

Cardiologia

negli Ospedali



NOVEMBRE / DICEMBRE 2023 N° 256

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 di Santo Spirito in Sassia Roma

N. 256 novembre/dicembre 2023 Rivista ufficiale dell'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri

Editor Giuseppe Di Tano Co - Editor Attilio Iacovoni Direttore Responsabile Mario Chiatto

Comitato di Redazione Marta Chiarandà Stefania Angela Di Fusco Massimo Di Marco Francesca Mantovani Gianfranco Misuraca Gian Luigi Nicolosi Margherita Padeletti Claudio Picariello Francesca Simonelli

Redazione Simonetta Ricci Luana Di Fabrizio



ANMCO Via A. La Marmora, 36 50121 Firenze

Tel. 055 51011 - Fax 055 5101350 segreteria@anmco.it www.anmco.it

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

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



Stampa Tipografia Il Bandino Firenze

Progetto grafico e impaginazione Studio Mirannalti - Fiesole (FI)

EDITORIALE

“... Tra due giorni è Natale e non va bene e non va male” di Giuseppe Di Tano p. 4



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

DAL PRESIDENTE DELLA FONDAZIONE PER IL TUO CUORE Fondazione per il Tuo cuore. Aggiornamento sullo stato delle attività di Domenico Gabrielli a nome del Consiglio di Amministrazione della Fondazione per il Tuo cuore p. 7



DAL CENTRO STUDI DELLA FONDAZIONE PER IL TUO CUORE Il punto sugli Studi Clinici del Centro Studi della Fondazione per il Tuo cuore a cura del Centro Studi p. 11



DALLE AREE AREA CRONICITÀ CARDIOLOGICA Cronicità Cardiologica. Un'Area che cresce di Maurizio Giuseppe Abrignani, Pier Luigi Temporelli, Giulio Binaghi, Arturo Cesaro, Francesco Ciccirillo, Alessandro Maloberti, Chiara Cappelletto, Giovanni De Luca, Vincenzo Lopriore, Antonio Terranova p. 18

Page content for 'DALLE AREE - CRONICITÀ CARDIOLOGICA' featuring a deer logo, text about the journal's mission, and a painting of a forest scene.



AREA MALATTIE DEL CIRCOLO POLMONARE

Prevenire, conoscere e curare il tromboembolismo venoso e l'ipertensione polmonare: dal congresso di Area al World Thrombosis Day 2023
di Francesca Giordana e Claudio Picariello

AREA MALATTIE RARE

Attualità in campo di amiloidosi cardiaca: nasce sul sito ANMCO la rubrica Amynews
di Cristina Chimenti a nome dell'Area Malattie Rare



AREA MANAGEMENT&QUALITÀ

Area Management e Qualità: p. 32
Tempo di Bilanci
di Fabiana Lucà



Shed Light On



AREA NURSING E PROFESSIONI SANITARIE

L'infermiere in cardiologia: p. 37
competenze e skills per la gestione integrata del paziente cardiologico complesso
di Elisabetta Loverre

DALLE REGIONI

REGIONE UMBRIA

Tempo di sopravvivenza p. 43
dei cioccolatini in un reparto ospedaliero: studio osservazionale
di Adriano Murrone e Claudio Cavallini a nome del Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Umbria

REGIONE VENETO

Biennio 2023-2025: p. 47
ANMCO Veneto "ricomincia da quattro"
di Giovanni Barbati e Giampaolo Pasquetto a nome del Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Veneto



PAROLA DI REGIONE

NSTEMI caduti nella rete? p. 50

Esperienza delle Regioni: Calabria, Molise, Piemonte - Valle D'Aosta e Umbria

di Francesca Simonelli e Francesca Giordana

CONVERSANDO CON LE LEGGENDE

Intervista con una leggenda p. 53 per la next generation di donne leader in cardiologia

di Stefania Angela Di Fusco e Nunzia Borrelli



NEXT

Introduzione p. 56

di Giuseppe Di Tano

Farmaci a RNA per le malattie p. 56

cardiovascolari

di Mauro Giacca



LETTO... E COMMENTATO. ECHI DALLA LETTERATURA INTERNAZIONALE

Semaglutide nei pazienti p. 59

con scompenso cardiaco, frazione di eiezione preservata (HFpEF) e obesità (STEP- HFpEF Trial): l'importanza del fenotipo

di Margherita Padeletti



CARDIOLOGIA E SPORT

L'atleta Master: dalla maratona... p. 62 al training in sicurezza

di Patrizio Sarto



AMBIENTE E CUORE

Inquinamento atmosferico p. 66

e cardiopatia ischemica

di Francesco Monitillo



COME ERAVAMO

Nelle pagine di "Cardiologia p. 70 negli Ospedali" la memoria storica dell'ANMCO

Parte decima: 2014-2016

I capitolo (2014-2015)

di Sergio Pede

CARDIOLOGI SCRITTORI

Introduzione al Premio Cronin p. 78

di Giuseppe Di Tano e Mario Chiatto

Gioia e le altre p. 78

(Tre storie con una morale)

di Maria Frigerio





“... Tra due giorni è Natale e non va bene e non va male”



Utilizzo di questa immagine è stato gentilmente concesso all'ANMCO dalla Heart Research UK

Che le festività natalizie risultino, specie nel Nord Europa e negli USA, un periodo ancora più critico dal punto di vista del rischio cardiaco rispetto alla già critica stagione invernale, è una osservazione da tempo riportata in diversi studi. Più recente è l'individuazione di uno specifico “Merry Christmas Coronary and Happy New Year Attack Phenomenon” in seguito all'evidenza di un picco di mortalità per eventi ischemici coronarici, riscontrato proprio nel giorno di Natale e di Capodanno. In Inghilterra tra il 2019 - 2020 si è osservato un eccesso di mortalità coronarica maggiore del 15% rispetto al resto dell'anno, tanto da spingere l'Heart Research UK ad avviare, in previsione delle festività, una campagna preventiva mirata a sensibilizzare i cittadini verso l'elevato rischio

e indurli ad attenuare abitudini e comportamentali esagerati o poco prudenti, considerati trigger di eventi ischemici. Specifici dati italiani non sono noti, ma una sensibilizzazione dei nostri pazienti, nel non abbassare la guardia e assumere costantemente durante le feste le terapie prescritte, appare opportuna. L'“effetto Natale” sembra condizionare anche un elevato rischio post-dimissioni tanto che, verrebbe da dire, non si fa sempre un bel regalo al paziente mandandolo a casa a festeggiare il Natale. Uno studio canadese apparso sul BMJ ha infatti osservato nei pazienti dimessi durante il periodo festivo un rischio maggiore del 16% di re-ospedalizzazione e morte con una tendenza a rinviare i controlli, rispetto a quelli dimessi in periodi normali, tra novembre e gennaio. Il messaggio è di attuare una

maggiore e più attenta pianificazione delle dimissioni durante questi giorni, preoccupandosi di prevedere programmi di follow-up personalizzati. Cosa non semplicissima, visto le crescenti difficoltà nel garantire un adeguato turn-over, come in questi giorni particolarmente enfatizzato. “L'incubo di Natale degli Ospedali italiani: Mancheranno circa 10 mila medici... Tra feste natalizie, Capodanno e domeniche, riposi compensativi dopo turni di guardia, le presenze in corsia si ridurranno drasticamente” (Today economia). Nel frattempo sono stati resi noti dall'AGENAS i risultati del Programma Nazionale Esiti per l'anno 2022 che hanno registrato un lieve aumento dei ricoveri per IMA (circa 1.200 in più rispetto al 2021) con un parziale riavvicinamento ai volumi pre-pandemici. La mortalità a 30 giorni dal ricovero è del 7,7% simile al 2021 e in diminuzione rispetto al 2020 (8,4%). La proporzione di PTCA effettuate entro 90' è rimasta costante con un valore mediano del 56% nel 2020 e del 57% nel 2022. Quindi le cure cardiologiche erogate nei 1.400 ospedali pubblici e privati accreditati, nonostante tutto appaiono efficaci. Accontentiamoci per ora di questi numeri positivi che in tempi di emergenza permanente, sono un risultato niente male, che vale la pena di tenersi stretto. Complimenti a tutti... e Buon Natale!♥



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, inviando una mail a: cardiologiaospedali@anmco.it



L'Ospedale Santo Spirito in Sassia è il più antico ospedale d'Europa, costruito nel 727 sul sito dove in antichità risiedeva la "Schola dei Sassoni". Nato come edificio destinato al sostegno dei poveri e degli infanti abbandonati, come testimonia ancor oggi la Ruota degli Esposti posta all'esterno dell'edificio, fu poi dedicato all'assistenza e cura dei malati e dei pellegrini che giungevano a Roma per visitare la tomba di Pietro. In seguito a varie ristrutturazioni avvenute nel corso dei secoli per evitare la rovina della struttura originale, di cui sono ancora visibili pavimenti a mosaico, sculture e affreschi, nel 1929 l'Ospedale Santo Spirito venne ulteriormente ampliato. L'attuale prospetto orientale venne ricostruito sul versante del Lungotevere in Sassia e vennero aggiunti altri edifici, sede dei moderni reparti dell'Ospedale che si sviluppa sull'area di fronte al Lungotevere fino alla porta S. Spirito nel rione di Borgo nei pressi del Vaticano. Rientra tra i presidi ospedalieri dell'ASL Roma 1.



In questo numero

La copertina dell'ultima edizione del 2023 è dedicata ad uno storico ospedale romano il Santo Spirito in Sassia, struttura che nasce nel 727 con l'obiettivo di sostenere i poveri e gli infanti abbandonati che negli anni ha resistito a guerre e pandemie, portando brillantemente sempre a termine i suoi obiettivi di cura soprattutto in ambito cardiovascolare. Le prime pagine della rivista sono dedicate alla attività della nostra Fondazione. Il nostro caro presidente Domenico Gabrielli puntualmente ci illustra due importanti iniziative: la Campagna di cardiologia di genere che inizia il 13 dicembre 2023 e quella di Cardio-oncologia, attività che ci terranno impegnati per tutto il 2024. Non possiamo che complimentarci per le numerose attività coordinate da Maurizio Giuseppe Abrignani, Chairperson dell'Area Cronicità Cardiologica, nei suoi due anni di attività, periodo in cui ha portato avanti nuove iniziative e collaborazioni con le altre Aree. "Prevenire, conoscere e curare il tromboembolismo venoso e l'ipertensione polmonare" è il titolo dell'articolo dell'Area Malattie del Circolo Polmonare che ci riassume la loro bella iniziativa svoltasi alla camera di commercio di Rovigo il 6-7 ottobre in cui sono stati affrontati gli argomenti più innovativi ed importanti del tromboembolismo e dell'ipertensione polmonare. La Prof.ssa Cristina Chimenti ci presenta una rubrica molto interessante che consigliamo vivamente di seguire,

l'Amynews, un aggiornamento scientifico in tema di amiloidosi cardiaca che sarà curato sul sito ANMCO dall'Area Malattie Rare. Fine anno è il tempo dei bilanci, delle riflessioni e delle progettazioni future, il Chairperson dell'Area Management e Qualità Fabiana Lucà ci riassume le attività da lei coordinate e portate a termine nei suoi due anni, non possiamo quindi che complimentarci per lo sforzo e i risultati conseguiti da tutti i componenti dell'Area. Non si può fare una buona cardiologia senza l'aiuto dei nostri cari infermieri che sono fondamentali per la cura dei pazienti. La Dott.ssa Elisabetta Loverre ci sottolinea nel suo interessante articolo come la riorganizzazione dei reparti deve essere strutturata sulla base delle specifiche esigenze delle competenze infermieristiche specialistiche presenti. Il Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Umbria introduce "dolcemente" degli argomenti rilevanti sulla percezione della nostra attività da parte dei nostri assistiti e sulle criticità del sistema sanitario. L'articolo offre spunti e riflessioni molto interessanti riportando numeri che sicuramente rendono bene l'idea delle difficoltà che ci troviamo ad affrontare nella nostra vita lavorativa quotidiana. Il Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Veneto appena rinnovato ci presenta subito le sue future iniziative, non ci resta quindi che augurare un buon lavoro a tutti i suoi componenti. La nostra rivista ha voluto dedicare una sezione alla ricerca sperimentale:

il Prof. Mauro Giacca, docente di Scienze Cardiovascolari e attuale Head of the School of Cardiovascular and Metabolic Medicine & Sciences del King's College di Londra, ci informerà regolarmente sulle novità spiegandoci dove si sta dirigendo la ricerca traslazionale in campo cardiovascolare. Nel suo primo editoriale ci parla dei farmaci a RNA e la loro applicazione per le malattie cardiovascolari, una lettura interessantissima che ci fa capire come il futuro farmacologico sarà sempre più basato sull'utilizzo di questa tecnologia che abbiamo imparato a conoscere con i vaccini COVID. "Cardiologia e sport" è un'altra iniziativa della nostra rivista curata dal Dott. Patrizio Sarto, riferimento nazionale ed internazionale. In questo articolo vengono presentate le problematiche cardiovascolari a cui possono andare incontro gli atleti "master" se non seguiti correttamente. La rivista infine termina con un'altra nostra iniziativa che abbiamo voluto dedicare ai lettori soprattutto quelli più attenti alla letteratura e alla scrittura. Il premio Cronin è un importante Concorso Letterario Nazionale rivolto a medici e nell'edizione di questo anno il primo premio "Cronin saggistica 2023" e il premio speciale "Giuseppe Moscati" sono stati assegnati rispettivamente al saggio "Gioia e le altre" e al racconto "Giustizia Divina" entrambi scritti dalla Dottoressa Maria Frigerio, Targa d'Oro ANMCO a cui facciamo i nostri complimenti e gli auguri per i suoi passati e futuri successi.♥



Fondazione per il Tuo cuore

Aggiornamento sullo stato delle attività

Cari Colleghe e Colleghi, Cari Tutti, il 13 dicembre prossimo partirà la Campagna di Cardiologia di Genere, con la Giornata Nazionale di Cardiologia di Genere che vedrà impegnate le figure di riferimento del mondo ANMCO, con una sinergia ancora più spiccata rispetto al passato fra HCF e ANMCO, che dovrebbe portare a una sempre maggiore diffusione della conoscenza delle nostre realtà. La Campagna, che si svolgerà grazie al contributo di

privati e fondazioni bancarie, ha un forte razionale basato su una serie di assunti, nella popolazione femminile infatti le malattie cardiovascolari sono la principale causa di mortalità e morbilità con un documentato ritardo nella diagnosi. Sono note differenze e peculiarità per quanto attiene i fattori di rischio rispetto agli uomini, si rilevano differenze nella risposta alla terapia rispetto agli uomini, sono documentate differenze e ritardi nell'accesso alle cure. Esiste un importante problema: la scarsa

consapevolezza nelle donne e nella popolazione generale relativa a fattori di rischio sintomi ed incidenza delle malattie CV nelle donne. In ultimo, ma non da ultimo, è il *bias* nella classe medica. Da dicembre avremo poi una presenza costante sui social e sulla stampa, con servizi anche televisivi che vedranno coinvolti molti Presidenti Regionali ANMCO, proprio per sensibilizzare l'opinione pubblica al problema. Durante Cardiologie Aperte 2024 ci saranno iniziative dedicate con nuovo risalto pubblico oltre che pratico e assistenziale, per giungere verosimilmente a un Convegno dedicato in data 8 marzo 2024, i cui dettagli vi illustrerò prossimamente. Il materiale comunicativo è pronto, grazie all'impegno di Daniela Pavan e di Maria Teresa Manes e dell'Area di Cardiologia di Genere. L'altra campagna che partirà con un leggero distanziamento, per evitare sovrapposizioni che possano ridurre l'impatto mediatico delle stesse, è quella di CardiOncologia, anch'essa di forte razionale e di utilità pratica ben valutabile da tutti noi, anche in questo caso il materiale è pronto e contiamo, durante Cardiologie Aperte come da accordi con il Presidente ANMCO Fabrizio Oliva e

13 DICEMBRE 2023

GIORNATA NAZIONALE
della
CARDIOLOGIA DI GENERE

La Fondazione per il Tuo Cuore, grazie alle cardiologhe e ai cardiologi ANMCO offrirà gratuitamente una risposta ai quesiti che perverranno dalla popolazione

ATTIVO L'INFO POINT

cardiologiadigenere@periltuocuore.it

Logos: **Visiting Hospital Santa Elisabetta - Fondazione per il Tuo Cuore - Heart Care Foundation** and **ANMCO - SOCIETÀ ITALIANA DI NEFROLOGIA - SOCIETÀ ITALIANA DI NEFROLOGIA - NEXT GENERATION**



con il Past President ANMCO Furio Colivicchi, di lanciare il Passaporto CardiOncologico che a nostro modo di vedere rivoluzionerà l'approccio alle problematiche cardioncologiche in Italia e sarà di sicuro interesse per i pazienti e per le istituzioni, dando grande visibilità alla problematica e contribuendo a risolvere alcune delle criticità presenti, un grazie di cuore a Irma Bisceglia e a Maria Laura Canale e all'Area CardiOncologia tutta per la brillante intuizione e per il grande lavoro preparatorio svolto. Ci sarà un focus sulla cardioncologia di genere per la quale si è spesa molto Antonella Moreo. Grande successo ha riscosso e sta riscuotendo la Campagna Nazionale sul Trombo Embolismo Venoso, partita il 13 ottobre scorso e che sta proseguendo con la fase successiva, quest'anno impreziosita da un Congresso specifico tenutosi a Rovigo in ottobre che ha fatto da ideale incipit alla stessa campagna e che ha riscosso

grande successo, grazie all'impegno di Claudio Picariello, Andrea Garascia e tutta l'Area Malattie del Circolo Polmonare. Alla campagna, che si ripete dal 2019, hanno aderito ben 40 Cardiologie ed è stato predisposto materiale *ad hoc*. Con l'occasione vi anticipo che le persone coinvolte nelle attività riceveranno il riconoscimento di Ambasciatori del Tuo cuore, riconoscimento che sarà da ora in poi proposto per tutti coloro che si impegnano (sia laici che cardiologi) nelle attività di Fondazione a titolo gratuito. In ottemperanza all'accordo quadro con l'Arma dei Carabinieri di cui vi ho parlato in precedenza, durante il Truck Tour Banca del Cuore, stiamo fornendo il check di prevenzione a circa 1.700 Carabinieri, oltre che ovviamente ai cittadini come al solito. Il tour sta andando molto bene al momento sono stati effettuati circa 7.000 screening complessivi, grazie alla infaticabile energia di



La cardio-oncologia è ancora poco conosciuta; eppure i tumori e le malattie cardiovascolari condividono gli stessi fattori di rischio. Dieta, sonno, attività fisica, glicemia, colesterolo, pressione arteriosa, peso e fumo sono i campanelli di allarme che donne e uomini dovrebbero tenere sotto controllo. Come? Attraverso una prevenzione costante che dà benefici sia sul rischio cardiovascolare che sulla riduzione dell'incidenza di cancro.

È su questo tema che punta la nuova campagna pubblicitaria della Fondazione ANMCO, ovvero evidenziare che dietro ogni tumore c'è una persona, e quindi un cuore che batte e va protetto.

L'incipit della campagna: *"Dietro ogni tumore c'è un cuore pulsante"*, valorizza l'unicità e l'importanza della persona.



