrativa sulla storia naturale della malattia. Oltre che nella stretta pratica medica quotidiana, l'utilizzo della Medicina Narrativa si estende in contesti differenti dalla classica "corsia" ospedaliera, infatti ha anche un ruolo nella promozione e implementazione delle PDTA e nell'ottimizzazione delle risorse economiche. Di non poco conto è inoltre, l'efficacia dimostrata nella prevenzione dei contenziosi giuridici e della medicina difensiva³.

La formazione

Abbiamo sin qui compreso le ampie potenzialità della Medicina Narrativa che risulta probabilmente ancora poco espressa e impiegata nel territorio nazionale. Per favorire una più ampia diffusione e un migliore utilizzo di tale metodica, è necessario partire da una adeguata formazione³. I professionisti devono essere formati per raggiungere le competenze necessarie in modo tale da poter comprendere adeguatamente e completamente ciò che viene espresso dalle parole dei pazienti. Questo è possibile solamente con una adeguata struttura formativa che dovrebbe inserirsi già in ambito accademico, quindi durante il percorso universitario e non come

disciplina accessoria, ma come parte costitutiva del programma di studi. In alcune università italiane, corsi e moduli di ricerca basati sull'apprendimento dell'approccio

l'applicazione della Medicina Narrativa nei nostri ospedali rischia di rimanere confinata in poche strutture e legata all'intraprendenza e alla dedizione degli operatori. E'

La Medicina Narrativa è sempre più parte integrante della pratica medica, permettendo di superare i confini dell'“Evidence-Based Medicine” e si pone in una prospettiva di “High-Quality Patient-Centred Care” che, considerando i pensieri, le emozioni e la storia dei pazienti, concorre nel definire un percorso terapeutico personalizzato

narrativo sono già, da alcuni anni, una realtà. Successivamente, la Sanità Pubblica dovrebbe mettere a disposizione gli strumenti e gli spazi per applicare le competenze narrative, nonché dei corsi di formazione mirati alla conoscenza, applicazione e all'implementazione della metodica. Deve esserci la strutturazione di un percorso che permetta al paziente e agli operatori di potersi dedicare alla scrittura riflessiva e alla raccolta delle storie. Ai pazienti deve essere data la possibilità di avere un tempo dedicato per poter esprimere i propri pensieri nel modo che ritengono più adeguato alla propria persona e al proprio vissuto, utilizzando non solo la scrittura, ma anche le arti figurative, la musica, la letteratura e il teatro^{2 4 5}. Con il cronico calo di organico nelle strutture sanitarie, l'emorragica fuga dei professionisti dal sistema pubblico e il sempre maggiore carico assistenziale che ogni operatore vive ogni giorno,

giunto, forse, il momento di cambiare la nostra visione di cura del malato, superando gli attuali paradigmi, considerando il paziente non solo un organismo affetto da una malattia da trattare, ma come un insieme di parole, pensieri ed emozioni che se impiegate adeguatamente possono migliorare notevolmente la percezione di malattia, il percorso di cura e l'aderenza terapeutica.♥

Bibliografia

1. Charon R. The patient-physician relationship. Narrative medicine: a model for empathy, reflection, profession, and trust. JAMA. 2001;286:1897-1902.
2. Charon R. The Reciprocity of Recognition. N Engl J Med. 2012;29:997-1003.
3. Conferenza di Consenso. Linee di indirizzo per l'applicazione della Medicina Narrativa in ambito clinico assistenziale, per le malattie rare e cronico-degenerative. Angew Chemie Int Ed 6(11), 951-952. 2015;2013-2015.
4. Hurwitz B, Charon R. A narrative future for health care. Lancet (London, England). 2013;381:1886-1887.
5. Zaharias G. Learning narrative-based medicine skills: Narrative-based medicine 3. Can Fam Physician. 2018;64:352-356.



GRUPPO DI STUDIO INTELLIGENZA ARTIFICIALE IN CARDIOLOGIA



Coordinatore
MARCO MAZZANTI
Londra - Regno Unito



Componente
ANDREA DI LENARDA
Trieste

GRUPPO DI STUDIO RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE E SICUREZZA DELLE CURE



Coordinatore
VINCENZO AMODEO
Polistena - Reggio Calabria



Componente
GIACINTO CALCULLI
Matera



Consulente
PIERGIORGIO FEDELI
Camerino - Ancona



Consulente
FEDERICO GELLI
Firenze



Gianserafino Gregori

ABRUZZO

Presidente

Gianserafino Gregori - Giulianova (TE)

Consiglio Regionale

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



Claudio Fresco

FRIULI VENEZIA GIULIA

Presidente

Claudio Fresco - Udine

Consiglio Regionale

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



Marco Fabio Costantino

BASILICATA

Presidente

Marco Fabio Costantino - Potenza

Consiglio Regionale

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



Antonino Granatelli

LAZIO

Presidente

Antonino Granatelli - Roma

Consiglio Regionale

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



Roberto Caporale

CALABRIA

Presidente

Roberto Caporale - Cosenza

Consiglio Regionale

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



Luca Olivotti

LIGURIA

Presidente

Luca Olivotti - Savona

Consiglio Regionale

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



Francesco Vigorito

CAMPANIA

Presidente

Francesco Vigorito - Salerno

Consiglio Regionale

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



Felice Achilli

LOMBARDIA

Presidente

Felice Achilli - Desio (MB)

Consiglio Regionale

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



Gianni Casella

EMILIA ROMAGNA

Presidente

Gianni Casella - Bologna

Consiglio Regionale

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



Giovanni Tarsi

MARCHE

Presidente

Giovanni Tarsi - Pesaro

Consiglio Regionale

Fabrizio Buffarini - Senigallia (AN)

Alessandro Capestro - Ancona

Micaela Capponi - Macerata

Domenico Delfino - Ascoli Piceno

Marco Flori - Urbino

Simona Pelliccioni - San Benedetto del Tronto (AP)

Francesca Terzi - Pesaro

Vagnarelli Fabio - Ancona



Giuseppina Maura Francese

SICILIA

Presidente

Giuseppina Maura Francese - Catania

Consiglio Regionale

Maurizio Giuseppe Abrignani - Marsala (TP)

Carmelo Battaglia - Enna

Calogero Falletta - Palermo

Sonia Lo Iacono - Cefalù (PA)

Annamaria Lo Voi - Palermo

Rocco Paolo Milluzzo - Catania

Vito Pipitone - Messina

Danilo Puccio - Palermo



Isabella Tavarozzi

MOLISE

Presidente

Isabella Tavarozzi - Isernia

Consiglio Regionale

Benedetta Cuzzola - Campobasso

Marco Lombardi - Campobasso

Alexandra Sabusco - Campobasso



Marisa Carluccio

TOSCANA

Presidente

Marisa Carluccio - Pisa

Consiglio Regionale

Debora Biagini - Prato

Francesca Cesareo - Siena

Jacopo Del Meglio - Camaiore (LU)

Gaia Chiara Selvaggia Magnaghi - Pescia (PT)

Leonardo Misuraca - Grosseto

Margherita Padeletti - Borgo San Lorenzo (FI)

Gaia Spaziani - Firenze

Enrica Talini - Livorno



Giuseppe Musumeci

PIEMONTE E VALLE D'AOSTA

Presidente

Giuseppe Musumeci - Torino

Consiglio Regionale

Monica Andriani - Torino

Lucia Coppini - Cuneo

Brunella Demichelis - Torino

Vincenzo Infantino - Ciriè (TO)

Stefano Maffè - Borgomanero (NO)

Elisa Pelloni - Aosta

Luigi Pollarolo - Casale Monferrato (AL)

Pierluigi Sbarra - Torino



Marco Borghesi

TRENTINO ALTO ADIGE

Presidente

Marco Borghesi - Trento

Consiglio Regionale

Salvatore Accardo - Merano (BZ)

Elisabetta Apuzzo - Bolzano

Maurizio Del Greco - Rovereto (TN)

Massimiliano Maines - Rovereto (TN)

Michele Moretti - Trento

Prisca Zeni - Trento



Ennio Carmine Luigi Pisanò

PUGLIA

Presidente

Ennio Carmine Luigi Pisanò - Lecce

Consiglio Regionale

Grazia Casavecchia - Foggia

Gaetano Citarelli - Bari

Margherita Iliaria Gioia - Brindisi

Claudio Larosa - Molfetta (BA)

Katya Vitina Lucarelli - Acquaviva delle Fonti (BA)

Giovanni Luzzi - Taranto

Adriana Mallardi - Bari - Carbonara (BA)

Antonio Tondo - Lecce



Claudio Cavallini

UMBRIA

Presidente

Claudio Cavallini - Perugia

Consiglio Regionale

Andrea Broccatelli - Perugia

Serena Di Maria - Orvieto (TR)

Lina Marinacci - Città di Castello (PG)

Rosita Panciarola - Assisi (PG)

Alessandra Tordini - Terni

Cristina Tutarini - Foligno (PG)



Cristiana Denurra

SARDEGNA

Presidente

Cristiana Denurra - Sassari

Consiglio Regionale

Simona Aramu - Oristano

Gianfranco Delogu - San Gavino Monreale (SU)

Stefano Mameli - Cagliari

Rosa Chiara Manzi - Cagliari

Iliaria Mereu - Carbonia (SU)

Maria Elena Lucia Picoi - Olbia (OT)

Laura Sau - Lanusei (OG)

Tanuccia Secci - Nuoro



Giampaolo Paschetto

VENETO

Presidente

Giampaolo Paschetto - Monselice (PD)

Consiglio Regionale

Giovanni Barbati - Vicenza

Emanuela Berardi - Montebelluna (TV)

Ada Cutolo - Mestre (VE)

Alessandro De Leo - Belluno

Giulia Maria Frigo - San Bonifacio (VR)

Anna Maddalozzo - Rovigo

Daniela Mancuso - Padova

Giovanni Turiano - San Donà di Piave (VE)



**Le reti regionali sono fondamentali nella gestione dell'infarto miocardico acuto
La strategia in service risulta fondamentale**

La rete per la gestione in service delle Sindromi Coronariche Acute nella provincia di Teramo

**L'implementazione della strategia service ha determinato una possibilità di cura adeguata
per i pazienti con SCA-NSTE ricoverati presso il centro spoke e un'ottimizzazione del
lavoro per entrambi i centri, e della cura dei pazienti**

Background

Per Sindrome Coronarica Acuta (SCA) si intende un evento dovuto alla rottura o erosione di una placca aterosclerotica di una coronaria epicardica, con attivazione della cascata coagulativa e conseguente riduzione critica del flusso, la quale si estrinseca in uno spettro di presentazioni cliniche (Figura 1), che vanno dall'infarto miocardica con tratto ST sopraslivellato (STEMI), alla SCA senza sopraslivellamento ST (SCA-NSTE)¹. Ai pazienti con STEMI è indicata immediata terapia ripercussiva (Figura 2), farmacologica o con angioplastica coronarica percutanea (PCI). I pazienti con SCA-NSTE devono sottoporsi a un'iniziale stratificazione del rischio, seguita da un'eventuale valutazione invasiva, che deve essere programmata con

**Nell'ambito della
gestione della Sindrome
Coronarica Acuta, risulta
necessaria la creazione di
una rete tra gli ospedali,
per rendere disponibile
la più rapida ed efficace
terapia per il maggior
numero di pazienti
Nella provincia di Teramo,
dotata di rete dal 2011,
la gestione in service
ha determinato un
miglioramento gestionale
e degli esiti**

una latenza temporale diversa a seconda del profilo di rischio del paziente, o a una gestione non invasiva. (Figura 3). Risulta necessaria la creazione di una rete efficace tra gli ospedali, per rendere disponibile la più rapida ed efficace terapia per il maggior numero di pazienti con SCA. Le più recenti linee guida della Società Europea di Cardiologia (ESC) sulle SCA raccomandano l'implementazione di tali reti regionali¹. Il raggiungimento di questo scopo è possibile soltanto tramite la condivisione di un protocollo comune.

I vantaggi del trasporto per coronarografia in service

Per strategia *service* si intende il trasporto di un paziente ricoverato in ospedale *spoke* verso il centro *hub* per eseguire esame angiografico ed

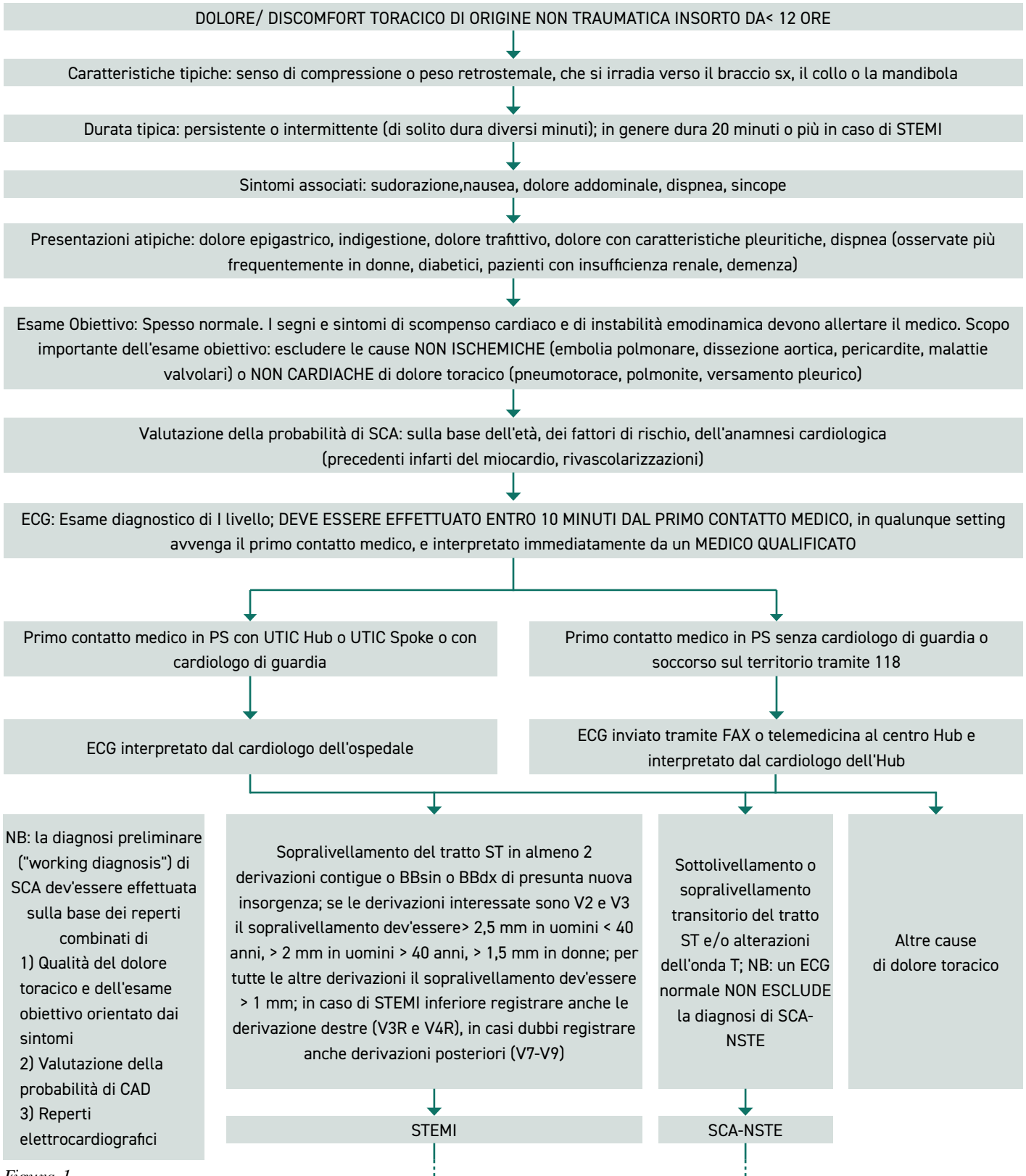
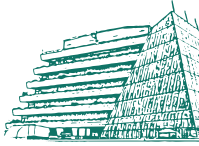


Figura 1

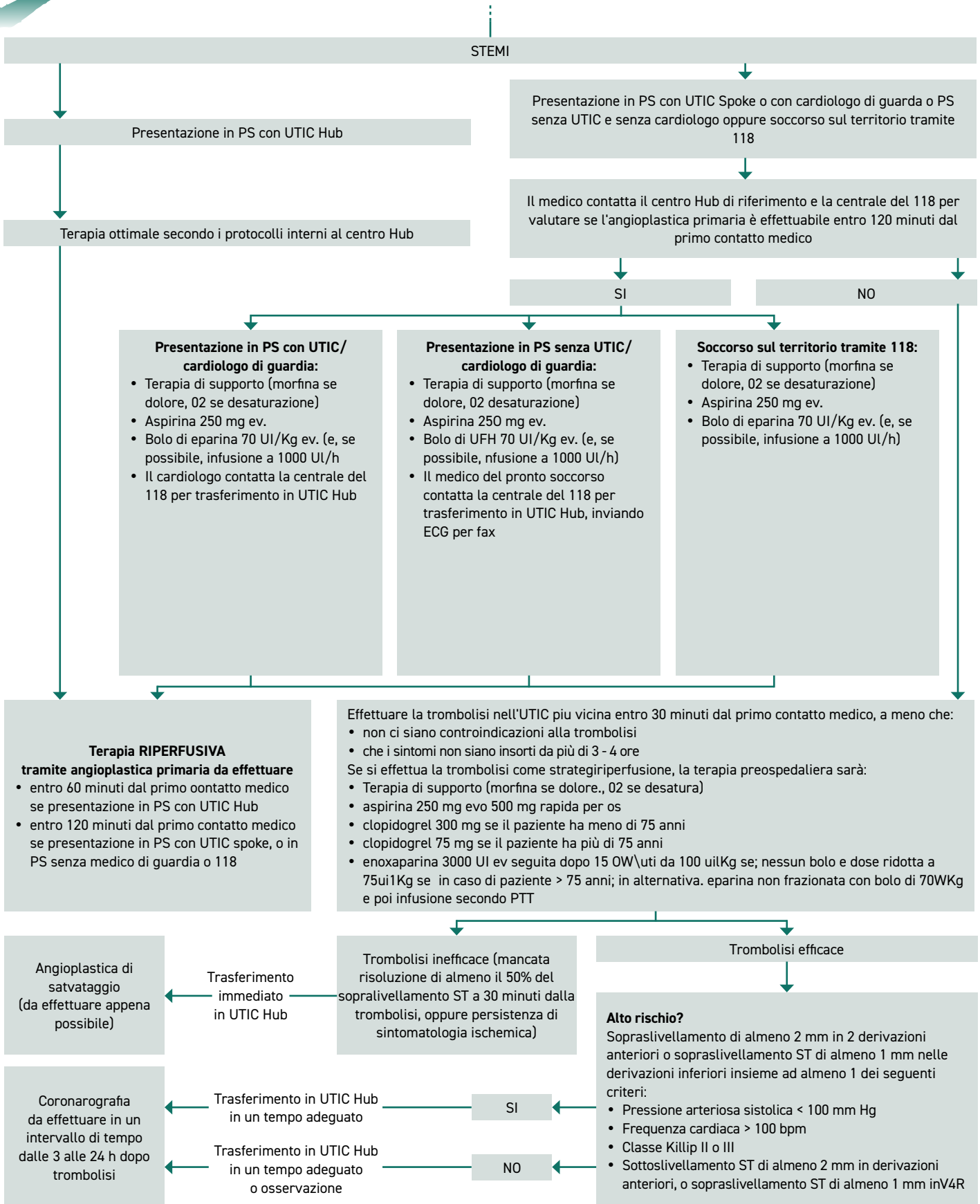


Figura 2

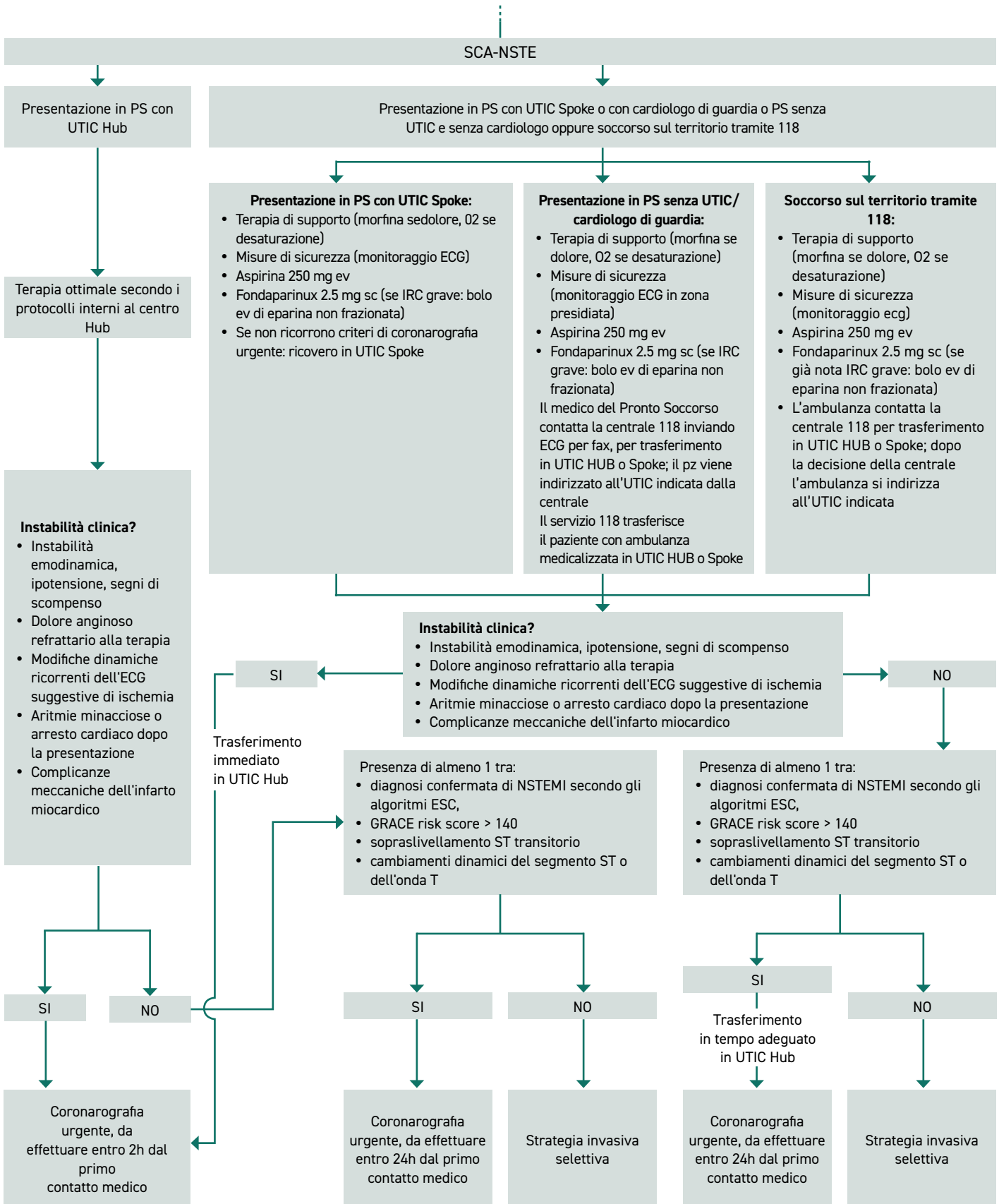
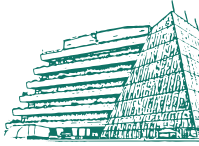


Figura 3



Risulta essenziale la sinergia tra il centro hub ed il centro spoke, nonché la buona comunicazione

eventuale PCI ed il ritrasferimento precoce (nell'arco dello stesso giorno) dopo eventuale periodo di osservazione. Tale strategia è stata dimostrata essere un'opzione sicura in grado di favorire un approccio invasivo precoce nei pazienti con SCA-NSTE a rischio medio-elevato ricoverati presso un ospedale sprovvisto di laboratorio di Emodinamica². Questa strategia è stata pensata come una possibile soluzione per il numero di letti non sufficiente nei centri *hub*, e per garantire equità nel livello di cure tra pazienti ricoverati nei centri *hub* e nei centri *spoke*.

La gestione delle SCA nella provincia di Teramo

La provincia di Teramo si è dotata di una rete cardiologica nel 2011 (Figura 4). Sono presenti 2 strutture semplici (le U.O.S.D. di Sant'Omero e Atri), una struttura con UTIC *spoke* (Giulianova) e la struttura con UTIC ed emodinamica *hub* (Teramo). Le U.O.S.D. fanno riferimento al centro *hub* quando è necessario l'accesso diretto all'emodinamica e all'UTIC *spoke* per quei pazienti con SCA che non necessitano di

L'implementazione della strategia service ha determinato una possibilità di cura adeguata per i pazienti con SCA-NSTE ricoverati presso il centro spoke

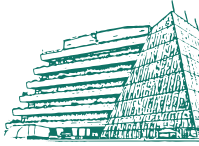
immediata coronarografia. Il presidio di Giulianova fa riferimento a quello di Teramo per l'accesso dei pazienti con SCA in sala emodinamica³. Sulla base dei dati epidemiologici (tasso di incidenza di IMA nella popolazione abruzzese: 230 eventi/100.000 abitanti/anno)⁴ si può prevedere che in provincia di Teramo vi siano circa 700-750 SCA/anno, divise tra 230-250 STEMI e 450-500 SCA-NSTE. Secondo i dati GISE 2021, l'emodinamica di Teramo ha effettuato 248 PCI primarie su STEMI, e 390 PCI su SCA-NSTE⁵. Nell'UTIC *spoke* nel 2021, i pazienti ricoverati con SCA sono stati 100⁶. La quasi totalità di essi sono stati inquadrati e studiati trasferiti/trasportati (in 70 casi sono stati eseguiti trasporti in *service*) per esame coronarografico a seconda della stratificazione del rischio. I pazienti dimessi con diagnosi di SCA sottoposti a PCI sono 32⁷. Il "basso" tasso di pazienti con IMA rivascolarizzati mediante PCI ha diverse spiegazioni. Spesso, seppure talora i pazienti vengano trasportati presso l'emodinamica del centro *hub* con strategia *service*, alcuni di essi vengono effettivamente trasferiti per programmare la rivascolarizzazione nella modalità più adeguata (es. confronto collegiale con cardiocirurghi in pazienti multivasali, adeguato studio vitalità miocardica, necessità di programmare la rivascolarizzazione con dispositivi specifici come aterectomia rotazionale, ecc.). I dati succitati hanno reso necessaria e legittimato l'attività di trasporto *service* del paziente in emodinamica per studio angiografico e procedura interventistica, ed

eventuale ritrasferimento presso il centro *spoke*, senza un preventivo trasferimento presso il centro *hub*. L'implementazione della strategia *service* ha determinato una possibilità di cura adeguata per i pazienti con SCA-NSTE ricoverati presso il centro *spoke* (idealmente, dei circa 100 pazienti con SCA accedenti al centro *spoke*, avrebbero dovuto essere sottoposti a studio angiografico almeno il 70% dei casi, dato che poi si è verificato) e un'ottimizzazione del lavoro per entrambi i centri e della cura dei pazienti. Non a caso, secondo i dati del programma nazionale esiti AGENAS del 2021, il tasso di mortalità a 30 giorni dei pazienti con diagnosi di infarto miocardico acuto ricoverati presso il centro *Spoke* è stato particolarmente basso, in linea con la media dei centri *Hub* (tasso *adjusted* 2.19%, *Risk Ratio adjusted* 0.28, p: 0.076 (Figura 5)⁷.♥

La strategia hub & spoke in service è efficace e sicura e permette l'accesso precoce al laboratorio di Emodinamica nella maggior parte dei pazienti ammessi presso i centri spoke con diagnosi di SCA-NSTE

Bibliografia

1. 2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes: Developed by the task force on the management of acute coronary syndromes of the European Society of Cardiology (ESC). Robert A Byrne, et al. 2023, European Heart Journal.
2. Strategia "service" per l'accesso precoce all'Emodinamica dei pazienti



con sindrome coronarica acuta senza soprasslivellamento del tratto ST ricoverati presso gli ospedali spoke: risultati a 5 anni dei percorsi assistenziali della rete cardiologica provinciale di Reggio Emilia. Francesca Mantovani, et al. Oct 2020, Giornale Italiano di Cardiologia, Vol. 10, p. 807-815.

3. Azienda Unità Sanitaria Locale Teramo. Deliberazione adottata dal Direttore Generale dell'Azienda USL Prof. G. Varassi. Oggetto: Assetto organizzativo aziendale provvisorio. Varrassi, Giustino. 2011.

4. OER Abruzzo ASR Abruzzo Istat Indagine Condizioni di salute.

5. www.gise.it

6. Reportistica Sanitaria in Abruzzo. Attività di ricovero ospedaliero 2021.

7. Programma Nazionale Esiti (PNE) AGENAS 2021.



Figura 4

"Ospedale Maria S.S. Dello Splendore – Giulianova"

"Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni"

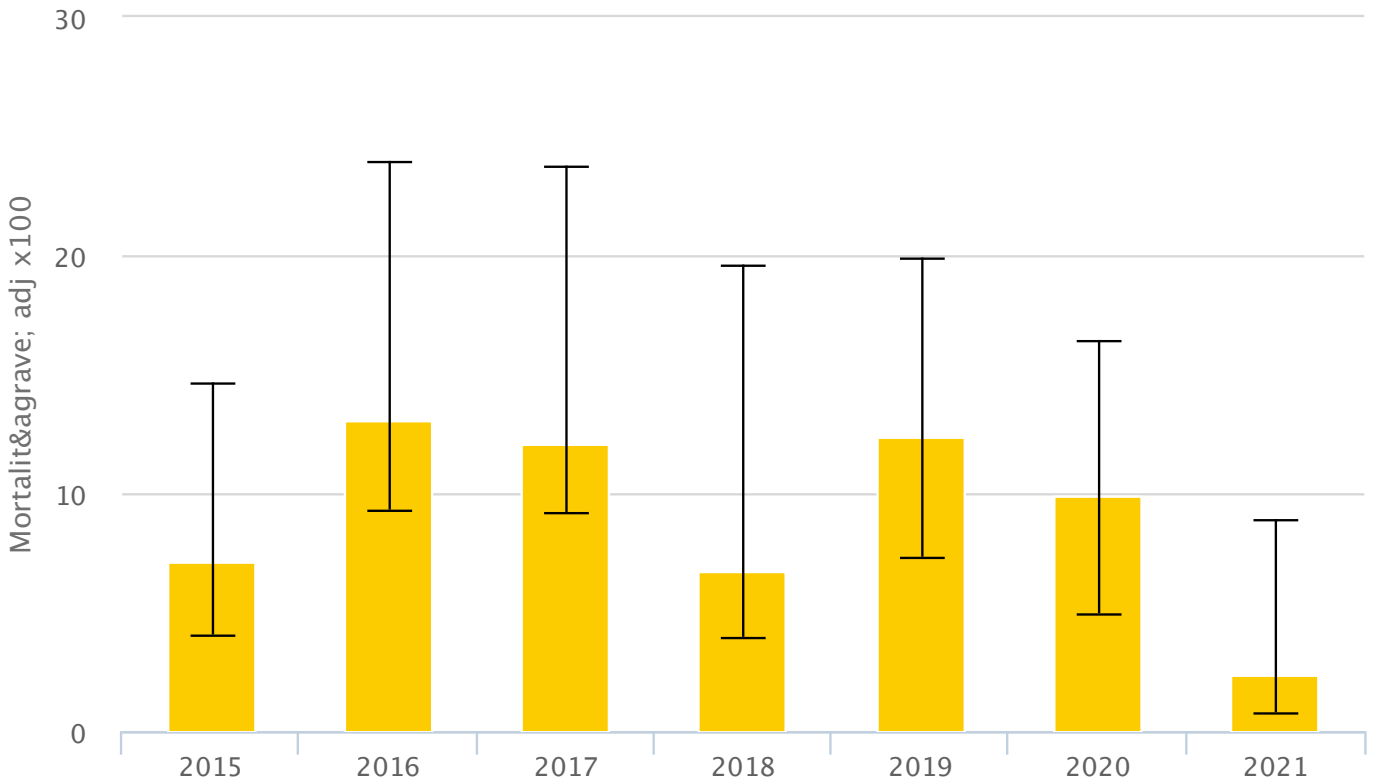


Figura 5



La ben nota e disastrosa situazione in cui versa la Medicina d'Urgenza
ha coinvolto diverse figure professionali

Il Cardiologo di turno al Pronto Soccorso Qual è la situazione in Campania e quali le possibili conseguenze

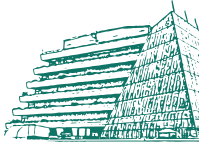
Risultati di una Survey, condotta in Regione Campania,
sul coinvolgimento dei Cardiologi nella copertura dei turni al Pronto Soccorso

Negli ultimi anni stiamo assistendo in Italia ad un progressivo e inesorabile depauperamento del personale sanitario, in particolar modo di quello medico, a carico del Pronto Soccorso. Secondo i dati della SIMEU (Società Italiana di Medicina d'Emergenza-Urgenza) in Italia mancano 5.000 medici al PS (circa 3 su 10) e le previsioni per il futuro non fanno ben sperare. Ogni anno sono numerosissimi i medici, tra questi anche giovani appena assunti, che abbandonano il PS verso specialità diverse come la medicina di base o verso strutture private. Dall'altro canto, le scuole di specializzazione in medicina d'urgenza registrano un forte calo

Dalla breve survey emerge che più della metà delle UO di Cardiologia sono coinvolte nella copertura dei turni in PS e che per un 57% di queste la situazione si protrae da oltre un anno

di iscrizioni, così come i concorsi pubblici banditi per rinfoltire il personale dei Pronto Soccorso, rimangono vacanti. I PS sono sempre sovraffollati, stretti in una morsa tra il numero degli accessi in buona parte non appropriati e mal filtrati dalla medicina territoriale e dall'altra dalla cronica carenza

di posti letto ospedalieri che non permette di decongestionare il PS ricoverando i pazienti bisognosi di ulteriori approfondimenti. Il sovraffollamento di pazienti, la carenza cronica di personale, il rischio di contenziosi medico-legali e le frequenti aggressioni fisiche da parte dei pazienti o dei loro familiari rendono il Pronto Soccorso un ambiente lavorativo ostile dal quale scappare. Da ricordare inoltre, che il medico in Italia percepisce tra gli stipendi più bassi in Europa e ha scarsissime possibilità di fare carriera. In conclusione si lavora male e si guadagna poco. Per evitare la chiusura dei PS in molti presidi ospedalieri si è ricorso alle ben note cooperative o organizzazioni



I)	Nella Struttura che tu dirigi i cardiologi sono impegnati a coprire turni in Pronto Soccorso:	
	a) Si	54%
	b) No, ma nei prossimi mesi ci sarà un loro coinvolgimento	4%
	c) No, al momento non vi sono certezze sul loro futuro coinvolgimento	42%
II)	Se sono coinvolti, da quanto tempo svolgono turni in Pronto Soccorso	
	a) Da meno di sei mesi	0%
	b) Da 6 mesi – 1 anno	43%
	c) Da più di un anno	57%
III)	Quanti sono i turni/mese che la tua UO fornisce al PS?	
	a) < 10	60%
	b) 10-20	25%
	c) >20	15%
IV)	Qual è la media di ore mensili che il singolo cardiologo svolge in PS	
	a) <12	42%
	b) 12-24	28%
	c) 24-36	15%
	d) >36	15%
V)	Oltre ai cardiologi, per supportare il PS, sono coinvolte altre figure professionali appartenenti a discipline equipollenti o affini alla Medicina D'Urgenza? (Neurologi, pneumologi, internisti, geriatri, <u>etc.</u>)	
	a) Si	87%
	b) No	13%
VI)	Oltre ai cardiologi, per supportare il PS, sono coinvolte altre figure professionali appartenenti a discipline non equipollenti o non affini alla Medicina D'Urgenza? (Oncologi, Ematologi, Chirurgie Specialistiche)	
	c) Si	25%
	d) No	75%



VII) Con quali modalità amministrativo/economiche il Cardiologo svolge la su attività in PS (più risposte possibili)	
a) Decisione volontaria senza incentivo economico	14%
b) Decisione volontaria con incentivo economico	45%
c) Ordine di servizio	59%
VIII) Ritieni che il coinvolgimento nei turni del PS dei cardiologi incida significativamente sulla organizzazione della UO che dirigi?	
a) Si	90%
b) No	10%
IX) Ritieni che la tua Direzione Strategica abbia affrontato la crisi del PS cercando una soluzione strutturale	
a) Si	46%
b) No	54%
X) Quale sarebbe, a tuo parere, la migliore soluzione per risolvere la crisi dei PS? (più risposte possibili)	
a) Abolire l'equipollenza/affinità della Medicina d'urgenza con altre branche per evitare che i medici d'urgenza possano partecipare a selezioni in altre specialità	48%
b) Riorganizzare la rete territoriale per ridurre gli accessi di PS	68%
c) Aprire altri presidi con PS	4%
d) Chiudere alcuni presidi con PS e accorparli a ospedali più grandi	56%
XI) Ritieni che il reiterato utilizzo dei cardiologi (e di altre figure specialistiche) in PS possa configurare un "mobbing" e che quindi sia giusto tutelarsi legalmente?	
a) Si	72%
b) No	28%

private che forniscono medici a "gettone" con grosso dispendio di risorse economiche e in alcuni casi peggioramento delle cure erogate. Altra strategia adottata dalle Direzioni Sanitarie è quella di attingere dal pool di medici in servizio in Reparti diversi. È così, che sulla base del principio dell'equipollenza tra Specialità diverse, anche i Cardiologi sono stati coinvolti in quello che qualcuno

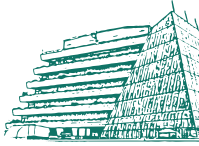
definisce "un tritacarne". La situazione in Regione Campania è piuttosto eterogenea, con differenze tra le diverse strutture ospedaliere. Per conoscere il quadro attuale abbiamo inviato, a giugno 2023, un breve questionario ai Direttori delle 46 UO di Cardiologia degli Ospedali della Campania dotati di PS. Hanno risposto in 28, tra questi tutte le aziende ospedaliere provinciali e gli ospedali con maggiore bacino

d'utenza. A seguire le domande del questionario e la percentuale di risposte date.

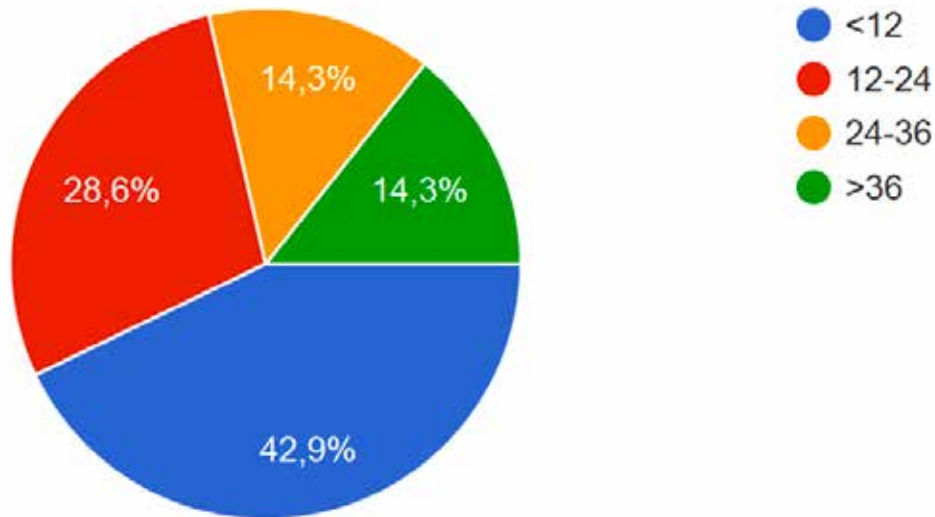
Dalla breve survey emerge che più della metà delle UO di Cardiologia sono coinvolte nella copertura dei turni in PS e che per un 57% di queste la situazione si protrae da oltre un anno. Il carico di lavoro è nel 60% inferiore ai 10 turni/mese per UO con un coinvolgimento per ogni singolo Cardiologo che nel 58% dei casi è maggiore alle 12 ore/mese e per un 15% maggiore alle 36 ore/mese. Nell'87% dei casi

Per il 72% degli intervistati si viene ha creare una situazione di mobbing con la dequalificazione e la marginalizzazione professionale del medico

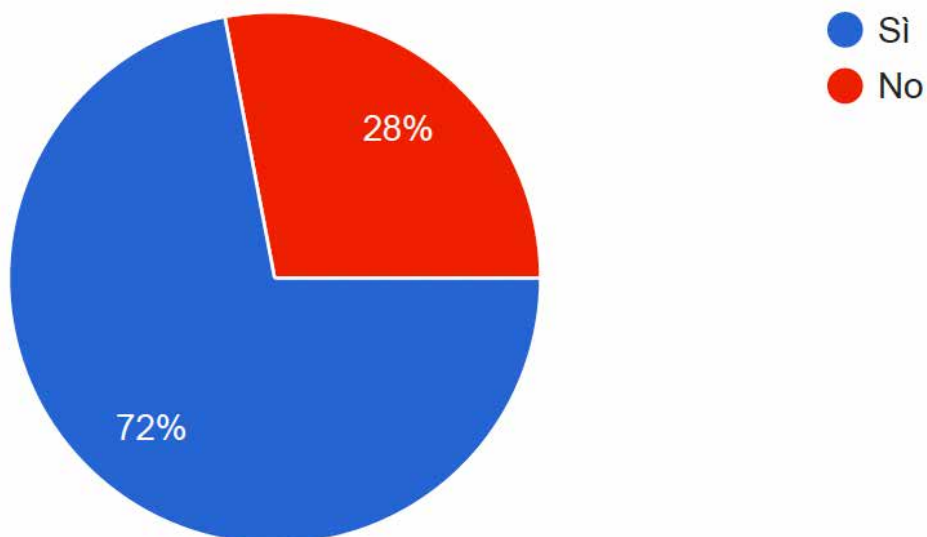
sono coinvolti medici appartenenti a Discipline equipollenti o affini alla medicina d'Urgenza mentre in un 25% sono stati reclutati medici di Discipline non equipollenti o affini alla medicina d'urgenza. Dato interessante è che nel 59% dei casi la Direzione Sanitaria è stata costretta ad utilizzare lo strumento dell'ordine di servizio, ovvero un'ingiunzione al dipendente di violare le norme contrattuali. Diverse sentenze giudiziarie hanno dimostrato come l'ordine di servizio risulti spesso illegittimo perché assunto senza il rispetto dei requisiti formali e sostanziali previsti dalla normativa di riferimento. Da sottolineare come nel 48% dei casi il Cardiologo scelga



Qual è la media di ore mensili che il singolo cardiologo svolge in PS?



Ritieni che il reiterato utilizzo dei cardiologi (e di altre figure specialistiche in PS possa configurare un "mobbing" e che quindi sia giusto tutelarsi legalmente?





di svolgere il turno in PS fuori dal suo orario di servizio e con una retribuzione da parte dell'azienda. Un'opzione che ha permesso, lì dove c'è disponibilità da parte del personale medico, di trovare una soluzione temporanea con grosso dispendio economico da parte dell'azienda. Per la maggior parte degli intervistati migliorare la rete ospedale-territorio porterebbe ad una riduzione degli accessi al PS evitando soprattutto quelli inappropriati. La chiusura, dove possibile, di qualche PS accorpando il personale a PS più grandi è stata considerata un'opzione in oltre la metà delle risposte. Per il 48% eliminare l'equipollenza tra specialità potrebbe essere un'altra soluzione. Attualmente viviamo il

paradosso che un medico d'urgenza può partecipare ad un concorso di Cardiologia scegliendosi un Ospedale con bassi volumi operativi e dall'altra un Cardiologo con magari 30 anni di servizio ospedaliero sulle spalle è costretto a lavorare al PS. Per il 54% dei Direttori di Struttura interpellati la direzione sanitaria del proprio presidio non ha cercato una soluzione strutturale al problema e per il 90% di loro, inviare medici al PS comporta problemi organizzativi nella copertura dei turni con conseguente riduzione delle attività ordinarie, principalmente quelle ambulatoriali. Da non sottovalutare l'aspetto probabilmente più importante, legato alle conseguenze sulla motivazione professionale e sulla salute psico-fisica del

Cardiologo che deve affrontare un lavoro per il quale non è formato ed ha scarse competenze mettendo a rischio la salute dei pazienti e la propria responsabilità professionale. Per il 72% degli intervistati si viene a creare una situazione di mobbing con la dequalificazione e la marginalizzazione professionale del medico. Concludendo, la Campania, così come molte regioni italiane, sta vivendo una grave crisi sanitaria frutto di una cattiva programmazione. Ovviare alla carenza di personale del PS utilizzando medici con competenze diverse non è la soluzione e il suo prolungarsi può portare a conseguenze più gravi della crisi che l'ha determinata.♥

Riportiamo i dati di una survey condotta in Campania sul coinvolgimento del Cardiologo nella copertura dei turni in PS. Dai dati emerge che più della metà dell'UO intervistate invia Cardiologi al PS e nel 57% dei casi lo fa da più di anno

Nel 59% dei casi la Direzione Sanitaria è stata costretta ad utilizzare lo strumento dell'ordine di servizio

Per il 54% dei Direttori di Struttura la direzione sanitaria non ha cercato una soluzione strutturale al problema e per il 90% di loro, inviare medici al PS comporta problemi organizzativi nella copertura dei turni con conseguenze non trascurabili sulla motivazione professionale e sullo stress psico-fisico del medico



Avviati due progetti medico-infermieristici nella Cardiologia dell'Ospedale Pio XI di Desio e sul territorio dell'ASST Brianza

È possibile e utile misurare la qualità delle cure dei pazienti con Infarto Miocardico e Scompenso Cardiaco?

Il progetto QiC (Qualità in Cardiologia) valuterà la qualità delle cure durante il ricovero in ospedale e il progetto DIMACC (Progetto di dimissione accompagnata dopo un ricovero ospedaliero per infarto miocardico acuto o scompenso cardiaco acuto) dopo il rientro al domicilio

La qualità delle cure offerte ai pazienti è sempre stata la prima preoccupazione di ogni cardiologo, ma solo di recente è divenuta oggetto di particolare attenzione. La qualità delle cure nelle malattie cardiovascolari è determinata da molti fattori e per valutarla occorre utilizzare più indicatori che esplorano strutture, procedure ed esiti. Nel 2017 è stato pubblicato il primo documento della European Society of Cardiology (ESC) sugli indicatori di qualità (IQ) nella cura dell'infarto miocardico acuto (IMA), aggiornato nel 2021. Nel 2022 è stato elaborato il primo documento dell'ESC sugli IQ nella cura dello scompenso cardio-circolatorio (SCC). Numerosi studi hanno documentato come una

migliore qualità della cura si associ ad una prognosi migliore, sia nei pazienti con IMA sia in quelli con SCC. Nonostante questo, mentre

Mentre è entrata da tempo nella routine di ogni Cardiologia l'abitudine di misurare tempi e numeri delle prestazioni sanitarie effettuate, non è diventata ancora pratica corrente misurarne la qualità

è entrata da tempo nella routine di ogni Cardiologia l'abitudine di misurare tempi e numeri delle

prestazioni sanitarie effettuate, non è diventata ancora pratica corrente misurarne la qualità. Nel 2021, nel pieno della pandemia da COVID-19, incoraggiati da una Direzione Strategica illuminata, all'Ospedale di Desio si è incominciato a pensare di misurare la qualità delle cure offerte ai pazienti con IMA e SCC non solo durante la loro degenza in ospedale (dove rappresentano la causa di ricovero più frequente in UCIC ed in Cardiologia) ma anche dopo la dimissione. A motivo del numero e della complessità delle procedure da avviare e dei dati da monitorare per misurare gli IQ, abbiamo pensato di strutturare questa attività in due progetti di ricerca in collaborazione con l'Università di Torino. I progetti hanno ricevuto un finanziamento



SC Cardiologia e UCIC, Ospedale Pio XI, Desio, ASST Brianza
Scienze Infermieristiche - Università degli Studi di Torino



QiC
Qualità in Cardiologia

SC Cardiologia e UCIC, Ospedale Pio XI, Desio, ASST Brianza
Scienze Infermieristiche - Università degli Studi di Torino

DIMACC

Progetto di **dimissione accompagnata**
dopo un ricovero ospedaliero
per infarto miocardico acuto o
scompenso cardio-circolatorio acuto

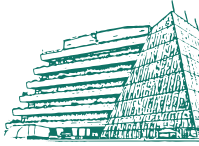


Figura 1 - I Progetti di ricerca QiC e DIMACC

incondizionato da parte di Novartis per la raccolta e l'elaborazione dei dati ed il supporto da parte della Direzione Strategica di una figura di *data manager*. Sono così nati il progetto 'Qualità in Cardiologia' (QiC) per misurare la qualità delle cure durante il ricovero e il 'Progetto di **dimissione accompagnata** dopo

un ricovero ospedaliero per infarto miocardico acuto o scompenso cardiaco acuto' (DIMACC) per misurare la qualità delle cure nel primo anno dopo il ricovero (Figura 1). I due progetti sono stati concepiti come attività mediche ed infermieristiche strettamente interconnesse sia in ospedale che sul

territorio, dove sono state coinvolte le nuove figure degli infermieri di famiglia e comunità (IFeC). La costruzione dei progetti è avvenuta attraverso un serrato confronto con medici e infermieri dell'ospedale e del territorio con rivalutazioni cicliche dell'utilità e della fattibilità delle procedure da seguire e dei



The image displays two medical forms side-by-side, representing the 'Progetto QiC' discharge summary sheets. The left form is for 'INFARTO MIOCARDICO ACUTO' (Acute Myocardial Infarction) and the right form is for 'SCOMPENSO CARDIACO ACUTO' (Acute Heart Failure). Both forms are structured similarly, starting with patient identification and hospital information (Struttura Complessa di Cardiologia e UCIC, Ospedale Pio XI, Desio (MB)).

The forms are divided into several sections:

- Fattori di rischio cardiovascolare:** Includes checkboxes for smoking, hypertension, dyslipidemia, obesity, and diabetes.
- Storia clinica precedente il ricovero:** Lists previous conditions like angina pectoris, infarct, coronary artery disease, stroke, and renal/hepatic failure.
- Diagnosi:** Specifies the type of infarct (STEMI, NSTEMI) or heart failure classification (HFpEF, HFmrEF, HFrEF).
- Esami ematochimici (all'ingresso):** Fields for troponin, BNP, creatinine, and various electrolytes.
- Score di rischio:** Includes GRACE 2 and CRUSADE scores.
- Coronarografia:** Details the procedure, catheters used, and any complications.
- Rivascularizzazione coronarica:** Indicates the type of revascularization (percutaneous, surgical, or bypass).
- Templistica STEMI:** Documents the time from symptom onset to diagnosis and treatment.
- Templistica NSTEMI:** Documents the time from hospital admission to diagnosis.
- Complicazioni:** Lists any complications during the hospital stay.

Figura 2 - Progetto QiC: schede di sintesi del ricovero per infarto miocardico acuto o scompenso cardiaco acuto con le misure degli indicatori di qualità delle cure

dati da raccogliere. Nel 2022 è stata avviata la fase pilota e il primo maggio 2023 hanno preso avvio entrambi i progetti che valuteranno per due anni tutti i ricoveri in Cardiologia-UCIC per IMA o SCC (circa 500-600 pazienti all'anno) ed il follow-up nei primi 12 mesi dopo la dimissione di tutti i pazienti che aderiranno all'iniziativa (nella fase pilota hanno partecipato al progetto DIMACC due pazienti su tre).

Il Progetto QiC

Il progetto QiC prevede di misurare durante la degenza tutti gli IQ suggeriti dall'ESC: 26 indicatori in 7 differenti aree nei pazienti ricoverati per IMA e 16 indicatori in 4 differenti aree nei pazienti ricoverati per SCC, e riportarne l'esito in una

scheda ad hoc (Figura 2) che viene allegata alla lettera di dimissione così da informare il paziente e il suo medico. A partire dai dati raccolti saranno organizzate periodicamente attività di audit con il personale medico ed infermieristico della Cardiologia, per analizzare la qualità della cura nei pazienti ricoverati

La qualità delle cure nelle malattie cardiovascolari è determinata da molti fattori e per valutarla occorre utilizzare più indicatori che esplorano insieme strutture, procedure ed esiti

per IMA o SCC e confrontarla con l'atteso e con quanto registrato in altre realtà. Sarà interessante monitorare l'andamento nel tempo degli IQ per esplorare la possibilità di migliorare la qualità delle cure quando insufficiente, e mantenerla quando già ottimale.