Consiglio di Amministrazione

Prof. Cav. Domenico Gabrielli – **Presidente**

Prof. Michele Massimo Gulizia – **Past President**

Dott. Federico Nardi – **Vice Presidente**

Dott. Fabrizio Oliva - **Consigliere Delegato per la Ricerca (Presidente ANMCO)**

Dott. Massimo Grimaldi - **Consigliere**

Dott. Cosimo Napoletano - **Consigliere**

Prof. Andrea Monorchio - **Consigliere**

Cav. Lav. Dott. Giampietro Nattino – **Consigliere**

Responsabili Settori Operativi

Prof. Michele Massimo Gulizia

Responsabile Settore Operativo Autonomo Banca del Cuore

Dott. Pasquale Caldarola

Responsabile Settore Operativo Educazionale

Prof. Furio Colivicchi

Responsabile Settore Operativo Rapporti con Società Scientifiche Internazionali ed RCP

Dott. Aldo Pietro Maggioni

Responsabile Settore Operativo Ricerca

Dott. Carmine Riccio

Responsabile Settore Operativo Scuola



Michele Gulizia, che ve ne parlerà estesamente in un articolo *ad hoc*. Il progetto “Un cuore per amico” sta procedendo nella fase di approntamento e predisposizione, con la interlocuzione con le istituzioni. Per quanto riguarda il CDA della Fondazione è stato rinnovato il mandato del Cavaliere del Lavoro Giampietro Nattino (Consigliere laico) che ringrazio per la sua sempre squisita e fattiva collaborazione e disponibilità che lo rende, insieme al Prof. Andrea Monorchio, una sicura colonna laica della nostra Fondazione; mi piace poi esprimere i rallegramenti e l’augurio di buon lavoro a Federico Nardi per il rinnovo del mandato come Vice Presidente e per l’impegno che sta mettendo a favore delle attività della Fondazione. Abbiamo inoltre individuato Pasquale

Caldarola come Responsabile del Settore Educazionale e Furio Colivicchi del Settore RCP e dei rapporti con ACC, un grazie anche a loro per la fattiva disponibilità. Stiamo preparando per il 2024 una edizione di Cardiologie Aperte, che rimane una delle pietre miliari della Fondazione, assolutamente originale; ci serve il vostro aiuto nella settimana dal 12 al 18 febbraio 2024, perché apriremo di nuovo le nostre Cardiologie alla gente e lo faremo con un format innovativo che prevederà durante la settimana giornate dedicate ai cinque temi individuati (cardiologia di genere, cardioncologia e cardioncologia di genere, prevenzione cardiovascolare, fibrillazione atriale, scompenso cardiaco), ciò a nostro parere determinerà un impatto mediatico molto significativo e potremo

dare risposte ai bisogni di salute variegati dei cittadini interessati, facendo sempre di più conoscere HCF e tenendo fede a una delle mission della nostra Fondazione. Il Centro Studi prosegue nella sua attività, guidato con mano esperta e sicura da Aldo Pietro Maggioni. Siamo stati coinvolti in diverse attività di ricerca, anche in network internazionali, di cui vi riferirò Aldo Maggioni in un articolo *ad hoc*; con Fabrizio Oliva abbiamo concordato di concerto con Aldo Maggioni, di affiancarlo ad una giovane promessa della ricerca clinica, che dovrebbe poi raccogliermi il testimone, nella figura di Francesco Orso, al quale auguriamo buon lavoro e diamo il benvenuto. Mi sembra questa una fondamentale evoluzione per dare continuità e sicurezza di attività al nostro Centro Studi, pur



Ricerca • Impegno • Salute
Fondazione per il Tuo cuore
Heart Care Foundation

I 5xMille
codice fiscale
94070130482

Il 5xMille moltiplica il Tuo cuore

SOSTIENI LA RICERCA SULLE MALATTIE CARDIOVASCOLARI

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

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

www.periltuocuore.it

rappresentando per Fondazione un impegno di risorse economiche non indifferente, ma necessario per la buona funzionalità a lungo termine del nostro fiore all'occhiello. Un'altra iniziativa molto interessante è quella che si è tenuta a Roma presso il nucleo interforze della Polizia di Stato sotto l'egida della Consulta delle Società Cardiologiche, di cui HCF e ANMCO sono capofila, con

il Convegno di Cardiologia Forense organizzato in collaborazione con il Dipartimento di Sanità della Polizia di Stato e che ha visto impegnati in due giornate di fattiva discussione alcuni fra i maggiori esperti del campo, su argomenti di sicuro interesse pratico e di notevole impatto professionale. Il materiale registrato del Convegno sarà disponibile sul sito della Fondazione, dell'ANMCO e delle

Società della Consulta per qualche mese. Dopo questo *excursus* su alcune delle attività della Fondazione, vi saluto cordialmente anche a nome del CDA della Fondazione, ringraziandovi per il contributo che sempre date alle iniziative ed esortandovi a ricordare anche ai vostri familiari e conoscenti l'importanza di devolvere il 5 per mille della Dichiarazione dei Redditi a favore della nostra Fondazione.♥

Studi in corso (DATI AGGIORNATI AL 03/11/2023)

| Nome dello Studio | N° centri 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 |
|--|-----------------------------------|---|---|-------------------------------|---|
| ISCHEMIA – Extended Follow-up In collaborazione con New York University | 14 (351) | 378 (5.000-6.000) | 208 5856 | Fino al 2025 | Arruolamento chiuso Follow-up in corso |
| BRING-UP 3 SCOMPENSO (osservazionale) | ~150 | 5.000 per fase 1 5.000 per fase 2 | Fase 1: 462 | 1 anno per ogni fase | Arruolamento in corso Follow-up in corso |
| BRING-UP Prevenzione (osservazionale) | ~150 | 3.000 per fase 1 3.000 per fase 2 | Fase 1: 378 | 1 anno per ogni fase | Arruolamento in corso Follow-up in corso |
| EMPA-KIDNEY In collaborazione con oxford University EMPA-KIDNEY – on treatment Phase | 19 (229) | 500 (6.000) | 246 (6.669) | Event driven | Chiuso |
| EMPA Kidney – Post Trial Follow-up Phase | 17 (229) | NA | 246 (6.669) | 2 anni | In corso |

Studi conclusi (DATI AGGIORNATI AL 03/11/2023)

| 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 |
|---|--|---|---|-------------------------------|---|
| Registro G-CHF Long Term Follow-up (osservazionale) | 9 (273) | 750 (25.000 circa) | 576 (23.281) | Fino a Settembre 2023 | Arruolamento chiuso Follow-up chiuso |
| BLITZ-AF CANCER (osservazionale) | 77 (112) | 800 (1.500) | 961 (1.514) | 1 anno | Arruolamento chiuso Follow-up chiuso |
| GISSI Outliers CAPIRE (osservazionale) | 11 | 800 | 544 | 10 anni | Arruolamento chiuso Follow-up chiuso |



Studi di prossima attuazione (DATI AGGIORNATI AL 03/11/2023)

| Nome dello Studio | N° centri previsti Italia (tutto il mondo) | N° pazienti previsti dal protocollo Italia (tutto il mondo) | Durata prevista del follow-up |
|--|--|---|-------------------------------|
| EYESHOT-2 (osservazionale) | 200 | 3.000 | No follow-up |
| AFFIRMO (Cluster RCT) | 10 (50) | 1.250 | 1 anno |
| BRAVE (open label RCT) | 4 (50) | 120 (2.000) | Event driven |

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

FOCUS ON

FOCUS ON GISSI Outliers CAPIRE

Il rischio di sviluppare le manifestazioni cliniche della cardiopatia ischemica attualmente viene stimato su modelli di predizione multifattoriali integrati che si basano sulla presenza sia di molteplici fattori di rischio tradizionali non modificabili (l'età, il sesso, la storia familiare per cardiopatia ischemica precoce), sia di fattori di rischio convenzionali modificabili (l'ipertensione arteriosa, l'ipercolesterolemia, il fumo, il diabete mellito). Esiste tuttavia una rilevante variabilità individuale che fa sì che un numero non trascurabile di soggetti,

pur in presenza di molteplici fattori di rischio, non sviluppino né eventi né aterosclerosi coronarica, ed altri invece che presentano eventi e malattia coronarica in assenza di fattori di rischio (*outliers*).

Su questi presupposti innovativi e unici, grazie alla spinta propulsiva del Prof. Attilio Maseri, è nato nel 2010 lo studio GISSI-Outliers CAPIRE, promosso dal Gruppo GISSI composto da Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri, Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri e Fondazione per il Tuo cuore HCF onlus.

CAPIRE si è proposto di individuare nuovi fattori di protezione o di rischio per presenza di malattia coronarica in soggetti *outliers* con lo scopo di generare nuove ipotesi eziopatogenetiche nei riguardi dell'aterosclerosi coronarica e di identificare nuovi potenziali bersagli terapeutici. CAPIRE è uno studio osservazionale, multicentrico, multinazionale (10 Centri italiani oltre ad 1 Centro svizzero, dove erano presenti operatori esperti che eseguivano più di 250 esami MSCT delle coronarie all'anno), di tipo



prospettico con una fase trasversale di confronto tra le popolazioni e una fase longitudinale di follow-up, con visite cliniche annuali e contatti telefonici semestrali (il follow-up era previsto inizialmente per 5 anni, esteso a 10 anni dopo emendamento dello studio). La popolazione inclusa nello studio è stata quindi selezionata partendo da un dato anatomico integrato successivamente con il profilo di rischio cardiovascolare basato sul numero di fattori di rischio presenti nei singoli soggetti. In questo modo sono state individuate due popolazioni di *outliers* costituite da un primo gruppo di soggetti con coronarie indenni da aterosclerosi pur avendo molteplici fattori di rischio, e da un secondo gruppo di soggetti con diffusa malattia aterosclerotica delle arterie coronarie pur in presenza di un basso profilo di rischio. Inoltre sono state selezionate due popolazioni di controllo che seguono un comportamento simile alla media della popolazione: quella dei soggetti che presentano coronarie indenni da aterosclerosi e basso profilo di rischio, e quella dei soggetti con

malattia coronarica diffusa in presenza di molteplici fattori di rischio.

La fase di arruolamento è durata circa 2 anni: 1° paziente arruolato il 24/01/2011 e ultimo paziente 08/07/2013. Sono stati ammessi allo studio 544 pazienti di entrambi i sessi, con un'età compresa tra i 45 e i 75 anni che, in assenza di precedenti manifestazioni clinico strumentali di cardiopatia ischemica, erano stati sottoposti a studio non invasivo delle arterie coronarie (MSCT) per sospetta coronaropatia secondo i criteri di appropriatezza delle principali società scientifiche internazionali.

Tutti i pazienti arruolati sono stati sottoposti a prelievo venoso periferico e i campioni biologici sono conservati nella Bio-Banca della Fondazione, che rappresenta un valore aggiunto per lo studio, importante per caratterizzare e quantizzare i fattori di rischio e di protezione individuale attraverso il dosaggio di marcatori noti ed emergenti nell'ambito del profilo lipidico, metabolico, trombotico, infiammatorio, immunologico e genetico. Per tutti i pazienti arruolati sono state raccolte

informazioni relative a fattori di rischio convenzionali, a precedenti anamnestici, a dati antropometrici, oltre al profilo psicosociale e al regime alimentare.

Lo studio si è concluso a luglio 2023 con il follow-up a 10 anni dell'ultimo paziente arruolato. Su 544 pazienti sono disponibili a 10 anni le informazioni per 491, con una completezza pari al 94.7%. La popolazione generale è caratterizzata nel suo complesso da un'età media di 60.2 ± 8.4 anni e una prevalenza del sesso maschile pari a 58.5%.

Le collaborazioni scientifiche con altri enti sono state molto proficue ed hanno portato alla pubblicazione di lavori originali e *abstract*. Tra il 2016 e il 2023 sono stati prodotti 12 lavori con un IF complessivo pari a 76, di questi 8 sono stati accettati da riviste con IF tra 4 e 8, e 2 su riviste con IF superiore a 8 (JACC Cardiovasc Imaging e Diabetes Care). Il 22 novembre 2023 si svolgerà a Firenze un Investigator Meeting per la presentazione dei risultati finali ai Ricercatori dei Centri che hanno contribuito alla raccolta dei dati. ♥



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
marcuscorsa70@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



Raimondo Calvanese

AREA ARITMIE

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



Paolo Trambaiolo

AREA CARDIOLOGIA INTENSIVA ED INTERVENTISTICA

Chairperson
Paolo Trambaiolo (Roma)
Co - Chairperson
Fortunato Scottò Di Uccio (Napoli)
Comitato di Coordinamento
Marco Boccalatte (Pozzuoli, Napoli)
Andrea Farina (Lecco)
Zelda Noto (Catania)
Francesco Paparoni (Teramo)
Senior Advisor: Claudio Fresco (Udine)
Consulenti: Cesare Baldi (Salerno)
Nicola Gasparetto (Treviso)



Domenico Mangino

AREA CARDIOCHIRURGIA

Chairperson
Domenico Mangino (Mestre - Venezia)
Co - Chairperson
Andrea Montalto (Caserta)
Comitato di Coordinamento
Antonio Giovanni Cammardella (Roma)
Diego Magnano (Campobasso)
Giuseppe Punta (Torino)
Vincenzo Tarzia (Padova)



Maria Giovanna Russo

AREA CARDIOLOGIA PEDIATRICA E DEL CONGENITO ADULTO

Chairperson
Maria Giovanna Russo (Napoli)
Co - Chairperson
Gabriele Egidy Assenza (Bologna)
Comitato di Coordinamento
Annalisa Alaimo (Palermo)
Roberta Ancona (Napoli)
Domenico Sirico (Padova)
Gaia Spaziani (Firenze)
Senior Advisor: Stefano Domenicucci (Genova)
Consulenti: Giovanni Di Salvo (Padova)
Maria Giulia Gagliardi (Roma)



Giuseppe Zuccalà

AREA CARDIOGERIATRIA

Chairperson
Giuseppe Zuccalà (Roma)
Co - Chairperson
Iris Parrini (Torino)
Comitato di Coordinamento
Samuele Baldasseroni (Firenze)
Alice Laudisio (Roma)
Anna Maria Martone (Roma)
Monica Verde (Roma)
Senior Advisor
Alessandro Boccanelli (Roma)
Consulente
Giovanni Pulignano (Roma)



Irma Bisceglia

AREA CARDIONCOLOGIA

Chairperson
Irma Bisceglia (Roma)
Co - Chairperson
Maria Laura Canale (Lido di Camaiore, Lucca)
Comitato di Coordinamento
Massimiliano Camilli (Roma)
Damiana Fiscella (Catania)
Andrea Paccone (Napoli)
Giulia Russo (Trieste)
Medical Writer: Giuseppina Gallucci (Rionero in Vulture, Potenza)
Consulenti
Chiara Lestuzzi Aviano (Pordenone)
Fabio Turazza (Milano)



Marco Campana

AREA CARDIOIMAGING

Chairperson
Marco Campana (Bergamo)
Co - Chairperson
Antonello D'Andrea (Salerno)
Comitato di Coordinamento
Francesca Mantovani (Reggio Emilia)
Valeria Pergola (Padova)
Vincenzo Polizzi (Palermo)
Granit Rabia (Casalmaggiore - Cremona)
Consulenti
Giovanna Di Giannuario (Rimini)
Alessia Gimelli (Pisa)
Georgette Khoury (Terni)
Massimiliano Rizzo (Roma)



Edoardo Gronda

AREA CARDIORENALE E METABOLICA

Chairperson
Edoardo Gronda (Milano)
Co - Chairperson
Massimo Iacoviello (Foggia)
Comitato di Coordinamento
Manuela Benvenuto (Teramo)
Gaetano Panzarella (Palermo)
Ernal Shehaj (Crotone)
Chiara Valenti (Reggio Emilia)
Nephrologist Advisor
Maurizio Gallieni (Milano)
Diabetologist Advisor
Paolo Fiorina (Milano)



Daniela Pavan

AREA CARDIOLOGIA DI GENERE

Chairperson
Daniela Pavan
(San Vito al Tagliamento, Pordenone)
Co - Chairperson
Maria Teresa Manes (Paola, Cosenza)
Comitato di Coordinamento
Silvana Brigido Conversano (BA)
Ada Cutolo (Mestre, Venezia)
Nadia Ingianni (Trapani)
Francesca Lanni (Avellino)
Senior Advisor
Maria Teresa La Rovere
(Montescano, Pavia)



Maurizio Giuseppe Abrignani

AREA CRONICITÀ CARDIOLOGICA

Chairperson
Maurizio Giuseppe Abrignani (Marsala, Trapani)
Co - Chairperson
Pier Luigi Temporelli (Gattico - Veruno, Novara)
Comitato di Coordinamento
Giulio Binaghi (Cagliari)
Arturo Cesaro (Caserta)
Francesco Ciccirillo (Lecce)
Alessandro Maloberti (Milano)
Consulenti
Chiara Cappelletto (Trieste)
Giovanni De Luca (Palermo)
Vincenzo Lopriore (Monopoli, Bari)
Antonio Terranova (Roma)



Gian Francesco Mureddu

AREA EPIDEMIOLOGA CLINICA

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



Filippo Zilio

AREA GIOVANI

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

AREA MALATTIE DEL CIRCOLO POLMONARE

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



Claudio Picariello

AREA MALATTIE RARE

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



Cristina Chimenti



Fabiana Lucà

AREA MANAGEMENT & QUALITÀ

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



Tullio Usmiani

AREA NURSING E PROFESSIONI SANITARIE

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



Michela Barisone

AREA PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE

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



Antonio Francesco Amico

AREA SCOMPENSO CARDIACO

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



Marco Marini



Termina il primo biennio per una delle nuove Aree ANMCO

Cronicità Cardiologica Un'Area che cresce

Il tempo vola. Sono già passati quasi due anni dal primo articolo di presentazione su questa rivista dell'Area Cronicità Cardiologica, nata da una costola dell'Area Prevenzione Cardiovascolare. In quell'articolo, il Chairperson sottolineava le analogie tra questa nuova Area e un bambino appena nato, fonte di

immensa gioia ma anche di immense preoccupazioni per il suo futuro. Il nostro board ha saputo raccogliere la sfida e, lanciandosi con entusiasmo in tante iniziative, ha accompagnato la crescita di questo bambino, con i suoi primi passi e le sue prime parole. Ma le famiglie crescono anche nei numeri, e siamo orgogliosi di aver

raccolto intorno alla vision e alla mission dell'Area numerosi associati ANMCO, circa trecento. Con questo numero di "Cardiologia negli Ospedali" vogliamo rendicontare ai Soci le attività realizzate, quelle in progress e alcune iniziative future. È il nostro bilancio sociale, che ci auguriamo venga apprezzato da tutti voi.

| Titolo | Collaborazioni | Rivista |
|---|---|--------------------------------------|
| Long COVID: aspetti epidemiologici e nosografici | | Giornale Italiano di Cardiologia |
| Sostanze d'abuso e rischio cardiovascolare: i cannabinoidi | | Giornale Italiano di Cardiologia |
| The key role of Psychoactive Substance Use Anamnesis in comprehensive cardiovascular risk assessment and in cardiovascular diagnosis, treatment, and prevention | | Cardiology |
| Management of Patients Treated with Direct Oral Anticoagulants in Clinical Practice and Challenging Scenarios | Aree Management, Prevenzione Cardiovascolare e Cardioncologia | Journal of Clinical Medicine |
| Appropriateness of Dyslipidemia Management Strategies in Post-Acute Coronary Syndrome: A 2023 Update | Aree Management e Prevenzione Cardiovascolare | Metabolites |
| Management of oral anticoagulant therapy after intracranial hemorrhage in patients with atrial fibrillation | Aree Management e Aritmie | Frontiers in Cardiovascular Medicine |
| "Follow-up management of direct oral anticoagulants (in progress) | Aree Management e Aritmie | Tbd |
| Multidisciplinary approach and multi-integrated follow-up of heart failure with preserved ejection fraction (in progress) | Aree Management e Scompensio cardiaco | Tbd |
| Uric Acid and Cardiovascular Diseases: are specific treatment goal an unmet clinical need? (in progress) | | tbd |
| Hyperkalemia in cardiological patients. New solutions for an old problem (in progress) | aree Cardiorenale e Metabolica e Scompensio cardiaco | Cardiovascular Drugs & Therapy |
| Nuovi fattori di rischio cardiovascolare: Lipoproteina (a) (in progress) | Area Prevenzione Cardiovascolare | Giornale Italiano di Cardiologia |
| Energy drink e malattie cardiovascolari (in progress) | Area Giovani | Giornale Italiano di Cardiologia |
| Patologie cardiovascolari associate all'uso di droghe: oppioidi, anfetamine ed altro (in progress) | | Giornale Italiano di Cardiologia |



Attività Editoriale

Sono stati pubblicati diversi articoli, anche in collaborazione con altre Aree, su riviste nazionali e internazionali. Li riportiamo in una tabella, che contiene anche i progetti editoriali in fase di avanzata preparazione. In collaborazione con le Aree Epidemiologia Clinica e Prevenzione Cardiovascolare, nell'ambito del progetto Cuore e Arterie, sono inoltre in programma gli articoli su "Analisi retrospettiva sulle SDO: prevalenza di aterosclerosi pluridistrettuale nei dimessi per sindrome coronarica" e "Aterosclerosi pluridistrettuale: impatto epidemiologico e clinico" (da presentare al Giornale Italiano di Cardiologia). Abbiamo inoltre presentato al Direttivo razionale e indice per tre Position Paper per il Giornale Italiano di Cardiologia: "Le sostanze di abuso quali veri e propri fattori di rischio cardiovascolare", "Patologie cardiovascolari correlate all'abuso di sostanze" e, in collaborazione con le Aree Cardiogeriatrics e Nursing e Professioni Sanitarie, "Strumenti di valutazione multidimensionale dell'anziano con cardiopatia cronica".

Attività Scientifica

Sono stati presentati per la pubblicazione sul sito ANMCO 6 slideset, disponibili per tutti i Soci: "Lipidi e cardiologia: target e terapie attuali", "Gestione della terapia antiaggregante nella chirurgia non cardiaca nei pazienti con recente sindrome coronarica acuta e con sindromi coronariche croniche", "Sindromi coronariche croniche: rivascularizzazione o terapia medica?", "Heart failure in the real world. Disease burden

& unmet needs", "Insufficienza cardiaca, anemia e carenza marziale" e "Ipertrigliceridemia: ruolo nelle sindromi coronariche acute e croniche".

Attività Formativa

Sono state formulate numerose proposte alle Call for Ideas per i Congressi Nazionali 2023 e 2024 e sono stati presentati al Direttivo i contenuti del Corso FAD "Valutazione e gestione del rischio cardiovascolare perioperatorio in pazienti candidati a chirurgia non cardiaca" (collaborazione con Area Prevenzione Cardiovascolare). Inoltre, è stato proposto l'indice del corso FAD "Digital Health & Cardioncologia" (in collaborazione con le Aree CardiOncologia e Management&Qualità) ed è in fase di revisione il materiale per un ulteriore corso FAD su "Droghe e cuore. Percorso scientifico-formativo sulle patologie cardiovascolari associate all'uso di sostanze d'abuso e sulla loro prevenzione". È in fase di progettazione un'iniziativa formativa sull'aterosclerosi pluridistrettuale (in collaborazione con le Aree Epidemiologia Clinica e Prevenzione Cardiovascolare, nell'ambito del progetto Cuore e Arterie).