Il Progetto DIMACC

Il primo anno dopo un ricovero per IMA o SCC è il periodo più critico, con la più alta incidenza di complicanze e necessità di riospedalizzazione. A fronte di un miglioramento della prognosi nella fase acuta di queste malattie, molti studi documentano che la mortalità dopo la dimissione negli ultimi anni non si è ridotta e, addirittura, talvolta è aumentata. Questo fatto è

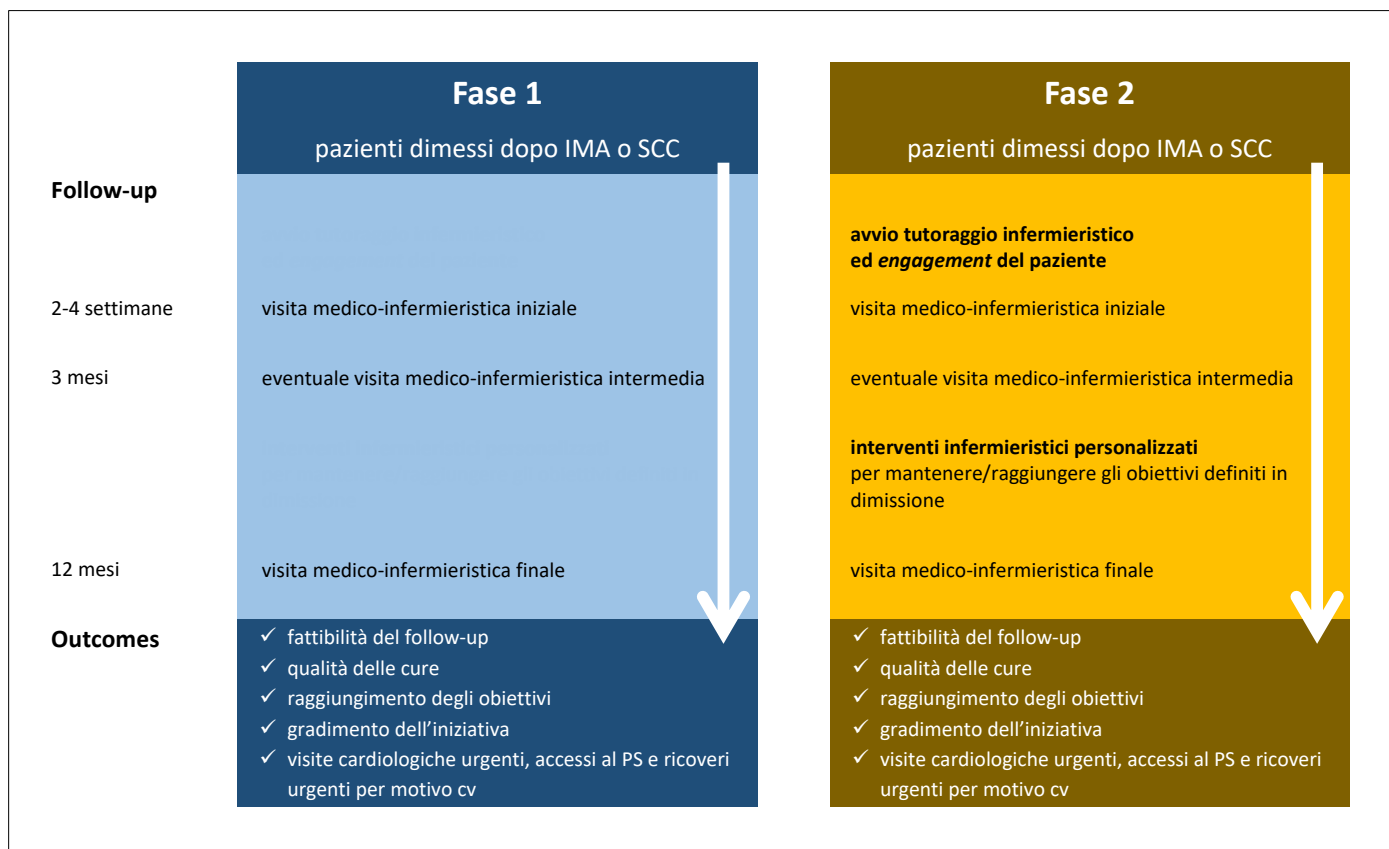


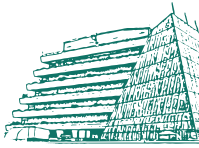
Figura 3 - Progetto DIMACC: disegno delle Fasi 1 e 2

verosimilmente legato ad una qualità delle cure non sempre adeguata in una fase della malattia in cui il paziente è ancora molto vulnerabile. Con il progetto DIMACC ci siamo posti l'obiettivo di valutare la qualità delle cure dei nostri pazienti dopo il ricovero in ospedale, con una particolare attenzione al controllo dei fattori di rischio e all'aderenza ai trattamenti consigliati. Per fare questo al momento della dimissione diamo ai pazienti ricoverati per IMA o SCC un elenco di obiettivi da mantenere o raggiungere e li invitiamo a seguire un percorso di esami e visite ambulatoriali nei 12 mesi dopo la dimissione, strutturato in base alla gravità/complessità del caso e flessibile in base

all'andamento clinico (Fase 1, Figura 3). Nel percorso di follow-up ciascun paziente è seguito dai cardiologi dell'ospedale e dagli IFeC che hanno un ruolo chiave nel garantire la continuità assistenziale tra ospedale e territorio e valutano in occasione di ogni visita il raggiungimento degli obiettivi definiti al momento della dimissione (Figura 4). Nel corso del secondo anno di studio si valuterà la fattibilità e l'utilità di associare al follow-up strutturato di esami e visite ambulatoriali un vero e proprio tutoraggio da parte dell'IFeC e attività di engagement dei pazienti, che possano migliorare la qualità delle cure favorendo il conseguimento degli obiettivi clinico-terapeutici definiti al momento

della dimissione (Fase 2, Figura 3). Se i progetti QiC e DIMACC dimostreranno di essere fattibili e utili nel migliorare la qualità delle cure, sarà importante trovare il modo di incorporarli nella pratica quotidiana della nostra Cardiologia e magari anche diffonderne l'uso in altre realtà cardiologiche.♥

I progetti QiC e DIMACC valuteranno fattibilità e utilità di misurare la qualità delle cure dei pazienti con infarto miocardico o scompenso cardiaco durante il ricovero e dopo la dimissione



Un reparto di Cardiologia prova a misurare e migliorare la qualità delle cure offerte durante il ricovero e dopo la dimissione ai propri pazienti con infarto miocardico e/o scompenso cardiaco avviando due progetti di ricerca che coinvolgono medici e infermieri dell'ospedale e del territorio, utilizzando indicatori di qualità condivisi ed un programma di follow-up comune in un arco temporale di 2 anni



Figura 4 - Progetto DIMACC: valutazione infermieristica nel corso di una visita di follow-up



Dal Clinical Pathway di ANMCO Toscana

Schemi gestionali delle aritmie nel cardiopatico congenito adulto

Come gestire le aritmie in urgenza nel paziente adulto con cardiopatia congenita

Rilevanza del problema

La popolazione di pazienti adulti con cardiopatia congenita (CC) è in continuo aumento ed assistiamo anche a variazioni epidemiologiche: aumentano i pazienti con CC a moderata ed alta complessità e cresce l'età media. Le aritmie sono frequenti (oltre il 50% dei pazienti con CC complesse svilupperanno aritmie entro i 65 anni di età), rappresentano la prima causa di ospedalizzazione e aumentano di 2-3 volte il rischio di morte o re-intervento. Insieme all'aumento della complessità e all'invecchiamento della popolazione con CC, il fenomeno dell'abbandono delle cure, dovuto soprattutto ad una "transizione" non adeguata dall'ospedale pediatrico a quello dell'adulto, fa sì che sempre più pazienti adulti con CC giungano con acuzie aritmiche negli ospedali generali. Le aritmie sopraventricolari (SV) sono le forme di più frequente riscontro in urgenza; in particolare la tachicardia da rientro intra-atriale è più comune nelle CC operate che hanno richiesto un'estesa

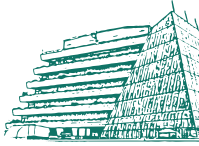
Il trattamento richiede la conoscenza dell'anatomia di base ed eventuali precedenti interventi cardiocirurgici
In urgenza il primo obiettivo è la stabilizzazione del paziente

manipolazione degli atri, mentre la fibrillazione atriale può presentarsi in tutte le CC, ma prevale nelle forme a lieve/moderata complessità e si presenta con un'età media di insorgenza significativamente inferiore rispetto alla popolazione generale. Le aritmie ventricolari sono fino a 100 volte più frequenti nei pazienti con CC e le due forme più comuni sono: la tachicardia ventricolare monomorfa, correlata a cicatrici o materiali protesici utilizzati durante l'intervento, e la tachicardia ventricolare polimorfa, generalmente conseguente ad alterazione del









muscolo cardiaco (**ipertrofia, fibrosi, dilatazione ventricolare**).

Gestione dell'urgenza aritmica nel paziente con CC

Accertata la presenza di un'aritmia nel paziente con CC occorre valutare rapidamente il suo impatto emodinamico per individuare i pazienti che necessitano di una risoluzione rapida. E' inoltre fondamentale conoscere l'anatomia di base e le procedure eseguite per ricercare substrati aritmici riferibili a cicatrici e patch atriali/ventricolari. La valutazione ecocardiografica in urgenza ha scopi diversi da quella ambulatoriale e deve essere mirata alla valutazione della funzione del ventricolo sistemico (quantitativa in caso di ventricolo sistemico morfologicamente sinistro o qualitativa in caso di ventricolo "unico" oppure ventricolo destro sistemico), l'identificazione di dilatazione atriale e rigurgito significativo delle valvole atrioventricolari (che renderanno meno probabile il ripristino del ritmo sinusale),



L'articolo vuole fornire un supporto gestionale per il paziente adulto con cardiopatia congenita che si presenta in urgenza con un'aritmia, guardando al percorso regionale di ANMCO Toscana di collaborazione tra i vari attori coinvolti nell'assistenza del paziente e tra le diverse strutture ospedaliere che si interfacciano sui diversi aspetti del trattamento

	Tachiaritmie sopraventricolari	Tachiaritmie ventricolari
	CVE in caso di instabilità emodinamica (tachiaritmia ad elevata risposta ventricolare associata a disfunzione inotropica)	CVE nel paziente con TV sostenuta sia con emodinamica instabile che stabile ma con CC ad alto rischio di scompenso (es. cuore univentricolare, ventricolo destro sistemico)
	Manovre vagali sono utili per la diagnosi differenziale tra tachicardie da rientro e le tachicardie atriali o flutter	Amiodarone ev per le TV stabili se non indicata CVE
	Adenosina ev bolo rapido è efficace nelle aritmie sopraventricolari con rientro attraverso il nodo AV	Betabloccante per le TV (es. esmololo) con emodinamica stabile
	I farmaci di classe II (betabloccanti) o classe IV (calcioantagonisti) ev possono essere utilizzati nei pazienti con emodinamica stabile	
	Amiodarone ev è indicato nei pazienti con compromissione della funzione cardiaca	
	Evitare i farmaci di classe IC (flecainide, propafenone) se presente disfunzione inotropica	Sotalolo e verapamil non sono raccomandati
	Evitare boli troppo rapidi per il rischio di ipotensione, in particolare nei pazienti con circolazione di Fontan in cui l'adenosina è inefficace	
	Arresto sinusale e bradicardie estreme sono possibili nei pazienti con CC per disfunzione del nodo del seno	

AV = atrioventricolari; CC = cardiopatia congenita; CVE = cardioversione elettrica; TV = tachicardia ventricolare

Trattamento in urgenza delle aritmie sopraventricolari e ventricolari



In caso di cardiopatie congenite a moderata ed elevata complessità, è essenziale il rapporto con il centro di riferimento per le cardiopatie congenite dell'adulto

L'eventuale presenza di trombosi endocavitaria e di versamento pericardico. Il trattamento in urgenza è generalmente uguale a quello definito dalle linee guida per la popolazione generale, tenendo tuttavia conto delle caratteristiche anatomiche e funzionali della CC sottostante che richiedono alcune precauzioni specifiche (vedi figura). Le aritmie SV sono mal tollerate nei pazienti con CC a moderata/alta complessità anche se la frequenza ventricolare non è molto elevata e sono causa in tempi brevi di deterioramento emodinamico;

Le aritmie rappresentano la più frequente complicanza cardiologica nei pazienti adulti con cardiopatia congenita, sia in storia naturale che dopo cardiocirurgia, e sono una causa frequente di accesso in urgenza alle strutture ospedaliere
La comparsa di aritmie può determinare rapidamente una instabilità emodinamica

è quindi necessaria una rapida risoluzione con cardioversione elettrica, se la terapia medica è inefficace.

Percorsi assistenziali dopo la fase acuta

L'accesso ospedaliero rappresenta un momento irrinunciabile di presa in carico del paziente. Risolto l'evento acuto, al momento della dimissione, è necessario delineare il percorso successivo, in base al grado di complessità della CC. Pazienti con CC semplici possono essere istradati per il follow-up aritmologico presso l'ospedale generale. Pazienti con CC a moderata ed elevata complessità dovrebbero essere condivisi con il centro di riferimento per le CC e proseguire il follow-up presso il centro stesso (in alcuni casi l'aritmia è infatti conseguenza di difetti emodinamici potenzialmente correggibili). La terapia farmacologica di prevenzione delle recidive aritmiche ha frequentemente un effetto transitorio e gravato da effetti collaterali anche seri legati ad inotropismo e cronotropismo negativi. La terapia ablativa può essere, in molti casi, una terapia di prima scelta per eliminazione diretta del substrato aritmico, spesso costituito da un circuito di rientro. Nei pazienti con CC a moderata/elevata complessità l'ablazione richiede un elettrofisiologo esperto in CC e dovrebbe essere eseguita in un centro di III livello. Il rischio tromboembolico in questa popolazione è più alto rispetto a quello della popolazione generale. L'indicazione all'anticoagulazione nelle aritmie SV più frequenti non è diversa da quella per la fibrillazione atriale, ma deve essere sempre

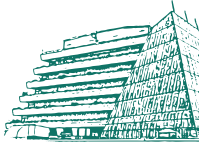
considerato il rischio emorragico, particolarmente rilevante nelle CC cianogene; perciò, l'indicazione all'anticoagulazione nelle CC ad alta complessità dovrebbe essere discussa con il centro di riferimento.

Conclusioni

Le aritmie rappresentano la più frequente complicanza nei pazienti adulti con CC e una causa frequente di accesso in urgenza nelle strutture ospedaliere; l'eterogeneità della popolazione dei pazienti con CC, l'assenza di una formazione specifica sulle CC durante il percorso formativo e, talvolta, la mancanza di una documentazione cardiologica completa (relativa all'anatomia di base e agli eventuali interventi) rendono non raramente questi accessi in urgenza una sfida per gli operatori. La collaborazione tra gli ospedali generali e i centri dedicati alle CC è fondamentale soprattutto nella gestione dei pazienti con CC a moderata/alta complessità e dovrebbe essere strutturata tenendo conto dei presidi e delle competenze disponibili a livello regionale.♥

Bibliografia

1. Baumgartner H, De Backer J, Babu-Narayan SV, et al. 2020 ESC Guidelines for the management of adult congenital heart disease. *Eur Heart J* 2021;42:563-645
2. Gagliardi MG, Barracano R, Palmieri R, et al. Il cardiopatico congenito adulto in Pronto Soccorso. Task Force sulle Emergenze del Cardiopatico Congenito Adulto della Società Italiana di Cardiologia Pediatrica e delle Cardiopatie Congenite. *G Ital Cardiol* 2021;22:152-66
3. Favilli S, Assanta N, Carluccio M, et al. I clinical pathways dell'ANMCO Toscana: la gestione in urgenza delle aritmie nel cardiopatico congenito adulto. *G Ital Cardiol* 2023;24(8):604-611



Regioni 3.0

Il nuovo progetto con le Regioni al centro

Finalmente ci siamo: è nato “Regioni 3.0” il nuovo progetto che vede come protagoniste le Regioni.

L’iniziativa, coordinata dalla Dott.ssa Fabiana Lucà e dal Dott. Alessandro Navazio, con l’imprimatur del Consiglio Direttivo ANMCO, è volta al confronto e all’approfondimento di tematiche sanitarie, non solo sotto il profilo scientifico, ma anche organizzativo-gestionale, al fine

di valorizzare modelli altamente funzionali emergenti in alcune realtà regionali e di correggere eventuali criticità grazie al fattivo confronto tra pari. “Regioni 3.0” si articola in vari step. Partendo da una serie di Survey Specifiche dedicate ai Soci ANMCO su vari temi, vengono poi organizzati dei Webinar Live a tema per la rubrica Web “Talk Regioni” di Regioni 3.0, in cui è previsto che tutti i Presidenti Regionali, a

gruppi si avvicendino nell’analisi dei dati emersi dalle Survey con lo scopo di confrontarsi e aggiornarsi sui temi stessi della Survey, relativi alla gestione e ai percorsi clinici, alla luce dei più recenti trial, delle ultime linee guida pubblicate e dei criteri di appropriatezza. Terzo e ultimo step di Regioni 3.0 è costituito proprio da questa nuova rubrica su “*Cardiologia negli Ospedali*” intitolata “Parola di Regione”, coordinata



Regioni 3.0

Coordinatori

Fabiana Lucà e Alessandro Navazio

con l’imprimatur del Presidente Nazionale Prof. Fabrizio Oliva e del CD ANMCO

**Survey Nazionali
ad Hoc**

Talk Regioni

Live Webinar

Con il coinvolgimento a turnazione
tutti i Presidenti Regionali ANMCO

Moderatori: Alessandro Navazio,
Carmine Riccio, Fabiana Lucà

Parola di Regione

Nuova Rubrica con Articoli ad
Hoc su CNO

Coordinatori:

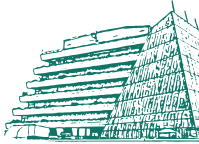
Fabiana Lucà e Mario Chiatto
con l’editor Giuseppe Di Tano



dalla Dott.ssa Fabiana Lucà e dal Dott. Mario Chiatto, che insieme all'Editor, Dott. Giuseppe Di Tano, si occuperanno della realizzazione di articoli *ad hoc* sui temi delle Survey e dei Webinar "Talk Regioni". La prima indagine, lanciata a tutti i Soci ANMCO, "Survey NSTEMI: caduti nella rete?" è tuttora aperta sul Sito Web ANMCO con la possibilità di rispondere ancora attiva. Il 4 settembre, si è tenuto il primo Webinar "TalkRegioni -NSTEMI: caduti nella rete?", presentato e introdotto dal Presidente ANMCO, Dott. Fabrizio Oliva, in cui i Presidenti Regionali di: Lombardia, Emilia Romagna, Marche e Sicilia, moderati dal Dott. Alessandro Navazio, dal Dott. Carmine Riccio e dalla Dott.ssa Fabiana Lucà, si sono confrontati sui dati parziali della Survey "NSTEMI: caduti nella rete?" nel corso di una vivace discussione che ha evidenziato come i dati italiani siano variegati e a macchia di leopardo. Come ha ricordato il Presidente Regionale della Lombardia Dott. Felice Achilli, Direttore Struttura Complessa Cardiologia Clinica P.O. Desio, in Lombardia vi sono 106 UO di Cardiologia e 61 UTIC, di queste 49 hanno l'emodinamica H24 di cui

20 con cardiocirurgia, ma solo 3 ospedali hanno UTIC, Emodinamica H24, Cardiocirurgia e TCO. Il livello di assistenza in Lombardia risulta adeguato secondo le LLGG, ma c'è ancora strada da fare insieme in termini di condivisione di diagnosi, score di urgenza e gestione di tali patologie tempo-dipendenti con i medici dell'Emergenza Urgenza. A parere del Presidente Regionale dell'Emilia Romagna Dott. Gianni Casella, Direttore UOC di Cardiologia, Ospedale Maggiore Bologna presso Azienda USL di Bologna, la distanza media dal Centro Hub all'Emodinamica varia dagli 8 ai 40 Km, con tempi medi di 10-16 min. Ogni Hub riceve pazienti da circa 2-4 ospedali periferici; nella maggior parte dei casi il trasporto avviene con ambulanza medicalizzata e il criterio principalmente utilizzato per la tempistica su trasporto è il quadro emodinamico, mentre il GRACE Score è sottoutilizzato. Il Presidente Regionale delle Marche, Dott. Giovanni Tarsi, Direttore UOC Cardiologia-UTIC dell'Ospedale San Salvatore di Pesaro - AST di Pesaro - Urbino, ci racconta che nelle Marche la rete degli ospedali si compone di 4 centri Hub, di cui

1 regionale, l'Ospedale di Ancona, e 9 centri Spoke. Ci sono in media 28 km tra centro Hub e centro Spoke con un tempo di percorrenza medio di 23 minuti nella Regione in cui esiste una rete dell'infarto ben strutturata con servizio di telemedicina e teletrasmissione di ECG. I trasferimenti sono per lo più a carico del Cardiologo e c'è un basso coinvolgimento dei Cardiologi dei centri Spoke nella procedura. Secondo la Presidente Regionale della Sicilia Dott.ssa G. Maura Francese, Dirigente Medico presso la UOC di Cardiologia dell'ARNAS Garibaldi - Nesima, particolarmente da attenzionare è la situazione dei centri Spoke senza posti letti UTIC, che attraversano grandi difficoltà nel trasferire gli NSTEMI, (carenza posti letto liberi UTIC, successiva degenza del malato). Questo è un problema comune a tutte le Regioni italiane, continua la Francese, perchè i posti UTIC sono estremamente ridotti e spesso il trasferimento del paziente risulta difficile, specialmente nelle realtà più piccole. In Sicilia di fatto i Cardiologi presenti nei centri Spoke sono incaricati anche del trasporto di questi malati presso i centri Hub. L'operazione di trasferimento,



depaupera il centro Spoke per un lungo lasso di tempo durante il turno di servizio, impegnandolo nel trasporto del paziente, che potrebbe essere affidato ad un infermiere (come avviene già in altre Regioni). Non sembra inoltre esserci una vera rete strutturata per l'NSTEMI e vi è un sottoutilizzo della telemedicina. In conclusione non esiste una rete strutturata per l'NSTEMI in tutte e 4 le Regioni analizzate, che ricalcano e "sfruttano" quella esistente per lo STEMI, con tempistiche ovviamente diverse del trasporto e gestioni logistiche non standardizzate. Il trasporto dei pazienti con NSTEMI, per quanto riguarda Marche e Sicilia, è per lo più svolto impropriamente dal Cardiologo, sottraendo in tal modo un medico specialista per lungo tempo alla struttura Spoke di riferimento. Ci sono Regioni, come la Lombardia, dove il trasporto del paziente con NSTEMI viene effettuato da un Infermiere con competenze di BLS; questa organizzazione non può però essere applicata ai pazienti definiti ad alto rischio. Dai dati della Survey è emerso che la definizione

di "paziente ad alto rischio" non è uniforme tra i Cardiologi del nostro territorio nazionale, mentre, come sottolineato dal Dott. Carmine Riccio, sarebbe auspicabile un protocollo condiviso sui trasporti secondari. Come sottolineato dal Presidente ANMCO, Dott. Fabrizio Oliva, porre indicazione alla coronarografia è già di per sé una presa di responsabilità del medico del centro Spoke, che avviene con la firma del consenso informato e che la rende pari a quella posta dal centro Hub. Va aggiunto che non sempre la discussione del caso è legata alla scarsa fiducia nel collega del centro Spoke da parte del centro Hub, ma al fatto che il confronto tra centro Hub e Spoke può aiutare nel percorso decisionale. A questo si aggiungono le già note difficoltà di posti letto con UTIC. La questione sulla possibilità del Cardiologo del Centro Spoke inviante di partecipare alla procedura del paziente nel Centro Hub ricevente è stata molto dibattuta. Dai dati raccolti si ha la percezione che la maggior parte dei Cardiologi auspichino questa possibilità e questo tipo di organizzazione (che già viene praticata in qualche centro). Tuttavia la carenza di organico in tutte le Cardiologie, e il problema legato alle "competenze" e alla curva di apprendimento rende questa soluzione poco praticabile. La discussione ed i commenti finali sono

stati affidati al Presidente ANMCO Fabrizio Oliva che ha nuovamente sottolineato la necessità di rivolgere le domande del sondaggio ai centri ad alle realtà più periferiche e più povere in termini di risorse ed evidenziato che la competenza del Cardiologo deve essere "culturale" e non "pratica". Le risposte alle Survey inviate all'ANMCO sono utili per fornire dati e quadri immediati di una realtà sanitaria italiana variegata dal punto di vista territoriale e di gestione. Pertanto continuate a rispondere numerosi alla Survey per rendere il risultato più omogeneo possibile e affine alla realtà che viviamo! ♥



Survey NSTEMI: caduti nella rete?

Il timing dell'angiografia coronarica nei pazienti con sindrome coronarica acuta senza sopraslivellamento del tratto ST-T (NSTEMACS) rimane ancora oggi dibattuto. Le linee guida internazionali raccomandano una strategia invasiva precoce (entro le 24 ore) sulla base di criteri ben definiti come la stratificazione del rischio secondo parametri ben definiti quali il Grace Risk Score, le alterazioni dinamiche del tratto ST-T, i valori di troponina e la stabilità emodinamica. Il problema del timing si pone con maggiore importanza nei centri che, non essendo dotati di un laboratorio di emodinamica, non possono garantire autonomamente l'esecuzione della coronarografia e sono costretti a trasferire il paziente presso altro centro. Questo comporta spesso notevoli disagi organizzativi che rischiano di influire sulla qualità di cure del paziente. Per tale motivo in ogni provincia dovrebbe essere presente una rete degli NSTEMI ben sviluppata e ben funzionante in grado di garantire un'erogazione delle cure dinamica e di elevata qualità al paziente affetto da NSTEMI. Scopo della Survey è approfondire gli aspetti legati alla rete degli NSTEMI in termini logistici e organizzativi. La Survey è rivolta a tutti i Soci ANMCO, in particolare a coloro che lavorano presso le UTIC, e ai Direttori di Struttura Complessa di Cardiologia.

Per compilare i 15 item della Survey sono sufficienti solo pochi minuti.

Partecipa anche tu e dai il tuo prezioso contributo per migliorare la rete degli NSTEMI a vantaggio di tutti i nostri pazienti.

Grazie in anticipo, certi che non mancherai di rispondere al nostro invito.

Fabiana Lucia

Chairperson Area Management&Qualità ANMCO

Alessandro Navazio

Vice Presidente ANMCO Referente per le Regioni

*Se sei un Socio ANMCO dai il tuo contributo per migliorare la rete degli NSTEMI a vantaggio di tutti i nostri pazienti compilando la **Survey NSTEMI: caduti nella rete?** che trovi sul Sito WEB ANMCO*



Utile un patto tra i professionisti della sanità, in primis i medici, che devono riacquistare un ruolo primario

Facciamo tesoro del nostro SSN: da salvaguardare e potenziare!