Attività di Ricerca

È stata presentata sul Sito Web ANMCO la Web Survey "Quanto ne sanno e quanto ne vorrebbero sapere i cardiologi italiani sui nuovi fattori di rischio e sul controllo lipidico" (in collaborazione con le Aree Prevenzione Cardiovascolare e Cardioreneale e Metabolica), i cui risultati sono stati presentati nell'ultimo numero di questa rivista. È stata intrapresa col Centro Studi, in collaborazione con l'Area

Cardiologia di Genere, una proposta di analisi retrospettiva dei dati del registro START sulle differenze tra i due sessi. I dati sono stati elaborati e stiamo procedendo alla scrittura dell'articolo. Sono state richieste al Centro Studi informazioni sulle variabili utilizzabili e si sta elaborando una proposta di analisi retrospettiva di precedenti studi ANMCO per stimare le caratteristiche cliniche associate al rischio cardiovascolare estremo (in collaborazione con l'Area Cardiologia Intensiva ed Interventistica e al Club delle UTIC) e sulla prevalenza dell'arteriopatia periferica nei pazienti con SCA (in collaborazione con le Aree Epidemiologia Clinica e Prevenzione Cardiovascolare, nell'ambito del progetto Cuore e Arterie).

Attività di Comunicazione

Sono state inviate 3 newsletter ai Soci, sono stati realizzati due Poster per i Congressi Nazionali 2022 e 2023 e sono stati pubblicati 5 articoli su "Cardiologia negli Ospedali" sulle attività dell'Area. Siamo in contatto con la Fondazione per il Tuo cuore per la realizzazione di un opuscolo, uno slideset e un poster per studi medici, ospedali e scuole sugli effetti delle droghe e del fumo sul cuore e per la realizzazione di uno spazio sulle malattie cardiache da droga all'interno della pagina Web della Fondazione che raccoglierà materiale (diapositive, opuscoli, questionari) da destinare ai laici, alle scuole e a tutti i Soci che vorranno realizzare iniziative su questo tema. Vi presentiamo in questo numero un modello/format di percorsi diagnostico-terapeutici integrati di continuità assistenziale tra ospedale e territorio, basato su percorsi di



DALLE AREE - CRONICITÀ CARDIOLOGICA
di MAURIZIO GIUSEPPE ABRIGNANI, PIER LUIGI TEMPORELLI, GIULIA BENAGLI, ARTURO CESARI, ALESSANDRO MALORETTI, CHIARA CAPPELLETO, GIOVANNI DE LUCA, VINCENZO LOPROPRE, ANTONIO TERRANNO A NOME DELL'AREA CRONICITÀ CARDIOLOGICA

Droghe e cuore

Limpegno dell'Area Cronicità Cardiologica per una condizione non rara, ma misconosciuta

Che le droghe siano diventate sempre più diffuse nella genesi di molte patologie è un concetto ben noto da ricercatori epidemiologici e dati epidemiologici. L'effetto tossico delle sostanze da abuso si replica in maniera importante anche a livello dell'apparato cardiovascolare, determinando vari quadri patologici che possono coesistere tra loro: ipertensione arteriosa, aritmie, cardiomiopatie, dissecazione aortica, arteriti, cardiopatia ischemica, endocarditi, ictus, fino alla morte improvvisa. Tali danni possono essere acuti o cronici; i primi sono il risultato di una azione diretta delle droghe, cui si associa quella delle sostanze con cui queste vengono tagliate o miscelate e spesso della

contemporanea assunzione di alcool, si possono instaurare non solo nel consumatore cronico ma anche in quello occasionale, a volte anche indipendentemente dalla quantità di sostanza assunta. Si stima che circa un quarto degli infarti miocardici nei soggetti tra 18 e 45 anni sia secondario all'azione della cocaina. Meno nota, come la parte sommersa di un iceberg, è la possibilità di un danno d'organo cronico, subclinico (forme sintomatiche di coronaropatia o di cardiomiopatia) e che predispongono ad aritmie maligne e morte improvvisa o clinicamente manifeste; è più probabile che quest'ultimo si sviluppi nell'assuntore cronico, a maggior ragione se coesistono altri fattori di rischio cardiovascolari e/o una

profondissima ipertensione. Certo è che da sostanze d'abuso si è in aumento e che verosimilmente tenderà a crescere ulteriormente, anche in considerazione del progressivo incremento della diffusione di tali sostanze, indipendentemente dall'istruzione sociale, e del fatto che gli assuntori sono prevalentemente giovani e quindi potenzialmente a rischio di essere esposti per più tempo alla loro azione. Di ciò, però, non si tiene adeguatamente conto nella pratica clinica, forse per poca scorticità o scarsità di conoscenze, favorita dalla scarsa letteratura in merito e anche dal fatto che le nuove droghe cambiano in continuazione e sono quindi difficili da studiare. Di fatto

- Le patologie cardiache correlate alle droghe: un problema difficile da affrontare
• non sempre sono associate dai medici (scarsa diffusione di cultura "spicchi")
• se concluse, non sempre sono sospettate (scarsa sensibilità o confidenza con l'argomento)
• se sospettate, non sempre sono ricercate (inertezza e poca conoscenza dell'importanza di fare tale diagnosi)
• se ricercate, non sono diagnosticate accuratamente (mancanza di linee guida diagnostiche in letteratura)
• se diagnosticate, è difficile registrarle come tali per problemi burocratici (non ottimale regolamentazione della privacy e mancanza di DRG specifici)

Il rischio relativo delle droghe, specie della cocaina, nel favorire la cardiopatia ischemica non è, eppure, inferiore a quello di altri fattori

DALLE AREE - CRONICITÀ CARDIOLOGICA
di MAURIZIO GIUSEPPE ABRIGNANI A NOME DELL'AREA CRONICITÀ CARDIOLOGICA ANMCO

Una nuova nata nella famiglia ANMCO

L'Area Cronicità Cardiologica
terapeutici donati in gran parte alla nostra disciplina cardiologica, ha comportato un notevole incremento dei pazienti affetti da fattori di rischio o condizioni patologiche cardiovascolari croniche, come ipertensione arteriosa, diabete mellito, obesità, scompenso cardiaco, sindromi coronariche croniche e fibrillazione atriale. Nella regione

L'istituzione dell'Area risponde, in verità, alla profonda esigenza della cardiologia moderna di fronteggiare la transizione epidemiologica che stiamo vivendo, caratterizzata da un notevole invecchiamento della popolazione e dalla conseguente grande diffusione di multimorbilità e complessità sanitaria, assistenziale e socioeconomica, resa ancora più complessa dall'attuale pandemia e degli effetti ancora ignoti del long COVID. Perché un'Area Cronicità Cardiologica?
Il progresso invecchiamento della popolazione, conseguenza delle migliori condizioni igienico-sanitarie e dei progressi diagnosti-

DALLE AREE - CRONICITÀ CARDIOLOGICA
di MAURIZIO GIUSEPPE ABRIGNANI, PIER LUIGI TEMPORELLI, GIULIA BENAGLI, ARTURO CESARI, FRANCESCO CECILIO, ALESSANDRO MALORETTI, CHIARA CAPPELLETO, GIOVANNI DE LUCA, VINCENZO LO PROPRE, ANTONIO TERRANNO A NOME DELL'AREA CRONICITÀ CARDIOLOGICA

A metà del guado

L'Area Cronicità Cardiologica continua il suo percorso
Aderite alla nostra Area! Abbiamo bisogno del contributo di tutti
È passato ormai circa un anno dall'istituzione dell'Area Cronicità Cardiologica, nuova nata nella grande famiglia ANMCO, al primo Comitato di Coordinamento nei cui membri oggi si appropinquano. È tempo quindi di fare un bilancio, certamente provvisorio, di quanto realizzato e dei progetti in itinere. Nel precedente articolo abbiamo illustrato il tema dei rapporti tra sostanze di abuso e cardiopatia, una problematica veruna che abbiamo ritenuto di adattare anche in considerazione degli effetti a lungo termine delle droghe e dell'evidente esigenza che il loro consumo non si limiti al giorno ma invece fosse di ris-

più elevata ed anche soggetti cardiopatici. È già stata presentata al "Venerdì Ambrosiano di Cardiologia" una rassegna sui cannabinoidi ed in realtà, se diverse sostanze di abuso, è di imminente presentazione. Sono in programma altri articoli sull'assunzione tossicologica, volutamente, il significato del consumo di droghe come fattore di rischio ed altro. Siamo inoltre in stretto contatto con la Fondazione per il Tuo cuore e col Presidente Dottorato Galbetti per alcune iniziative a cui sono per te coinvolgo i tuoi, come un tempo per le Scuole e per le sale di attesa degli ambulatori medici, materiale divulgativo e scetticismo per il sito ed altro ancora. Un evento imprevisto che potenzialmente potrebbe aggravare la fatica gestione del cardiopatico cronico, già compromesso a causa del notevole invecchiamento della popolazione e della conseguente grande diffusione di multimorbilità e complessità sanitaria, assistenziale e socioeconomica, è rappresentato dal long COVID. Sull'aspetto nosografico ed epidemiologico di questa condizione abbiamo già pubblicato un interessante articolo sul GFC. In aggiunta alle pubblicazioni già ricordate, altri progetti editoriali sono elencati nella Tabella 1.
Formazione
Abbiamo già inviato al Sito ANMCO tre slide e stiamo realizzando diversi Corsi FAD su "Digital Health & Cardio-oncology". In collaborazione

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

Un esempio di collaborazione tra le Aree ANMCO

Il Progetto Cuore & Arterie

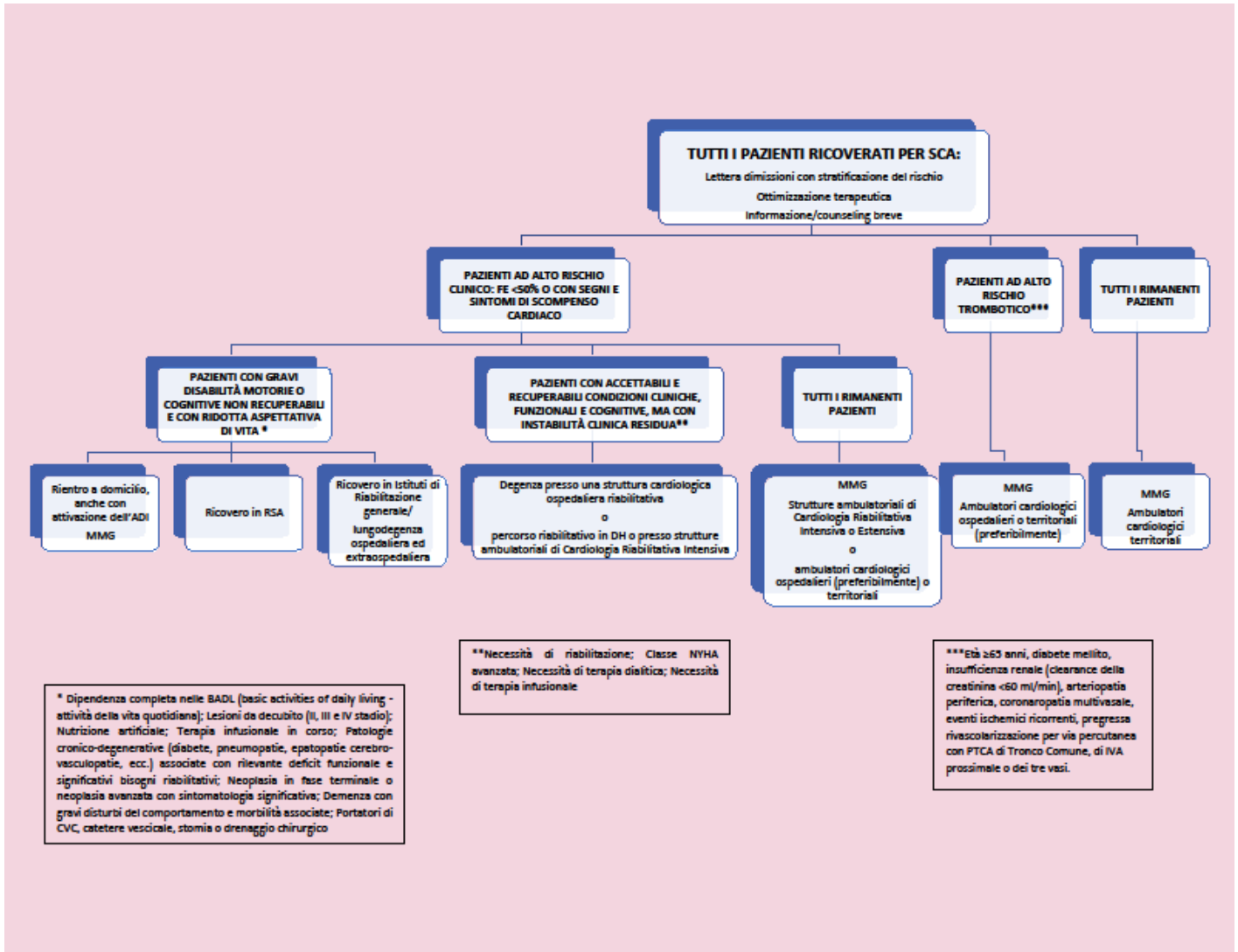
Si stima che più di 230 milioni di individui al mondo siano affetti da una arteriopatia periferica degli arti inferiori. Tradizionali fattori di rischio cardiovascolare, in particolare età avanzata, fumo e diabete, sono fortemente legati ad un aumentato rischio di questa patologia. Tuttavia, la sua importanza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

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

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

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

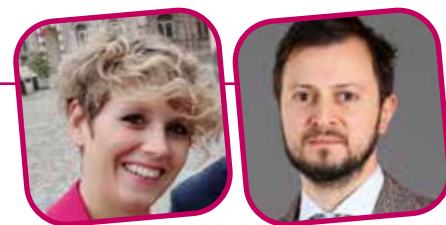




follow-up clinico-strumentale di diversa intensità, per un’appropriata e rapida presa in carico dei pazienti dimessi per sindromi coronariche acute, realizzato con la collaborazione di Giovanni De Luca e con l’endorsement delle Aree Management&Qualità e Cardiologia Intensiva ed Interventistica, sulla scorta del Decreto della Regione Sicilia n. 1287 del 2 dicembre 2021 Documento di indirizzo regionale “Criteri di appropriatezza nel follow-

up clinico strumentale dei pazienti dopo sindrome coronarica acuta” (G.U.R.S n. 59 24/12/2021 S.O. n.59). Seguiranno altri analoghi documenti sui percorsi post-dimissione dei pazienti con embolia polmonare, scompenso cardiaco e fibrillazione atriale (in collaborazione con le Aree Management&Qualità, Malattie del Circolo Polmonare, Scompenso Cardiaco e Aritmie). Vorremmo sottolineare, oltre all’ampia gamma di diverse iniziative

realizzate, lo spirito di collaborazione associativa che ci ha visto affiancati a numerose altre Aree, al Club delle UTIC e alla Fondazione per il Tuo cuore. Il momento del commiato è sempre triste, ma allietato dalla consapevolezza di aver fatto tutto il possibile per venire incontro al mandato associativo e dalla certezza che il prossimo board, guidato da Pier Luigi Temporelli, saprà sicuramente ottenere una ulteriore crescita della nostra Area.♥



Il congresso di Area tenutosi a Rovigo ha raccolto circa 140 tra docenti e relatori ed ha toccato gli argomenti più controversi del tromboembolismo venoso e della diagnosi e cura dell'ipertensione polmonare, con la partecipazione di più specialisti dai medici di pronto soccorso, ai chirurghi vascolari

Prevenire, conoscere e curare il tromboembolismo venoso e l'ipertensione polmonare: dal congresso di Area al World Thrombosis Day 2023

Quest'anno nella stessa settimana l'Area Malattie del Circolo Polmonare è riuscita ad accoppiare la divulgazione culturale con il Congresso del 6-7 ottobre, e la campagna educativa di prevenzione primaria del tromboembolismo venoso che ricorre il 13 ottobre, con un numero di Cardiologie italiane aderenti ancora maggiore dell'anno scorso (circa 40)

Nei giorni 6-7 ottobre si è svolta, presso la Camera di Commercio di Rovigo, la IV edizione della convention “Conoscere e curare l'embolia polmonare” (Figura 1), organizzata dal board dell'Area Malattie del Circolo Polmonare, con la supervisione di uno dei “padri” fondatori dell'Area Loris Roncon (Figura 2), primario emerito della Cardiologia di Rovigo e tesoriere uscente del Consiglio Direttivo ANMCO Nazionale. Lo scopo dell'incontro è stato quello di

far luce su aspetti dibattuti e poco approfonditi con argomenti diversi dallo scorso anno, sia dal punto di vista diagnostico che terapeutico, nell'ambito dell'embolia polmonare e dell'ipertensione polmonare. Non è potuto mancare un caloroso applauso di salute ad uno dei pionieri dell'Area presente in sala, il Dottor Pietro Zonzin. In due giornate si sono susseguite più di venti relazioni che hanno affrontato tematiche controverse, cercando di avvicinare anche i clinici non esperti ed i non

Cardiologi all'embolia polmonare e all'ipertensione arteriosa polmonare. Nella prima giornata ci si è concentrati sulle problematiche diagnostiche e della stratificazione del rischio dell'embolia polmonare, passando per la corretta scelta degli anticoagulanti orali diretti (DOAC) con una relatrice d'eccezione, Cecilia Becattini, coautrice delle linee guida europee sull'embolia polmonare, e quindi un focus particolare sulle categorie “speciali” di pazienti da trattare (obesi,



Figura 1 - Una panoramica del Salone del Grano di Rovigo, sede del Congresso di Area Malattie del Circolo Polmonare 2023

anziani, insufficienza renale). Sono poi seguite alcune relazioni di stampo intensivistico sulla gestione dell'embolia polmonare acuta, dalla gestione dello shock cardiogeno alla ventilazione non invasiva in questo setting, fino all'impostazione del follow-up clinico ed ecocardiografico, con la difficile scelta se sospendere o proseguire i DOAC e a che dosaggio. A introdurre la sessione

dell'ipertensione polmonare quindi il Prof. Roberto Badagliacca della Sapienza di Roma, coautore delle ultime linee guida europee, illustrando l'algoritmo diagnostico che dal sospetto clinico ci guida fino all'esecuzione del cateterismo cardiaco destro; dai relatori successivi è poi stata sottolineata l'importanza di una corretta esecuzione dello stesso, per arrivare a differenziare

opportunamente i sottogruppi di ipertensione polmonare prima di impostare la terapia, con un focus sui gruppi 2 e 3 e relative opzioni terapeutiche che potrebbe riservarci il prossimo futuro. È stato sottolineato come la terapia specifica debba essere il più precoce possibile anche nei pazienti a rischio intermedio-basso, facendo in modo di accorciare il più possibile il tempo

Anche quest'anno il “caffè con gli esperti” con sessioni pratiche di ecocardiografia ed ecoDoppler venoso ha incuriosito numerosi specialisti partecipanti al congresso di Area di Rovigo

dalla diagnosi al trattamento e quindi al primo follow-up: tuttora più della metà dei pazienti con ipertensione polmonare va incontro a decesso senza aver iniziato tali farmaci. A conclusione della prima giornata, una sessione dedicata alla terapia con prostanoidi, nelle sue diverse formulazioni e indicazioni, con alcune indicazioni pratiche di gestione delle terapie infusionali, e la malattia cronica tromboembolica, sottogruppo in cui la diagnosi è ancora spesso troppo tardiva, con il rischio di ritardare le opzioni terapeutiche, sia mediche che chirurgiche, di comprovata efficacia. Nella seconda giornata, dopo un “how-to” di ecografia cardiaca e vascolare, sempre molto animato e partecipato con l'aiuto



Figura 2 - Un momento del Congresso con la moderazione del Dottor Loris Roncon



Figura 3 - Uno dei casi "live in a box" di trombectomia percutanea illustrati al Congresso di Area

La sensibilizzazione della popolazione in merito alla prevenzione del tromboembolismo venoso, il riconoscimento precoce dell'ipertensione arteriosa polmonare e le terapie più innovative in questo setting grazie ad un meeting di esperti ANMCO e non solo, sono stati anche quest'anno una priorità del board dell'Area Malattie del Circolo Polmonare

di un paziente sottoposto già ad endoarterietomia polmonare con confronto ecografico tra "pre" e "post" chirurgia, ci si è concentrati sulla terapia interventistica percutanea dell'embolia polmonare e sulle principali metodiche attualmente in uso (Figura 3), ancora fortemente limitate dalle attuali linee guida, ma con sempre maggiori dati di sicurezza. Per concludere, un doveroso spazio ai rappresentanti dei pazienti con ipertensione arteriosa polmonare e alle altre associazioni che si dedicano a sensibilizzare la popolazione e a diffondere la conoscenza delle malattie del circolo polmonare, migliorare la comunicazione, il confronto e il reciproco scambio tra medici e pazienti, con un intervento da remoto del Presidente di Fondazione per il Tuo cuore, Domenico Gabrielli, sull'importanza di tali temi. Il Congresso, nonostante argomenti specialistici, ha riscosso un buon successo con la partecipazione di 140 persone tra faculty e discenti (Figure 4-5). Dopo circa una settimana, il 13 ottobre, in occasione della giornata mondiale del tromboembolismo venoso ("World Thrombosis Day"), anche quest'anno l'Area Malattie del Circolo Polmonare con il supporto di Fondazione per il Tuo cuore ha promosso una campagna informativa ed educativa volta a conoscere e prevenire questa patologia che comprende la trombosi venosa profonda e l'embolia polmonare. Circa 40 Cardiologie ospedaliere (Figura 6) hanno allestito degli infopoint presidiati da personale medico e infermieristico che, con l'aiuto di opuscoli informativi, ha provveduto



Figura 4 - Uno scorcio dall'alto della platea congressuale del Congresso di Area



Figura 5 - Il comitato scientifico e board dell'Area Malattie del Circolo Polmonare ANMCO



DALLE AREE - MALATTIE DEL CIRCOLO POLMONARE

| REGIONE | COGNOME richiedente | NOME richiedente | CODSTRU | QUALIFICA | OSPEDALE | REPARTO | INDIRIZZO | CAP | CITTA' | PROVINCIA | DIRETTORE | RESPONSABILE | DIRETTORE RESPONSABILE |
|----------------|---------------------|------------------|---------|------------------------------------|--|--|---|-------|--------------------------|-----------|----------------------------------|------------------------|----------------------------------|
| ABRUZZO | PALOSCIA | LEONARDO | 01 | Direttore di Struttura Complessa | OSPEDALE CIVILE DELLO SPIRITO SANTO | CARDIOLOGIA CON UTIC | Via Fonte Romana, 8 | 65124 | PESCARA | PE | Dott. LEONARDO PALOSCIA | | Dott. LEONARDO PALOSCIA |
| BASILICATA | CARDINALE | ANTONIO GIOVANNI | 01 | Responsabile di Struttura Semplice | ASM MATERA | AMBULATORIO DI CARDIOLOGIA TERRITORIALE | Via Montescaglioso | 75100 | MATERA | MT | Dott. ANTONIO GIOVANNI CARDINALE | | Dott. ANTONIO GIOVANNI CARDINALE |
| CALABRIA | CORAPI | ANTONELLA | 01 | Dirigente Medico | OSPEDALE CIVILE PUGLIESE | UTIC-EMODINAMICA E CARD. INTERVENTISTICA | Viale Pio X, 91 | 88100 | CATANZARO | CZ | Dott. VINCENZO ANTONIO CICONTE | | Dott. VINCENZO ANTONIO CICONTE |
| CALABRIA | CARIDI | GIUSEPPE | 02 | Responsabile di Struttura Semplice | OSPEDALE SOVERATO | U.O.S.D. DI CARDIOLOGIA | Via Verdi | 88068 | SOVERATO | CZ | Dott. GIUSEPPE CARIDI | | Dott. GIUSEPPE CARIDI |
| CALABRIA | AMODEO | VINCENZO | 01 | Direttore di Struttura Complessa | OSPEDALE SANTA MARIA DEGLI LUNGHERESI | UOC CARDIOLOGIA-UTIC-CARDIOSTIMOLAZIONE | Via Montegrappa | 89024 | POLISTENA | RC | Dott. VINCENZO AMODEO | | Dott. VINCENZO AMODEO |
| CAMPANIA | MAUREA | NICOLA | 01 | Direttore di Struttura Complessa | ISTITUTO NAZIONALE TUMORI IRCCS "FONDAZIONE G. PASCALE" | S.C. CARDIOLOGIA | Via Mariano Semmola | 80131 | NAPOLI | NA | Prof. NICOLA MAUREA | | Prof. NICOLA MAUREA |
| CAMPANIA | SANTOPIETRO | SAVERIO | 01 | Dirigente Medico | VILLA MARGHERITA | U.F. RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA E PNEUMOLOGICA | Contrada Piano Cappelle, 55 | 82100 | BENEVENTO | BN | Dott. CLAUDIO DI GIOIA | | Dott. CLAUDIO DI GIOIA |
| CAMPANIA | LAMAIDA | NORMAN | 01 | Dirigente Medico | ISTITUTO CLINICO MEDITERRANEO | U.O. CARDIOLOGIA | Via Gianbattista Vico snc | 84043 | AGROPOLI | SA | Dott. VINCENZO GRECO | | Dott. VINCENZO GRECO |
| CAMPANIA | ENEA | IOLANDA | 08 | Dirigente Medico | AZIENDA OSPEDALIERA S. ANNA E S. SEBASTIANO | UOC MEDICINA E CHIRURGIA D'URGENZA | Via Palasciano, 1 | 81100 | CASERTA | CE | Dott. DIEGO PATERNOSTO | | Dott. DIEGO PATERNOSTO |
| EMILIA ROMAGNA | GUARDIGLI | GABRIELE | 01 | Direttore di Struttura Complessa | ARCISPEDALE SANT'ANNA | U.O. CARDIOLOGIA | Viale Aldo Moro 8, Cona | 44124 | FERRARA | FE | Prof. GABRIELE GUARDIGLI | | Prof. GABRIELE GUARDIGLI |
| EMILIA ROMAGNA | RATTI | CARLO | 01 | Direttore di Struttura Complessa | OSPEDALE SANTA MARIA BIANCA | U.O. DI CARDIOLOGIA | VIA FOGAZZARO 6 | 41037 | MIRANDOLA | MO | Dott. CARLO RATTI | | Dott. CARLO RATTI |
| EMILIA ROMAGNA | SERRA | VALTER | 01 | Dirigente Medico | AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA PARMA | U.O.C. DI CARDIOLOGIA | Viale Gramsci, 14 | 43126 | PARMA | PR | Prof. DIEGO ARDISSINO | | Prof. DIEGO ARDISSINO |
| LAZIO | GATTO | MARIA CHIARA | 01 | Dirigente Medico | INMI LAZZARO SPALLANZANI IRCCS | SERVIZIO DI CARDIOLOGIA DEL DIPARTIMENTO CLINICO | Via Portuense 292 | 00149 | ROMA | RM | Prof. ANDREA ANTINORI | | Prof. ANDREA ANTINORI |
| LAZIO | POSTERARO | ALFREDO | 01 | Dirigente Medico | OSPEDALE SAN GIOVANNI EVANGELISTA | U.O.C. DI CARDIOLOGIA - UTIC | Via Parrozzani 3 | 00019 | TIVOLI | RM | Dott. ALFREDO POSTERARO | | Dott. ALFREDO POSTERARO |
| LAZIO | AIELLO | ALESSANDRO | 02 | Dirigente Medico | P.O. SAN FILIPPO NERI - ASL ROMA 1 | CARDIOLOGIA CLINICA E RIABILITATIVA | Via G. Martinotti, 20 | 00135 | ROMA | RM | Prof. FURIO COLVICCHI | | Prof. FURIO COLVICCHI |
| LAZIO | SCARDOVI | ANGELA BEATRICE | 01 | Dirigente Medico | OSPEDALE SANTO SPIRITO | UOC CARDIOLOGIA | Lungotevere in Sassia, 1 | 00193 | ROMA | RM | Dott. ROBERTO RICCI | | Dott. ROBERTO RICCI |
| LAZIO | CHERUBINI | STEFANIA | 06 | Dirigente Medico | OSPEDALE SANDRO PERTINI | UOSD CARDIOLOGIA D'URGENZA | Via dei Monti Tiburtini, 385 | 00157 | ROMA | RM | Dott. ANDREA CIOLLI | | Dott. ANDREA CIOLLI |
| LOMBARDIA | BELLI | GUIDO | 01 | Direttore di Struttura Complessa | CLINICA SAN CARLO | U.O. CARDIOLOGIA-UNITA' CURE CORONARICHE | Via Ospedale, 21 | 20037 | PADERNO DUGNANO | MI | Dott. GUIDO BELLI | | Dott. GUIDO BELLI |
| LOMBARDIA | FAGGIANO | POMPILO MASSIMO | 01 | Dirigente Medico | ASST SPEDALI CIVILI | CARDIOLOGIA | Piazza Spedali Civili, 1 | 25123 | BRESCIA | BS | Prof. MARCO METRA | | Prof. MARCO METRA |
| LOMBARDIA | FRISINGHELLI | ANNA | 01 | Dirigente Medico | PRESIDIO OSPEDALIERO DI PASSIRANA | CARDIOLOGIA RIABILITATIVA | Via Settembrini, 1 | 20017 | RHO - FRAZIONE PASSIRANA | MI | Prof. GIUSEPPE DE ANGELIS | Dott. FRANCO FERRARI | Prof. GIUSEPPE DE ANGELIS |
| LOMBARDIA | LA ROVERE | MARIA TERESA | 01 | Direttore del Dipartimento | ISTITUTI CLINICI SCIENTIFICI MAUGERI IRCCS SEDE DI PAVIA | U.O. DI RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA | Via Salvatore Maugeri, 10 | 27100 | PAVIA | PV | Dott. GIOVANNI FORNI | | Dott. GIOVANNI FORNI |
| LOMBARDIA | CARDILE | ANTONINO | 01 | Responsabile di Struttura Semplice | OSPEDALI "TREVIGLIO-CARAVAGGIO" | CARDIOLOGIA | Piazza Ospedale, 1 | 24047 | TREVIGLIO | BG | Dott. MAURO RONDI | | Dott. MAURO RONDI |
| MARCHE | BUFFARINI | FABRIZIO | 01 | Dirigente Medico | OSPEDALE PRINCIPE DI PIEMONTE | UOC CARDIOLOGIA UTIC | Via Benvenuto Cellini, 1 | 60019 | SENIGALLIA | AN | Dott. FABRIZIO BUFFARINI | | Dott. FABRIZIO BUFFARINI |
| MARCHE | STAINÉ | JOSEPHINE | 01 | Dirigente Medico | OSPEDALE SANTA MARIA DELLA PIETA' | CARDIOLOGIA AD INDIRIZZO RIABILITATIVO | Località Caselle | 62032 | CAMERINO | MC | Dott.ssa JOSEPHINE STAINÉ | | Dott.ssa JOSEPHINE STAINÉ |
| PIEMONTE | GIORDANA | FRANCESCA | 01 | Dirigente Medico | AZIENDA OSPEDALIERA SANTA CROCE E CARLE | SC CARDIOLOGIA | Via Michele Coppino, 26 | 12100 | CUNEO | CN | Dott.ssa ROBERTA ROSSINI | | Dott.ssa ROBERTA ROSSINI |
| PIEMONTE | MICANTI | ALEX | 01 | Dirigente Medico | CASA DI CURA VILLA SERENA | RIABILITAZIONE CARDIORESPIRATORIA | Via Magenta, 45 | 10045 | PIOSSASCO | TO | Dott. GIANMAURO MAZZUCCO | | Dott. GIANMAURO MAZZUCCO |
| PUGLIA | CALCAGNILE | ALESSANDRO | 01 | Dirigente Medico | OSPEDALE SAN GIUSEPPE DA COPERTINO | U.O. DI CARDIOLOGIA | Via Carmiano, 5 | 73043 | COPERTINO | LE | Dott. ALESSANDRO CALCAGNILE | | Dott. ALESSANDRO CALCAGNILE |
| PUGLIA | GRIMALDI | MASSIMO | 01 | Direttore di Struttura Complessa | OSPEDALE MIULLI | U.O.C. CARDIOLOGIA - UTIC | S. P. Acquaviva delle Fonti - Santeramo | 70021 | ACQUAVIVA DELLE FONTI | BA | Dott. MASSIMO GRIMALDI | | Dott. MASSIMO GRIMALDI |
| PUGLIA | FIORETTI | AGNESE MARIA | 01 | Dirigente Medico | ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II" IRCCS | UOSD DI CARDIOLOGIA AD INDIRIZZO ONCOLOGICO | Viale Orazio Flacco, 65 | 70124 | BARI | BA | Dott. STEFANO OLIVA | | Dott. STEFANO OLIVA |
| PUGLIA | SPADAFINA | TERESA | 01 | Dirigente Medico | P.O. DON TONINO BELLO | SS CARDIOLOGIA | Via Terlizzi | 70056 | MOLFETTA | BA | Dott. CLAUDIO PAOLILLO | Dott. CLAUDIO PAOLILLO | Dott. CLAUDIO PAOLILLO |
| SARDEGNA | DENURRA | CRISTIANA | 01 | Dirigente Medico | OSPEDALE SS. ANNUNZIATA | CARDIOLOGIA CLINICA ED INTERVENTISTICA | Via de Nicola, 14 | 07100 | SASSARI | SS | Dott. GAVINO CASU | | Dott. GAVINO CASU |
| SICILIA | PICCIONE | GUGLIELMO | 01 | Dirigente Medico | OSPEDALE MAGGIORE DI MODICA | U.O. DI CARDIOLOGIA - UTIC | Via Aldo Moro, 1 | 97015 | MODICA | RG | Dott.ssa SABINA FICILI | | Dott.ssa SABINA FICILI |
| SICILIA | LA MANNA | ALESSIO GAETANO | 02 | Direttore di Struttura Complessa | POULINICO CATANIA PRESIDIO SAN MARCO | CARDIOLOGIA UTIC | Viale Carlo Azeglio Ciampi | 95100 | CATANIA | CT | Dott. ALESSIO GAETANO LA MANNA | | Dott. ALESSIO GAETANO LA MANNA |
| SICILIA | GULIZIA | MICHELE MASSIMO | 01 | Direttore di Struttura Complessa | P.O. GARIBALDI-NESIMA - ARNAS GARIBALDI | U.O.C. DI CARDIOLOGIA CON UTIC | Via Palermo, 636 | 95122 | CATANIA | CT | Prof. MICHELE MASSIMO GULIZIA | | Prof. MICHELE MASSIMO GULIZIA |
| SICILIA | GABRIELE | MICHELE | 01 | Direttore di Struttura Complessa | OSP ABELE AJELLO | U.O.C. CARDIOLOGIA CON UTIC | Via Salemi, 125 | 91026 | MAZARA DEL VALLO | TP | Dott. MICHELE GABRIELE | | Dott. MICHELE GABRIELE |
| SICILIA | TOURKMANI | NIDAL | | Libero Professionista in Ospedale | Cenacolo Cristo Re-Cassa di Cura Mins. Giosuè Calaciura | servizio di Cardiologia e Unità di Riabilitazione Cardiologica | Biancavilla | | Biancavilla | CT | | | |
| TOSCANA | MORI | FABIO | 03 | Direttore di Struttura Complessa | AOU CAREGGI | DIAGNOSTICA CARDIOVASCOLARE | Largo Palagi, 1 | 50139 | FIRENZE | FI | Dott. FABIO MORI | | Dott. FABIO MORI |
| UMBRIA | BERGONZINI | STEFANO | 01 | Ricercatore | OSPEDALE NARNI-AMELIA | RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA | Via dell'Ospedale, 20 | 05022 | AMELIA | TR | Dott.ssa MARIA NIVELLA SUADONI | | Dott.ssa MARIA NIVELLA SUADONI |
| VENETO | ZASSO | ANTONELLA | 01 | Dirigente Medico | OSPEDALE SAN BASSIANO | U.O.C. DI CARDIOLOGIA | Via dei Lotti, 40 | 36061 | BASSANO DEL GRAPPA | VI | Dott. FABIO CHIRILLO | | Dott. FABIO CHIRILLO |
| VENETO | PICARIELLO | CLAUDIO | 01 | Responsabile di Struttura Semplice | OSPEDALE SANTA MARIA DELLA MISERICORDIA | U.O.C. CARDIOLOGIA | Viale Tre Martiri, 140 | 45100 | ROVIGO | RO | Dott. FRANCESCO ZANON | | Dott. FRANCESCO ZANON |

Figura 6 - Elenco delle Cardiologie aderenti alla campagna di prevenzione del 13 ottobre "World Thrombosis day"



ad informare la popolazione circa i fattori che aumentano il rischio di trombosi venosa profonda ed embolia polmonare (Figure 7-9): patologie ereditarie, immobilità prolungata, traumi o chirurgia, gravidanza, obesità, fumo, cancro, malattie infiammatorie intestinali, storia personale e familiare di pregressi eventi tromboembolici. In altri ospedali è stato allestito un vero e proprio ambulatorio per l'esecuzione di ecodoppler

Il Congresso dell'Area si è concluso con una tavola rotonda che ha visto tra gli altri la partecipazione del Presidente di Fondazione per il Tuo cuore ed il Presidente dell'Associazione Malati Ipertensione Polmonare

venosi ed ecocardiogrammi, mirati allo screening della patologia. L'Area Malattie del Circolo Polmonare proseguirà in questo ma anche nel prossimo biennio a impegnarsi per promuovere la conoscenza e la prevenzione sia del tromboembolismo venoso che dell'ipertensione arteriosa polmonare, a tal proposito il prossimo appuntamento sarà il 5 maggio con il "World PH Day" (Giornata Mondiale per l'ipertensione polmonare).♥



Figura 7 - Equipe della Cardiologia e della Angiologia di Rovigo allo stand della giornata di prevenzione del 13 ottobre

Favorire la conoscenza delle malattie del circolo polmonare sia tra i laici che tra i Cardiologi ospedalieri e gli specialisti coinvolti nella diagnosi e cura resta tra gli obiettivi di tutte le attività dell'Area



Figura 8 - Un momento del counseling infermieristico durante la campagna di prevenzione del 13 ottobre a Rovigo



Figura 9 - Equipe della Medicina d'Urgenza di Caserta durante la campagna di prevenzione del 13 ottobre



L'amiloidosi cardiaca è oggetto di numerose e continue novità scientifiche

Attualità in campo di amiloidosi cardiaca: nasce sul sito ANMCO la rubrica Amynews

La letteratura scientifica degli ultimi anni in tema di amiloidosi cardiaca è molto fervida e sta dando importante supporto ai medici nel percorso di diagnosi e cura dei pazienti affetti da tale patologia

L'amiloidosi cardiaca, soprattutto la forma da transtiretina (ATTR-CM), è una patologia sempre più conosciuta e diagnosticata, grazie allo sviluppo di nuove tecniche diagnostiche e alla disponibilità di opzioni terapeutiche "disease modifying", in grado di interferire nel meccanismo amiloidogenico e di arrestare o rallentare la progressione della malattia. Questa aumentata "disease awareness" trova il corrispettivo in un aumento esponenziale delle pubblicazioni scientifiche in materia. Il termine "cardiac amyloidosis" su Pubmed vede circa 7.650 articoli dal 1946 ad oggi e di questi il 45% sono stati pubblicati dal 2018, anno di uscita dell'ATTR-ACT trial che ha sancito il successo del Tafamidis nel trattamento della malattia, con una crescita esponenziale che ha visto

circa 2.750 lavori scientifici negli ultimi tre anni, corrispondenti al 36% di tutta la letteratura scientifica disponibile su Pubmed in campo di

Uno studio retrospettivo mostra che i beta-bloccanti a basso dosaggio si associano ad un ridotto rischio di mortalità nei pazienti con LVEF \leq 40% e i MRA a un ridotto rischio di mortalità nella popolazione complessiva

amiloidosi cardiaca degli ultimi 18 anni. In particolare, negli ultimi anni sono stati pubblicati diversi lavori scientifici con importanti novità sia in

campo diagnostico che terapeutico, che aiutano il Cardiologo nell'identificazione e nel trattamento dei pazienti affetti.