Il SSN è un sistema che ha retto finora, ha garantito tutti i cittadini, pur se va migliorato, potenziato e razionalizzato garantendo l'unitarietà e la sussidiarietà del Sistema Sanitario Nazionale

La pandemia da SARS-Cov 2 ha evidenziato criticità. Dobbiamo però far tesoro di quel che è accaduto! Non sono stati evidenziati però solamente aspetti negativi, ma anche positivi. Medici e personale sanitario hanno svolto una mole enorme di lavoro per rispondere alle esigenze straordinarie legate alla pandemia, spesso con abnegazione e responsabilità. Occorre agire per evitare situazioni simili, agire sin da ora non solo a livello locale, ma europeo "in primis", con collaborazioni strette a livello planetario. Occorre una politica sanitaria globale. L'Europa deve divenire "Europa politica", in tema di salute, in grado di fornire direttive vincolanti e univoche ai Paesi che la compongono e favorire perciò interventi adeguati. Deve farsi "ascoltare" dalle multinazionali che operano in ambito sanitario,

ricreare un'industria europea in grado di produrre materie prime, farmaci, vaccini, per far sì che ci sia una disponibilità adeguata e che le nazioni occidentali si facciano carico, in tema di accesso

L'Europa deve essere in grado, in tema di salute, di fornire direttive vincolanti e univoche ai Paesi che la compongono e pertanto favorire interventi adeguati

alla salute, anche dei paesi meno fortunati. Auspichiamo che l'Europa, grazie ai paesi tecnologicamente avanzati, investa in sanità, dia mezzi adeguati alla ricerca favorendo le collaborazioni e che si crei una

vera "Rete" d'osservazione e di collaborazione in tema di salute e sanità pubblica. Speriamo che si guardi alle emergenze climatiche, ambientali in modo diverso ricordando che tutelare l'ambiente, l'acqua, il suolo, l'aria vuol dire tutelare la Salute di ogni cittadino. Crediamo che un modello di sviluppo non solo eco-sostenibile, ma sostenibile per la salute dei cittadini sia fondamentale. Abbiamo bisogno oggi d'intelligenze e di rappresentanti politici in grado di guardare al domani con una prospettiva di lungo periodo. Liberalizzazione e globalizzazione non sono la risposta ai bisogni sanitari. Indispensabile è la trasparenza dei bandi e l'accurata pubblicazione degli stessi, dei partecipanti e delle aggiudicazioni. Speriamo anche in una politica nazionale per l'ubicazione dei



servizi ad altissima tecnologia, prevedendo, contestualmente, pari opportunità d'accesso in ogni parte d'Italia per ogni cittadino. Favorire una politica della qualità certificata delle prestazioni, tale da indurre un miglioramento complessivo dell'offerta salute in ogni regione, che renda inutile la migrazione sanitaria. Il SSN è un sistema

La pandemia da SARS- Cov2 ha evidenziato l'importanza del SSN, nonostante alcune criticità legate in special modo alle carenze della medicina territoriale. Questa esperienza può servire perciò ad evitare alcuni errori nella pratica odierna e in futuro

che ha retto finora garantendo tutti i cittadini. Va migliorato, potenziato e razionalizzato al fine di continuare a garantire l'unitarietà e la sussidiarietà. La lotta agli sprechi è essenziale, interessa il cittadino e gli operatori del pianeta sanità. È fondamentale pertanto recuperare risorse da investire nel sistema. Utile un patto tra i professionisti della sanità, in primis i medici, che devono riacquistare un ruolo primario. Si rende peraltro necessario un patto tra medici di famiglia, medici ospedalieri e del territorio per elaborare insieme strategie che vadano nella direzione dell'appropriatezza delle cure, dei

percorsi diagnostici, nell'ottica di offrire la migliore prestazione con il prezzo più contenuto. La programmazione delle spese tecnologiche va fatta utilizzando un'unica piattaforma nazionale. Serve organizzare un controllo puntuale su ogni opzione di spesa, valutazione che non deve tener conto solo del prezzo più basso, ma in primis della qualità. È possibile ridurre gli sprechi mantenendo la qualità. Bisogna rivedere l'assetto normativo favorendo una scelta esclusiva per il SSN. Qui sviluppati alcuni temi di interesse specifico, quali:

1. SSR/SSN- Sistema sanitario regionale/nazionale: non bisogna favorire l'autonomia differenziata perché è importante e imprescindibile l'unitarietà del SSN.
2. Liste d'attesa: è necessario condividere percorsi e ristabilire un sano rapporto medico-paziente.
3. Intra-moenia: non deve esserci una grande discrepanza tra prestazione con il SSN e in intra-moenia.
4. Medicina del Territorio: potenziare realmente la medicina del territorio e di comunità.
5. Medicina Digitale: Ordine del giorno: "Sburocratizzare e semplificare".
6. Tutela del lavoratore: salvaguardare il professionista dal punto di vista legale nell'esercizio della professione.

Conclusioni

Il SSN universalistico è una conquista di civiltà. Non dimentichiamocene. È un fiore all'occhiello e un punto di riferimento anche per gli altri Paesi. Se non ci crediamo noi, chi lo farà per noi?♥

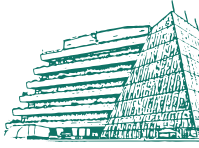
La sanità non può, né deve essere "regionale", ma "nazionale", anzi per alcuni ambiti, ad es. le malattie rare, può essere utile una valutazione "europea"



Foto di Eberhard Grossgasteiger - www.pexels.com

Il SSN "universalistico" è una conquista di civiltà che non deve essere vanificata





La carenza di Cardiologi si manifesta in maniera eterogenea a livello nazionale, con Cardiologie che non riescono a trovare candidati da assumere e altre che hanno liste di attesa per i pochi posti disponibili

Quali caratteristiche possono rendere più attrattiva una Cardiologia per le nuove generazioni di Cardiologi?

Solo le grandi Cardiologie riescono ad attrarre nuovi Cardiologi?

Agli Stati Generali ANMCO 2023, tenutisi il 7-8 settembre, è stata ribadita la cronica carenza di Cardiologi in Italia, con previsioni in peggioramento nei prossimi anni. È stato anche segnalato che il fenomeno non è omogeneo a livello nazionale e che vi sono Cardiologie che non riescono a trovare candidati da assumere e altre che hanno invece lunghe liste di attesa per i pochi posti disponibili. Si è anche osservato che le maggiori difficoltà nel reclutamento di Cardiologi sembrano trovarle le piccole Cardiologie, mentre i grandi Centri navigherebbero in migliori acque. **Necessaria una analisi più approfondita**

Il problema è di tale importanza da richiedere probabilmente una analisi

più approfondita, alla ricerca delle caratteristiche che possono rendere più attrattiva una Cardiologia per le nuove generazioni di Cardiologi.

e organizzative, probabilmente più facilmente realizzabili nel grande centro, ma non per questo necessariamente esclusive e

L'attrattività di una Cardiologia nei confronti delle nuove generazioni di Cardiologi dipende dalla comodità della sua accessibilità geografica, dal clima interno, dalle proprie dotazioni tecnologiche e dalle offerte di crescita formativa strutturata

Non è infatti necessariamente vero che la sola grande dimensione di una struttura cardiologica costituisca di per sé stessa elemento di attrazione, ma è possibile che invece le grandi dimensioni rappresentino un "indicatore surrogato" di altre caratteristiche strutturali

anzi probabilmente esportabili, perseguibili e raggiungibili anche in centri di minore complessità, se adeguatamente identificate e riconosciute.

Testimonianza personale

Un aiuto, per questa analisi di dettaglio, può nascere forse dalla



mia esperienza personale, quando, da giovane Cardiologo in cerca di una posizione lavorativa, dopo un periodo di frequenza volontaria e gratuita nella struttura, ho richiesto la mia prima intervista/colloquio con il Primario della Cardiologia di Pordenone (allora era il Dott. Domenico Zanuttini) per considerare le possibilità di un mio inserimento nello staff, previa partecipazione a un concorso. La Cardiologia di

Il buon clima lavorativo interno, le dotazioni tecnologiche aggiornate e adeguate e la possibilità di una personale crescita formativa strutturata costituiscono probabilmente caratteristiche attrattive universali e generalizzabili per le nuove generazioni di Cardiologi

Pordenone è una struttura che non opera in un Ospedale con Cardiochirurgia in situ, ma dispone di tutte le altre componenti di una Cardiologia Hub ad elevata complessità, inclusa la degenza, l'UTIC, gli ambulatori (clinici, ecocardiografia, ultrasonografia vascolare, Holter ECG e pressorio, Test da sforzo e stress test), emodinamica, elettrofisiologia diagnostica e interventistica con elettrostimolazione. È evidente che il *primum movens* del mio interessamento derivasse dalla prossimità geografica, in quanto comunque abitavo a Pordenone, ma quella prima esperienza mi ha permesso anche di evidenziare, considerare e analizzare tre altri principali fattori di attrazione della struttura nei miei confronti: il clima lavorativo interno, la dotazione tecnologica, la possibilità personale

di crescita formativa professionale strutturata. La successiva esperienza professionale lavorativa ha avvalorato l'importanza di tali fattori, che, dopo quello della sede geografica, possono venire considerati probabilmente di significato più universale e generalizzabile per le definizioni della capacità attrattiva di una istituzione cardiologica nei riguardi delle nuove generazioni di professionisti.

Il clima lavorativo interno

È questo un fattore essenziale per poter operare bene e in serenità. Può costituire anche un grande elemento equilibratore e di assorbimento degli stress lavorativi e dei carichi di lavoro. Credo dipenda da molti fattori, anche caratteriali e relazionali, individuali e collettivi, propri dei professionisti di ogni particolare struttura, ma ritengo anche possa venire modificato, modulato e migliorato sostanzialmente da Primari con particolari e specifiche caratteristiche professionali, manageriali e umane. L'assidua presenza e la costante disponibilità e accessibilità del Primario per consigli, suggerimenti e indicazioni costituisce ulteriore garanzia di un buon clima lavorativo interno, con un buon team manager e una buona squadra, evitando isolamenti operativi, barriere

professionali e difficoltà comunicative, operando per la gestione e la risoluzione dei conflitti e facilitando il lavoro in gruppo e le relazioni fra i diversi gruppi di lavoro e sottospecializzazioni.

La dotazione tecnologica

È essenziale che la dotazione tecnologica della istituzione cardiologica sia adeguata, sia numericamente che per tipologia, oltre che aggiornata e sottoposta a continua e ottimizzata manutenzione programmata. Può risultare frustrante e fonte di grande preoccupazione dover operare con apparecchiature datate o addirittura obsolete, con scarsa dotazione di accessori e manutenzione inadeguata o intempestiva.

La possibilità personale di crescita formativa strutturata

L'offerta, da parte di una struttura cardiologica, di percorsi strutturati che forniscano la possibilità di una crescita formativa personalizzata, che corrisponda agli interessi scientifici e alle preferenze professionali di ogni Cardiologo dell'equipe, costituisce un forte elemento di attrazione per le nuove generazioni di Cardiologi. È importante che l'istituzione cardiologica garantisca le possibilità di migliorare le capacità di sapere e saper fare di ogni professionista operante in ogni settore subspecialistico, integrando le esigenze e gli obiettivi dei singoli nel contesto e in sinergia con gli obiettivi dei diversi laboratori e teamwork specifici, nonché con quelli della stessa istituzione nel suo complesso, anche organizzando e/o partecipando a progetti di ricerca strutturati, monocentrici o multicentrici. È fondamentale una



Foto di Los Muertos Crew - www.pexels.com/

programmazione temporale definita, una comunicazione e condivisione delle iniziative nell'ambito di tutta l'equipe, nonché la disponibilità diffusa e reciproca, secondo le proprie competenze, al tutoraggio, all'insegnamento sul campo e al training organizzato. Le possibilità di offrire insegnamento strutturato, stage di training e formazione pratica nelle diverse tecnologie anche per professionisti di altre istituzioni, che possano frequentare per periodi più o meno lunghi, sono particolarmente formativi e gratificanti non solo per gli allievi, ma anche per i docenti e i tutor. Estremamente gratificante e produttiva può risultare anche la partecipazione a reti formative strutturate con altri ospedali e istituzioni cardiologiche ospedaliere

e universitarie, anche nel contesto dei programmi delle scuole di specializzazione.

Conclusioni

Una attenta analisi, anche se probabilmente non esaustiva, delle caratteristiche che possono rendere più attrattiva una Cardiologia per le nuove generazioni di Cardiologi, al di là di una personale comodità di accessibilità geografica, pone le Cardiologie di maggiori dimensioni in posizione privilegiata. È però possibile che la maggiore complessità non rappresenti di per se stessa l'elemento essenziale, ma costituisca invece, in qualche modo, un "indicatore surrogato" di altre caratteristiche strutturali e organizzative più facilmente realizzabili nelle Cardiologie di

grandi dimensioni, anche se non necessariamente esclusive e anzi esportabili e perseguibili anche in centri a minore complessità. Il buon clima lavorativo interno, le dotazioni tecnologiche aggiornate e adeguate e la possibilità di una personale crescita formativa strutturata costituiscono probabilmente caratteristiche attrattive universali e generalizzabili per le nuove generazioni di Cardiologi, non necessariamente collegate alle dimensioni e alla complessità delle singole Cardiologie prese in considerazione, quanto piuttosto ai risultati delle iniziative messe in atto all'interno di ogni istituzione per migliorare e ottimizzare ciascuno di tali fattori. ♥



Lo screening medico cardiologico sportivo deve rappresentare una tappa fondamentale per la diagnosi precoce delle patologie potenzialmente a rischio di arresto cardiaco durante sport

In corsa... Per la diagnosi

Sport e arresto cardiaco: ridurre l'evento morte a volte non può essere sufficiente

Quando un atleta si esprime nella gestualità tecnica, lo spettacolo per chi ne ammira le movenze è affascinante. Il gesto atletico è un cocktail di forza, resistenza, potenza, destrezza: tutte qualità fisiche che vengono miscelate in modo diverso in base alla disciplina sportiva, ma sempre avvolte in una eleganza "invidiabile". Purtroppo, come un fulmine a cielo sereno, può capitare che questo spettacolo si interrompa improvvisamente. Senza nessun

segno premonitore, il gesto atletico diventa goffo, le gambe sembrano andare al rallentatore, i piedi faticano a staccarsi dal suolo, il tronco si piega sulle gambe e il corpo che solo pochi secondi prima era una "elegante forza della natura" tonfa al suolo senza dare più segno di vita. Chi stava ammirando lo spettacolo (che si frantuma in pochissimi secondi) rimane senza parole. Com'è possibile? L'opinione pubblica non si aspetta e non riesce ad accettare che un atleta abituato a compiere grandi

Non può essere la storia del singolo paziente a dettare la "linea" da seguire, ma quello che la storia di quella patologia ci ha insegnato

imprese sportive, diventando icona di successo ed entrando nella vita quotidiana dei fan, possa accasciarsi e davanti ai "riflettori" morire improvvisamente. L'arresto cardiaco o nella peggiore delle evenienze la morte improvvisa (MI) di un atleta è sempre un evento tragico: devasta famiglie, atleti, istituzioni, medici e comunità. Per cercare di ridurre i casi di morte improvvisa, in Italia sin dal 1982, è stato organizzato un sistema di screening medico e cardiologico sportivo sostenuto dal Sistema Sanitario Nazionale ed obbligatorio per legge. Nel 2003 Corrado et al. dimostrarono come il "modello italiano" aveva ridotto di quasi il 90% le MI nello sport agonistico, grazie all'identificazione e all'esclusione dei soggetti affetti da cardiomiopatie o aritmie considerate a rischio. Il grande entusiasmo iniziale è stato seguito però da momenti meno "felici" perché si è continuato, sbagliando, a correlare l'efficacia



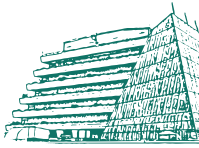


Foto di Stanley Morales - www.pexels.com

dello screening esclusivamente alla riduzione dell'evento morte. Per questo motivo in alcuni Paesi come Israele la valutazione sistematica degli atleti è stata interrotta, perché sembrava aver poco influito sul numero di eventi mortali, senza preoccuparsi, al contrario, se la valutazione proposta agli atleti fosse stata in grado di permettere diagnosi precoce di malattie cardiovascolari potenzialmente a rischio di MI. Infatti, lo screening non ha la finalità principale di prevenire l'evento morte ma, attraverso un protocollo di indagini diagnostiche applicate su vasta scala, di identificare in una ampia popolazione i soggetti con una patologia in fase precoce prima che si manifesti con sintomi, segni o, nelle peggiori delle ipotesi, con la MI. Abbiamo imparato in quarant'anni

di storia della medicina e cardiologia dello sport italiana come gli atleti affetti da alcune cardiomiopatie possono andare incontro ad arresto cardiaco da sforzo con una frequenza maggiore rispetto ai non atleti. Oggi possiamo affermare con relativa certezza che la cardiomiopatia ipertrofica, la cardiomiopatia aritmogena, le anomalie coronariche (per citarne alcune) sono le patologie killer. Quello che è ancora difficile prevedere è quali siano i pazienti più a rischio e soprattutto, purtroppo, se e quando possa verificarsi l'evento mortale. È proprio per questo che deve essere usata la massima cautela quando ci troviamo a gestire ex-atleti oramai pazienti affetti da tali patologie. Proviamo a pensare quanto abbiamo imparato in questi ultimi anni sul rischio di arresto

cardiaco da sforzo nei soggetti affetti da cicatrici non ischemiche del ventricolo sinistro. Proviamo ad immaginare se Andrea Pinarello, terzo genito del compianto "Nane" Pinarello (famosa maglia nera al giro d'Italia del 1951 e notissimo costruttore delle bici più vincenti al mondo, la Dogma-Pinarello), avesse deciso di abbandonare il ciclismo agonistico nel luglio del 2012 non prendendo parte alla prima tappa del Giro del Friuli,

Per prevenire gli eventi mortali durante sport si deve necessariamente passare attraverso la diagnosi precoce delle patologie killer



La morte improvvisa di un atleta è sempre un evento tragico: devasta famiglie, atleti, istituzioni, medici e comunità

competizione riservata ad atleti Master, che avrebbe preso il via nell'agosto dello stesso anno. E di conseguenza immaginiamo anche che un approfondimento cardiologico (eseguito subito dopo il suo stop sportivo, per un riferito cardiopalmo durante una "sgambata" lungo le colline del Montello), avesse messo in evidenza la presenza di una cicatrice miocardica del ventricolo sinistro. Quale significato gli si sarebbe attribuito, visto che solo pochi mesi prima aveva percorso il Tour de France per atleti Master, la competizione più massacrante dello scenario ciclistico anche per gli atleti amatori in assoluto benessere e che le sue gambe avevano "macinato" almeno 300.000 chilometri in venti anni di carriera sportiva, ad una altissima intensità senza mai lamentare un sintomo? Probabilmente un significato del tutto aspecifico. Immagino che molti "addetti ai lavori" avrebbero licenziato quel "probabile esito di miocardite", come una delle più banali anomalie strutturali prive di significato, solo perché la storia sportiva di quell'atleta era stata caratterizzata da grandissime performance in assoluta asintomaticità. I fatti però sono andati diversamente: Andrea ha partecipato al Giro del Friuli nell'agosto del 2012 e, subito dopo aver tagliato il traguardo della prima

tappa si è accasciato al suolo ed è morto improvvisamente. La diagnosi *post mortem* è stata cardiomiopatia aritmogena a prevalenza sinistra. Se Andrea non avesse partecipato a quell'ultima competizione, l'evento si sarebbe mai verificato? Probabilmente no. Se quella storia, analogamente ad altre con epiloghi tragici (come quella di Pier Mario Morosini, di Marc Vivien Foè o di Antonio Puerta), non fossero mai accadute solo perché gli atleti avessero deciso di "abbandonare" il loro sport il giorno prima della

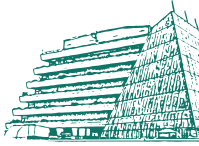
ma definite a basso rischio (come era stato per esempio per Marc Foé). Scelte che sono per lo più giustificate citando studi che in un periodo relativamente breve di osservazione non hanno registrato eventi mortali, usando ricerche non costruite per valutare la mortalità in quel particolare contesto clinico. Il lavoro del medico e del Cardiologo dello sport si rivela estremamente difficile: con la sua decisione può infrangere il sogno di giovani atleti o interrompere carriere di atleti professionisti. Tuttavia, un

Lo screening medico e cardiologico sportivo rappresenta una tappa fondamentale per la diagnosi precoce delle patologie cardiache note per essere le patologie "Killer" per gli atleti affetti

Poterle individuare molto precocemente rappresenta la grande occasione del medico e cardiologo dello sport per prevenire l'evoluzione di eventi mortali durante lo sport

"faticosa" competizione, quale significato prognostico sarebbe stato attribuito alla cardiopatia di cui erano affetti e che li ha portati alla morte? Ecco il punto: non può essere la storia del singolo paziente a dettare la "linea" da seguire, ma quello che la storia di quella patologia ci ha insegnato. Sembra che l'esperienza di 40 anni a volte sia eclissata per rincorrere il "vento liberale dell'Europa" e "contrastare" la posizione italiana di esclusione preventiva dallo sport agonistico. Si cerca, viceversa, sempre più di favorire la partecipazione allo sport agonistico di pazienti affetti da patologie potenzialmente letali

atteggiamento troppo "liberale", per cercare di assecondare le esigenze e il desiderio di atleti e genitori, li può esporre ad un rischio di morte. In attesa che vengano prodotti dati scientifici solidi (che permettano di stratificare correttamente il rischio di eventi negli atleti affetti da patologie potenzialmente a rischio di MI) con studi disegnati *ad hoc*, resta l'atteggiamento di sempre: lavorare per rendere sempre più consapevoli i nostri giovani pazienti ex atleti e le loro famiglie sui rischi correlati alla patologia di cui sono affetti e soprattutto far comprendere il vero significato della diagnosi preventiva "salvavita".♥



Una breve rassegna dei principali studi sull'igiene climatica

L'influenza della temperatura ambientale sulla patologia cardiovascolare

Gli effetti della temperatura ambientale sulla mortalità e sull'incidenza delle principali patologie cardiovascolari

Introduzione

Il riscaldamento globale e le alterazioni metereologiche che ne conseguono comportano un aumento delle temperature medie ambientali associate ad una maggior fluttuazione termica con picchi stagionali più pronunciati e fenomeni climatici estremi⁽¹⁾. È stato osservato come l'incidenza di alcune comuni patologie quali la sindrome coronarica acuta non abbia un andamento costante nel tempo ma sia governata, in un certo qual modo da un ritmo circadiano, circasettiano e circannuale⁽²⁾. A tal proposito un crescente filone di ricerca si è prefissato di studiare la relazione esistente tra alterazioni climatiche ed incidenza di alcune patologie in particolar modo quelle coinvolgenti l'apparato respiratorio e cardiovascolare. Sebbene molti siano i parametri metereologici che entrano in gioco nella definizione del clima, le maggiori evidenze in letteratura riguardano la

temperatura ambientale. Diversi studi hanno infatti analizzato l'effetto della temperatura in relazione alla mortalità generale, l'ospedalizzazione, la mortalità e l'incidenza di malattie cardiovascolari ottenendo risultati differenti a seconda del parametro preso in oggetto⁽³⁾.

La temperatura ottimale a rischio minimo non può essere definita in maniera costante ma cambia a seconda della zona climatica presa in considerazione all'interno di un range compreso tra 15-25 gradi

I dati sulla mortalità

Per quel che concerne la mortalità generale e l'ospedalizzazione per

cause non accidentali si evidenzia come per temperature più alte e più basse di una certa fascia termica si avrebbero un maggior numero di eventi, mettendo in luce pertanto un effetto dannoso sia del clima caldo che di quello freddo. La temperatura ottimale a rischio minimo non può essere definita in maniera costante ma cambia a seconda della zona climatica presa in considerazione all'interno di un range compreso tra 15-25 gradi⁽⁴⁾⁽⁵⁾⁽⁶⁾. Questa variabilità con soglie di mortalità differenti per il caldo e per il freddo dipenderebbe almeno in parte dall'adattamento degli abitanti alla temperatura del luogo, che risulta tuttavia più efficace per le alte temperature rispetto alle basse temperature che presentano infatti minor eterogeneità tra popolazioni e climi diversi⁽⁷⁾. In accordo con tale ipotesi i dati di una interessante ricerca che ha preso in considerazione nazioni a clima differente hanno fatto emergere come la temperatura intorno alla quale si ha la minor



incidenza di eventi corrisponderebbe all'incirca alla mediana termica del luogo solo nei paesi a clima caldo mentre in quelli a clima temperato o freddo si collocherebbe attorno o addirittura oltre l'ottantesimo centile termico annuale⁽⁴⁾. Parlando più specificatamente di mortalità cardiovascolare uno studio recentemente pubblicato riportante i dati di oltre 500 città sparse nei 5 continenti conferma quanto evidenziato per la mortalità generale, ovvero una relazione non lineare tra temperatura ambientale e mortalità evidenziando tuttavia temperature a minor mortalità ancora più calde, attorno al 90 esimo centile di temperatura, con ascesa degli eventi più ripida per temperature maggiori rispetto a quelle minori di questo limite⁽⁸⁾.

Gli stress termici indotti dal clima sembrano costituire un fattore di rischio aggiuntivo, la previsione degli stessi e la contestuale attuazione di misure di protezione individuale e collettiva può avere forti implicazioni in ambito di prevenzione cardiovascolare

I dati sull'incidenza

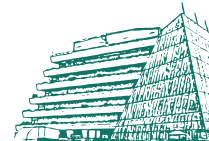
Prendendo in considerazione l'incidenza di patologie cardiovascolari, soprattutto angina ed infarto miocardico acuto (IMA) nella maggior parte degli studi, condotti in

zone climatiche anche molto differenti tra loro, si riscontra una correlazione lineare di proporzionalità inversa tra temperatura ed eventi. Secondo uno studio che ha preso in considerazione oltre 3.000 casi nel Nord della Francia l'incidenza di IMA e morte da evento coronarico aumenterebbe del 13% per una riduzione della temperatura ambientale di 10 gradi⁽⁹⁾. Tale correlazione sarebbe confermata da studi condotti in regioni a clima generalmente più freddo come la Svezia⁽¹⁰⁾ ed anche in due analisi estese ad aree rurali della Grecia⁽¹¹⁾ e Taiwan⁽¹²⁾ caratterizzate rispettivamente da clima continentale temperato e tropicale. I risultati dimostrano che ad 1°C in meno corrisponde un aumento dell'incidenza di IMA variabile tra l'1 e l'1,5%, dipendente dalla fascia d'età considerata e dalle comorbidità. I soggetti di età maggiore di 60 anni, così come quelli ipertesi risulterebbero generalmente più colpiti⁽¹²⁾. In riferimento a studi condotti in Italia Abrignani e collaboratori analizzando gli accessi per infarto miocardico acuto ed angina in un ospedale della Sicilia occidentale hanno osservato un picco invernale sebbene per quanto riguarda l'angina la relazione sia stata evidenziata solo nei maschi⁽¹³⁾⁽¹⁴⁾. Uno studio pugliese ha evidenziato un aumento delle ospedalizzazioni per patologia cardiovascolare per temperature comprese tra 8 e 10 gradi e maggiori di 28⁽¹⁵⁾. Per quanto riguarda lo scompenso cardiaco le evidenze sono più limitate, un recente studio mette in evidenza come il clima freddo sia direttamente correlato alle ospedalizzazioni soprattutto per quanto concerne i fenotipi a frazione d'eiezione preservata e

moderatamente depressa⁽¹⁶⁾. Riguardo alla mortalità, l'analisi sopracitata di Alhamad e collaboratori, in cui gli eventi per scompenso erano circa il 10% del totale dei decessi, mette in evidenza ancora una volta una correlazione non lineare "a U" con effetti nocivi agli estremi della temperatura⁽⁸⁾. Le ragioni per cui ad un innalzamento della temperatura corrisponde un aumento della mortalità generale ed anche

I risultati dimostrano che ad 1°C in meno corrisponde un aumento dell'incidenza di IMA variabile tra l'1 e l'1,5%, dipendente dalla fascia d'età considerata e dalle comorbidità

cardiovascolare ma non un evidente aumento dell'incidenza di eventi in gran parte degli studi, come è stato invece dimostrato per il clima freddo, non è del tutto chiara, potrebbe essere spiegata dal fatto che le temperature torride nei soggetti predisposti potrebbero celermente condurre a morte cardiovascolare prima che questi raggiungano l'attenzione medica o vengano ospedalizzati⁽¹⁷⁾. Andando poi a considerare i tempi di latenza e la durata dell'effetto si evince come le conseguenze del clima caldo si verifichino pressoché immediatamente rispetto a quelle del clima freddo che impiegano circa 2-4 giorni ma siano meno durevoli conducendo pertanto ad un numero inferiore di eventi⁽⁵⁾⁽¹⁸⁾, deleteri per i soggetti più fragili soprattutto all'inizio dell'ondata di caldo⁽¹⁹⁾.