Nuovi strumenti diagnostici all'orizzonte

I progressi nelle tecniche di imaging e il confronto con l'analisi istologica dei campioni di biopsia endomiocardica hanno portato alla validazione della diagnosi di ATTR-CM basata sull'imaging e sono il motivo principale dell'aumento del numero di diagnosi di ATTR-CM. In particolare, la scintigrafia miocardica con difosfonati positiva (grading 2-3) associata alle tecniche di imaging non invasive, che documentano una cardiomiopatia a fenotipo ipertrofico, è sufficiente a porre diagnosi di amiloidosi cardiaca da transtiretina e ad intraprendere terapia specifica, a patto che non



ci sia una monoclonalità urinaria o circolante. Rimane però difficile distinguere l'amiloidosi AL da quella da ATTR, nel caso in cui ci sia coesistenza di picco monoclonale e scintigrafia positiva. Nuovi traccianti di PET (Tomografia a Emissione di Positroni) si stanno però rivelando promettenti per la diagnosi differenziale di amiloidosi AL e TTR. È del 2021 l'osservazione da parte del gruppo di Pisa guidato da Emdin (JACC Cardiovasc Imaging 2021;14(1):246-255) che la PET con [18F]-florbetabene, sviluppata per identificare i depositi di beta-amiloide nel cervello, è in grado di discriminare l'amiloidosi cardiaca AL dall'amiloidosi TTR o da altre forme di ipertrofia ventricolare. I pazienti con AL hanno mostrato un assorbimento cardiaco elevato e persistente in tutte le scansioni tardive, mentre i pazienti con ATTR e quelli senza amiloidosi cardiaca hanno mostrato una rapida diminuzione dell'assorbimento subito dopo l'acquisizione precoce. In seguito a questa osservazione è stato intrapreso un trial di fase 3 (PETAL;NCT06048601), attualmente in fase di reclutamento, per validare la capacità diagnostica della PET/CT con 18F-florbetabene a confronto con il gold-standard di diagnosi tissutale per riconoscere l'amiloidosi AL. La PET si sta inoltre imponendo come metodica di imaging in grado di discriminare il "burden" di amiloidosi con traccianti che si legano direttamente all'amiloide, quindi in grado, a differenza della scintigrafia, di quantificare l'amiloide. In un recente studio pubblicato su JACC Cardiovascular imaging (2023;16:1419-1432) la

L'amiloidosi cardiaca è una patologia sempre più conosciuta e diagnosticata, come dimostrato dalla fervida letteratura scientifica in materia
Dai molti lavori pubblicati possiamo trarre importanti informazioni sia diagnostiche, come l'utilizzo della PET con traccianti in grado di legarsi all'amiloide, che terapeutiche, come l'utilizzo ottimale dei farmaci anti-scompenso nelle diverse classi di gravità dei pazienti
Nello stesso tempo nuove terapie si affacciano all'orizzonte e la possibilità di rimuovere l'amiloide dal cuore sembra una possibilità concreta di cura

Queste e altre novità saranno discusse in una nuova rubrica dal titolo "Amynews" di prossima consultazione sul sito ANMCO

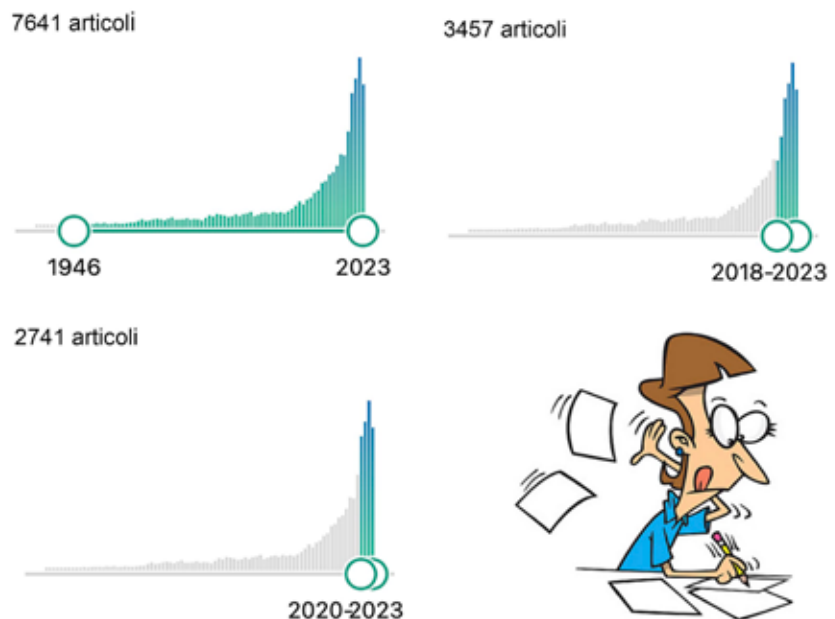
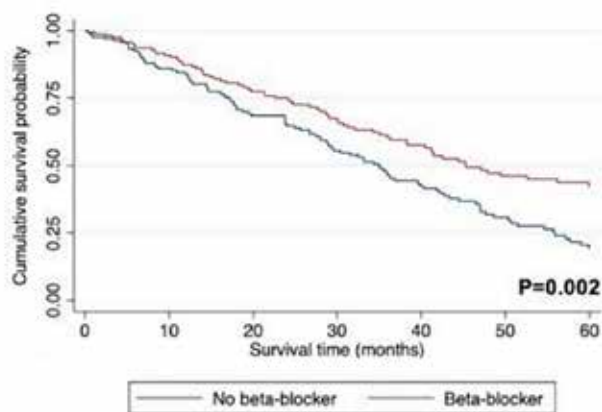


Figura 1 - Numerosità dei lavori scientifici su Pubmed alla voce "cardiac amyloidosis"



Sopravvivenza dei pazienti con EF<40% trattati con beta-bloccanti



Sopravvivenza dei pz trattati con MRA

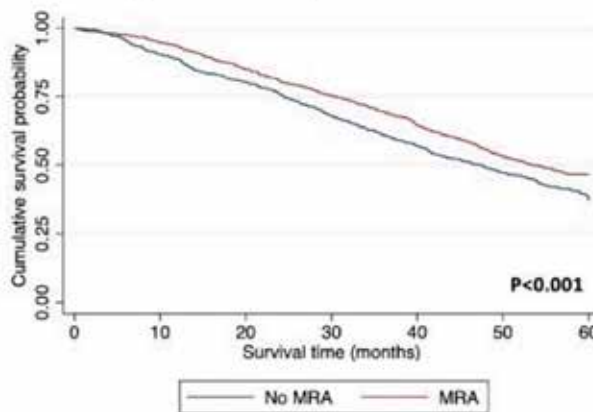


Figura 2 - Curve di sopravvivenza secondo una analisi “propensity score-matched” dei pazienti trattati con MRA e con beta bloccanti a basse dosi, che mostra un miglioramento significativo in tutti i pazienti in MRA e nei pazienti in beta-bloccanti con una frazione di eiezione minore del 40%. Modificato da Eur Heart J. 2023 Aug 14;44(31):2893-2907

¹²⁴I-*evuzamitide* ha dimostrato di essere assorbita dalla sostanza amiloide in maniera correlata con le alterazioni strutturali e funzionali cardiache, suggerendo una valida quantificazione dell'amiloide. Questo nuovo tracciante è stato validato in uno studio di fase 1/2 in aperto, in pazienti con amiloidosi sistemica, carrier di TTR e volontari sani e si è dimostrato capace di riconoscere con elevata sensibilità la presenza di amiloidosi cardiaca. La PET, laddove disponibile, diventerà sempre di più una metodica di imaging da utilizzare per la diagnosi di amiloidosi cardiaca, per la distinzione tra AL e ATTR e per il follow-up dei pazienti in terapia con farmaci disease modifying.

Trattamento antiscompenso dell'amiloidosi: davvero solo diuretici?

Nei pazienti con amiloidosi cardiaca oltre alle terapie disease modifying, è necessario il trattamento sintomatologico degli

episodi di scompenso cardiaco. A questo proposito, mentre i diuretici sono utilizzati come terapia di prima linea, vi è spesso perplessità sull'opportunità o meno di somministrare ace-inibitori o beta bloccanti a causa del rischio di ipotensione. Inoltre, l'unico farmaco che è stato associato a un beneficio in termini di sopravvivenza nell'ATTR-CM è il Tafamidis, in quanto i pazienti con amiloidosi sono stati sempre esclusi dai trial farmacologici. Molto utile per dare chiarimenti sull'utilizzo di questi farmaci antiscompenso è un articolo pubblicato su Eur Heart J dal National Amyloidosis Center di Londra (Eur Heart J 2023 Aug 14;44(31):2893-2907). Si tratta di un'analisi retrospettiva di tutti i pazienti consecutivi con diagnosi di ATTR-CM tra il 2000 e il 2022, che identifica 2.371 pazienti.

La prescrizione di farmaci per l'insufficienza cardiaca era maggiore tra i pazienti con un fenotipo

cardiaco più grave, comprendente beta-bloccanti nel 55,4%, ACEi/ARB nel 57,4% e antagonisti del recettore dei mineralcorticoidi (MRA) nel 39,0% dei casi. Tra questi farmaci i beta-bloccanti e gli ACEi/ARB venivano spesso interrotti, mentre gli MRA sono stati interrotti raramente. I beta-bloccanti a basso dosaggio si associano ad un ridotto rischio di mortalità nei pazienti con LVEF ≤40% e i MRA a un ridotto rischio di mortalità nella popolazione complessiva. Se questi risultati verranno confermati da studi prospettici randomizzati e controllati, verrà definitivamente chiarito se i pazienti con amiloidosi possono giovare dei trattamenti neuro-ormonali utilizzati per pazienti con scompenso cardiaco da altre cause.

Nuove terapie “disease modyfing”: gli spazzini dell'amiloide

La capacità intrinseca del cuore di eliminare l'amiloide che si deposita è minima se non nulla. Questo



spiega perché una volta iniziata la deposizione di sostanza amiloide nel cuore, questa è progressiva e inarrestabile. Tuttavia, recentemente, sono stati descritti su *N Engl J Med* (2023 Jun 8;388(23):2199-2201), tre pazienti di sesso maschile di 68,

La PET con nuovi traccianti in gradi di legarsi all'amiloide diventerà sempre di più una metodica di imaging da utilizzare per la diagnosi di amiloidosi cardiaca, la distinzione tra AL e ATTR e il follow-up dei pazienti affetti

82 e 76 anni di età con insufficienza cardiaca associata ad ATTR-CM che si è risolta spontaneamente, con ritorno a una struttura e una funzione cardiaca normale. Ciascun paziente presentava un fenotipo ipertrofico caratteristico e una captazione cardiaca di grado 2 secondo Perugini alla scintigrafia con difosfonati. Al follow-up, ciascun paziente ha riferito una riduzione dei sintomi, sebbene non avesse ricevuto alcun trattamento nuovo o potenzialmente modificante la malattia, e questo è stato accompagnato da una riduzione

del volume extracellulare e da una normalizzazione della struttura cardiaca e della captazione alla scintigrafia. In un paziente che aveva ricevuto biopsia endomiocardica sono stati evidenziati macrofagi e cellule giganti che circondavano l'amiloide e in tutti i pazienti è stata dimostrata la presenza di anticorpi policlonali verso l'amiloide. Per quanto il meccanismo di questo recupero clinico non sia stato chiarito, questo stabilisce il potenziale di reversibilità dell'ATTR-CM. Questa possibilità è in corso di indagine terapeutica grazie alla produzione di anticorpi monoclonali in grado di legarsi alla transtiretina anomala. In particolare sono stati pubblicati i risultati di un trial di fase 1 (*N Engl J Med*. 2023 Sep 28;389(13):1249) su NI006, un anticorpo umano ricombinante anti-ATTR che è stato sviluppato per la rimozione dell'ATTR da parte delle cellule immunitarie fagocitiche. In questo studio 40 pazienti con cardiomiopatia ATTR wild-type o variante hanno ricevuto infusioni endovenose di NI006 o placebo ogni 4 settimane per 4 mesi. A dosi di almeno 10 mg per Kg per 12 mesi, l'assorbimento del tracciante cardiaco alla scintigrafia e il volume extracellulare alla risonanza magnetica, erano ridotti, così come l'NT-proBNP e la troponina T. I risultati sono così convincenti che siamo in trepidante attesa della fase 2 e soprattutto 3 dello studio. La fervida

letteratura sull'amiloidosi cardiaca continua e sempre nuovi studi si affacciano all'orizzonte, soprattutto per chiarire l'efficacia a lungo termine del trattamento con Tafamidis, la corretta

Negli ultimi anni sono stati pubblicati diversi lavori scientifici con importanti novità sia in campo diagnostico che terapeutico. La rivista Amynews di prossima consultazione sul sito ANMCO si propone di aggiornare periodicamente il Cardiologo clinico sulle ultime novità in campo di amiloidosi cardiaca

selezione dei pazienti da sottoporre a terapie disease modifying, la possibilità di una diagnosi precoce, l'introduzione di nuovi farmaci in grado di interferire con la storia naturale della malattia. Nasce per questo una nuova rubrica "Amynews" sul sito ANMCO, che si occuperà di aggiornamento in tema di amiloidosi cardiaca, dove verranno periodicamente discusse le più importanti novità pubblicate sulle riviste più prestigiose o presentate in anteprima ai congressi scientifici. ♥



Area Management e Qualità: Tempo di Bilanci

1A

Position paper ANMCO: Choosing Wisely – le proposte dell'ANMCO nel 2023

Fabiana Lucà^{1*}, Michele Massimo Gulizia^{2*}, Maurizio Giuseppe Abrignani³,
Francesco Antonio Benedetto⁴, Irma Bisceglia⁴, Giovanni Bisignani⁵, Marco Carlo Bobbio⁶,
Pasquale Caldarola⁷, Maria Laura Canale⁸, Giorgio Caretta⁹, Roberto Ceravolo¹⁰, Cristina Chimenti¹¹,
Vincenzo Antonio Cicone¹², Marco Corda¹³, Stefano Cornara¹⁴, Stefania Angela Di Fusco¹⁵,
Irene Di Matteo¹⁶, Concetta Di Nora¹⁷, Silvia Favilli¹⁸, Giuseppina Maura Francese¹⁹, Sandro Gelsomino²⁰,
Gian Franco Gensini²⁰, Simona Giubilato²¹, Massimo Grimaldi²², Federico Nardi²³, Alessandro Navazio²⁴,
Iris Parrini²⁵, Annarita Pilleri²⁶, Andrea Pozzi²⁷, Carmelo Massimiliano Rao¹, Carmine Riccio²⁸,
Roberta Rossini²⁹, Sandra Venero³⁰, Domenico Gabrielli^{31,32}, Fabrizio Oliva¹⁶, Furio Colivicchi¹⁵

1B



1C



Figure 1A, 1B e 1C

Due anni intensi, scanditi da obiettivi sempre più ambiziosi realizzati grazie ad un alacre e continuo lavoro di squadra. Siamo partiti dai modelli organizzativi in cardiologia per poi calarci nell'applicazione dei percorsi gestionali nella pratica clinica dedicandoci all'analisi e al confronto dei dati, al fine di migliorare la comprensione di temi clinici con ampie ricadute gestionali. Come prima cosa ci siamo interrogati

sulla crescita esponenziale dell'uso di esami diagnostici e strumentali, invasivi e non invasivi, che spesso sostituiscono una valutazione clinica accurata, minando l'appropriatezza delle cure. È infatti cruciale identificare se un esame o una procedura sia realmente necessario, dato il notevole impatto sulla qualità dell'assistenza sanitaria. In questo senso ANMCO ha aderito alla campagna internazionale "Choose Wisely" identificando cinque

pratiche cardiologiche in Italia che presentano un elevato rischio di inappropriato utilizzo. Questo elenco è stato aggiornato da un gruppo di lavoro costituito proprio dall'Area Management&Qualità con la pubblicazione di un Position Paper ANMCO "Choosing Wisely - le proposte dell'ANMCO nel 2023" in cui oltre a individuare le pratiche a maggior rischio di inappropriata in cardiologia, abbiamo proposto soluzioni per affrontare questo



Figure 2A, 2B e 2C

problema e garantire cure appropriate e di alta qualità (Figura 1A). Altro tema affrontato è stato quello relativo alla morbilità e mortalità cardiovascolare durante la gravidanza e dell'importanza di un approccio multidisciplinare delle malattie cardiovascolari, centrato

Aritmie (Figura 1B). Altro focus è stata la gestione del paziente in terapia con DOAC, affrontato secondo varie sfaccettature. Efficacia, sicurezza e aderenza ai DOAC e la gestione delle criticità, sono stati il topic del paper **“Management of Patients Treated with Direct Oral**

questione della triplice terapia nel paper **“A Tailored Antithrombotic Approach for Patients with Atrial Fibrillation Presenting with Acute Coronary Syndrome and/or Undergoing PCI: A Case Series”** pubblicato su JCM (Figura 2C). Ci siamo poi occupati della



Figure 3A e 3B



realizzato un paper sulla gestione del rischio residuo nelle sindromi coronariche croniche **“Management of Residual Risk in Chronic Coronary Syndromes. Clinical Pathways for a Quality-Based Secondary Prevention”** pubblicato su JCM (Figura 3B). Grande spazio nell’attività dell’Area ha avuto il tema della radioprotezione negli operatori radioesposti in cardiologia. Negli ultimi decenni l’esposizione dei cardiologi interventisti alle radiazioni è notevolmente aumentata, suscitando preoccupazioni per le malattie associate alle radiazioni

ionizzanti, come il cancro e i disturbi neurodegenerativi, ponendo il problema della sicurezza e della scarsa consapevolezza della maggior parte degli operatori dei rischi e aumentare la consapevolezza degli operatori e di individuare nuovi modi per ridurre la dose di radiazioni ionizzanti per gli operatori e minimizzare il rischio. Abbiamo pertanto realizzato il **“Position Paper ANMCO: Radioesposizione e radioprotezione nei laboratori di cardiologia interventistica”** in collaborazione con la Prof. Maria Grazia Andreassi e con il

Prof. Eugenio Picano del CNR di Pisa, finalizzato ad aumentare la consapevolezza degli operatori e fare il punto sulle strategie di riduzione della dose di radiazioni ionizzanti per gli operatori e minimizzare il rischio (Figura 4). Ci siamo poi occupati degli approcci multidisciplinari nell’ **“Anderson - Fabry Disease”** (in collaborazione con l’Area Malattie Rare e l’Area Cronicità Cardiologica), nell’ **“Heart Failure with Preserved Ejection Fraction”** (in collaborazione con l’Area Scompensazione Cardiaca e l’Area Cronicità Cardiologica) e della Fibrillazione Atriale (in



Figura 4

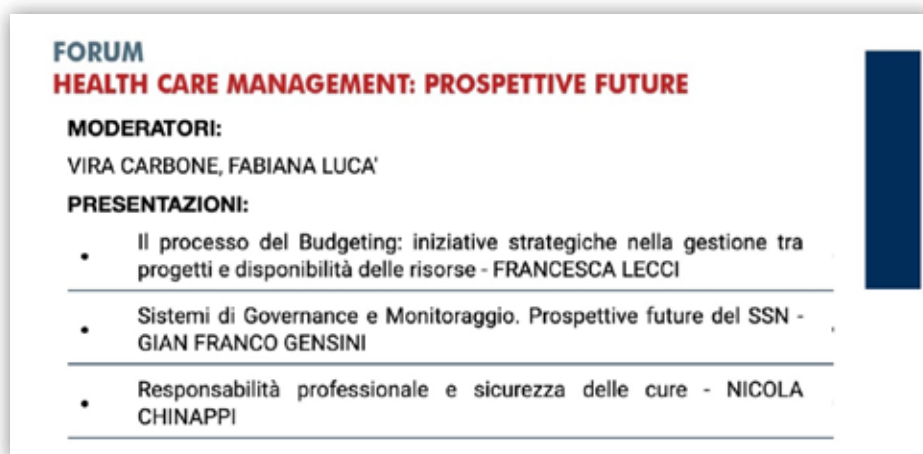


Figura 5



Shed Light On

La rubrica WEB a cura dell'Area Management&Qualità

Segui le varie edizioni sul Sito ANMCO

- 1** - Radioprotezione e Radioesposizione professionale
La Dottoressa Fabiana Lucà intervista la Prof.ssa Maria Grazia Andreassi
- 2** - La Dottoressa Fabiana Lucà intervista la Dottoressa Maddalena Lettino
- 3** - La Dottoressa Fabiana Lucà intervista la Dottoressa Alaide Chieffo
- 4** - La Dottoressa Fabiana Lucà intervista il Prof. Dominick J. Angiolillo
- 5** - L'Area Management&Qualità ANMCO incontra Bocconi
La Dottoressa Fabiana Lucà intervista la Professoressa Lecci
- 6** - E-Health Management e Telecardiologia. Nuove risorse?
La Dottoressa Fabiana Lucà intervista il Professor Gian Franco Gensini
- 7** - Donne Manager e non solo. A che punto siamo?
La Dottoressa Fabiana Lucà intervista la Dottoressa Daniela Pavan
- 8** - La Dottoressa Fabiana Lucà intervista il Dottor Aldo Pietro Maggioni, Direttore Centro Studi ANMCO
- 9** - Intervista alla Professoressa Roberta Siliquini primo Presidente donna del Consiglio Superiore di Sanità (2014-2018)
- 10** - A tu per tu con Oren Caspi Direttore dell'Heart Failure Unit, fondatore e Direttore del Cardiovascular Research and Innovation presso Rambam Medical Center



Figura 6



Figura 7

collaborazione con le Aree Aritmie, Cronicità Cardiologica e Nursing e Professioni Sanitarie) in dei paper in inglese attualmente under review. Altro topic da noi sviluppato sono state inoltre le differenze di genere nei percorsi gestionali e nell'approccio terapeutico in cardiologia, trattati in un position paper in inglese e in italiano in collaborazione con l'Area Cardiologia di Genere. Importante documento in cantiere è inoltre quello sull'E-Health Management in Cardiologia. Sullo stesso tema, è stato proposto e promosso dall'Area Management&Qualità un Forum al Congresso Nazionale Health Care Management: Prospettive Future (Figura 5). Altra novità è stata la Rubrica "Shed Light On", letteralmente "accendi la luce su", con la realizzazione di video

interviste a noti personaggi del mondo del panorama cardiologico nazionale e internazionale e del Management Sanitario, come la Prof.ssa Francesca Lecci, Professore Associato presso la Bocconi School of Management, Direttore dell'Executive Master in Management delle Aziende Sanitarie e Socio-Assistenziali (EMMAS) e Program Director del Corso di Perfezionamento in Sanità (MAS); il Prof. Dominique Angiolillo, Chief of the Division of Cardiology and Medical Director of the UF Health Cardiovascular Center - University of Florida College of Medicine - Jacksonville, la Prof.ssa Maria Grazia Andreassi del CNR di Pisa, il Prof. Gianfranco Gensini; il Dott. Aldo Maggioni; la Prof.ssa Maddalena Lettino e la Prof.ssa Alaide Chieffo; la Dott. Daniela Pavan; il Prof.

Horen Caspi, Direttore dell' Heart Failure Unit, fondatore e Direttore del Cardiovascular Research and Innovation presso Rambam Medical Center, e la Prof.ssa Roberta Siliquini primo Presidente donna del Consiglio Superiore di Sanità fino al 2018 (Figura 6). Gli aspetti organizzativi del Management in Cardiologia sono stati trattati inoltre in un webinar realizzato insieme all'Area Nursing e Professioni Sanitarie (Figura 7). Un'attività intensa insomma, testimoniata anche da una costante presenza su "Cardiologia negli Ospedali" con gli articoli dell'Area e da newsletter. Concludiamo pertanto il biennio con tanti progetti realizzati e altri ancora in essere con la consapevolezza di Platone che «L'inizio è la parte più importante del lavoro».♥



Organizzazione ospedaliera adattata ai nuovi modelli assistenziali e alle competenze infermieristiche specializzate

L'infermiere in Cardiologia: competenze e skills per la gestione integrata del paziente cardiologico complesso

Come l'infermiere specialista può migliorare l'assistenza in un ambiente ospedaliero che si adatta alla personalizzazione delle cure

Epidemiologia e ruolo infermieristico in Cardiologia

Le malattie cardiovascolari rappresentano uno dei più importanti problemi di salute pubblica in Italia e anche la prima causa di morte nel mondo occidentale. Esse sono malattie croniche non trasmissibili che hanno un impatto significativo sulla qualità della vita della popolazione colpita. Tali patologie impattano in maniera significativa sul livello di ospedalizzazione e hanno forti ripercussioni in termini economici e sociali. Il quadro di riferimento, in questo settore, è rappresentato dalle specifiche raccomandazioni contenute nei Piani Nazionali, volte a favorire uno stile di vita corretto (sana alimentazione, attività fisica

regolare e abolizione del fumo di sigaretta) e quindi a promuovere la prevenzione, l'educazione sanitaria e percorsi terapeutico-assistenziali multidisciplinari. A livello ospedaliero, la figura dell'infermiere,

L'assetto organizzativo di un reparto deve rispecchiare quella che è la specifica direzione dei percorsi terapeutici assistenziali che si vogliono adottare

acquisisce sempre più importanza sia nella presa in carico del paziente che durante tutto il suo percorso terapeutico assistenziale.