Il riscaldamento globale e le alterazioni climatiche che ne conseguono caratterizzate da picchi termici stagionali più pronunciati costituiscono un problema di salute pubblica Mentre l'aumento dell'incidenza di sindrome coronarica ed ospedalizzazioni per scompenso è dimostrato essere associato soprattutto al clima freddo, la mortalità generale e cardiovascolare è positivamente correlata sia alle alte che alle basse temperature

Fisiopatologia

Gli effetti del freddo sono principalmente correlati all'aumento delle catecolamine circolanti secondario all'attivazione dei termocettori cutanei con conseguente vasocostrizione ed aumento della pressione arteriosa e del post-carico ventricolare⁽²⁰⁾. Un'altra possibile concausa sembra derivare dallo stato trombofilico indotto dal freddo⁽⁸⁾. Per quel che concerne il clima caldo il

principale attore è la deplezione di volume secondaria alla sudorazione e all'iperventilazione che avrebbe come conseguenze l'attivazione del sistema ortosimpatico, l'iperviscosità ematica e la perdita di elettroliti⁽²¹⁾.

Conclusioni

L'approfondimento delle conoscenze epidemiologiche e fisiopatologiche in fatto di clima e salute cardiovascolare può da un lato portare allo sviluppo di programmi di protezione e quindi di prevenzione verso le fasce

considerate più a rischio dall'altro di prevedere periodi di possibile sovraffollamento delle strutture e di mettere tempestivamente in atto misure di politica sanitaria volte a limitarlo. Dall'analisi di vari studi in materia emerge come l'incidenza di sindrome coronarica e scompenso cardiaco sia positivamente correlata soprattutto al clima freddo mentre per la mortalità generale e cardiovascolare emerge un'associazione sia per le alte che per le basse temperature.♥

Bibliografia

1. Rossati A. Global Warming and Its Health Impact. *Int J Occup Environ Med.* 2017 Jan;8(1):7-20
2. Strike PC, Steptoe A. New insights into the mechanisms of temporal variation in the incidence of acute coronary syndromes. *Clin Cardiol.* 2003 Nov;26(11):495-9.
3. Abrignani MG, Lombardo A, Braschi A et al. Climatic influences on cardiovascular diseases. *World J Cardiol.* 2022 Mar 26;14(3):152-169
4. Gasparini A, Guo Y, Hascizume M et al. Mortality risk attributable to high and low ambient temperature: a multicountry observational study. *Lancet.* 2015 Jul 25; 386(9991): 369-375.
5. Xia Y, Shi C, Li Y et al. Effects of ambient temperature on mortality among elderly residents of Chengdu city in Southwest China, 2016-2020: a distributed-lag non-linear time series analysis. *BMC Public Health* (2023) 23:149
6. Chan E YY, Goggins WB, Yue J SK et al. Hospital admissions as a function of temperature, other weather phenomena and pollution levels in an urban setting in China. *Bull World Health Organ.* 2013 Aug 1;91(8):576-84.
7. McMichael AJ, Wilkinson P, Sari Kovats R et al. International study of temperature, heat and urban mortality: the 'ISO-THURM' project. *Int J Epidemiol.* 2008 Oct;37(5):1121-31
8. Alahmad B, Khraishahn H, Royé D et al. Associations Between Extreme Temperatures and Cardiovascular Cause-Specific Mortality: Results From 27 Countries. *Circulation.* 2023;147:35-46
9. Danet S, Richard F, MD; le Montaye M et al. Unhealthy Effects of Atmospheric Temperature and Pressure on the Occurrence of Myocardial Infarction and Coronary Deaths. A 10-Year Survey: The Lille-World Health Organization MONICA Project (Monitoring Trends and Determinants in Cardiovascular Disease). *Circulation.* 1999 Jul 6;100(1):E1-7.
10. Wichmann J, Rosengren A, Sjöberg K et al. Association between Ambient Temperature and Acute Myocardial Infarction Hospitalisations in Gothenburg, Sweden: 1985-2010. *PLoS One.* 2013 Apr 30;8(4):e62059.
11. Misailidou M, Pitsavosa C, Panagiotakos DB. Short-term effects of atmospheric temperature and humidity on morbidity from acute coronary syndromes in free of air pollution rural Greece. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil.* 2006 Oct;13(5):846-8.
12. Tseng CN, Chen DY, MD, Chang SH. Ambient Temperature Effect on Acute Myocardial Infarction by Risk Factors Daily Data From 2000 to 2017, Taiwan. *JACC Asia.* 2023 Mar 14;3(2):228-238.
13. Abrignani MG, Corrao S, Biondo GB et al. Influence of climatic variables on acute myocardial infarction hospital admissions. *Int J Cardiol* 2009; 137: 123-129.
14. Abrignani MG, Corrao S, Biondo GB et al. Effects of ambient temperature, humidity, and other meteorological variables on hospital admissions for angina pectoris. *Eur J Prev Cardiol* 2012.
15. Telesca V, Castronuovo G, Favia G et al. Effects of Meteorological Factors on Hospital Admissions for Cardiovascular Diseases in the City of Bari, Southern Italy. *Healthcare (Basel).* 2023 Feb 26;11(5):690
16. Jimba T, Kohsaka S, Yamasaki M et al. Association of ambient temperature and acute heart failure with preserved and reduced ejection fraction. *ESC Heart Failure* 2022; 9: 2899-2908
17. Linares C, Diaz J. Impact of high temperatures on hospital admissions: comparative analysis with previous studies about mortality (Madrid). *Eur J Public Health.* 2008 Jun;18(3):317-22.
18. Psistaki K, Dokas IM, Paschalidou AK. The Impact of Ambient Temperature on Cardio-respiratory mortality in Northern Greece. *Int J Environ Res Public Health.* 2022 Dec 29;20(1):555.
19. Gasparini A, Guo Y, Hashizume M. Changes in Susceptibility to Heat During the Summer: A Multicountry Analysis. *Am J Epidemiol* 2016; 183: 1027-1036
20. Greaney JL, Kenney WL, Alexander LM. Sympathetic regulation during thermal stress in human aging and disease. *Auton Neurosci.* 2016 April ; 196: 81-90
21. Yin Q, Wang J. The association between consecutive days' heat wave and cardiovascular disease mortality in Beijing, China. Yin and Wang *BMC Public Health* (2017) 17:223



NOAH-AFNET 6

Edoxaban nei pazienti con eventi atriali ad elevata frequenza (AHRE): nessun vantaggio

Amsterdam 25 agosto 2023: nella giornata di apertura dell'ESC escono i risultati tanto attesi del NOAH AFNET 6, pubblicati sul New England Journal of Medicine. NOAH AFNET 6 è stato uno studio multicentrico randomizzato guidato dall'evento, double blind e double dummy, che ha testato edoxaban contro placebo 1:1 in pazienti con età > 65 anni ed un altro fattore di rischio per stroke, portatori di pace maker, in cui venivano dimostrati AHRE di almeno 6 minuti. Gli AHRE (Figura 1) sono eventi che riscontriamo in quasi 1/5 dei pazienti portatori di dispositivi impiantabili (pace maker bicamerali, bi ventricolari, defibrillatori e loop recorder). Si tratta di episodi in cui il tracciato endocavitario del dispositivo rileva una frequenza atriale elevata (≥ 110 bpm); spesso vengono associati alla fibrillazione atriale (FA) per le caratteristiche del tracciato. Può anche accadere che, sulla scorta di questa somiglianza elettrica presenza di fenomeni prolungati, si prescrivano gli anticoagulanti orali a quei pazienti considerati a rischio di stroke, pur in assenza di una vera e propria diagnosi elettrocardiografica di FA. Chi di noi non si è mai trovato ad esprimere una seconda opinione su un paziente a cui sono stati

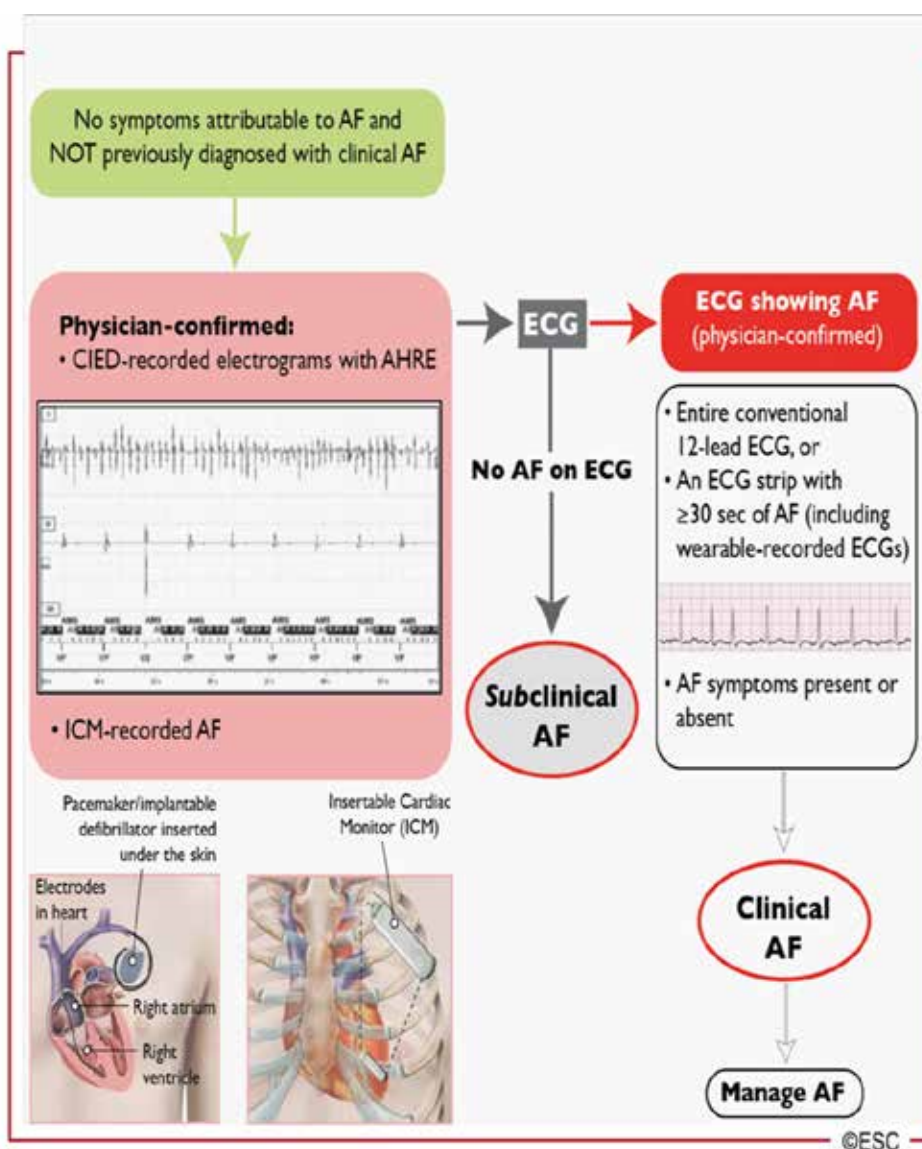


Figura 1 - Rappresentazione degli AHRE e diagnostica FA nelle linee guida ESC 2020
Fonte della foto: European Heart Journal, Volume 42, Issue 5, 1 February 2021, Pages 373 - 498



rilevati degli AHRE e per il quale era stata già ipotizzata l'indicazione a terapia anticoagulante² e chi non ha effettivamente iniziato un nuovo anticoagulante orale (NAO) in almeno qualcuno di questi pazienti? Il NOAH AFNET 6, con il suo esito negativo, ci dà almeno una direzione su cosa fare e ci riporta all'inizio dell'avventura della FA, sottolineando l'importanza della diagnosi elettrocardiografica e della durata dell'aritmia. Nel trial sono stati studiati 2.536 pazienti (1.270 in edoxaban e 1.266 in placebo; età media: 78 anni). La media della durata degli AHRE registrati è stata di 2.8 ore, con un range che andava da circa 1 ora a 9 ore. Lo scopo dello studio era quello di testare l'efficacia di edoxaban su un endpoint combinato di riduzione di malattia cardiovascolare, ictus ed embolismo sistemico. Lo scopo secondario è stato quello di testarne la sicurezza su morte cardiovascolare e sanguinamenti maggiori. Il risultato dello studio è stato negativo: edoxaban non solo non riduceva l'endpoint combinato (incidenza di eventi: 4% in edoxaban vs 3.2% in placebo; $p=0.15$) ma, come atteso, esponeva il paziente ad un rischio di morte e sanguinamento maggiore rispetto al placebo (5.9% vs 4.5% per paziente-anno, rispettivamente; $p=0.03$), ragione per la quale lo studio è stato interrotto in anticipo dopo 21 mesi di follow up. Il rischio di stroke è stato di circa 1% in entrambi i gruppi, nonostante la popolazione fosse ad elevato rischio (CHADS VASC mediano: 4): tale incidenza è risultata molto bassa, considerando altri studi come l'AVERRROE e l'ELDERCARE

AF, i cui pazienti erano affetti da FA accertata. Anche se negativo, questo studio ci riporta ad usare con cautela i nuovi anticoagulanti orali, che rimangono controindicati nei pazienti in cui non abbiamo una diagnosi elettrocardiografica di FA accertata, a maggior ragione se questi episodi parossistici di AHRE sono brevi. Certo ci sono state delle limitazioni dello studio, dovute alla sua interruzione prematura: non è stato possibile testare, infatti, un ipotetico piccolo beneficio sulla prevenzione dell'ictus da solo. Il risultato sarebbe comunque rimasto debole, senza risolvere il dubbio: meglio una controindicazione decisa piuttosto che una zona di grigio! Altra limitazione che gli autori mettono in luce è la possibilità di estendere la controindicazione anche ad altri NAO. Sappiamo che in corso ci sono anche altri trial tra cui l'ARTESIA, con disegno di studio simile, che testerà apixaban vs placebo negli AHRE. Vedremo prossimamente i risultati... In ultima analisi, la bassa incidenza di stroke in una popolazione considerata ad alto rischio, eguagliata solo in un altro studio quale il LOOP study, giustifica un monitoraggio prolungato ed una diagnosi di FA accurata che non si fermi ai soli AHRE, prima di considerare la terapia con anticoagulanti. Rimane valida e validata l'indicazione delle Linee Guida Europee di riservare l'anticoagulazione orale a quei pazienti che abbiano una durata di AHRE/FA subclinica maggiore di 24 ore e con un elevato rischio di stroke. In tutti gli altri pazienti, in cui ci possa essere un rischio elevato di stroke ed un burden

elevato di AHRE è opportuno mantenere gli occhi aperti, magari intensificando il monitoraggio per intercettare la progressione clinica in FA conclamata. Sicuramente ci aiuteranno sempre di più nella pratica clinica i cosiddetti dispositivi *wearables*, ovvero indossabili, per incrementare la nostra capacità diagnostica ed avvalorare le nostre scelte terapeutiche, sempre nella salvaguardia della salute dei nostri pazienti.

Semper primum non nocere ... ♥

1. Kirchhof P, Toennis T, Goette A, Camm AJ, Diener HC, Becher N, Bertaglia E, Blomstrom Lundqvist C, Borlich M, Brandes A, Cabanelas N, Calvert M, Chlouverakis G, Dan GA, de Groot JR, Dichtl W, Kravchuk B, Lubinski A, Marijon E, Merkely B, Mont L, Ozga AK, Rajappan K, Sarkozy A, Scherr D, Sznajder R, Velchev V, Wichterle D, Sehner S, Simantirakis E, Lip GYH, Vardas P, Schotten U, Zapf A; NOAH-AFNET 6 Investigators. Anticoagulation with Edoxaban in Patients with Atrial High-Rate Episodes. *N Engl J Med.* 2023 Aug 25. doi: 10.1056/NEJMoa2303062. Epub ahead of print. PMID: 37622677.



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

Parte nona: 2008-2013

Il “dopo-Spineto” è caratterizzato dal “nuovo corso” di HCF: “... Ora però, al fine di ottenere ulteriori miglioramenti sostanziali, dobbiamo cambiare marcia focalizzando la nostra attenzione su due fatti: 1. una riduzione degli eventi dal 30 al 15 % implica che il 15 % avrà un evento nonostante la terapia ottimale. Perché? 2. Il 70 % non avrà alcun evento nonostante sia stato trattato con placebo. Perché? Inoltre alcuni individui non sviluppano eventi pur essendo classificati ad alto rischio, mentre altri ne sviluppano pur essendo classificati a basso rischio. Perché? ... la focalizzazione dell’attenzione sui casi che più si discostano dal comportamento medio per presentazione clinica, risposta alla terapia, livelli di predittori ed evoluzione, identificati dalla rete ANMCO, permetterà la raccolta di sottogruppi fenotipicamente omogenei e sufficientemente numerosi di pazienti sui quali poi concentrare la ricerca di base, biologica, genetica: “from bedside to bench”. La rete ANMCO offre attualmente un’opportunità unica a livello mondiale per questa ricerca innovativa. HCF ha l’opportunità di promuoverla, creando così i presupposti per lo sviluppo di forme di prevenzione e terapia “su misura” ... **- Rivalutiamo**

il ruolo della clinica nella pratica quotidiana e nella ricerca – A. Maseri (RIVISTA N. 161 – gennaio/febbraio 2008 – pagine 11-12). In Associazione c’è “entusiasmo”: “... In pochi mesi ... si è rimessa in moto l’ideazione e l’operatività, ma -soprattutto- è risultato evidente che non vi è dualismo tra ANMCO e HCF e che, dopo un periodo di difficoltà, ANMCO e HCF tornano a coincidere. HCF si definisce infatti come la Fondazione “dell’ANMCO” per la ricerca, dove “dell’ANMCO” significa coinvolgimento di tutti gli Associati, con un ruolo decisivo del Consiglio Nazionale e dei Consigli Direttivi Regionali. Questi concetti sono fortemente richiamati dal Prof. Maseri. HCF si sta muovendo per un grande progetto di fund raising per la ricerca cardiovascolare che avrà successo se sarà capillare, se alla efficace azione del “centro” corrisponderà il coinvolgimento della “periferia” e delle Regioni, che ne trarranno benefici. Nel momento in cui il Prof. Maseri compie passi importanti per il prestigio e la visibilità di HCF, nel momento in cui si interagisce con le istituzioni e con i media e si cercano slogan di facile comprensione dalla gente comune (HCF: la Fondazione dell’ANMCO “per il tuo cuore”),

crece la consapevolezza che i protagonisti di questa nuova pagina della storia dell’ANMCO saranno tutti gli Associati e in particolare i giovani. ... – **Una nuova primavera per ANMCO e per HCF** – F. Chiarella (RIVISTA N. 162 – marzo/aprile 2008 – pagina 2). Si inaugura la nuova sede di Heart Care Foundation (RIVISTA N. 162 – marzo/aprile 2008 – pagina 3), senza trascurare le importanti problematiche che incombono sulla organizzazione dell’assistenza, rispetto alle quali l’Associazione lancia l’**Appello per la Centralità del Paziente Cardiopatico nel Sistema delle Cure** e formula le **Proposte dell’ANMCO contro la Frammentazione della Cardiologia all’interno degli Ospedali** - (RIVISTA N. 163 – maggio/giugno 2008 – Inserto).

E ... mentre la FIC attiva proprie Commissioni con l’obiettivo di “... produrre Documenti di Consenso e Position Paper nazionali su argomenti di particolare rilevanza per le ricadute cliniche e sanitarie organizzative. Nel momento in cui esiste un dibattito su un determinato argomento e mancano Linee Guida certe di riferimento nazionale, è



Rivalutiamo il ruolo della clinica e nella ricerca

www.heartcarefoundation.org



di Anello Maseri

Ho accettato con entusiasmo l'invito dell'ANMCO ad assumere la presidenza di Heart Care Foundation, perché l'ho trovata benestante e stimolante. Mi ha offerto l'opportunità di effettuare dall'ANMCO, speso alla fine della mia vana carriera accademica e scientifica, di confrontarmi con la realtà cardiologica clinica italiana attuale: voglio cercare di realizzare delle iniziative generazionali più possibili di quelle che la cardiologia ha dato e me, sia nella pratica clinica quotidiana che nella ricerca, facendomi raggiungere obiettivi che, in giovinezza, non avevo osato sognare. Infatti l'entusiasmo di una clinica "anomala" è stata la forte ispirazione del mio successo scientifico. Il continuo scambio con i pazienti mi ha dato la sensazione di poter essere loro di aiuto e di conforto. Inoltre l'opportunità di presiedere HCF mi stimola, perché sono convinto che la ricerca più innovativa non può che partire dall'osservazione clinica di casi che deviano dalla norma per essere ancora ignoti; e, la necessità di mantenere al centro della nostra attenzione il dialogo con la sua medicalità è spesso le sue ansie, piuttosto che la medicalità con la sua crescente standardizzazione. Questi due aspetti convergono, perché la personalizzazione della strategia terapeutica e la comprensione dei meccanismi patogenetici individuali responsabili della variabilità della presentazione ed evoluzione della malattia, che a sua volta richiede tecniche e metodologie scientifiche. La HCF deve perseguire le sue finalità, sviluppando il potenziale unico

Rivista N.161 - gennaio / febbraio 2008, pag. 11

Una nuova primavera per ANMCO e per HCF



di Francesco Chinaglia

Realizzazioni, entusiasmo e grandi novità caratterizzano l'attuale momento della nostra vita associativa. Innanzitutto Heart Care Foundation. La presenza del Prof. Anello Maseri ha aperto una feconda accelerazione alla progettualità di HCF, ma soprattutto alla stimolazione a comprendere il ruolo e lo spessore della Fondazione dell'ANMCO per la ricerca. In questi anni HCF è stata prevalentemente una Onlus funzionale alla operatività del Centro Studi, una unità operativa come lontana da molti Associati. In pochi mesi questo orientamento è completamente sparito, si è rinascito in modo faticoso e operatività, ma soprattutto è risultato evidente che non si è dissoluto ma ANMCO e HCF e che, dopo un periodo di difficoltà, ANMCO e HCF stanno a considerare HCF e definisce infatti come la Fondazione "del ANMCO" per la ricerca, dove "del ANMCO" significa coinvolgimento di tutti gli Associati, con un ruolo decisivo del Consiglio Nazionale e dei Consigli Direttivi Regionali. Questo orientamento si è formalizzato nei termini del Prof. Anello Maseri e che, dopo un periodo di grande progetto di fund raising per la ricerca cardiologica che avrà successo se diventerà cultura, se all'efficace azione del "comitato" corrispondono il coinvolgimento di tutti gli "attori" e delle Regioni, per un comune beneficio. Nel momento in cui il Prof. Maseri compie passi importanti per il prestigio e la visibilità di HCF, nel momento in cui si intersecano con le

Rivista N.162 - marzo / aprile 2008, pag. 2

della Presidenza Maseri si è fatta anche molta chiarezza sui ruoli, sugli scopi, sugli intendimenti e sulle regole che devono facilitare le relazioni appunto fra ANMCO e HCF, al fine di poter raggiungere i rispettivi obiettivi e possibilmente non al prezzo di "olocausti" personali. ... Appare essenziale, nella situazione attuale, che i rapporti tra Consiglio Direttivo ANMCO e HCF siano molto forti. La presenza nel CdA di HCF del Presidente Eletto ANMCO come Delegato alla Ricerca e l'unificazione della rappresentanza regionale di HCF nella persona del Presidente Regionale ANMCO sono indicatori di forte sintonia progettuale. ... Le Aree coordinate dal

via A. La Marmora 36

Inaugurazione della nuova sede di Heart Care Foundation

Firenze 26 maggio 2008

Alta cerimonia interverranno i componenti del Consiglio Nazionale ANMCO ed alcuni ospiti d'onore:

 Distinguished Honorary Professor of Medicine, Harvard Medical School Chairman, TIMI Institute Director, Brigham and Women's Hospital Boston, MA - USA	 Professor of Medicine at Harvard Medical School, Senior Professor in Cardiology at Brigham and Women's Hospital Boston, MA - USA
 Professor of Clinical Cardiology, Cardiac and Vascular Medicine, St. George's Hospital Medical School, London, United Kingdom	 President and Medical Director, CVPath Institute, Inc., Cambridge, MA - USA
 Emeritus Scholar in Cardiology, Professor of Medicine, Gainesville, FL - USA	 Professor of Cardiothoracic Surgery, National Heart and Lung Institute, Imperial College, London, Founder and Director of Research at National Heart Research Institute, Hatfield, UK

Rivista N.162 - marzo / aprile 2008, pag. 3

Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri

APPELLO PER LA CENTRALITÀ DEL PAZIENTE CARDIOPATICO NEL SISTEMA DELLE CURE

1. Il Paziente con problematiche cliniche di natura cardiaca ha diritto di essere curato dal Cardiologo. L'orizzonte clinico unitario è imprescindibile per tutte le fasce di popolazione. Il Cardiologo di interesse cardiologico deve essere valutato con competenza, pur considerando gli aspetti di poli-specialità ed il profilo rischio-beneficio che possono richiedere un approccio multidisciplinare.
2. L'Unità Operativa (Dipartimento) di Cardiologia rappresenta l'ambito appropriato per la cura delle patologie cardiache e per la scelta delle prestazioni/procedure. Le evidenze scientifiche disponibili dimostrano che in Pazienti con specifica patologia cardiaca in atto gli outcome clinici sono sensibilmente migliori per chi viene ricoverato in Cardiologia piuttosto che in altre Regole.
3. La disgregazione delle Unità Operative di Cardiologia e l'accorpamento di loro parti ad altre Unità Operative che cardiologiche contengono il percorso diagnostico-terapeutico, mette a rischio l'appropriatezza clinica e limita la continuità assistenziale. Inoltre, la frammentazione, spesso limitata da barriere amministrative, genera percorsi anomali e può condizionare sfavorevolmente i risultati clinici.
4. Le specialità cardiologiche sono funzionali alla centralità della clinica e operano in modo integrato nell'ambito della Unità Operativa di Cardiologia. La straordinaria evoluzione delle conoscenze scientifiche e della tecnologia ha contribuito allo sviluppo delle super-specialità con un forte impatto sulla diagnosi e sulla terapia delle malattie cardiovascolari. Esiste il rischio che tale formidabile progresso identifichi la cura del Paziente con la semplice erogazione di prestazioni complesse ed alto contenuto tecnologico a scapito della completezza delle cure.