La complessità dell'assistenza infermieristica in ambiente cardiologico è il risultato delle molte variabili da tenere in considerazione a cominciare dalle caratteristiche cliniche del paziente, che richiedono oltre ad una attenta analisi clinica, l'adozione di un'assistenza sempre più specializzata e personalizzata. Alcune di queste variabili sono la prevenzione, l'educazione sanitaria, la promozione della compliance terapeutica a lungo termine.

Le competenze infermieristiche e il ruolo dell'infermiere specialista

In un'ottica di assistenza sempre più orientata verso la centralizzazione del percorso di cura del paziente, l'infermiere deve, in misura sempre maggiore, far emergere la sua professionalità e specializzare le



proprie competenze. L'assistenza richiede una più mirata personalizzazione delle cure e una standardizzazione dei percorsi terapeutico-assistenziali. Per questi motivi la figura dell'infermiere si pone in una posizione fondamentale e strategica. La legge 190/2014 rappresenta un importante passo avanti per quanto riguarda le competenze infermieristiche. Il comma 566 ha promosso l'evoluzione delle competenze dei professionisti sanitari attraverso percorsi di formazione complementare e ha delineato un modello sullo sviluppo delle competenze infermieristiche articolandolo su due assi: quello verticale, ossia un avanzamento dirigenziale e quello

orizzontale, ossia un avanzamento professionale e formativo che tenga in considerazione l'esperienza clinica sul campo e la formazione specialistica attraverso master universitari. Considerando questo importante riferimento normativo, in ambiente cardiologico e nelle altre aree mediche complesse richiedere il lavoro di un infermiere specializzato rappresenta una importante opportunità per raggiungere efficaci e ottimali obiettivi terapeutici assistenziali. La FNOPI ha sottolineato l'importanza dell'investimento sulle competenze avanzate dell'infermiere e sulla necessità di riorganizzare l'ambiente ospedaliero, per razionalizzare il carico di lavoro infermieristico

e ottimizzare il tempo dedicato all'assistenza.

Modelli assistenziali adeguati

Investire sulle competenze avanzate dell'infermiere rappresenta una delle strategie per migliorare il livello di assistenza dei pazienti cardiologici. Infatti, per garantire una qualità elevata di assistenza e di cure è fondamentale anche riorganizzare l'ambiente sanitario nel quale si opera nell'ottica della personalizzazione. L'assetto organizzativo di un reparto deve rispecchiare quella che è la specifica direzione dei percorsi terapeutici - assistenziali che si vogliono adottare. A tal proposito, vi sono numerosi riscontri in ambito scientifico che evidenziano come una efficace



**L'infermiere
con competenze
cardiologiche avanzate ha
necessariamente bisogno di
un ambiente organizzativo
che permetta di svolgere
in maniera efficiente le sue
attività assistenziali**

riorganizzazione dell'ambiente sanitario permetta una più idonea applicazione del lavoro improntato su specifici modelli assistenziali volti alla personalizzazione delle cure. Considerando gli studi presenti in letteratura è necessario raggiungere uno standard minimo di staff per rispondere, in sicurezza e qualità, alla complessità dei bisogni di salute delle persone assistite a livello ospedaliero, con contestuale implementazione di modelli assistenziali quali il *Primary Nursing* o il *Case Management* orientati a costruire piani personalizzati di assistenza e di presa in carico della persona, della sua famiglia e alla continuità delle cure.

Riorganizzazione sanitaria e ospedaliera

L'infermiere con competenze cardiologiche avanzate ha necessariamente bisogno di un ambiente organizzativo che permetta di svolgere in maniera efficiente le sue attività assistenziali. Questo, ad oggi, potrebbe essere reso possibile grazie all'applicazione di mirate nuove realtà organizzative che si stanno sempre più diffondendo all'interno delle aziende sanitarie nazionali, le quali prevedono la riorganizzazione (*Healthcare Redesign*) dei dipartimenti basata sul concetto

di "intensità di cura" ovvero sulla creazione di aree di assistenza omogenea. Tali aree sono strutturate sulla base delle specifiche esigenze del paziente in termini diagnostico-terapeutici e cercano di rispondere alle criticità che possono insorgere in termini di complessità assistenziale e di carico di lavoro in relazione al rapporto numerico infermieri-pazienti. In quest'ottica si supera la visione del reparto, e si articola il livello di cura sulla base del quadro clinico, della complessità assistenziale (medica e infermieristica), delle risorse umane e tecnologiche a disposizione. Le cure personalizzate sono il risultato di attente valutazioni compiute dal personale infermieristico svolte attraverso specifici strumenti di analisi che permettono di leggere, classificare, misurare e pianificare l'assistenza infermieristica e conseguentemente prevedere, monitorizzare e verificare l'appropriatezza delle cure e delle competenze impiegate nell'ambito delle strutture ospedaliere e territoriali. In questo modo è possibile razionalizzare il rapporto numerico infermiere/paziente secondo criteri di complessità e carico assistenziale, adeguando maggiormente il rapporto agli standard ottimali europei (rapporto ottimale di 6:1, indicato quale rapporto adeguato per garantire un'assistenza infermieristica sicura, intesa anche in termini di mortalità).

Conclusioni

La complessità assistenziale in ambiente cardiologico richiede la presenza di figure altamente specializzate, con competenze avanzate e in parallelo la costruzione di un assetto organizzativo che miri

all'ottimizzazione del tempo dedicato all'assistenza e alla razionalizzazione del carico di lavoro infermieristico, garantendo così un adeguato livello di qualità dell'assistenza. In questo contesto, competenze e autonomia decisionale dell'infermiere giocano un ruolo importante nel garantire la cura e la sicurezza di ogni singolo paziente.♥

**La riorganizzazione
dei reparti deve essere
strutturata sulla base
delle specifiche esigenze
del paziente in termini
diagnostico-terapeutici,
delle competenze
infermieristiche
specialistiche presenti
e in base al carico di
lavoro in relazione al
rapporto numerico
infermieri-pazienti**

Bibliografia

1. Bacchini M. Bellisario P. Bellocci F. "Prevenzione delle malattie cardiovascolari lungo il corso della vita" Alleanza Italiana per le Malattie cardio-cerebrovascolari 2014;281 - Ministero della Salute.
2. Celi S. "Advanced Paramedic e Infermiere MSA 1° Livello in Regione Lombardia: Competenze a Confronto" Simeu. 2018;1-15. Italian journal of Emergency Medicine.
3. Bolognese L. "Sviluppare e verificare nuovi modelli assistenziali in sanità: La prospettiva di un cardiologo" Giornale Italiano di Cardiologia 2011;12(1):5-9.
4. Maggio R. "Raccomandazioni per la determinazione dello Staff per l'assistenza". 2021;1-15. SIDMI-rev-1.0.



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
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

Giulio Selvetella - Isernia



Marisa Carluccio

TOSCANA

Presidente

Marisa Carluccio - Pisa

Consiglio Regionale

Debora Biagini - Prato

Francesca Cesareo - Siena

Jacopo Del Meglio - Camaiore (LU)

Gaia Chiara Selvaggia Magnaghi - Pescia (PT)

Leonardo Misuraca - Grosseto

Margherita Padeletti - Borgo San Lorenzo (FI)

Gaia Spaziani - Firenze

Enrica Talini - Livorno



Giuseppe Musumeci

PIEMONTE E VALLE D'AOSTA

Presidente

Giuseppe Musumeci - Torino

Consiglio Regionale

Monica Andriani - Torino

Lucia Coppini - Cuneo

Brunella Demichelis - Torino

Vincenzo Infantino - Ciriè (TO)

Stefano Maffè - Borgomanero (NO)

Elisa Pelloni - Aosta

Luigi Pollarolo - Casale Monferrato (AL)

Pierluigi Sbarra - Torino



Marco Borghesi

TRENTINO ALTO ADIGE

Presidente

Marco Borghesi - Trento

Consiglio Regionale

Salvatore Accardo - Merano (BZ)

Elisabetta Apuzzo - Bolzano

Maurizio Del Greco - Rovereto (TN)

Massimiliano Maines - Rovereto (TN)

Michele Moretti - Trento

Prisca Zeni - Trento



Ennio Carmine Luigi Pisanò

PUGLIA

Presidente

Ennio Carmine Luigi Pisanò - Lecce

Consiglio Regionale

Grazia Casavecchia - Foggia

Gaetano Citarelli - Bari

Margherita Ilaria Gioia - Brindisi

Claudio Larosa - Molfetta (BA)

Katya Vitina Lucarelli - Acquaviva delle Fonti (BA)

Giovanni Luzzi - Taranto

Adriana Mallardi - Bari - Carbonara (BA)

Antonio Tondo - Lecce



Claudio Cavallini

UMBRIA

Presidente

Claudio Cavallini - Perugia

Consiglio Regionale

Andrea Broccatelli - Perugia

Serena Di Maria - Orvieto (TR)

Lina Marinacci - Città di Castello (PG)

Rosita Panciarola - Assisi (PG)

Alessandra Tordini - Terni

Cristina Tutarini - Foligno (PG)



Cristiana Denurra

SARDEGNA

Presidente

Cristiana Denurra - Sassari

Consiglio Regionale

Simona Aramu - Oristano

Gianfranco Delogu - San Gavino Monreale (SU)

Stefano Mameli - Cagliari

Rosa Chiara Manzi - Cagliari

Ilaria Mereu - Carbonia (SU)

Maria Elena Lucia Picoi - Olbia (OT)

Laura Sau - Lanusei (OG)

Tanuccia Secci - Nuoro



Giampaolo Pasquetto

VENETO

Presidente

Giampaolo Pasquetto - Monselice (PD)

Consiglio Regionale

Giovanni Barbati - Vicenza

Emanuela Berardi - Montebelluna (TV)

Ada Cutolo - Mestre (VE)

Alessandro De Leo - Belluno

Giulia Maria Frigo - San Bonifacio (VR)

Anna Maddalozzo - Rovigo

Daniela Mancuso - Padova

Giovanni Turiano - San Donà di Piave (VE)



Il SSN italiano e quello di altri paesi dell'UE: alcuni dati (inaspettati?)

Tempo di sopravvivenza dei cioccolatini in un reparto ospedaliero: studio osservazionale

Il rapporto dei cittadini italiani con il SSN

Certamente è un titolo strano, ma la ricerca (seria?) permette di condividere alcune considerazioni sulla Sanità attuale.

Lo studio

Lo studio, multicentrico, prospettico, osservazionale condotto in 4 reparti ospedalieri in UK prevedeva di collocare 700 g di cioccolatini (258 pezzi) di due qualità in ogni reparto, sotto sorveglianza continua e con l'obiettivo primario di verificare la sopravvivenza media dei cioccolatini. Durante il periodo di osservazione di circa 4 ore, il 74% dei cioccolatini è stato mangiato, con una mediana del tempo di sopravvivenza di un cioccolatino di 51 minuti e un'emivita (tempo al quale il 50% dei cioccolatini sono stati mangiati) di 99 minuti. Gli autori concludono affermando che il tempo di sopravvivenza dei cioccolatini, in un reparto ospedaliero è relativamente breve. Lo studio, indiscutibile prova

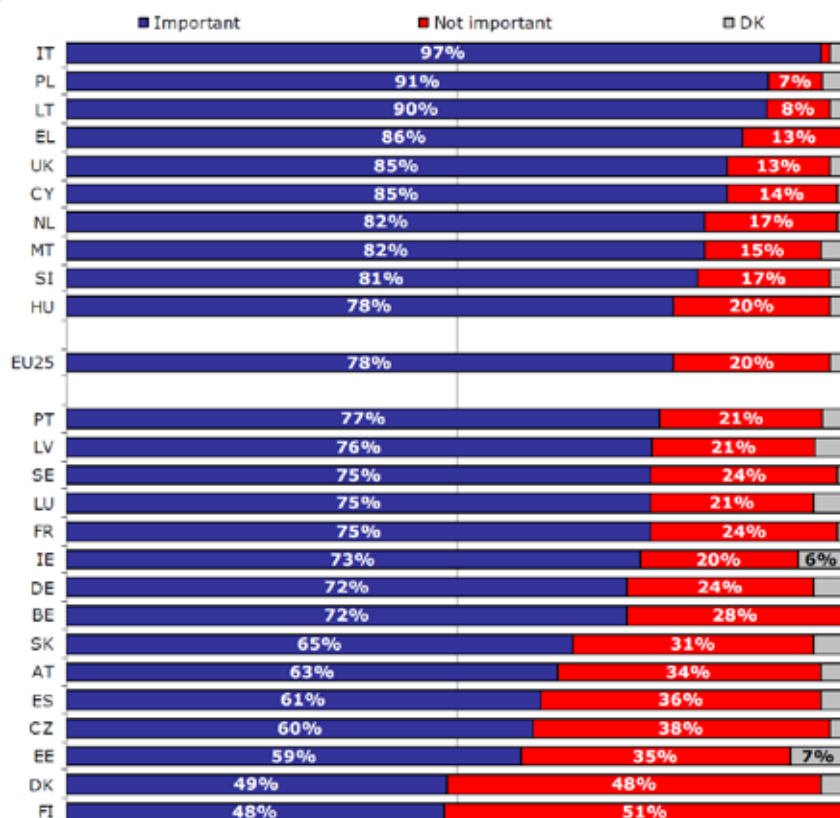
di straordinaria e fantastica creatività è stato pubblicato sul numero di Natale 2013 del prestigioso *British Medical Journal* ⁽¹⁾.

Il tempo di sopravvivenza di un cioccolatino in un reparto è di 51 minuti con un'emivita (50% dei cioccolatini mangiati) di 99 minuti

Cosa aggiunge alle attuali conoscenze?

Ma oltre all'inevitabile sorriso strappato durante la lettura, durante la quale ognuno avrà certamente ricordato le esperienze personali al riguardo, cosa può aggiungere, in tema di riflessioni sull'attuale sanità? Molte, stranamente, secondo noi. Dovremmo innanzitutto ricordare l'origine delle scatole di cioccolatini

in un reparto ospedaliero; è certamente esperienza comune che la gran parte giungano come segno di considerazione e ringraziamento da parte di pazienti o loro familiari, a testimonianza di una sorta di legame/ alleanza costruttiva tra operatori sanitari e pazienti. Le considerazioni scientifiche, ancora scherzose ma peraltro vere, potrebbero riguardare il fatto che la cioccolata (fondente) può migliorare il tono dell'umore e gli stati emozionali negativi dei riceventi ⁽²⁾ (gli operatori sanitari), inoltre mentre sia i donatori (i pazienti) che i riceventi riferiscono maggiori sentimenti di vicinanza al loro "gift" partner ⁽³⁾. Questo è lo spunto per affrontare, brevemente, alcuni problemi dell'attuale rapporto dei cittadini con la sanità e gli operatori sanitari che sembra essersi nuovamente deteriorato dopo un breve periodo di riavvicinamento durante la pandemia. Alcuni dati a testimonianza. Nel triennio 2019-



Modificata da (6)

Figura 1 – Gli errori medici sono un importante problema nel tuo paese? Risposte dei cittadini UE

2021 sono stati più di 4.800 i casi codificati dall'INAIL come violenze, aggressioni, minacce e similari nei confronti del personale sanitario e socio-sanitario, ma sono sicuramente di più, considerato che a volte non vengono denunciati dalle vittime (4). I numeri dei contenziosi contro operatori e strutture sanitarie sono altrettanto allarmanti. Circa 300.000 cause giacciono nei tribunali e circa 35.000 sono intentate ogni anno. Il 66% dei procedimenti civili e il 95% di quelli penali viene respinto, a testimonianza di una quota considerevole di liti "temerarie" (5). Il dato non sorprende se analizziamo

alcuni dati della Commissione Europea, datati ma gli ultimi disponibili (6). La percezione generale dei cittadini dell'UE sugli errori medici è molto eterogenea. In media il 78% ritiene che rappresentino un importante problema nel loro paese, tale preoccupazione sale vertiginosamente al 97% nei cittadini italiani (primi in classifica) (Figura 1), così come il 64% (contro una media UE del 40%) teme, nella propria vita, di incorrere in un errore medico serio (terzi in classifica UE).

Alcuni dati (inaspettati?) nell'Unione Europea

I dati testimoniano in maniera chiara

la sfiducia di una parte dei cittadini italiani nei confronti del SSN e dei medici in particolare. Ma quali sono le motivazioni? Certamente gioca un ruolo importante l'immagine data da alcuni media riguardo alcuni punti fondamentali. Vediamo alcuni dati

«La vita è uguale a una scatola di cioccolatini, non sai mai quello che ti capita» (Forrest Gump)

forniti da un recente documento dell'UE (7) (si potrà eventualmente discutere sull'attendibilità dei dati stessi e sulle differenze regionali tipicamente italiane).

1. L'opinione comune è che i medici in Italia siano molti, troppi. In realtà il numero di medici in Italia è esattamente nella media UE (4/1.000 abitanti) ma, a differenza di molti altri paesi, è rimasto sostanzialmente invariato nel periodo 2010-2020 (Figura 2). Il numero di infermieri è invece significativamente inferiore alla media UE (6.3/1.000 vs 8.3/1.000) e quindi, nell'ottica dell'efficienza del lavoro di team medici/infermieri, l'Italia ha numeri sfavorevoli rispetto alla media UE (7);

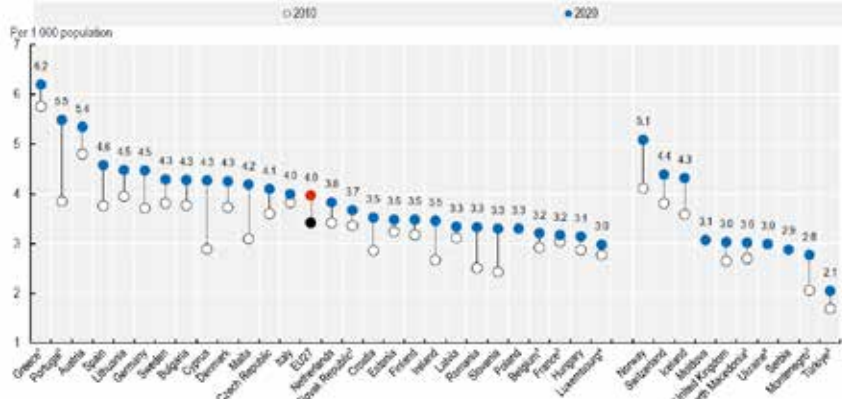
2. Le liste di attesa, una delle principali cause di percezione negativa della sanità, non sono un problema tipicamente italiano. Pur ammettendo che il problema sia serio e reale si può considerare, a solo titolo di esempio, che il tempo medio di attesa per una protesi di ginocchio o per un intervento di cataratta era, nel 2019-2020, tra i più bassi dell'UE, pur considerando che il numero di posti letto in



Italia è significativamente inferiore (3.2/1.000 vs 5.0/1.000 abitanti dell'UE) (Figura 3) ⁽⁷⁾;

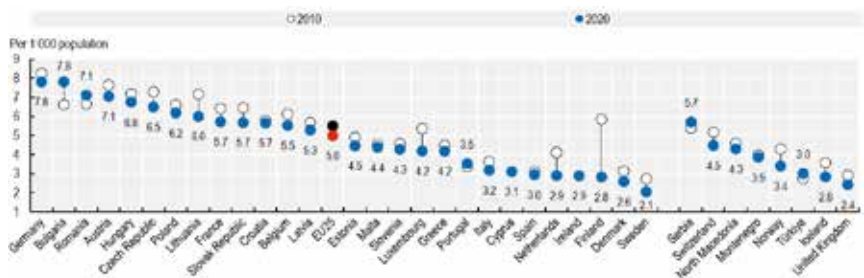
3. L'inappropriatezza prescrittiva. Argomento di massima importanza su cui si dibatte da anni, ma è un problema tipicamente italiano? I dati del documento dell'UE, al riguardo, forniscono interessanti spunti. Il numero di TC e RMN eseguite per unità di popolazione viene spesso utilizzato quale marker di inappropriatezza prescrittiva e rappresenta, numericamente, uno dei principali problemi del recupero post-COVID delle prestazioni. Ebbene, il numero di TC/RMN/PET eseguite in Italia per mille abitanti (178/1.000) è significativamente inferiore rispetto alla media UE (219/1.000 abitanti) e in Francia, addirittura, tale numero è quasi doppio (331/1.000) ⁽⁷⁾.