LE PROPOSTE DELL'ANMCO CONTRO LA FRAMMENTAZIONE DELLA CARDIOLOGIA ALL'INTERNO DEGLI OSPEDALI

- AI CARDIOLOGI perché facciano prevalere il primato della clinica in funzione della miglior cura possibile per il Paziente.
- ALLE SOCIETÀ SCIENTIFICHE affinché si adoperino per ricondurre l'efficienza delle super-specialità settoriali all'interno di una gestione clinica cardiologica integrata.
- AI DIRETTORI DI DIPARTIMENTO affinché rispettino il ruolo centrale della Unità di Terapia Intensiva Cardiologica e contrastino la scomposizione della Cardiologia.

AGLI AMMINISTRATORI e AI DECISIONI POLITICI affinché i budget siano subordinati alle finalità cliniche e venga privilegiata la strategia organizzativa nella quale tutti gli aspetti di carattere clinico, strumentali ed infermieristici propri della disciplina afferiscano alla Unità Operativa di Cardiologia e ai Dipartimenti Cardiologici.

1. La Unità di Terapia Intensiva Cardiologica non venga separata dalla Divisione di Cardiologia ed aggregata a strutture di Terapia Intensiva Medica, di Emergenza, di Pronto Soccorso e altre.
2. La struttura di Cardiologia Interventistica e di Electrofisiologia non siano separate dalla Unità Operativa di Cardiologia o dai Dipartimenti Cardiologici.
3. Le Divisioni di Medicina d'Urgenza e la Unità Operativa di Cardiologia subintensiva, insieme, al fine dell'appropriatezza, praticità e percorsi terapeutici che riconoscano la necessità della competenza cardiologica per problematiche di complessità.
4. La Diagnostica per immagini di interesse cardiologico (TAC, RM e PET) e la diagnostica completa integrazione tra la competenza Cardiologica, Radiologica e di Medicina Nucleare al fine di garantire l'appropriatezza delle indagini e corretto utilizzo clinico ed organizzativo di esse risorse.

www.anmco.it segreteria@anmco.it

Rivista N.163 - maggio / giugno 2008

Perché un Fondo ANMCO per la Formazione?

di Alessandra Chinaglia

In finibus del ANMCO sono la ricerca e la formazione. Lo Statuto dice: "L'Associazione ha la finalità di investire grande e di utilità sociale di promuovere l'attività della ricerca scientifica e la formazione dei medici nel settore della Cardiologia." La formazione è effettivamente un'importante metafora del nostro essere "associati", e in questo ambito la visuale e la qualità delle proposte dell'ANMCO, sia a livello locale che a livello nazionale, continue ma ricche da sostenere e ampliare. Alcune proposte possono però essere difficilmente realizzabili per la difficoltà a reperire gli stanziamenti necessari, con possibile limitazione del punto di vista della società degli argomenti. Analogamente all'attività di promozione della Ricerca (Fondo ANMCO per la Ricerca istituito nel 2005), il Consiglio Direttivo in carica ha voluto destinare uno stanziamento annuo per sostenere uno o più Eventi Formativi relativi a temi di rilevante interesse per il Cardiologo, ma privi di sostegno economico. Il Regolamento che disciplina la destinazione del Fondo di 10.000 euro all'anno per la Formazione è stato approvato dal Consiglio Nazionale nel mese di aprile 2008 e viene di seguito pubblicato. L'ANMCO con questa iniziativa vuole garantire ai propri Associati una via per il loro processo di formazione "indipendente" dal punto di vista economico, promuovere occasioni di approfondimento e crescita e permettere la realizzazione di Eventi Formativi altrimenti impossibili, nell'ottica di arricchire ulteriormente la già ampia offerta formativa dell'Associazione.

Rivista N.163 - maggio / giugno 2008, pag. 10

necessario che la comunità cardiologica esprima un consenso ed una propria posizione...." - Commissioni FIC al lavoro - G. Di Pasquale (RIVISTA

Rivista N.164-165 - settembre/ottobre 2008 - pagine 12-13), ... ANMCO e HCF definiscono le proprie "relazioni": "... Con l'avvento

Comitato Scientifico ANMCO sono il motore della ricerca ANMCO. ... È auspicabile che il programma formativo di HCF possa rientrare nel Piano

Commissioni FIC al lavoro

Un'idea degli obiettivi culturali della Federazione Italiana di Cardiologia è quello di produrre Documenti di Consenso e Position Paper basati su argomenti di particolare rilevanza per le riunioni cliniche e scientifiche organizzate. Nel momento in cui esiste un dibattito su un determinato argomento e mancano Linee Guida certe di riferimento nazionale, è necessario che la comunità cardiologica esprima un consenso ed una propria posizione. Il Consenso avrà sicuramente un peso maggiore nel momento in cui sarà espressione unitaria dell'intera Cardiologia italiana e non di una singola parte per

Gruppo di Lavoro FIC su "Il nuovo imaging delle coronarie: utilizzo nella pratica clinica delle recenti evidenze scientifiche"
(Componenti Massimo Lombardi - Coordinatore, Giacomo Ridgiani, Gian Carlo Casale, Francesco Romeo, Mauro Pogli, Gaetano Sambucetti, Luigi Olivaia, Vincenzo)

L'evoluzione tecnologica della diagnostica computerizzata multistrato (TCMS) consente oggi di utilizzare questa modalità non solo negli attuali diversi di imaging, ma anche nello studio del cuore ed in particolare dei suoi coronari. Tuttavia, come

spesso accade con le innovazioni, l'utilizzo di questa tecnologia nel mondo della FIC è stata condita l'opportunità di produrre Documenti di Posizione Paper unitari, ferma restando la progettualità culturale autonoma di ANMCO, SIC e delle altre Società cardiologiche federate.

Ad oggi sono state attivate tre Commissioni nazionali federative ed è subentrato il consenso della FIC, quello di rendere disponibile, come la fine del 2008, tre Position Paper sui seguenti argomenti:

- nuovo imaging delle coronarie;
- procedure preventive salvatori miocardiche;
- profassi dell'endocardite infettiva.

La presidenza nazionale di ANMCO è stata affidata al Prof. Massimo Lombardi, presidente della Commissione FIC su "Il nuovo imaging delle coronarie".

Rivista N.164 / 165 - luglio / agosto - settembre / ottobre 2008, pag. 12

Il Presidente Napolitano all'incontro con la Fondazione per il Tuo cuore

"Il diritto alla salute è un diritto fondamentale sancito dalla Costituzione. I progressi della scienza possono suscitare problemi di ordine etico sui quali è auspicabile una matura riflessione comune"

"È di tutta evidenza il grande significato sociale che culturale delle attività di ricerca e di cura che costituiscono nell'affermazione di quel diritto alla salute che è il diritto fondamentale della persona sancito nella nostra Costituzione". Così il Presidente della Repubblica, Giorgio Napolitano, si è rivolto ai partecipanti alla cerimonia di presentazione al Quirinale, da parte della Fondazione per il Tuo cuore, della Rete di Cardiologia che partecipa alla ricerca clinica sul territorio nazionale.

"Sappiamo in aggiunta il Capo dello Stato che i progressi della scienza e della tecnica applicati alla Sanità suscitano anche complessi problemi di ordine etico sui quali è sempre auspicabile una matura riflessione

comune e sui quali può essere chiamato a pronunciarsi il Parlamento. Mentre è da si parla, nella sua veste istituzionale, è venuto ad ascoltare il più rigoroso ricerca. Ma qui parliamo di un campo della ricerca biomedica, quello relativo alla Cardiologia, che è circondato indubbiamente di generale consenso e di cui dobbiamo oggi valorizzare i grandi risultati e le nuove prospettive".

Il Presidente Napolitano ha rilevato che "è importante non far mancare alla ricerca i fondi di cui ha bisogno", non meno importante è "garantire l'impiego salvifico e qualificato di questi purtroppo sempre ancora risorse".

Il Presidente ha auspicato "la massima sinergia tra tutti i soggetti interessati a questa grande impresa d'altissimo, si sa, si consideri non soltanto le risorse stitriche in tutti i campi e in tutti i sensi, per poter meglio mettere a fruttare le energie di cui è ricca la società italiana e di cui ha più che mai bisogno l'Italia per il suo futuro".

Il Capo dello Stato si è, altresì, complimentato con i giovani ricercatori che grazie alle borse di studio concesse nel corso della cerimonia "sono potuti tornare dall'estero e sviluppare una propria attività in Italia".

Rivista N.167 - gennaio / febbraio 2009, pag. 6

Annuale Formativo ANMCO, divenendo quest'ultimo gradualmente il contenitore di tutta la proposta formativa ANMCO-HCF – Sempre più forte identità

Sempre più forte identità fra ANMCO e HCF: ovvero come HCF diventa strumento operativo dell'ANMCO

di Gian Luigi Nicolosi

Relazioni HCF - ANMCO a livello strategico ovvero rapporti tra Consiglio Direttivo ANMCO e HCF (Figura 1)

Appare essenziale, nella situazione attuale, che i rapporti tra Consiglio Direttivo ANMCO e HCF siano molto forti. La per sé non è l'organo del Presidente Eletto ANMCO come Delegato alla Ricerca e l'Unitazione

Relazioni HCF - ANMCO a livello strategico ovvero rapporti tra Consiglio Direttivo ANMCO e HCF (Figura 1)

Appare essenziale, nella situazione attuale, che i rapporti tra Consiglio Direttivo ANMCO e HCF siano molto forti. La per sé non è l'organo del Presidente Eletto ANMCO come Delegato alla Ricerca e l'Unitazione

Relazioni HCF-ANMCO Livello Educativo

Relazioni HCF-ANMCO Livello Formazione

Rivista N.166 novembre / dicembre 2008, pag. 27

La Presidenza di HCF: onore e piacere

di Attilio Maseri

È già trascorso un anno da quando ho avuto l'onore di essere eletto alla presidenza di HCF. È stato per me un anno molto stimolante, che ha riproposto l'entusiasmo con cui ho accettato l'incarico dell'ANMCO, commissioni che ho condotto con il Consiglio Direttivo e il Consiglio Nazionale ANMCO. Sono venuti in un modo nuovo che non conoscevo affatto, una passione che permette di vedere le cose dal dentro, con il grande impegno, ma senza conoscere le ansie di chi è fuori. Ho avuto varie scure fonte di "gaffe", l'ironia, ma mi sono sentito ascoltato e consigliato nelle decisioni critiche.

Ho rivisto questo primo anno del mio mandato di presidenza attraverso gli articoli che avevo scritto per "Cardiologia negli Ospedali".

Nel numero 163 di gennaio / febbraio 2008 ho espresso l'entusiasmo con il quale avevo accettato l'incarico e ne ho spiegato le ragioni. Ho manifestato la convinzione del ruolo della clinica nella pratica quotidiana e nella ricerca vista nella realtà della rete delle Cardiologie italiane e del Centro Studi. Avevo infine espresso l'opinione che era necessario, che HCF avesse una sede per poter finanziare una campagna di raccolta fondi ed iniziare a sviluppare le opportunità che gli intercorrono, in particolare per una ricerca clinica innovativa italiana.

Nel numero 163 di maggio / giugno 2008 ho riportato che la Sede HCF era stata inaugurata e che il gruppo di amministratori rappresentati della Cardiologia internazionale", riunito in un brainstorming meeting organo-

zato in Friuli aveva poi amministrato la ricerca e il centro di ricerca in Italia. Nella Valle dell'Esate Casa di Fieschi, il 29 maggio 2008, che ha ricevuto una lettera inaugurando l'edificio, ma solo si attendeva la più importante, ma anche la più grande probabilità di successo proprio in Italia quando le esperienze e strategie CASSE.

Nel numero 165, 167 di luglio / settembre 2008 ho ampliato questi spunti nell'intervista condotta da Pasquale Calabrese. In questa intervista era anche annunciato il lancio della giornata "per il Tuo cuore" il 14 febbraio 2009 San Valentino.

Quello che si è sviluppato dopo questi anni lo so bene e ho avuto il piacere di gennaio / febbraio 2009 e in queste stesse pagine. Il suo corso del riciclaggio di Quindici, espresso dai testimoni apprezzamenti del Presidente Napolitano, e quello della Campagna "per il Tuo cuore" promosso dalla RAI, insieme con la conferenza stampa in Sala Atti di Via Marconi a Roma e culminata il 14 e 15 febbraio, sono andati bene oltre le speranze più rose ed ho avuto un grande successo. Infine ci sono state le speranze più rose ed ho avuto un grande successo. Infine ci sono state le speranze più rose ed ho avuto un grande successo.

Il risultato ottenuto in questo anno sono il risultato del contributo ideativo ed operativo di molti, inclusi Conoscere e le Associazioni di volontariato, e tutti desidero nuovamente ringraziare. Spesso proprio che questa parte (quasi) si ripeta in una per la raccolta fondi del 5 per mille, dedicati alla ricerca clinica innovativa, al progetto per la formazione e per l'educazione, scritte a "HCF risponde" su "Cardiologia negli Ospedali", mandando mail, scrivere al Soc. VEE, fare un candidato, diventare un anemico a migliorare!

Prof. Eugenio Brambilla, Prof. Richard Conti, Dott. Andrea Di Lorenzo, Don Aldo Bruno Maggioni, Prof. Massimo Pifferi, Prof. Anna Rosa Vismara, Prof. Magli Savoca

Rivista N.167 - gennaio / febbraio 2009, pag. 7

fra ANMCO e HCF: ovvero come HCF diventa strumento operativo dell'ANMCO – G.L. Nicolosi (RIVISTA N. 166 – novembre/

Relazioni HCF-ANMCO Livello Ricerca GISSI-OUTLIERS

Relazioni HCF-ANMCO Livello Educativo Scuola

Relazioni HCF-ANMCO Livello Formazione

La Ricerca (Figura 2)

La Ricerca (Figura 2) è l'area coordinata dal Comitato Scientifico ANMCO e sono il motore della ricerca ANMCO. Collaborano strettamente con il Consiglio Direttivo e il Consiglio Nazionale ANMCO e con HCF. Il Centro Studi fornisce il supporto logistico, tecnico e amministrativo. I rapporti sono basati sui Registri web-based proposti dall'Area. Fondamentali per la ricerca e le collaborazioni sono quelle con il Mario Negri e l'Istituto Superiore di Sanità. Il marchio GISSI (frutto della collaborazione tra ANMCO e Mario Negri) e che ha portato a studi prestigiosi riconosciuti in tutto il mondo è fondamentale perché la progettualità scientifica ANMCO-HCF possa essere rapidamente rinnovata, nella sua forza e qualità.

Educazione e Scuola (Figura 3)

Il motore educativo del progetto Scuola ed Educazione di HCF diventa l'Area Prevenzione Cardiovascolare ANMCO che si rivolge ai suoi interni le competenze ministeriali di HCF nel campo. Questa attività appare importante e strategica per dare "spinta" al Progetto Scuola ed Educazione di HCF in collaborazione con i Ministeri della Salute e della Scuola.

Formazione (Figura 4)

È auspicabile che il programma formativo di HCF possa rientrare nel Piano Annuale Formativo ANMCO, attraverso questo ultimo gradatamente il contenitore di tutta la proposta formativa ANMCO-HCF.

Rivista N.166 novembre / dicembre 2008, pag. 28

La Presidenza di HCF: onore e piacere

di Attilio Maseri

È già trascorso un anno da quando ho avuto l'onore di essere eletto alla presidenza di HCF. È stato per me un anno molto stimolante, che ha riproposto l'entusiasmo con cui ho accettato l'incarico dell'ANMCO, commissioni che ho condotto con il Consiglio Direttivo e il Consiglio Nazionale ANMCO. Sono venuti in un modo nuovo che non conoscevo affatto, una passione che permette di vedere le cose dal dentro, con il grande impegno, ma senza conoscere le ansie di chi è fuori. Ho avuto varie scure fonte di "gaffe", l'ironia, ma mi sono sentito ascoltato e consigliato nelle decisioni critiche.

Ho rivisto questo primo anno del mio mandato di presidenza attraverso gli articoli che avevo scritto per "Cardiologia negli Ospedali".

Nel numero 163 di gennaio / febbraio 2008 ho espresso l'entusiasmo con il quale avevo accettato l'incarico e ne ho spiegato le ragioni. Ho manifestato la convinzione del ruolo della clinica nella pratica quotidiana e nella ricerca vista nella realtà della rete delle Cardiologie italiane e del Centro Studi. Avevo infine espresso l'opinione che era necessario, che HCF avesse una sede per poter finanziare una campagna di raccolta fondi ed iniziare a sviluppare le opportunità che gli intercorrono, in particolare per una ricerca clinica innovativa italiana.

Nel numero 163 di maggio / giugno 2008 ho riportato che la Sede HCF era stata inaugurata e che il gruppo di amministratori rappresentati della Cardiologia internazionale", riunito in un brainstorming meeting organo-

zato in Friuli aveva poi amministrato la ricerca e il centro di ricerca in Italia. Nella Valle dell'Esate Casa di Fieschi, il 29 maggio 2008, che ha ricevuto una lettera inaugurando l'edificio, ma solo si attendeva la più importante, ma anche la più grande probabilità di successo proprio in Italia quando le esperienze e strategie CASSE.

Nel numero 165, 167 di luglio / settembre 2008 ho ampliato questi spunti nell'intervista condotta da Pasquale Calabrese. In questa intervista era anche annunciato il lancio della giornata "per il Tuo cuore" il 14 febbraio 2009 San Valentino.

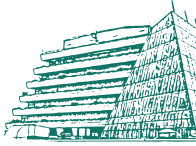
Quello che si è sviluppato dopo questi anni lo so bene e ho avuto il piacere di gennaio / febbraio 2009 e in queste stesse pagine. Il suo corso del riciclaggio di Quindici, espresso dai testimoni apprezzamenti del Presidente Napolitano, e quello della Campagna "per il Tuo cuore" promosso dalla RAI, insieme con la conferenza stampa in Sala Atti di Via Marconi a Roma e culminata il 14 e 15 febbraio, sono andati bene oltre le speranze più rose ed ho avuto un grande successo. Infine ci sono state le speranze più rose ed ho avuto un grande successo.

Il risultato ottenuto in questo anno sono il risultato del contributo ideativo ed operativo di molti, inclusi Conoscere e le Associazioni di volontariato, e tutti desidero nuovamente ringraziare. Spesso proprio che questa parte (quasi) si ripeta in una per la raccolta fondi del 5 per mille, dedicati alla ricerca clinica innovativa, al progetto per la formazione e per l'educazione, scritte a "HCF risponde" su "Cardiologia negli Ospedali", mandando mail, scrivere al Soc. VEE, fare un candidato, diventare un anemico a migliorare!

Prof. Eugenio Brambilla, Prof. Richard Conti, Dott. Andrea Di Lorenzo, Don Aldo Bruno Maggioni, Prof. Massimo Pifferi, Prof. Anna Rosa Vismara, Prof. Magli Savoca

Rivista N.168 - marzo / aprile 2009, pag. 21

dicembre 2008 – pagine 25-26) E a supporto del Settore Formazione è nato il Fondo ANMCO per la Formazione: "... Lo statuto dice:



Awiata la nuova strategia di ricerca GISSI - OUTLIERS

di A. Di Lorenzo, F. Ammirati, M. Catagnino, B. Merloni, M. Maggioni, M. Senni

8 **E**ntro nella fase attiva di un progetto GISSI. Dal vivo con la presenza dei primi protocolli su cui i giovani Ricercatori potranno cominciare a lavorare con il supporto di Tutor esperti. Sono progetti validati e formati, che si indirizzano all'importanza dell'investimento clinico e della investigazione allo Sherlock Holmes per scoprire i Casi che non si comportano come ci si aspetta, ed attraverso questi essere informati su uniche per capire i meccanismi biologici sottostanti mediante l'applicazione della ricerca di base a queste casistiche atipiche. Veniamo allo stato di avanzamento dei cinque progetti. I suoi protocolli sono già in fase di elaborazione per essere sottoposti al Comitato Scientifico per la Ricerca Clinica Innovativa (Prof. Andrea Balaban, Prof. Eugene Braunwald, Prof. Richard Coran, Dott. Andrea Di Lorenzo, Dott. Aldo Maggioni, Prof. Maurizio Plebani, Dott. Sabino Pirelli, Prof. Peter Serrano, Prof. Luigi Tassinati, Dott. Gianni Tognoni, Prof. Rossa Verona, Prof. Magli Nicolini).

Fattori di rischio e di alterazione rischio cardiaca
La valutazione integrata dei fattori di rischio cardiovascolari, basata sulla valutazione del rischio e l'assunzione di strategie di prevenzione, sono gli obiettivi della iniziativa di ricerca. I suoi protocolli sono già in fase di elaborazione per essere sottoposti al Comitato Scientifico per la Ricerca Clinica Innovativa (Prof. Andrea Balaban, Prof. Eugene Braunwald, Prof. Richard Coran, Dott. Andrea Di Lorenzo, Dott. Aldo Maggioni, Prof. Maurizio Plebani, Dott. Sabino Pirelli, Prof. Peter Serrano, Prof. Luigi Tassinati, Dott. Gianni Tognoni, Prof. Rossa Verona, Prof. Magli Nicolini).

Fattori di rischio e di alterazione rischio cardiaca
La valutazione integrata dei fattori di rischio cardiovascolari, basata sulla valutazione del rischio e l'assunzione di strategie di prevenzione, sono gli obiettivi della iniziativa di ricerca. I suoi protocolli sono già in fase di elaborazione per essere sottoposti al Comitato Scientifico per la Ricerca Clinica Innovativa (Prof. Andrea Balaban, Prof. Eugene Braunwald, Prof. Richard Coran, Dott. Andrea Di Lorenzo, Dott. Aldo Maggioni, Prof. Maurizio Plebani, Dott. Sabino Pirelli, Prof. Peter Serrano, Prof. Luigi Tassinati, Dott. Gianni Tognoni, Prof. Rossa Verona, Prof. Magli Nicolini).

Convention delle UTIC 2009

di Matteo Cavalli

28 **A** che scopo? L'anno ha problemi. Le UTIC italiane sono state invitate tra i Main Session del Congresso ANMCO. Sono stati affrontati in particolare gli aspetti organizzativi generali, le problematiche delle UTIC degli Ospedali di riferimento, la gestione dei rapporti con i comitati di riferimento e l'interoperabilità con i comitati di riferimento. Sono stati affrontati in particolare gli aspetti organizzativi generali, le problematiche delle UTIC degli Ospedali di riferimento, la gestione dei rapporti con i comitati di riferimento e l'interoperabilità con i comitati di riferimento.

Un programma educativo alla dimissione per migliorare l'aderenza dopo una SCA

di S. Uffredi, M. Sonnargni, P. Di Giulio

22 **L'**obiettivo di migliorare l'aderenza di cui viene offerta la dimissione e il trattamento secondario come prioritario nei programmi del Area Prevenzione Cardiovascolare per il triennio 2009-2010. Infatti, dopo aver investito in maniera importante nella rete dell'Emergenza finalizzata a portare il paziente all'Ospedale il più presto possibile, è necessario assicurare l'aderenza al trattamento secondario.

Rivista N.170 / 171 - luglio / agosto - settembre / ottobre 2009, pag. 8

Rivista N.170 / 171 - luglio / agosto - settembre / ottobre 2009, pag. 28

Rivista N.170 / 171 - luglio / agosto - settembre / ottobre 2009, pag. 22

Stati Generali ANMCO 2010

Dove siamo e dove vogliamo andare

di Salvatore Pirelli

Nella bellissima città di Roma, il 18 gennaio 2010, si sono svolti gli Stati Generali ANMCO 2010. Un evento che ha riunito in un unico spazio una grande comunità di medici, ricercatori e operatori sanitari. L'ANMCO ha organizzato un evento che ha riunito in un unico spazio una grande comunità di medici, ricercatori e operatori sanitari.

La presentazione del Documento FIC

Struttura e Organizzazione Funzionale della Cardiologia al Ministro della Salute

di Giuseppe Di Pasquale

In un incontro svolto presso il Ministero della Salute in data 18 febbraio 2010 il Documento Struttura e Organizzazione Funzionale della Cardiologia è stato presentato al Ministro Prof. Francesco Forte e a una Delegation della FIC (Giuseppe Di Pasquale, Francesco Chiarlo, Maurizio Di Giuseppe, Franco Sordani, Marco Matteo Ciccione).

L'incontro con Benedetto XVI

di A. Mares e F. Chiarella

Perché assumersi un impegno personale ed associativo in una realtà attraversata da segni di profondi crisi? La risposta è questa: domandarsi come, attraverso la propria azione, si può contribuire a migliorare la qualità della vita delle persone che vivono in condizioni di difficoltà.

Rivista N.174 - marzo / aprile 2010, pag. 3

Rivista N.174 - marzo / aprile 2010, pag. 11

Rivista N.174 - marzo / aprile 2010, pag. 7

“L’Associazione ha la finalità di interesse generale e di utilità sociale di promuovere l’attività della ricerca scientifica e la formazione dei medici nel settore annuo per sostenere uno o più Eventi Formativi relativi a temi di elevato interesse per il Cardiologo, ma privi di sostegno economico. ...” – Perché un



COME ERAVAMO

DAL COMITATO SCIENTIFICO

Ruolo del Comitato Scientifico: propositività e indirizzo per la ricerca

di Andrea Di Lenardo

Cil Comitato Scientifico dell'ANMCO è stato così come sempre un momento di discussione aperta, vivace, magari a volte confusa e ripetitiva, ma sempre interessante e stimolante. La presenza più più volte sottolineata è che il Comitato Scientifico è l'organo di Coordinamento delle Attività con l'altra cosa rispetto alle Aree

monografiche tecnico del Sistema Qualità HCF, gli aiuti e coordinano i processi di responsabilizzazione sia per i progettisti che per il Comitato Scientifico stesso che ha approvato il progetto. Naturalmente questa attività riguarda anche il Piano ANMCO per la Ricerca e gli altri Regimi e Protocolli approvati dall'ANMCO.