Inoltre, con l'avanzare delle conoscenze scientifiche il numero delle prestazioni necessarie a soddisfare il cosiddetto "bisogno di salute" della popolazione cresce in maniera lineare. A solo titolo d'esempio, per rimanere in campo cardiologico, le extrasistoli ventricolari. Non so quanti cardiologi abbiano pensato all'inappropriatezza di esami strumentali nei soggetti con visita clinica negativa e occasionale reperto di extrasistoli ventricolari, certamente qualcuno o forse molti. Le linee guida ESC del 2022 sulle aritmie ventricolari indicano, per questi pazienti, la necessità di eseguire ECG, visita, ecocardiogramma ed ECG Holter 24 ore e RM cardiaca nei soggetti anche con esami strumentali negativi ma più anziani ovvero con morfologia dei BEV tipo BBdx ⁽⁸⁾.



Nota: media UE non pesata. Dati riferiti a tutti i medici abilitati e in tutti i settori di lavoro, quindi sovrastimati.
Fonte: OECD Health Statistics 2022; Eurostat Database; WHO National Health Workforce Accounts for Moldova and Ukraine.

Figura 2 – Numero di medici per 1000 abitanti in UE, 2010 e 2020 (o anno più vicino)



Nota: media UE non pesata.
Fonte: OECD Health Statistics 2022; Eurostat Database.

Figura 3 - Posti letto per 1.000 abitanti in UE, 2010 e 2020 (o anno più vicino)

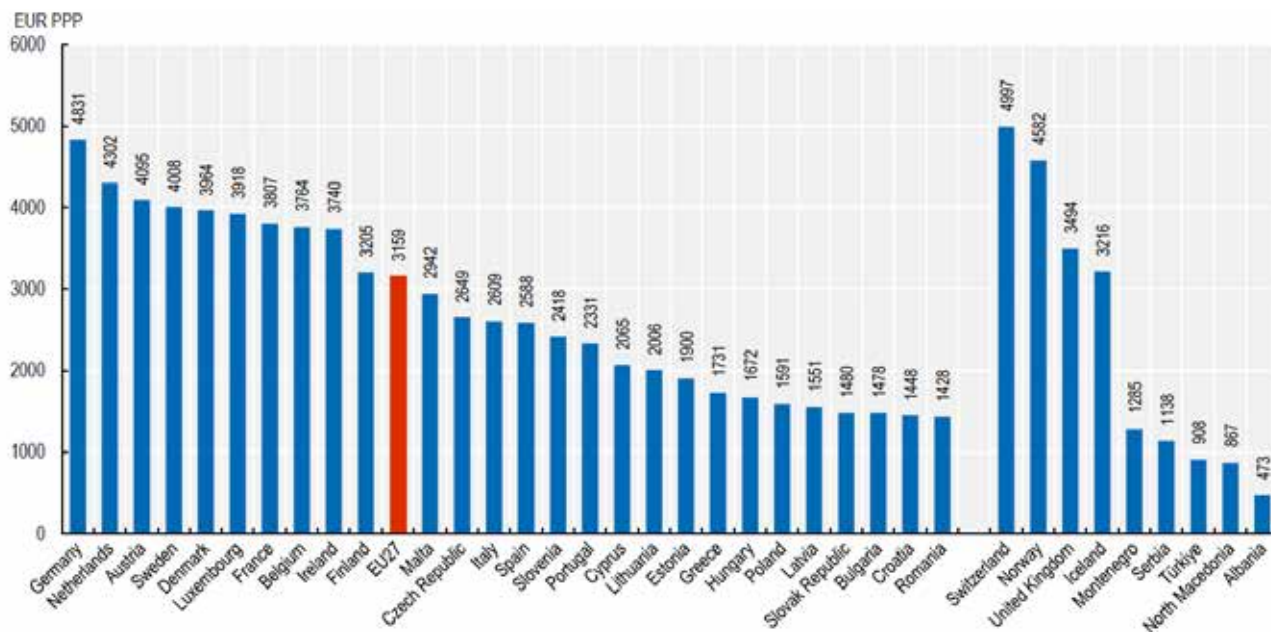
Il rapporto dei cittadini italiani con il SSN non è idilliaco, rispetto alla media dell'UE meno risorse e meno fiducia dei cittadini

Quanti, anche solo 10-15 anni fa, avrebbero prescritto questi esami a un soggetto con riscontro occasionale di extrasistoli ventricolari e visita negativa?

In conclusione

La percezione di una parte dei cittadini italiani nei confronti della sanità è certamente negativa,

condizionata da informazioni in parte inadeguate quando non distorte e le conseguenze sulla serenità degli operatori sono talora drammatiche. In sanità esistono certamente molti problemi, in parte sanabili con interventi organizzativi, ma la soluzione strutturale non può che passare dall'adeguamento delle risorse alle conoscenze attuali, quantomeno per restare nella media europea. In Italia la spesa procapite per la sanità è inferiore di oltre 500 euro rispetto alla media UE (Figura. 4) e tale differenza rimane significativa anche se rapportata al prodotto interno lordo. Nel



Nota: media UE non pesata.

Fonte: OECD Health Statistics 2022; Eurostat Database; WHO Global Health Expenditure Database.

Figura 4 - Spesa per la salute pro-capite in UE, 2020 (o anno più vicino)

frattempo, e in aggiunta, attraverso un paradigma che passi da una nuova e concreta alleanza tra pazienti e operatori sanitari/sanità pubblica (attraverso interventi su media, società scientifiche, associazioni di pazienti e cittadini) dovremmo ricostruire, con priorità assoluta, il rapporto in parte deteriorato tra cittadini e sanità. I cioccolatini in reparto saranno un marker affidabile di questa nuova alleanza. A oggi, purtroppo, possiamo solo dire che «La vita è uguale a una scatola di cioccolatini, non sai mai quello che ti capita» (Forrest Gump). ♥

- (1) Parag R Gajendragadkar et al. The survival time of chocolates on hospital wards: covert observational study. *BMJ* 2013;347:f7198.
- (2) Ji-Hee Shin et al. Consumption of

Lo Studio sul tempo di sopravvivenza dei cioccolatini in un reparto ospedaliero offre lo spunto per alcune riflessioni sul rapporto tra i cittadini italiani e il SSN

Contenziosi, liste d'attesa, inappropriatezza prescrittiva, alcune differenze significative con altri stati europei

- 85% cocoa dark chocolate improves mood in association with gut microbial changes in healthy adults: a randomized controlled trial. *Journal of Nutritional Biochemistry* 99 (2022) 108854.
- (3) Lara B. Aknin et al. Give a piece of you: Gifts that reflect givers promote closeness. *Journal of Experimental Social Psychology* 60 (2015) 8–16.
- (4) <https://www.salute.gov.it/portale/professionisanzitarie/>
- (5) Fonte: Tribunale del malato 2015 e Commissione Parlamentare d'inchiesta sugli errori sanitari 2013.
- (6) Medical Errors, European Commission. Special Eurobarometer 241/Wave 64.1 & 64.3–TNS Opinion & Social 2006.
- (7) OECD/European Union (2022), Health at a Glance: Europe 2022: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris.
- (8) Zeppenfeld K et al. 2022 ESC Guidelines for the management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death. *European Heart Journal* (2022) 00, 1–130.



DALLE REGIONI - VENETO

DI GIOVANNI BARBATI E GIAMPAOLO PASQUETTO
A NOME DEL CONSIGLIO DIRETTIVO REGIONALE ANMCO VENETO



ANMCO Veneto riparte nel solco dell'ottimo lavoro svolto nel biennio precedente

Biennio 2023-2025: ANMCO Veneto "ricomincia da quattro"

Il nuovo Consiglio Direttivo si presenta
e presenta la programmazione del biennio 2023-2025

«**P**arto e ricomincio da tre. Si dice da zero. No, io tre cose ho, perché pure quelle devo perdere?».

Questo dialogo tra Gaetano (Massimo Troisi) e Lello (Lello Arena) è uno dei più famosi di "Ricomincio da tre," fortunato film di esordio di Massimo Troisi del 1981. Dopo le elezioni tenutesi al Congresso Regionale del 31 marzo-1 aprile 2023, anche ANMCO Veneto riparte e lo fa ricominciando da quattro.

Quattro sono innanzitutto i **nuovi consiglieri regionali**: Giovanni Barbati (il Segretario Regionale), Emanuela Berardi, Giulia Maria Frigo e Anna Maddalozzo. Si tratta di un gruppo di giovani che si unisce con entusiasmo alla squadra formata dal *Presidente Regionale* Giampaolo Pasquetto, dal *Past President* Claudio Bilato e dai consiglieri confermati Ada Cutolo, Alessandro De Leo, Daniela Mancuso e Giovanni Turiano, a cui va aggiunta Sabrina



Dopo le elezioni tenutesi al Congresso Regionale del 31 marzo - 1 aprile 2023, anche ANMCO Veneto riparte e lo fa ricominciando da quattro



Barro, la Referente Regionale per l'Area Nursing e Professioni Sanitarie. Un gruppo rappresentativo di tutte le province venete, di realtà ospedaliere varie per complessità e grandezza e di diverse aree cardiologiche. Insomma, il nuovo

Il nuovo Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Veneto "ricomincia da quattro": quattro sono i nuovi giovani e motivati consiglieri; quattro sono i temi che caratterizzeranno il lavoro nel prossimo biennio: continuità, sostenibilità, sviluppo digitale e reti; quattro sono gli eventi regionali già in programma. Ma tutto questo è solo il punto di partenza...

Consiglio Direttivo Regionale (CDR) ANMCO Veneto ricomincia con i giusti auspici: un buon mix di novità ed esperienza per lavorare insieme con passione. **Quattro** sono i **temi**, fortemente voluti dal Presidente, che caratterizzeranno il lavoro del CDR: **la continuità, la sostenibilità, lo sviluppo digitale, le reti**. La **continuità** è nel solco dell'ottimo lavoro svolto dal Past President Claudio Bilato, che ha consentito di proporre tanti eventi formativi di successo e di accrescere

significativamente il numero dei soci ANMCO Veneto. Tale impegno ha visto un riconoscimento a livello nazionale con l'elezione di Claudio Bilato a Tesoriere ANMCO e con la nomina di Loris Roncon a Responsabile dell'Ufficio Tesoreria. La **sostenibilità** è un elemento di grande attualità in tempi di carenza di organico e sovraccarico di lavoro e l'appropriatezza prescrittiva riveste un ruolo chiave per rendere sostenibile il lavoro delle Cardiologie. Un obiettivo del CDR sarà quello di parlare diffusamente di questo tema nel corso degli eventi organizzati nel biennio, cercando di sensibilizzare quanto più possibile sull'argomento. Lo **sviluppo digitale** rappresenta un altro elemento cardine delle linee programmatiche del CDR. Grazie allo sviluppo tecnologico degli ultimi anni, la telemedicina e l'intelligenza artificiale si stanno diffondendo sempre di più e sono destinate a modificare radicalmente la pratica clinica dei prossimi anni. Nonostante ciò, si tratta di argomenti ancora poco conosciuti dalla maggioranza dei cardiologi e vi sono ancora diverse zone d'ombra, come ad esempio il personale da coinvolgere, l'utilizzo corretto delle tante informazioni a disposizione, i problemi medico-legali e la privacy. Per non arrivare impreparati a un futuro sempre più vicino, il Presidente insieme al CDR ha l'ambizioso progetto di realizzare un evento sulla Cardiologia Digitale. Per concludere vi è l'importante tema delle **reti**, che rappresentano il modo migliore per razionalizzare le risorse e garantire la collaborazione tra professionisti. Creare una rete significa curare



meglio i propri pazienti e crescere professionalmente. In Veneto esiste una rete per l'infarto miocardico acuto, ma tanti argomenti meriterebbero la creazione di una rete e, tra questi, sicuramente uno è la gestione del paziente affetto da scompenso cardiaco avanzato, tema molto sentito che il CDR cercherà di portare avanti. **Quattro** sono, infine, **gli eventi** già in programma per il biennio 2023-2025, che riprendono progetti del CDR precedente che hanno riscosso tanto consenso. Si inizia con la seconda edizione della **Convention degli Ambulatori Scompenso ANMCO Veneto**, che si svolgerà a Padova sabato 24 febbraio 2024. Lo scompenso cardiaco è un tema di grande attualità per i numerosi recenti progressi in ambito farmacologico, aritmologico e interventistico che hanno migliorato le possibilità di cura e la prognosi di pazienti con scompenso cardiaco anche avanzato. Sulla scia dei successi della prima edizione e della "Convention Nazionale dei Centri Scompenso Cardiaco ANMCO", il CDR proporrà una giornata di



Tutto questo è solo il punto di partenza

Il Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Veneto inizia il biennio 2023-2025 con tanta voglia di portare avanti nuove idee e nuovi progetti

aggiornamento ed approfondimento con sessioni dedicate alle linee guida ESC, alle cardiomiopatie, ai device, alle comorbidità, allo scompenso cardiaco avanzato, all'organizzazione dell'ambulatorio scompenso. Completeranno il programma due letture magistrali sullo scompenso cardiaco a frazione di eiezione preservata e sui modelli organizzativi volti a ottimizzare i percorsi di cura. A partire da gennaio 2024 ripartirà anche l'evento itinerante **La Rete delle UTIC**, che avrà Ada Cutolo quale responsabile scientifico. Questa seconda edizione si articolerà in quattro riunioni monotematiche che si terranno il mercoledì pomeriggio e saranno rivolte ai medici che lavorano in

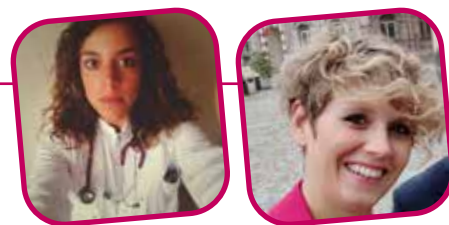
terapia intensiva cardiologica ma anche a giovani cardiologi. I temi trattati saranno: shock cardiogeno, tachicardiomiopatie, insufficienza mitralica e insufficienza tricuspидale e scompenso destro. Ogni incontro prevederà una prima parte di brevi relazioni teoriche e una seconda parte di casi clinici. In primavera ci sarà anche una nuova edizione del contest **Scenari Clinici in Cardiologia**, che si svolgerà a Montebelluna (TV) e nel quale i giovani cardiologi under 40 delle Cardiologie del Veneto si sfideranno a colpi di casi clinici. Infine, è stata già programmata sabato 4 maggio presso il Faber Box di Schio (VI) la quarta edizione del **Convegno di Cardionursing**. Tale evento,

organizzato da Sergio Cozzi, conferma la particolare sensibilità dell'ANMCO Veneto nel proporre eventi rivolti ad aggiornare il personale infermieristico delle Cardiologie del Veneto, a cui verrà, come sempre, dedicata un'intera sessione curata da Sabrina Barro nel prossimo **Congresso Regionale ANMCO Veneto**, in programma all'inizio della prossima estate. **Tutto questo è solo il punto di partenza.** Il CDR ANMCO Veneto inizia il biennio 2023-2025 con tanta voglia di portare avanti nuove idee e nuovi progetti. Invitiamo i colleghi delle Cardiologie del Veneto, in particolare i più giovani, a unirsi con entusiasmo a noi per fare crescere sempre di più la Cardiologia della nostra Regione!♥

Il nuovo Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Veneto riparte per il biennio 2023-2025 nel segno della continuità con il CDR precedente con nuove forze e rinnovato entusiasmo



Foto di Efreem Elje - www.pexels.com



Il timing dell'angiografia coronarica nei pazienti con sindrome coronarica acuta senza sopraslivellamento del tratto ST-T (NSTEMI) rimane ancora oggi dibattuto, specie per i centri Spoke che devono trasferire il paziente presso il centro Hub

NSTEMI Caduti nella rete? Esperienza delle Regioni: Calabria, Molise, Piemonte-Valle d'Aosta e Umbria

I Presidenti Regionali ANMCO di Piemonte-Valle d'Aosta, Umbria, Molise e Calabria hanno presentato i risultati della Survey "NSTEMI-caduti nella rete?"

Nell'ambito del progetto Regioni 3.0 è stata organizzata una Survey rivolta ai Soci ANMCO che lavorino nell'ambito della rete Emergenza - Urgenza, con lo scopo di approfondire gli aspetti legati

alla rete degli NSTEMI in termini logistici e organizzativi. Il Progetto Regioni 3.0, coordinato dalla Dott.ssa Fabiana Lucà e dal Dott. Alessandro Navazio, prevede la realizzazione di una serie di Survey nazionali, i cui risultati vengono poi approfonditi

in Webinar che coinvolgano a turno tutti i Presidenti Regionali ANMCO e in articoli ad hoc per la presente nuova rubrica "Parola di Regione" coordinata dalla Dott.ssa Fabiana Lucà e dal Dott. Mario Chiatto con l'Editor Giuseppe Di Tano (Figura 1).





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**

Questa volta i protagonisti sono stati i Presidenti di Calabria, Molise, Piemonte-Valle d'Aosta e Umbria che hanno discusso i risultati della Survey sugli aspetti logistici e organizzativi della rete degli NSTEMI, rivolta ai Soci ANMCO (Figura 2). Mentre nella gestione della sindrome coronarica acuta con sopraslivellamento del tratto ST-T (STEACS) il timing dell'angiografia coronarica è ben definito, nei pazienti con sindrome coronarica acuta senza sopraslivellamento del tratto ST-T (NSTEMI) rimane ancora oggi dibattuto, specie per i centri Spoke che devono trasferire il paziente presso il centro Hub. Le linee guida internazionali raccomandano una strategia invasiva precoce (entro le 24 ore) sulla base di criteri ben definiti per la stratificazione del rischio (Grace

Risk Score, alterazioni dinamiche del tratto ST-T, valori di troponina e stabilità emodinamica), sebbene nelle ultime linee guida ESC 2023 la strategia invasiva precoce (<24 h), nell'ambito dell'NSTEMI, sia stata declassata da una classe di raccomandazione I a IIa. 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, è emerso con forza come 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. Dalla Survey, che consta di 15 items, è emersa sostanziale omogeneità di organizzazione tra centri Hub e Spoke per quanto riguarda il timing della coronarografia, tuttavia emergono alcune differenze interregionali. I risultati della survey sono stati presentati dai Presidenti Regionali ANMCO coinvolti nel Talk Regioni. Giuseppe Musumeci ha presentato i risultati del Piemonte-Valle d'Aosta. In primis ha sottolineato che, se da un lato i risultati dell'angioplastica primaria sono ben consolidati avendo raggiunto i numeri della Germania, dall'altra i dati sull'NSTEMI sono ancora confusi. In queste regioni non esiste una vera e propria rete dell'NSTEMI,



ma viene compensata da rapporti interpersonali ben funzionanti tra gli Ospedali. Ci sono pochi centri Spoke (6/26 Cardiologie, le altre sono dotate di Emodinamica e 9 di Cardiochirurgia). Dalle risposte alla Survey di 17 colleghi è emerso un tempo medio di trasferimento al centro Hub di 40 minuti, quasi sempre con un'ambulanza medicalizzata, in modo da garantire l'esecuzione della coronarografia in 24-48 ore. Claudio Cavallini ha presentato i risultati dell'Umbria, dovei sono attive 6 Cardiologie, di cui 3 Hub con Emodinamica h24. La rete per lo STEACS è stata la prima a livello regionale per le patologie tempo-dipendenti, seguita dalla rete dell'ictus e del politrauma. Gli NSTEMACS ad altissimo rischio vengono trattati come gli STEACS, quelli con GRACE Score > 140 vengono trattati entro 24 ore, mentre in caso di rischio intermedio-basso la coronarografia viene eseguita entro 24-72ore. La criticità organizzativa maggiore è spesso l'assenza di posto letto nel centro Hub, motivo per cui tendenzialmente il paziente non complicato, dopo l'angioplastica, torna nell'ospedale di provenienza (modalità "in service"). Dal Molise Isabella Tavarozzi sottolinea quanto la mancanza di una rete possa determinare ritardi diagnostici, problemi di afferenza al centro corretto, difficoltà organizzative. In Molise ci sono 3 Cardiologie tutte dotate di UTIC ed Emodinamica, 2 sono Cardiologie Spoke ed una è centro Hub regionale sito a Campobasso dove opera anche la Cardiochirurgia per le urgenze regionali e lo standby chirurgico delle procedura interventistiche.

C'è un Ospedale senza Cardiologia, dotato di PS e sito in area disagiata. Vengono sottolineate le difficoltà logistiche legate al territorio impervio, scarsamente popolato con prevalenza di aree montane e rurali, e privo di rete autostradale interna. Sussiste in regione una grossa difficoltà nel reperire medici di Emergenza-Urgenza, Cardiologici clinici ed Emodinamisti. Logisticamente la destinazione delle ambulanze 118 con sospette NSTEMACS è legata più alla vicinanza del presidio ospedaliero che alla presenza dell'Emodinamica. Il trasferimento del malato dal centro Spoke a quello Hub prevede la presenza a bordo dell'ambulanza di un Cardiologo reperibile. Infine, Roberto Caporale ha presentato i dati della Calabria, dove sono attive 6 Cardiologie con Emodinamica, delle quali 3 in Ospedali regionali Hub e 5 attive h24. Anche questa regione ha un'orografia particolare con aree interne impervie e mal collegate, il che comporta talora tempi di percorrenza molto elevati. A questo si somma la carenza di Emodinamisti in centri periferici e l'assenza di una rete per l'NSTEMACS, problemi che hanno determinato un gap del 15% nel numero di PCI rispetto alla media nazionale. Queste difficoltà potrebbero essere superate ottimizzando l'attività dei centri esistenti, aumentando di una o due entità le strutture con Emodinamica h 24, per non correre il rischio di non garantire un volume procedurale adeguato per singolo centro, e potenziando i trasporti da 118 e l'utilizzo dell'elisoccorso in particolare, soluzione in prima ipotesi più

facilmente realizzabile ed economica. Infine, viene ribadita la necessità di istituire protocolli dedicati per i trasferimenti da Hub a Spoke, con retrocessione compensatoria dei costi di parte del valore del DRG, che garantirebbe una più completa gestione del paziente nei centri senza Emodinamica.