Nelle riunioni che si sono svolte nella primavera 2009 il Comitato Scientifico si era fatto promotore di una mediazione tra la ricerca "tradizionale" e la ricerca "innovativa" negli Ouflets per definire, se possibile, una strategia di ricerca significativa su alcune aree portanti. In realtà, malgrado gli sforzi di alcuni, è emerso un evidente difetto di coordinamento tra Consiglio Esecutivo ANMCO, Consiglio di Amministrazione HCF e Aree con il rischio di un ulteriore scollamento tra centro e periferia (vedi: Le Aree sono orientate ai margini della proposta GISS Ouflets, preventivo consiglio solo nella fase di revisione delle proposte del primo protocollo GISS Ouflets avanzato il Comitato Scientifico. Quanto successo credo non abbia permesso una approfondita riflessione all'interno delle Aree su questi progetti né

DAL PRESIDENTE

"Il Valore della Vita"

La prima Campagna di Sensibilizzazione dei Cittadini Italiani per la Lotta all'Infarto Miocardico

È un originale format di ANMCO e Fondazione "per il tuo cuore" di comunicazione multimediale e multimediale per la promozione della salute cardiovascolare che ha realizzato 80 milioni di contatti.

di MAURO SCHIRRELLI

"Il Valore della Vita" è l'inizio della prima Campagna Sociale promossa dal Consiglio Direttivo ANMCO e dalla Fondazione "per il tuo cuore" con il supporto di Area Ziemer, per la sensibilizzazione dell'opinione pubblica sull'importanza di salvaguardare la salute del cuore con un focus sui rischi legati all'infarto e al post-infarto miocardico. Il Comitato Scientifico del Progetto è costituito da Maurizio G. Albertini, Paoletto Fagiolini, Franco Sestini, Gian Luigi Nicolini, Massimo Schirrelli, Pier Luigi Temporelli, Massimo Ugocini e Stefano Uboldini. L'intenzione era di creare una maggiore consapevolezza negli adulti e di stimolare una cultura che coinvolga i più giovani - i nostri figli - affinché si trasformino in "ambasciatori" presso le famiglie, della prevenzione e dell'adozione di stile di vita salutare. Con questo obiettivo, la Campagna ha previsto un progetto specifico indirizzato al mondo della Scuola, nel solo

Metropolitane e degli Aeroporti fino al 5 dicembre 2010 (Figura 1). Inoltre nella settimana dal 22 al 28 novembre la Campagna "Il Valore della Vita" è apparsa sui più importanti quotidiani per aumentare la diffusione e la risonanza. Promulgata con il progetto nelle Scuole, il format "per il tuo cuore" è stato realizzato in una Mostra Fotografica dal titolo "Art for Heart Photo", in cui le opere donate da artisti emergenti saranno battute all'asta nel corso di un Evento di Fund raising a favore della Fondazione "per il tuo cuore" per sostenere la ricerca cardiologica. La Campagna "Il Valore della Vita" terminerà a maggio 2011, in occasione del 42° Congresso Nazionale ANMCO. Lo SPIG TV

Il risultato, della durata di 30", è aspramente un'immagine di un papà con un figlio seduti ad un tavolo che conversano insieme un po' con il terzo. All'improvviso l'uomo porta la mano al petto.

DAL DIRETTIVO - IL CENTRO FORMAZIONE

Campagna Educazionale Nazionale Ritardo Evitabile: ancora un passo verso il traguardo

di LUCA OTRIVINA, VINCENTO DI CHIARA, FRANCESCO CERRELLA

Esplosione negli ultimi anni in molte Nazioni del mondo occidentale dell'ANMCO "Ritardo Evitabile. Salvo il numero dei pazienti colpiti da Sindrome Coronarica Acuta ostentando tempi e modalità di lavoro e interventi medici". L'obiettivo è stato finalizzato a incrementare nei pazienti colpiti da Infarto Miocardico Acuto con ST segmentato (STEMI) il numero di quelli ripuliti e a ridurre i tempi della ripulitura (sia con tecniche di infarto e di ripertura del vaso coronarico) e con la trombasi acuta ha massimamente evidenziato come la comunità scientifica cardiologica, fondata sul presupposto dell'importanza di preservare l'età in cardiologia ischemica, sia capace di mettere in atto una serie di provvedimenti organizzativi mirati a modificare il ritardo della ripulitura coronarica. La più concreta ed efficace iniziativa con questi

risultati finora pianificata in Italia è stata la Campagna Educazionale Nazionale dell'ANMCO "Ritardo Evitabile. Salvo il numero dei pazienti colpiti da Sindrome Coronarica Acuta ostentando tempi e modalità di lavoro e interventi medici". L'obiettivo è stato finalizzato a incrementare nei pazienti colpiti da Infarto Miocardico Acuto con ST segmentato (STEMI) il numero di quelli ripuliti e a ridurre i tempi della ripulitura (sia con tecniche di infarto e di ripertura del vaso coronarico) e con la trombasi acuta ha massimamente evidenziato come la comunità scientifica cardiologica, fondata sul presupposto dell'importanza di preservare l'età in cardiologia ischemica, sia capace di mettere in atto una serie di provvedimenti organizzativi mirati a modificare il ritardo della ripulitura coronarica. La più concreta ed efficace iniziativa con questi

risultati finora pianificata in Italia è stata la Campagna Educazionale Nazionale dell'ANMCO "Ritardo Evitabile. Salvo il numero dei pazienti colpiti da Sindrome Coronarica Acuta ostentando tempi e modalità di lavoro e interventi medici". L'obiettivo è stato finalizzato a incrementare nei pazienti colpiti da Infarto Miocardico Acuto con ST segmentato (STEMI) il numero di quelli ripuliti e a ridurre i tempi della ripulitura (sia con tecniche di infarto e di ripertura del vaso coronarico) e con la trombasi acuta ha massimamente evidenziato come la comunità scientifica cardiologica, fondata sul presupposto dell'importanza di preservare l'età in cardiologia ischemica, sia capace di mettere in atto una serie di provvedimenti organizzativi mirati a modificare il ritardo della ripulitura coronarica. La più concreta ed efficace iniziativa con questi

Rivista N.174 - marzo / aprile 2010, pag. 13

Rivista N.178 novembre / dicembre 2010, pag. 3

Rivista N.179 gennaio / febbraio 2011, pag. 10

DAL PRESIDENTE

PROGETTO AMI - STANDARD OF CARE

Un Modello Certificato di Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per il Paziente con Sindrome Coronarica Acuta - STEMI

di MAURO SCHIRRELLI, PASQUALE CALABRÒ, DOMENICO GABRIELLI

L'ANMCO prosegue nella diffusione della cultura e dei concetti legati alla Clinical Governance ed alla Gestione dei Rischi nell'ambito della Cardiologia

Obiettivo e razionale del Progetto

L'ANMCO intende interpretare i nuovi bisogni e proporre indirizzi e risposte concrete ai SSIs, promuovendo un modello di riferimento semplice e misurabile, in grado di innescare un processo dimensionale di miglioramento continuo relativo alla sicurezza, qualità e appropriazione delle prestazioni erogate, tanto da correlarle con la propria Missione di lavoro nel proprio Istituto.

... Promuovere iniziative concrete nell'ambito della Clinical Governance nella Cardiologia, anche con l'impiego delle tecnologie e degli altri regionali, supportando gli ambulatori specialistici e clinici con modelli organizzativi in linea con i requisiti di qualità, sicurezza ed efficienza.

A tal fine è stato identificato un apposito Comitato di Coordinamento costituito da Pasquale Calabrò, Cristina Cascardi, Roberto Ceravolo, Stefano De Servi, Massimo Elia, Domenico Gabriel, Maddalena Lettino, Antonio Marchetti, Daniele Napolitano, Zoran Olinari, Filippo Ottani, Daniela Pavan, Serena Rada, Martino Schirrelli, Quirino Tassi, Giuseppe Troiano, Marco Tubaro. Si tratta pertanto di una iniziativa che vede coinvolte anche tre Aree ANMCO: Area Nursing, Area Emergenza, Urgenza ed Area Management e Qualità

con il supporto metodologico della OPT. Attività di competenza operativa della progettazione ed implementazione di modelli organizzativi in SSIs. L'obiettivo è sviluppare un Modello Certificato di Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) del Paziente con Sindrome Coronarica Acuta - STEMI. È un atto scelto come argomento su STEMI perché centrale per l'attività cardiologica a tutti i livelli, oltre che per le evidenze scientifiche disponibili. Il Modello verrà sviluppato, applicato e verificato in diverse realtà pediatriche, rappresentando delle diverse tipologie di Strutture cardiologiche (UIC, SpS, UIC, ...)

LA FONDAZIONE "PER IL TUO CUORE" RISPONDE

Educazione alla Prevenzione Cardiovascolare nella Scuola

Una Strada in salita, ma percorribile - lentamente - con l'impegno di Tutti

L'adozione di uno stile di vita sano parte dagli alunni e dagli studenti delle Scuole Primarie e Secondarie è un requisito indispensabile per ridurre il rischio futuro di comparsa della malattia cardiovascolare nelle sue varie presentazioni, croniche ed extra-croniche.

La Fondazione "per il tuo cuore" e l'ANMCO sono da tempo impegnate in attività di formazione per una corretta educazione ai rischi cardiovascolari, e l'Area Prevenzione Cardiovascolare continua (o almeno ci prova) al centro di "Tutto è operativo" delle due biennali. Negli ultimi 12-18 mesi varie iniziative sono state avviate, e alcune sono in corso, nel tentativo di

implementare le attività educative di formazione alla Prevenzione Cardiovascolare. Per citare alcune:

- La Campagna "Il Valore della Vita", coordinata dal Presidente ANMCO, Dr. Mauro Schirrelli, con il coinvolgimento di oltre 275 istituti scolastici distribuiti su tutto il territorio nazionale e che si è conclusa con

il coinvolgimento di tutta la volta di varie figure professionali, sia al Cardiology. Questi eventi si sono svolti finora in Lombardia, in Basilicata e in Liguria, hanno ottenuto varie interessanti partecipazioni e si aprirà presto una serie di attività a partire dalle scuole operanti all'interno delle singole Scuole coinvolte. In un altro articolo all'interno di questa Sezione.

nell'affermazione di quel diritto alla salute che è diritto fondamentale sancito dalla Costituzione". Così il Presidente della Repubblica, Giorgio Napolitano, si è rivolto ai partecipanti alla cerimonia di presentazione al Quirinale, da parte della Fondazione per il Tuo cuore, della Rete di Cardiologia che partecipano alla ricerca clinica sul territorio nazionale. ... Il Capo dello Stato si è, altresì, complimentato con i giovani ricercatori che grazie alle borse di studio consegnate nel corso della cerimonia "sono potuti tornare dall'estero e sviluppare una propria attività in Italia" -

Il Presidente Napolitano all'incontro con la Fondazione per il Tuo cuore - A. Chinaglia (RIVISTA N. 167 - gennaio/febbraio 2009 - pagine 6-7)

"... Il successo del ricevimento al Quirinale, espresso dai lusinghieri apprezzamenti del Presidente Napolitano e quello della Campagna "per il tuo cuore" promossa dalla RAI, iniziata con la conferenza stampa in Sala Arazzi di Via Mazzini a Roma e culminata il 14 e 15

Rivista N.181 - maggio / giugno 2011, pag. 3

Rivista N.181 - maggio / giugno 2011, pag. 12

Rivista N.179 gennaio / febbraio 2011, pag. 10

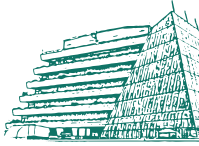
Fondo ANMCO per la Formazione?

- A. Chinaglia (RIVISTA N. 163 - maggio-giugno 2008 - pagine 10-11)

Il 2009 inizia con l'evento storico"

Di tutta evidenza il grande significato sia sociale che culturale delle attività di ricerca e di cura che confluiscano

Il 2010 è ancora la proposta di un progetto di ricerca e di cura che confluiscano



C

LA FONDAZIONE "PER IL TUO CUORE" RISPONDE

Alimentazione e Dieta: tra Salute e Comunicazione!

DI STEFANIA DE FEO, AURELIO SGALAMBRO, ALESSANDRA CHINAGLIA, POMPILO FAGGIANO

• **La Scuola "per il Tuo cuore" Help - Line per Insegnanti**
Attraverso il Sito WEB ANMCO nella sua parte dedicata al Cittadino, l'Area Prevenzione Cardiovascolare si sta da tempo occupando di trasmettere messaggi di salute cardiovascolare attraverso diverse modalità educative, con lo scopo di promuovere corretti stili di vita e correggere i fattori di rischio, in tutte le fasce di età. Si pensi, a questo proposito, allo sforzo dedicato al progetto La Scuola "per il Tuo cuore". Help - Line per Insegnanti.

• **Sezione Alimentazione**
È stata da poco ultimata una Sezione interamente dedicata all'Alimentazione. L'opportunità e la necessità di uno spazio per la dieta e l'alimentazione sono facilmente comprensibili nel quadro di una società che,

www.periltuocuore.it 17

C

DAL PRESIDENTE

ANMCO 2011 42° Congresso Nazionale di Cardiologia Uniti nella Ricerca per le Cure di Qualità

MARINO SCHERILLO E ALDO PIETRO MAGGIONI

Il Congresso ANMCO rappresenta ormai un tradizionale appuntamento di aggiornamento scientifico e di piacevole incontro per i Cardiologi e gli Infermieri attivi nelle 890 Strutture cardiologiche e nelle 416 UTIC italiane ed impegnati con passione ed entusiasmo nell'Assistenza e nella Ricerca per le Cure di Qualità. Il Consiglio Direttivo ed il Consiglio Nazionale ANMCO, come ogni anno, avendo in mente una efficace trasmissione di sapere tra Professionisti, hanno elaborato 179 Eventi Scientifici. Nel complesso sono stati affrontati una ampia varietà di snodi clinici ricorrenti nella pratica quotidiana e, come ormai

tradizione, grosso rilievo all'interno del meeting hanno avuto gli Studi Clinici dell'ANMCO. Sono stati presentati dal Prof. Luigi Tavazzi i dati definitivi dell'**IN - HF Outcome**, terminato nel dicembre 2010: uno Studio osservazionale condotto su 5.600 pazienti, arruolati nel periodo 2007 - 2009, e seguiti fino a un anno dall'arruolamento. Un terzo dei pazienti sono stati ospedalizzati per riacutizzazione di scompenso, i 2/3 dei pazienti arruolati in Ambulatorio per scompenso cronico (la Figura 1 riporta i profili clinici dei pazienti ricoverati per scompenso acuto). La mortalità a un anno nei pazienti con scompenso cronico è pari a 5,9%, e i

principali predittori indipendenti di mortalità a un anno sono la frequenza cardiaca elevata, l'età, una bassa pressione arteriosa sistolica, il basso peso corporeo, l'anemia, l'insufficienza mitralica, il QRS slargato, la disfunzione renale. Nei pazienti con scompenso acuto, tra i predittori di mortalità vanno annoverati anche la presenza di compromissione neurologica e l'iposodiemia. Interessanti sono i dati sull'utilizzo degli ICD: il 30% dei pazienti con scompenso cronico aveva indicazione a CRT secondo Linee Guida, e di questi solo il 48% è stato impiantato con un ICD; il 70% dei pazienti non aveva indicazione a ICD, e di questi il 16% è

3

Rivista N.182 / 183
luglio / agosto - settembre / ottobre 2011, pag. 17

Rivista N.182 / 183
luglio / agosto - settembre / ottobre 2011, pag. 3

febbraio, sono andati ben oltre le speranze più rosee e hanno avuto un grande supporto dall'ANMCO e dalla Cardiologia italiana, ... Infine ci sono state 19 domande per le 5 borse di studio bandite per iniziare i progetti GISSI OUTLIERS e la qualità dei candidati era notevole. ...” - **La Presidenza di HCF: onore e piacere** – A. Maseri (RIVISTA N. 168 – marzo/aprile 2009 – pagina 21) E ...“Entra nella fase attiva il Progetto GISSI OUTLIERS con la stesura dei primi protocolli su cui i giovani Ricercatori potranno cominciare a lavorare con il supporto di Tutor esperti.

Sono progetti stimolanti e formativi, che sottolineano l'importanza dell'osservazione clinica e della investigazione alla Sherlock Holmes per scoprire i Casi che non si comportano come ci si aspetta, ... stato di avanzamento dei cinque progetti, i cui protocolli sono già in fase di elaborazione per essere sottoposti al Comitato Strategico per la Ricerca Clinica Innovativa ...” - **Avviata la nuova strategia di ricerca GISSI-OUTLIERS** – A. Di Lenarda et al (RIVISTA N. 170-171 – luglio/agosto-settembre/ottobre 2009 – pagina 8) Nel corso del **40° Congresso**

Nazionale, tra le altre: -“**Convention delle UTIC 2009:** ... Sono stati affrontati in particolare gli aspetti organizzativi generali, le problematiche delle UTIC degli Ospedali di Rete non dotati di Emodinamica Interventistica, gli aspetti della competenza e specificità del Cardiologo e dell'Infermiere Intensivista nella prospettiva della Certificazione di Qualità, infine lo sbocco organizzativo auspicato: il Dipartimento cardiovascolare. ...” - M. Cassin (RIVISTA N. 170-171 – luglio/agosto-settembre/ottobre 2009 – pagine 28-34);



-**“Un programma educativo alla dimissione per migliorare l’aderenza dopo una SCA:** ... è arrivato il momento di presidiare meglio l’interfaccia ospedale-territorio attraverso una standardizzazione della dimissione. ...”

– S. Urbinati et al (RIVISTA N. 170-171 – luglio/agosto-settembre/ottobre 2009 – pagine 22-23).

Continua la serie di incontri degli Stati Generali: la V Edizione si svolge, il 15 e 16 gennaio 2010, nella cornice di Altafiumara-Reggio Calabria.

Come nelle precedenti edizioni, vengono affrontati i “temi caldi” che connotano il corrente periodo di attività dell’Associazione:

“LANMCO una realtà sempre più complessa e articolata La nostra Associazione, forte di oltre 5.000 Iscritti, è la più grande Associazione di professionisti in Italia e in Europa ... La possibilità di lavorare in Rete è il segreto del nostro successo ... Le nove Aree tematiche, create per una felice intuizione di Luigi Tavazzi, sono il braccio culturale e scientifico dell’Associazione, rappresentano il vero motore della Ricerca e costituiscono l’asse portante del Comitato Scientifico. Certamente vi sono delle criticità, dei problemi da affrontare e da risolvere per adeguarci alle esigenze nuove che vengono avanti ... In ambito di Comunicazione ... l’importanza del Sito WEB, che è divenuto uno strumento di straordinaria utilità non solo per i Medici, ma anche per i Cittadini ... Per quanto riguarda “Cardiologia negli Ospedali”, al di là degli apprezzamenti ..., è stata sottolineata la necessità imprescindibile di ridurre i costi. ... È stato messo in evidenza il problema dei Giovani: i Soci di età inferiore o uguale a 40 anni rappresentano solo il 10% di tutti gli associati ... abbiamo fatto, ahimè, pochi eventi formativi ove i giovani sono stati

protagonisti. ... Per quanto attiene al ruolo delle Regioni è emersa con forza la richiesta di un maggior coinvolgimento dei Presidenti Regionali nelle decisioni del Consiglio Direttivo, ... a detta di tutti il problema più rilevante in realtà sembra essere, ancora una volta, quello della comunicazione interna e pertanto andrà fatto uno sforzo ulteriore per riuscire a colmare questa lacuna.”

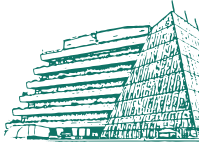
“LANMCO e gli altri ... come attrezzarsi per il futuro Le Società di Settore sono molto diverse l’una dall’altra e le sinergie con l’ANMCO sono talvolta possibili e talvolta difficili. ... Per la Federazione Italiana di Cardiologia molto è stato fatto, molto resta ancora da fare ... deve comunque continuare a perseguire in prima istanza l’unitarietà della Cardiologia, requisito assoluto e indispensabile per curare meglio i nostri pazienti ... istituzionalizzare una referenza cardiologica unitaria a livello del Decisore Pubblico sia in ambito regionale che nazionale ... coinvolgimento della Cardiologia ospedaliera nella formazione post-laurea ... “

“LANMCO e la Ricerca Nel campo della Ricerca ci siamo imposti all’attenzione della comunità scientifica internazionale perché siamo stati in grado di effettuare studi multicentrici con protocolli semplici ed efficaci che hanno coinvolto diverse migliaia di pazienti... Ora, grazie all’impegno di Attilio Maseri, è stato avviato un nuovo filone di ricerca focalizzata su quadri clinici che si discostano dalla media della popolazione che possono diventare uno strumento utile per comprendere meccanismi fisiopatologici ed efficacia terapeutica nel singolo paziente... Una criticità, più volte segnalata, è relativa al parziale sfruttamento dei database disponibili, ... Per supportare la ricerca in modo tangibile ci si è mossi in molte

direzioni ... In evidenza la problematica relativa alla mediazione tra ricerca tradizionale e ricerca innovativa ... È forse mancato un coordinamento organico con le Aree le cui proposte si sono solo parzialmente integrate con i progetti avviati ... Attilio Maseri è disponibile ad avviare una discussione approfondita su ogni progettualità individuata, discussa, approvata ... È fondamentale il rispetto delle specifiche competenze di ciascuno, la trasparenza delle operazioni e la gestione dei finanziamenti, tenendo ben presente che esiste un livello politico-strategico, il Consiglio Direttivo, che definisce le priorità e le modalità di gestione delle risorse, un livello propositivo e consultivo, le Aree e il Comitato Scientifico, e un livello operativo, il Centro Studi. ...”

“LANMCO e la Formazione: come innovare le proposte formative Gli obiettivi del Centro Formazione ANMCO sono quelli di dare una risposta strutturata alla Mission associativa, ... Negli anni abbiamo realizzato una intensa attività formativa che si articola in Campagne Educazionali Nazionali, Seminari di Aggiornamento, Corsi di Clinical Competence, Corsi di Rianimazione Cardiopolmonare. Anche in tempi di difficoltà economica siamo riusciti annualmente ad organizzare il Congresso, ...”

“Sviluppo e prospettive della Fondazione “per il Tuo cuore” HCF Onlus Dalla fine degli anni 90 l’obiettivo di HCF nel settore educativo è quello di promuovere la prevenzione attraverso lo stile di vita sano e la cultura dell’emergenza cardiovascolare. ... alla Scuola il ruolo di soggetto che promuove salute nella comunità, ... Più recentemente nell’ambito della ristrutturazione di HCF Fondazione “per il Tuo cuore”, l’Area Prevenzione Cardiovascolare dell’ANMCO è divenuta, in prima



persona, il gestore del Settore Educazionale ...”

“Struttura e Organizzazione Funzionale della Cardiologia ...

le Unità di terapia Intensiva Cardiologica sono il perno intorno al quale deve ruotare l'assistenza del Paziente cardiopatico acuto ... e il Dipartimento di Cardiologia è il luogo dove si può realizzare la più ampia integrazione specialistica, in grado di razionalizzare le risorse, generare cultura, permettere la contestualizzazione e la implementazione delle Linee Guida, elaborare programmi di formazione in relazione ai bisogni. ... a nostro parere, il modello “per intensità di cure” rappresenta un regresso in termini clinici e organizzativi, rischia di frammentare percorsi assistenziali collaudati, riduce l'efficacia delle cure e disperde un patrimonio di cultura e di esperienza accumulato in oltre 40 anni che ha portato ad una riduzione straordinaria della mortalità per malattie cardiovascolari. La nostra proposta è un modello di “gradualità delle cure” nell'ambito del Dipartimento di Cardiologia. ...” – **Stati Generali ANMCO 2010 Dove siamo e dove vogliamo andare** – S. Pirelli (RIVISTA N. 174 – marzo-aprile 2010 – pagine 3-6)

E il Documento **Struttura e Organizzazione Funzionale della Cardiologia**, fatto proprio dalla FIC, viene presentato al Ministro della Salute – (RIVISTA N. 174 – marzo-aprile 2010 – pagine 11-12). Viene ribadito il concetto dell'attenzione alla centralità della persona nell'esercizio della professione; l'occasione è fornita dall'incontro con Benedetto XVI nel corso dell'udienza del 5 maggio 2010 – **L'incontro con Benedetto XVI** – A. Maseri e F. Chiarella (RIVISTA N. 174 – marzo-

aprile 2010 – pagine 7-8). Viene precisato il ruolo che il *Comitato Scientifico* sta assumendo in funzione dei correnti indirizzi di ricerca e della ulteriore definizione delle diverse articolazioni associative: “... la premessa più volte sottolineata è che il *Comitato Scientifico* è l'Organo di coordinamento delle Aree, non è un'altra cosa rispetto alle Aree stesse. ... I contenuti del Congresso sono una vetrina fondamentale per l'ANMCO. Il *comitato Scientifico* si offre di coordinare e ottimizzare, ..., le proposte pervenute ... in collaborazione con il *Comitato Scientifico* del Congresso costituito da Consiglio Direttivo. ...” – **Ruolo del Comitato Scientifico: propositività e indirizzo per la ricerca** – A. Di Lenarda (RIVISTA N. 174 – marzo-aprile 2010 – pagine 13-14). Parte ... **La prima Campagna di Sensibilizzazione dei Cittadini Italiani per la Lotta all'Infarto Miocardico**: “Dai Valore alla Tua Vita” è l'incipit della prima Campagna Sociale promossa dal Consiglio Direttivo ANMCO e dalla Fondazione “per il Tuo cuore” con il supporto di Astra Zeneca, per la sensibilizzazione dell'opinione pubblica sull'importanza di salvaguardare la salute del cuore con un focus sui rischi legati all'infarto e al post-infarto miocardico. ...” – M. Scherillo (RIVISTA N. 178 – novembre/dicembre 2010 – pagine 3-5), ... mentre si conclude ... la **Campagna Educazionale Nazionale Ritardo Evitabile**: “... L'iniziativa è stata finalizzata a incrementare nei pazienti colpiti da Infarto Miocardico Acuto con ST sopraslivellato (STEMI) il numero di quelli ripperfusi e a ridurre i tempi della riperfusione (sia con trombolisi sia con angioplastica primaria). ...” L. Oltrona Visconti et al (RIVISTA N. 179 –

gennaio/febbraio 2011 – pagine 10-11).

L'Associazione è impegnata ad interpretare nuovi bisogni, a diffondere cultura e concetti legati alla *Clinical Governance* e alla *Gestione dei Rischi*, “... promuovendo un modello di riferimento semplice e misurabile, in grado di innescare un processo dimostrabile di miglioramento continuo relativo alla sicurezza, qualità e appropriatezza delle prestazioni erogate; tutto ciò coerentemente con la propria *Mission* delineata nel proprio Statuto ...” – **Progetto AMI-standard of Care. Un Modello Certificato di Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per il Paziente con Sindrome Coronarica Acuta-STEMI** – M. Scherillo et al. (RIVISTA N. 181 – maggio/giugno 2011 – pagine 3-8). La Fondazione “per il Tuo cuore” sviluppa e dà ulteriore impulso agli interventi educazionali nella Scuola e nel Sociale:

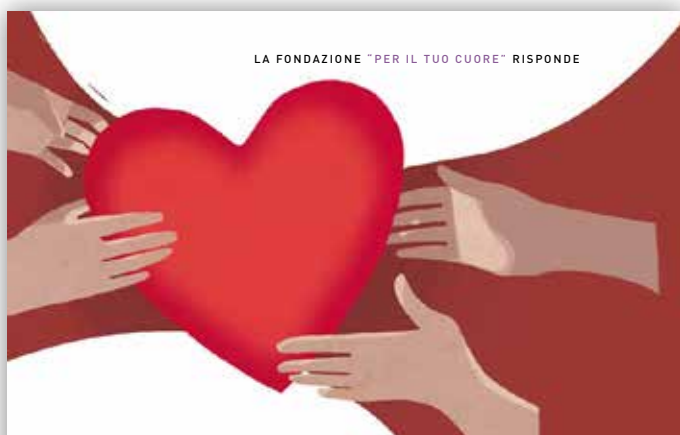
-Educazione alla Prevenzione Cardiovascolare nella Scuola. - P. Faggiano et al (RIVISTA N. 181 – maggio/giugno 2011 – pagine 12-13); **-Alimentazione e Dieta: tra Salute e Comunicazione!** – S. De Feo et al (RIVISTA N. 182-183 – luglio/agosto-settembre/ottobre 2011 – pagine 17-19). Nel corso del **42° Congresso Nazionale**, “... tradizionale appuntamento per i Cardiologi e gli Infermieri attivi nelle 890 Strutture Cardiologiche e nelle 416 UTIC italiane, ... sono stati affrontati una ampia varietà di snodi clinici ricorrenti nella pratica quotidiana e, come ormai tradizione, grosso rilievo all'interno del meeting hanno avuto gli Studi Clinici dell'ANMCO. ... dati definitivi dell'**IN-HF Outcome**, ... presentati e discussi anche i dati dello **Studio MANTRA**



... i risultati dello **Studio Blitz 4** ..., i risultati dello **Studio DYDA...**
Uniti nella Ricerca per le Cure di Qualità – M. Scherillo, A.P. Maggioni (RIVISTA N. 182-183 luglio/agosto–settembre/ottobre 2011 – pagine 3-8).
 Giunge alla Quarta Edizione la **Campagna “per il Tuo cuore”**: “... il ricavato della raccolta contribuirà a sostenere la ricerca clinica innovativa, per dare ai malati la possibilità di una cura e prevenzione “su misura” ... Grazie alla raccolta degli anni passati la Fondazione ha già: 1) creato un Archivio Casi Clinici “inusuali” ... 2) istituito una Banca biologica presso l’Istituto

Mario Negri di Milano ...3) avviato lo Studio **CAPIRE**, ... 4) ... completato e approvato il protocollo dello **Studio VAR ...5) infine uno studio che ... si propone di indagare, in 100 pazienti, i meccanismi locali precipitanti dell’infarto ...” - Se doni per la ricerca cardiovascolare doni per la vita!**
 – A. Maseri (RIVISTA N. 185-186 – gennaio/febbraio-marzo/aprile 2012 – pagine 5-6).
 La Sesta Edizione degli Stati Generali si tiene a Roma il 12 febbraio 2012 ed ha come teme conduttore: **Il ruolo della Società Scientifica nello Sviluppo della Ricerca e nella**

Promozione della Formazione in Cardiologia
 Si conclude la Seconda indagine dell’**Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare**, i cui dati vengono utilizzati per dare un contributo allo “... sviluppo di un sistema di sorveglianza europeo (European Health Examination Survey, EHES)...” e vengono integrati da quelli relativi a “... due indagini specifiche: il **CARHES ... e il MINISAL-GIRCSI ...” - La Salute Cardiovascolare degli Italiani**
 – D. Vanuzzo et al (RIVISTA N. 187 – maggio/giugno 2012 – pagine 20-24).
 Le Aree (divenute 10 con la nascita



Se doni per la ricerca cardiovascolare doni per la vita!



DI ATTILIO MASERI

La quarta edizione della Campagna “per il Tuo cuore”

La Fondazione per il Tuo cuore - HCF Onlus sta lanciando una serie di campagne per sostenere le ricerche cliniche innovative in cardiologia, basate sul rinascimento dell’osservazione clinica dei casi che più si discostano dal comportamento medio. Solo questo approccio infatti è in grado di farci

individuare nuovi bersagli terapeutici e preventivi che permettano cure e prevenzione più personalizzate per le malattie cardiovascolari. Un approccio teso a curare il malato nella sua unicità e non solo la malattia con suoi rischi e risposte medie: infatti non possiamo cercare di spiegare tutto con quello che sappiamo già.

Per questa sfida la Fondazione si avvale del supporto degli oltre 5.000 cardiologi iscritti all’ANMCO, con oltre 400 cardiologie collegate in rete al suo Centro Studi, che ha già una banca dati con 100.000 casi appartenenti a vari studi che gli hanno valso l’ammirazione della Comunità Scientifica Internazionale. Il ricavato

www.periltuocuore.it 5

DAL CONSIGLIO DIRETTIVO

La Salute Cardiovascolare degli Italiani

DI DIEGO VANUZZO, LUIGI PALMIERI, CHIARA DONFRANCESCO, CINZIA LO NOCE, FRANCESCO DIMA, LUCIA IACOVIELLO, PASQUALE STRAZZULLO, LUCA DE NICOLA, MARINO SCHERILLO E SIMONA GIAMPAOLI

Introduzione
 Con l’aumento della speranza di vita alla nascita in Italia, ormai giunta nel 2011 a 79,4 anni per gli uomini e 84,5 anni per le donne⁽¹⁾ e con ormai un quinto della popolazione oltre i 65 anni di età⁽²⁾, diventa imperativo “invechiare in salute”. In un recentissimo documento ufficiale delle Nazioni Unite⁽³⁾ del settembre 2011, il secondo nella sua storia ad occuparsi di salute, la prevenzione e il controllo delle malattie degenerative, in primis quelle cardiovascolari, sono considerate di importanza vitale a livello planetario. Tra le varie azioni si dà la più grande priorità alla sorveglianza, identificazione precoce, screening, diagnosi e trattamento di queste patologie. Senza infatti conoscere i profili di salute e i fattori di rischio della popolazione, nessun intervento preventivo può essere lanciato e monitorato. Per questo, dal 1998, l’Istituto Superiore di Sanità di Roma e l’ANMCO si sono fatti carico della raccolta di dati epidemiologici nella popolazione generale, lanciando l’Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare (OEC)⁽⁴⁾. L’obiettivo dell’OEC/Health Examination Survey 2008-2012 è quello di descrivere, a 10 anni di distanza dal primo esame condotto tra il 1998 e il 2002, alcune caratteristiche individuali riconosciute come fattori di rischio, le abitudini di vita (alimentazione, attività fisica, abitudine al fumo di sigaretta), nonché la prevalenza di condizioni a rischio (ipertensione arteriosa, dislipidemia, obesità, diabete), identificare aree di patologia ed altre condizioni per le quali è necessario intervenire in termini preventivi, diagnostici, terapeutici, assistenziali e studiare gli andamenti temporali dei fattori di rischio e delle malattie cardiovascolari su campioni statistici rappresentativi della popolazione generale. Nella nuova indagine si è sentita l’esigenza di allargare l’interesse verso altri determinanti e indicatori di patologia cronico-degenerativa e alla possibilità di realizzare una Health Examination Survey (HES), partecipando con i dati italiani all’indagine europea, e contribuendo allo sviluppo di un sistema di sorveglianza europeo (European Health Examination Survey, EHES)⁽⁵⁾. Le HES, basate su campioni di popolazione generale estratti in modo casuale, sono particolarmente utili per fornire indicazioni sui comportamenti e sui determinanti della salute: attraverso esami diretti della popolazione (non attraverso questionari di autovalutazione) vengono raccolti dati su misure antropometriche, fisiologiche, cliniche e parametri ematochimici, nonché informazioni utili per valutare la prevalenza delle malattie croniche, la necessità e l’accesso ai servizi socio-sanitari, la capacità funzionale e lo stato nutrizionale. Sono state inoltre integrate in questo progetto due indagini specifiche: il CARHES – Cardiovascular risk in Renal patients of the Italian Health Examination Survey, promosso dalla Società Italiana di Nefrologia⁽⁶⁾, e il MINISAL - GIRCSI (Gruppo di lavoro Intersocietario per la Riduzione del Consumo di Sale in Italia) – Buone pratiche sull’alimentazione: valutazione del contenuto di sodio, potassio e iodio nella dieta degli italiani⁽⁷⁾.



AREA MANAGEMENT & QUALITÀ

CRISI:

危機

↓ ↓

PROBLEMA OPPORTUNITÀ

La Cardiologia ospedaliera al bivio: problema od opportunità?

Alcune informazioni essenziali e qualche considerazione critica sulla attuale crisi sanitaria, sul suo impatto sulla Cardiologia e sulle possibili scelte che dovremo compiere

DI QUINTO TOZZI E GIOVANNI GREGORIO

17

Rivista N.191 - gennaio / febbraio 2013, pag. 17

dell'Area Cardioimaging), anche se emergono limiti di coordinamento tra di loro e con gli Organi centrali, ottemperano al loro ruolo di *livello propositivo e consultivo*; tra le più recenti iniziative:

- ISAF Study-Percorsi diagnostico-terapeutici per la cura della fibrillazione atriale in Italia (Area Aritmie)
- Il "timing" chirurgico dell'insufficienza mitralica organica severa in pazienti asintomatici (Area Cardiochirurgica)
- L'Imaging integrato come risposta alla complessità (Area Cardioimaging)
- Consensus Conference ANMCO-GISE

sulla terapia antiaggregante nelle *Sindromi Coronariche Acute* (Area Emergenza-Urgenza)

- Informatica in Sanità: gli standard e il referto strutturato (Area Informatica)
- A proposito di ... *Appropriatezza* (Area Management & Qualità)
- INCIPIT 2 (INCidenza di Ipertensione sistolica Polmonare nei laboratori Italiani di ulTrasonografia) (Area Malattie del Circolo Polmonare)
- Formazione multiprofessionale e multidisciplinare in area critica: i nuovi Corsi ACC-HF-Sim&CRM per allenare un team efficace (Area Nursing)

50 ANNI DELL'ANMCO

IL 50° (1963 - 2013) anniversario dell'ANMCO Buon Compleanno alla nostra casa!

DI SABINO SCARDI

Oggi 50 anni sono un batter di ciglia, ma 50 anni sono anche una vita. Cinquant'anni di cammino con l'eccellenza della Cardiologia; la meravigliosa storia della nascita e dello sviluppo della Cardiologia ospedaliera italiana e dell'ANMCO attraverso spunti di riflessione. Il mio Amarcord e l'aiuto della memoria di alcuni colleghi che vissero quei tempi, mi hanno molto aiutato a tratteggiare il profilo dei Pionieri ed è stato per me un grande onore ricordarli. Un anniversario rappresenta un'occasione straordinaria

per celebrare un momento importante nella storia della nostra Associazione professionale che in Italia ha svolto e svolge un'azione simile a quella dell'American College negli Stati Uniti. L'ANMCO, la nostra casa, è stata il frutto di una iniziativa coraggiosa di 42 Pionieri che nel giugno del 1963 la costituirono ufficialmente a Venezia grazie alla disponibilità di Vincenzo Bellini. Per conoscere i dettagli dell'iniziativa mi rivolgo al Presidentissimo Giorgio Antonio Feruglio, che guidò l'Associazione negli anni dal 1970 al 1972 e poi dal 1984 al 1988,

e la sostiene sempre scrivendone la storia. L'idea nacque dalla sua visita all'American College of Cardiology a Bethesda. Ne parlò con i Cardiologi ospedalieri localmente più vicini: Bellini di Venezia e Cuzzato di Treviso che a Venezia si incontrarono il 26 aprile 1963 con Tumiotto (Ravenna), Bassi (Monfalcone), Masini e Lombardi di Lucca, Levi (Brescia) e insieme formularono i motivi e le premesse per costituire una Associazione di Cardiologi che operavano nei servizi ospedalieri. Bozza di Statuto, veloce Censimento, Consiglio Direttivo provvisorio, convocazione di una Assemblea a Bologna alle ore 11.00 del giugno 1963. Su un totale di 42 aderenti ne erano presenti 23. Una votazione unanime elesse il primo Consiglio Direttivo (Tabella 1). Posero come obiettivi primari il riconoscimento della Cardiologia come specialità autonoma, la creazione di strutture cardiologiche in tutti gli Ospedali e lo sviluppo della Cardiologia sul piano culturale, didattico e della

PRIMO CONSIGLIO DIRETTIVO DELL'ANMCO

Presidente: V. Puddu (Roma)
 Vice Presidente: G.A. Feruglio (Udine)
 Segretario - Tesoriere: E. Bellini (Venezia)
 Consiglieri: E. Tumiotto (RA), M. Lombardi (LU), G. Petruzzi (PZ), G. Roetta (VA)
 Revisori dei conti: F. Giacomelli (VE)
 Probiviri: V. Cuzzato (TV), V. Masini (LU), G. Invernizzi (BG)

Tabella 1

64 | Cardiologia negli Ospedali | centonovantatré

Rivista N.193 - maggio / giugno 2013, pag. 64

-Dove le Linee Guida non arrivano: la valutazione e la gestione del rischio negli anziani (Area Prevenzione Cardiovascolare)

- Un "Minimal Data Set" di informazioni da fornire alle dimissioni dopo un ricovero per Scopenso Cardiaco (Area Scopenso Cardiaco).

Le Regioni continuano a sviluppare attività, sia pure in maniera disomogenea e, talora, con difficoltà di raccordo con gli Organi centrali: sono **165** gli articoli pubblicati su Cardiologia negli Ospedali nel quinquennio 2008-2013, nei quali



vengono riportate e descritte, ancora una volta, le attività sia di iniziativa e valenza territoriale sia di regionalizzazione di progetti centrali. Tutto ciò mentre:

“... È sotto gli occhi di tutti come le istituzioni, le autorità regionali e le aziende, in quest’ultimo decennio hanno messo in secondo piano i progressi della Cardiologia e un solo obiettivo sembra guidare le loro decisioni: contenere i costi; ma questa scelta non sempre si concilia con la “produzione” di salute. ...” (RIVISTA N. 188 – luglio/agosto 2012 – pagine 8-14);

“... Siamo ... nel mezzo di un cambiamento per molti aspetti radicale che non possiamo eludere, che ci coinvolgerà pesantemente e che dobbiamo conoscere e comprendere se vogliamo limitare alcuni danni. Il facile errore che si potrebbe commettere è una sterile e lamentosa reazione istintiva di chiusura totale, solo apparentemente razionale, in parte protezionistica e forse giustificata ma strategicamente perdente. ... L’approccio più razionale e più ragionevole dovrebbe quindi essere non difendere l’ormai indifendibile, cioè alcuni modi di lavorare ormai superati perché legati a modelli organizzativi non più sostenibili, ma individuare nel nuovo che si profila il nostro effettivo margine di azione, le possibili realistiche alternative di intervento e le migliori strategie per realizzarle.

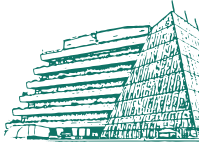
... In questo complesso in divenire noi abbiamo però un’arma potentissima (su cui il margine di imposizione esterno è significativo ma non totale): siamo noi che curiamo i pazienti, siamo noi che gestiamo parte dell’organizzazione e siamo noi tra i principali induttori di spesa. ... Il cuore ... del cambiamento è lo spostamento del baricentro dell’assistenza sanitaria dall’ospedale al territorio quale conseguenza di una allocazione delle risorse più funzionale ai nuovi contesti

epidemiologici e quindi organizzativi. ... Ciò presuppone una ridefinizione e soprattutto una integrazione profonda di tutte le attività e la coerenza clinica ed organizzativa tra le stesse (PDTA veri e non virtuali) e ciò non può non avere che un impatto profondo e strutturale su tutte le organizzazioni e quindi anche sul modo di lavorare in ospedale. Ciò non avviene per capriccio di qualche decisore ma per almeno tre fenomeni ...: la transizione epidemiologica ... l’invecchiamento della popolazione e l’impatto delle nuove tecnologie ... Non è quindi razionalmente ipotizzabile che l’ospedale possa continuare ad essere organizzato come in passato ... l’unica alternativa alla riduzione della copertura sanitaria è solo la razionalizzazione profonda e dolorosa di tutto il sistema cercando di mantenere o almeno proteggere (e questo non è affatto un rischio teorico) quello che buona parte del mondo ci invidia: l’universalità del nostro SSN. ... In questo nuovo contesto, come detto, lo snodo decisionale e logico ruota intorno ad un concetto ineliminabile: appropriatezza clinica, assistenziale ed organizzativa. È qui che i Cardiologi possono e devono svolgere un ruolo determinante...” – **La Cardiologia Ospedaliera al bivio: problema od opportunità?** – Q. Tozzi e G. Gregorio (RIVISTA N. 191 – gennaio/febbraio 2013 – pagine 17-22)

Il 2013 è l’anno dei “**50 anni dell’ANMCO**”:

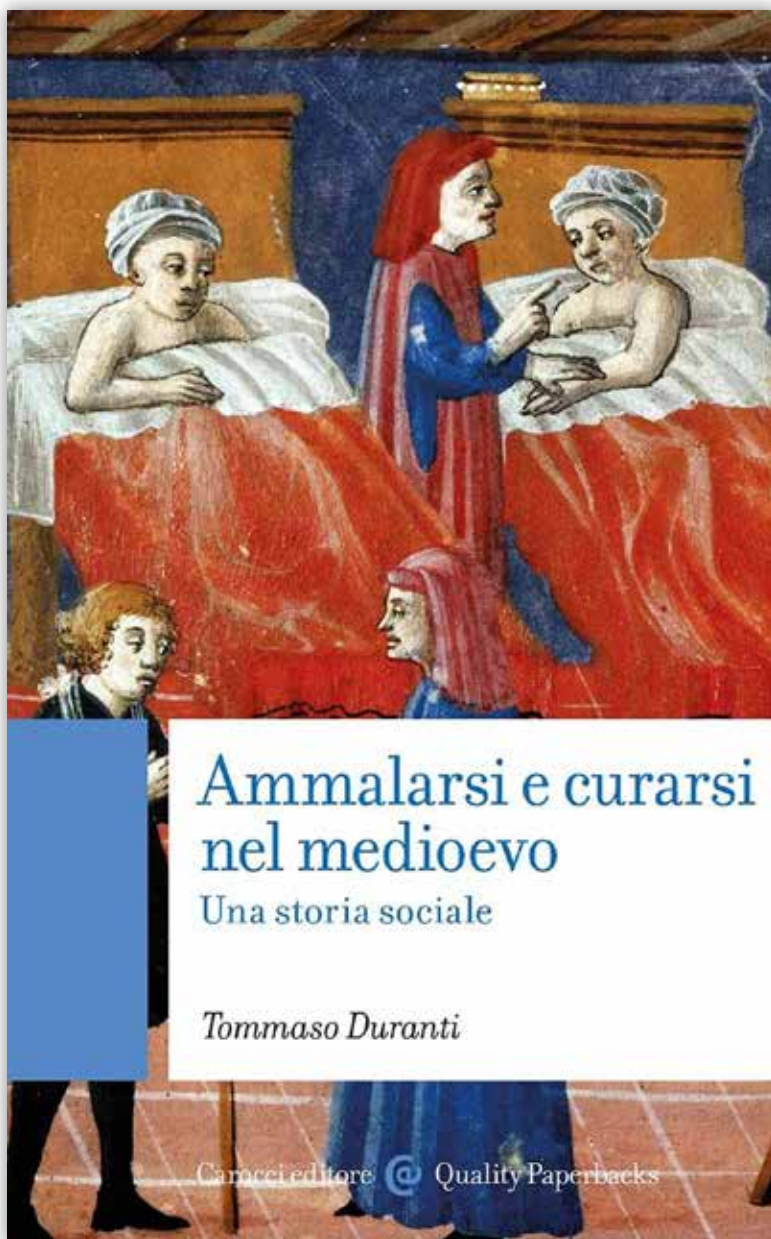
”Il cinquantesimo anniversario della fondazione dell’Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri è stato celebrato a Venezia Mestre con l’evento “Da 50 anni pensiamo al cuore”. ... il passato e il presente dell’ANMCO; la storia di anni anche difficili, ma sempre forieri di confronto, di amicizia, di spirito di appartenenza, ...” – **I 50 anni dell’ANMCO** – M. G. Abrignani

(RIVISTA N. 193 – maggio/giugno 2013 – pagine 57-61);
“Oggi 50 anni sono un battito di ciglia, ma 50 anni sono anche una vita. Cinquant’anni di cammino con l’eccellenza della Cardiologia; la meravigliosa storia della nascita e dello sviluppo della Cardiologia ospedaliera italiana e dell’ANMCO ... L’idea nacque dalla sua (nr - Giorgio Antonio Feruglio) visita all’American College of Cardiology a Bethesda. ... – **Il 50° (1963-2013) anniversario dell’ANMCO. Buon compleanno alla nostra casa!** – S. Scardi (RIVISTA N. 193 – maggio/giugno 2013 – pagine 64-70);
“Il 25 aprile 1963 venne costituita l’ANMCO (Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri) allo scopo di sviluppare diffondere la cultura cardiologica ... Il rispetto resta un prioritario principio del nostro impegno ..., un obbligo da adempiere, anche per l’autorevolezza sociale che oggi la Società ci riconosce. Non nascondiamoci però su ottimismo trionfalismi, perché viviamo un presente incerto e mutevole che ci sfida, ... In questo difficile contesto sociale, di ricerca di un responsabile equilibrio tra i bisogni di salute e la scarsità delle risorse economiche, avvertiamo la necessità di rivendicare il governo e la difesa della nostra identità, delle competenze specifiche, più in generale della cultura cardiologica, ... cresce il bisogno di una profonda rigenerazione, di una nuova fase associativa, di rilancio delle idee e delle scelte ... L’ANMCO dovrà con fermezza e responsabilità difendere non corporativamente il valore della sua cultura scientifica e organizzativa. ... Serve riaffermare con forza la cultura specialistica del cuore e dei vasi e mai come oggi credere nella forza dei giovani ... “ - ...” (RIVISTA N. 193 – maggio/giugno 2013 – pagine 3-5).♥



Ammalarsi e curarsi nel medioevo

Una storia sociale



“*Ammalarsi e curarsi nel medioevo*”, edito da Carocci (236 pp, 19 euro), è un saggio scritto da Tommaso Duranti, Professore di Storia medievale all’Alma Mater Studiorum di Bologna, specializzato in Storia della Medicina, della malattia e delle figure terapeutiche nel Medioevo. Il libro, come recita il sottotitolo, è anche “Una storia sociale” in quanto delinea la società e i suoi cambiamenti in un periodo storico millenario (che abbraccia un arco temporale esteso dal 500 al 1500 circa), alla luce del rapporto delle comunità non solo con la malattia (e quindi con l’infermo), ma anche con la rappresentazione e la considerazione della stessa. Se all’inizio il principale ambito di cura era quello domestico, nel corso degli anni la malattia si “spazializzò”, sorsero i primi ospedali, santuari, infermerie monastiche con le conseguenti iniziali forme di politica sanitaria. La tematica ci è apparsa molto interessante non solo dal punto di vista strettamente storico ma anche per i molteplici e anche curiosi rimandi attuali. Per questo riproponiamo integralmente la breve ma stimolante recensione scritta dal Prof. Maurizio Schoepflin e pubblicata su Il Foglio Quotidiano nella Rubrica “Una Fogliata di Libri” il 12 luglio scorso, ringraziandoli, in particolare l’Autore, per la cortese disponibilità.



L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce la salute *“uno stato di totale benessere fisico, mentale e sociale”* e non la identifica esclusivamente con l'assenza di malattie. Appare davvero sorprendente che tale definizione, considerata un fondamentale punto di arrivo della cultura sanitaria contemporanea, fosse già sostanzialmente nota e accettata dalla società del Medioevo, come sostiene Tommaso Duranti, docente di Storia medievale presso l'Alma Mater Studiorum-Università di Bologna. Infatti, intorno a tale acquisizione si determinò una triplice convergenza: quella del Cristianesimo, che collegò salute e salvezza e sottolineò la corrispondenza tra medicina dell'anima e medicina del corpo; quella della scienza medica, che dette importanza alla prevenzione e al mantenimento della salute, e, infine, quella delle pratiche di assistenza, che considerarono la cura come momento non necessariamente o non unicamente fisico e terapeutico.

Inoltre è opportuno non dimenticare che l'intera riflessione medievale sulla condizione del malato fu caratterizzata dal riconoscimento dell'esistenza di uno stretto legame concettuale tra povertà e malattia, cosa che, secondo l'autore, non va intesa come disinteresse per la dimensione fisica della malattia, ma *“come visione complessiva della debolezza dell'essere umano, in cui tutte le componenti, non solo quelle bio-patologiche, concorrono (o dovrebbero concorrere) al benessere”*. Dopo aver dedicato il primo capitolo al chiarimento di varie importanti parole-chiave tipiche del lessico latino medievale, quali *“salus”, “patiens”, “infirmus-pauper”, “egrotus”*, nelle pagine successive l'autore prende in considerazione le figure dei malati e dei terapeuti, i luoghi della cura, e tre quadri patologici particolari, costituiti dalle malinconie, dalla lebbra e dalla peste. Tanto numerose quanto interessanti sono le informazioni

che Duranti offre al lettore. Pagine molto significative sono riservate alla realtà dell'ospedale che, per quasi tutto il Medioevo, fu una struttura ecclesiastica, la quale conobbe uno sviluppo particolare a partire dall'XI secolo, quando il movimento di riforma della Chiesa spinse non pochi fedeli laici a esprimere il rinnovamento della loro fede attraverso la pratica delle opere di misericordia corporale. La lettura del libro di Duranti permette di fare una scoperta solo apparentemente banale ma in realtà molto significativa, ovvero *“che anche nel medioevo ci si prendeva cura dei malati”*.

Maurizio Schoepflin, laureato in filosofia e in pedagogia; insegna Storia della filosofia antica e medievale nell'ISSR “All'Apollinare” di Roma. Scrive sulle pagine culturali dei quotidiani “Avvenire” e “Il Foglio”, Dirige la collana di filosofia “Ametista” presso l'Editore Ladolfi di Borgomanero. E' autore di vari libri su autori e questioni di filosofia.♥

Cardiologia

negli Ospedali



Mario Chiatto



Giuseppe Di Tano



Attilio Iacovoni

Gruppo di Coordinamento delle attività di "Cardiologia negli Ospedali" sui Social Media



Stefania Angela Di Fusco
(Roma, Lazio)
Coordinatrice del Gruppo



Martina Milani
(Milano, Lombardia)



Pietro Scicchitano
(Altamura - Bari, Puglia)



Nicola Gasparetto
(Treviso, Veneto)



Francesca Simonelli
(Roma, Lazio)



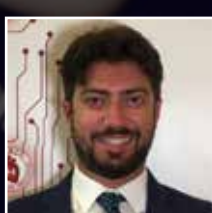
Stefano Cangemi
(Trapani, Sicilia)



Francesca Giordana
(Cuneo, Piemonte)



Massimiliano Rizzo
(Roma, Lazio)



Gianmarco Iannopollo
(Bologna, Emilia Romagna)



Nunzia Borrelli
(Napoli, Campania)