Per concludere, si è svolta un'interessante discussione che ha fatto emergere i punti critici in merito alla creazione di una rete NSTEMACS. In primis, sarebbe utile standardizzare la modalità in cui il Centro Spoke richiede il trasferimento all'Hub, ad esempio prendendo spunto dal sistema telematico già attivo in Emilia. In merito al trasporto, la presenza mandatoria del Cardiologo crea disagi organizzativi al centro Spoke, per cui potrebbe essere sostituito da laici formati all'utilizzo del DAE, come già avviene in alcune realtà. Dopo angioplastica non complicata un'osservazione variabile tra 30 minuti a 4 ore a seconda delle modalità di ri-trasferimento (con o senza medico a bordo) potrebbe risolvere la criticità organizzativa maggiore (legata alla carenza di posto letto nel centro Hub) e incentivare i Cardiologi che si trovano a lavorare nei centri periferici. Non ultimo, andrebbero adeguati i DRG delle strutture che eseguono le angioplastiche ma poi non dimettono il paziente indice. Sarebbe quindi auspicabile la creazione di un modello unico tramite la creazione di un position paper ANMCO, che potrebbe incentivare l'adesione a tale progetto.♥



Intervista con la Professoressa Roxana Mehran

Intervista con una leggenda per la next generation di donne leader in cardiologia



Breve biografia

La Professoressa Roxana Mehran, MD, FACC, FACP, FCCP, FESC, FAHA, MSCAI è una ricercatrice clinica riconosciuta a livello internazionale esperta nel campo della cardiologia interventistica. Ha costruito un centro di ricerca universitario dedicato allo sviluppo di studi clinici randomizzati e pubblicazioni di alto impatto. È stata principal investigator di numerosi studi clinici. Partecipa regolarmente allo sviluppo di linee guida ed è autrice di oltre mille articoli scientifici peer-reviewed. È attualmente componente del consiglio di amministrazione dell'American College of Cardiology. È fondatrice ed è stata Capo dell'Ufficio Scientifico del Cardiovascular Research Foundation. Negli ultimi 4 anni è stata inclusa da Clarivate Analytics tra i "Most Cited Researchers - Top 1%" e come "The World's Most Influential Scientific Minds" (Thomson Reuters). Attualmente dirige la commissione Women's Cardiovascular Disease di *Lancet* ed è Direttore del Women Heart and Vascular Center presso il Mount Sinai Heart. Nel 2019 ha fondato *Women as One*, un'organizzazione dedicata a promuovere le opportunità per le donne in medicina. È assegnataria di numerosi premi tra cui nel 2016 il premio Bernadine Healy Leadership in CV disease dell'ACC, nel 2018 il premio Nanette Wenger per Women's Heart per l'eccellenza nella ricerca e nella formazione, la medaglia d'onore 2019 Ellis Island. Numerosi i premi ricevuti nel 2022 tra cui il premio Women in Cardiology Mentoring dell'American Heart Association.

Innanzitutto, ci piacerebbe sapere qualcosa di lei Professoressa Mehran. Sebbene i nostri lettori la conoscano bene, sono certamente interessati a sapere come mai si è occupata di medicina e perché ha scelto la cardiologia interventistica? Se non avesse fatto medicina cosa pensa che farebbe oggi?

Le scienze mi hanno sempre interessato,

così come la loro applicazione al funzionamento del corpo umano e la possibilità di mettere queste conoscenze a disposizione di tutti quanti ne hanno bisogno. Fare medicina è stato, quindi, per me il risultato di una combinazione di una serie di fattori che mi appassionavano: imparare la biologia e la chimica quando ero più giovane e poi imparare la fisiologia umana e

applicare queste conoscenze con capacità che non solo coinvolgono il mio cervello ma anche le mie mani, come l'esecuzione di procedure interventistiche. Mettere insieme tutto questo è stato enormemente gratificante. Questo a maggior ragione come donna, poiché noi siamo naturalmente portate a prenderci cura degli altri, è parte del nostro DNA. Negli ultimi anni numerosi studi clinici hanno



evidenziato che le donne sono straordinari medici e quando si occupano dei pazienti questi vivono più a lungo e stanno meglio. Per me, è stato un fantastico percorso e sono molto grata per le opportunità che mi sono state offerte, ma riconosco anche la mia abilità nel vedere queste opportunità. Perché penso che tutti abbiamo delle opportunità nella vita, ma spetta poi a ciascuno di noi di vedere e cogliere queste opportunità e metterle a frutto con la propria passione, lo zelo, il lavoro duro.

«Tutti abbiamo delle opportunità nella vita, ma spetta poi a ciascuno di noi di vedere e cogliere queste opportunità e metterle a frutto con la propria passione, lo zelo, il lavoro duro»

Quale suggerimento si sente di dare ai giovani cardiologi? Quale consiglio darebbe per realizzare una carriera soddisfacente? Chi ha avuto un impatto maggiore nella sua carriera?

Innanzitutto, bisogna avere passione per quello che si fa. Il successo deriva dall'amore che ci metti nel fare le cose. Così il lavoro non sembra più lavoro, ma qualcosa che fai per te stesso e che ti rende felice. È, quindi, importante seguire la propria passione. Nessuno ti regala niente, a tutti i livelli. Si tratta di lavoro e certamente ci si sente meglio quando ricevi qualcosa dopo che hai fatto un lavoro, piuttosto che quando si riceve gratuitamente. È vero che alcune

opportunità arrivano "gratuitamente" ma poi bisogna lavorarci, e il lavoro non è così duro quando è guidato dalla passione. Io mi sono dedicata alla cardiologia interventistica come sotto-specialità perché amavo essere in un laboratorio di emodinamica, vedere i risultati, occuparmi di pazienti in condizioni molto critiche e con le mie capacità fare superare queste fasi critiche, portarli in condizioni più stabili fino a farli uscire dall'ospedale, farli tornare a casa, per poi rivederli dopo anni con risultati di successo. Non saprei cosa c'è di più emozionante di tutto questo. Tutto questo è la mia forza motrice.

D'altra parte, nel corso della carriera si incontrano persone gentili, ma anche persone scortesche che possono farti deragliare a fare riconsiderare la propria passione. In questi casi suggerisco sempre di ascoltare il proprio cuore, la propria passione e non lasciare che gli ostacoli e le sfide che vengono poste davanti ti allontanino dall'obiettivo. Anche il mio percorso è stato pieno di difficoltà, ma posso testimoniare che negli ultimi 20 anni con tanto lavoro e sforzo le cose sono cambiate. Anche nelle sotto-specialità più difficili come la cardiologia interventistica, c'è una maggiore apertura verso le donne, questo perché siamo brave in quello che facciamo, quando ci danno l'opportunità di fare. Ritengo, dunque, che dobbiamo essere ottimiste. Non dobbiamo più tollerare nessuna forma di molestia, di maltrattamento. D'altra parte, solo perché siamo donne, questo non vuol dire che dobbiamo combattere continuamente. Credo che il futuro sia molto luminoso, che le prossime generazioni, sia gli uomini che le donne, potranno avere un giusto equilibrio nella loro vita, che deve includere tempo per la famiglia, i propri cari, gli amici, la propria salute sia fisica che mentale, tutti

aspetti che consentono di ricaricare le proprie batterie e essere più efficienti in quello che si vuole fare.

«Nel corso della carriera si incontrano persone gentili, ma anche persone scortesche che possono farti deragliare a fare riconsiderare la propria passione. In questi casi suggerisco sempre di ascoltare il proprio cuore, la propria passione e non lasciare che gli ostacoli e le sfide che vengono poste davanti ti allontanino dall'obiettivo»

Dei tanti traguardi raggiunti di quale è più orgogliosa?

Ho formato e fatto da mentore a centinaia di colleghi, davvero centinaia, i quali ora guidano programmi e fanno crescere altri colleghi. Ora è una grande soddisfazione vedere cosa possono fare loro, perché so che loro hanno imparato grazie alle esperienze fatte con me. Non c'è niente di più gratificante di vedere che un mio collega ora è in una posizione più alta della mia grazie all'opportunità di aver lavorato con me nel passato, opportunità che lo ha poi aiutato nella carriera. La ricompensa per me è vederli crescere, fare sempre meglio, e rendere la cardiologia una specialità della medicina sempre più "sana", gratificante, ed includente. Sappiamo che la prima causa di morte nel mondo sono le malattie cardiovascolari,



per cui gli uomini e le donne che si occupano della salute cardiovascolare sono estremamente importanti per la salute dell'umanità in tutto il globo. Dobbiamo, dunque, continuare a fare da mentore alla prossima generazione e rendere i giovani colleghi entusiasti di questa specialità e spronarli a pensare, creare, trovare nuove idee per ridurre il peso delle malattie cardiovascolari. È così gratificante vedere che il cerchio si allarga e sempre più persone sono incluse e crescono. È come vedere crescere una famiglia.

«Il successo deriva dall'amore che ci metti nel fare le cose»

Professoressa lei è fonte di ispirazione non solo per tante giovani donne cardiologhe ma anche per cardiologi più anziani. Quale è la sua fonte di ispirazione per continuare a imparare, insegnare, e supportare il coinvolgimento delle donne in ruoli di leadership?

Non cerco di essere io una fonte d'ispirazione, però spero che tutti siano ispirati a fare meglio. In effetti, è importante essere apprezzati, ma quello che è più importante è fare quello che si "predica", rendere nella nostra comunità tutti più vicini, meno competitivi, più collaborativi. Direi che abbiamo fatto dei progressi, ma c'è ancora tanto lavoro da fare. Abbiamo bisogno di un esercito di persone e per costruire un esercito abbiamo bisogno di continuare a fare da mentori e fare crescere le nostre squadre. L'ambiente di lavoro deve ancora migliorare per le donne. Il grande "gap" deve essere colmato. Le disuguaglianze

nella leadership devono essere abolite. Noi dobbiamo ricevere il riconoscimento per il lavoro che facciamo, non solo in termini economici ma anche nella posizione lavorativa che meritiamo. Questo non accade ancora. Ancora vediamo che i programmi di più alto livello sono molto più popolati di uomini e maggiormente uomini bianchi. Dobbiamo, dunque, riesaminare come scegliamo le leadership perché, se in un consiglio direttivo ci sono persone che provengo da realtà diverse, si ascoltano voci diverse, prospettive differenti, e si fanno cose migliori. In tal modo si possono trovare soluzioni che vanno bene per tutti e non solo per alcuni.

Quale è il modo migliore per essere un mentore? È sufficiente condividere conoscenze ed essere un esempio o ci vuole qualcosa di più per essere un bravo mentore?

Se qualcuno mi chiede chi è il mio mentore, devo dire che ne ho più di cento. Alcuni sono colleghi che io stesso ho formato. Alcuni miei allievi sono miei

mentori, perché io imparo da loro. Quindi la mentorship è una relazione bilaterale tra te e il tuo allievo. Deve essere una relazione sana. Non può essere che tu fai tutto o che tu prendi tutto dai tuoi allievi e non dai in cambio. È un'abilità che deve essere insegnata. Tutto quello di cui abbiamo parlato non può realizzarsi senza una buona mentorship. Con **Women as One** abbiamo sviluppato un programma di abbinamento mentore/allievo provenienti da diverse parti del mondo e abbiamo visto quanto imparano ciascuno dall'altro. Ad esempio, se prendi una donna del Nord America e l'associ con una del Mozambico, certamente entrambe avranno tanto da imparare, l'una dall'altra. Quando il mentore si rende conto di quanto sta ricevendo dal suo allievo dovrebbe continuare a dare di più. Penso che la mentorship è una vera arte che deve essere insegnata. Tutti abbiamo bisogno di una formazione per meglio comprendere come possiamo fare le cose meglio. ♥.





NEXT

DI MAURO GIACCA



Introduzione

DI GIUSEPPE DI TANO

L'Ospedale è il luogo dove quotidianamente svolgiamo la gran parte della nostra attività clinica e non solo. Ma oltre alle corsie, agli ambulatori clinici e diagnostici, alle sale di interventistica c'è un mondo parallelo, quello dei Laboratori di Ricerca, di cui non possiamo, per forza di cose, avere una costante e specifico aggiornamento. Da questo numero apriamo una finestra verso questo mondo. Si chiama NEXT e il Prof. Mauro Giacca, uno dei più prestigiosi ricercatori italiani, Professore di Scienze Cardiovascolari e attuale Head of the School of Cardiovascular and Metabolic Medicine & Sciences del King's College di Londra, sarà il nostro osservatore speciale che ci selezionerà cosa succede nei Laboratori di ricerca sperimentale applicata e transazionale, con uno sguardo analitico particolare verso le ricadute più innovative per la nostra pratica clinica e terapeutica.

Come le tecnologie dell'RNA stanno cambiando la terapia medica

Farmaci a RNA per le malattie cardiovascolari

In questo primo editoriale della serie NEXT, parliamo di farmaci a RNA per le malattie cardiovascolari. Dopo i vaccini per il COVID-19, l'attenzione per le tecnologie a RNA è letteralmente esplosa. Ma l'idea di utilizzare l'RNA come strumento terapeutico non è nuova. Di fatto, una serie di piccoli RNA terapeutici sono già stati approvati per l'uso clinico in Europa e negli Stati Uniti per diverse patologie, tra cui diverse dislipidemie

Sono sostanzialmente due i tipi di RNA che si possono considerare a fini terapeutici, classificati secondo la loro lunghezza. Gli RNA corti (di solito intorno a 20 nucleotidi) possono essere sintetizzati chimicamente; quelli più lunghi, tipicamente RNA messaggeri (mRNA) che codificano per una proteina, sono invece prodotti

in laboratorio con una tecnica di trascrizione in vitro, che sfrutta un enzima di un fago per copiare, sotto forma di RNA, un gene a DNA. I piccoli RNA non codificanti includono corti segmenti di RNA che si appaiano con l'RNA di un gene bersaglio e ne inibiscono la funzione (oligonucleotidi antisenso o ASO), RNA a doppio filamento

che intercettano il meccanismo dell'interferenza a RNA (siRNA) e diminuiscono i livelli di un mRNA bersaglio per via enzimatica, e aptameri, ovvero RNA che si legano a una proteina bersaglio in virtù della loro conformazione tridimensionale. Ad oggi, sono già stati approvati per la pratica clinica 10 ASO, 6 siRNA e 2 aptameri. A testimonianza



della letterale esplosione di queste tecnologie, complessivamente 14 di questi nuovi farmaci sono stati approvati soltanto negli ultimi 5 anni. In ambito cardiovascolare, alcune di queste molecole hanno come bersaglio gli mRNA di proteine che controllano i livelli lipidici (l'ASO **volanersorsen** contro Apoc3 per la chilomicronemia familiare e il siRNA **inclisiran** contro PCSK9 per l'ipercolesterolemia familiare) o la transtiretina nelle forme familiari e sporadiche di amiloidosi epatica e, più recentemente, cardiaca (l'ASO **inotersen** e gli siRNA **patisiran** e **vutrisiran**). Il successo di questi piccoli RNA terapeutici è sostanzialmente dovuto a due importanti avanzamenti tecnologici. Il primo riguarda la possibilità di modificare chimicamente la sequenza degli acidi nucleici in modo da renderli stabili una volta iniettati nei pazienti. A differenza del DNA e dell'RNA naturali, in questi piccoli RNA il legame tra i nucleotidi è modificato con la sostituzione di un ossigeno con uno zolfo nel gruppo fosfato e il ribosio contiene nei gruppi chimici aggiuntivi, con lo scopo complessivo di rendere le molecole resistenti alle nucleasi cellulari. Questo allunga in maniera sostanziale l'emivita di questi farmaci (ad esempio, la terapia con inclisiran prevede la somministrazione per via sottocutanea ogni 6 mesi). Il secondo avanzamento è stato lo sviluppo di tecnologie per la veicolazione di queste molecole. Nel caso di patisiran, questa avviene utilizzando la medesima metodica dei vaccini di Pfizer e Moderna, basata sull'uso di nanoparticelle lipidiche (LNP), ottenute mescolando 4 diversi lipidi

con l'acido nucleico. Nel caso delle molecole che hanno come bersaglio gli mRNA espressi dalle cellule del fegato, gli ASO o i siRNA possono essere coniugati allo zucchero GalNac che ha come bersaglio il recettore ASGPR espresso in maniera selettiva negli epatociti. Questa tecnologia basata su GalNac sta ora consentendo lo sviluppo di altre molecole contro le dislipidemie. Tra queste vi sono **pelacarsen** e **olpasiran** contro Lp(a), il principale trasportatore di fosfolipidi ossidati nel plasma, **vupanorsen** contro ANGPTL3, un inibitore delle lipasi, e **olezarsen** contro Apoc3 per l'ipertrigliceridemia severa. **Eplontersen**, invece, è lo stesso ASO di inotersen ma coniugato con GalNac e ha come bersaglio l'mRNA della transtiretina epatica. Oltre a queste molecole, almeno altri 15 piccoli RNA sono nelle ultime fasi della sperimentazione clinica per altre condizioni patologiche, tra cui anche l'ipertensione resistente al trattamento. Per quanto riguarda gli mRNA, i due unici esempi di utilizzo clinico rimangono i vaccini di Pfizer/BioNTech e di Moderna. Il premio Nobel per la Medicina o la Fisiologia assegnato lo scorso mese a Drew Weissman e Katalina Kariko non è direttamente dovuto allo sviluppo di questi vaccini, ma alla scoperta di come poter modificare chimicamente gli RNA lunghi senza che questi vengano distrutti o risultino tossici. Se si somministra una molecola di RNA naturale più lunga di una ventina di nucleotidi, le cellule riconoscono questo RNA come estraneo, e attivano i meccanismi dell'immunità innata, una risposta che si è originariamente

evoluto per difendere le cellule dalle infezioni da parte dei virus che hanno come genoma appunto l'RNA. L'attivazione dell'immunità innata porta alla produzione di interferone e di altre proteine difensive, che alla fine determinano la morte delle cellule infettate e una malattia infiammatoria nell'organismo. All'inizio degli anni 2000 alla Perelman School of Medicine dell'Università della Pennsylvania a Filadelfia, Kariko e Weissman avevano scoperto che la sostituzione dell'uracile nell'mRNA con lo pseudouracile o altri nucleotidi modificati analoghi blocca il riconoscimento da parte delle proteine dell'immunità innata. Questa tecnologia è stata alla base della creazione di Moderna a Boston e BioNTech in Germania. Le sperimentazioni più interessanti per gli mRNA rimangono quelle per produrre vaccini contro i tumori. L'esempio più eclatante viene da uno studio condotto al dicembre 2019 all'agosto 2021 al Memorial Sloan Kettering Cancer Centre di New York in collaborazione con BioNTech su 16 pazienti con adenocarcinoma del pancreas (una patologia con l'80% di probabilità di recidiva dopo chirurgia e chemioterapia e un tasso di sopravvivenza di meno del 30% a 5 anni, numeri rimasti immutati negli ultimi 20 anni). Ciascuno di questi pazienti è stato vaccinato con una miscela di mRNA che portavano la sequenza dei geni trovati mutati dopo aver analizzato, in maniera individuale per ciascun paziente, le mutazioni presenti nel tumore. La risposta a questi vaccini personalizzati è stata strabiliante: metà dei pazienti trattati hanno



mostrato una risposta immunologica contro le cellule tumorali e in questi il tumore non si è ripresentato fino a 18 mesi, quando si è concluso il periodo di osservazione dello studio. Molti di questi pazienti potrebbero essere definitivamente guariti. Sono diverse le possibili applicazioni della tecnologia a mRNA in ambito cardiovascolare. Considerando che l'emivita degli mRNA è relativamente breve (al contrario di quella dei piccoli RNA, che possono durare mesi), gli obiettivi terapeutici sono solitamente acuti. Una delle applicazioni considerate è la somministrazione di mRNA che codificano per proteine che proteggono il cuore nelle prime fasi dopo l'infarto del miocardio, idealmente iniettati immediatamente dopo la rivascolarizzazione.

Oppure di mRNA che stimolano la proliferazione dei cardiomiociti per ottenere la rigenerazione cardiaca, un processo che è ancora attivo durante lo sviluppo fetale ma si arresta improvvisamente alla nascita e potrebbe essere rimesso in moto da un cocktail di mRNA in grado di ripristinarlo. Purtroppo, a differenza della tecnologia GalNac per il fegato, non sono state ancora identificate molecole che consentano di indirizzare ASO, siRNA o mRNA ad altri organi o tessuti, come il cuore. Per questo motivo, l'unica maniera di veicolare queste molecole al cuore si basa sulla loro somministrazione tramite cateterismo coronario o iniezione diretta nel miocardio dopo cateterismo intraventricolare. A differenza delle piccole molecole

chimiche tradizionali, l'utilizzo degli RNA a fini terapeutici offre due enormi vantaggi: primo, consente di utilizzare come bersaglio (per i piccoli RNA) o strumento terapeutico (per gli mRNA) virtualmente qualsiasi gene dell'organismo (le piccole molecole chimiche hanno come bersaglio le proteine). Secondo, tutti farmaci a RNA sono basati sulle medesime tecnologie, ed è solo la sequenza dei nucleotidi a cambiare, consentendo quindi una versatilità di sviluppo e produzione uniche. Per questi motivi, il numero dei farmaci a RNA che saranno disponibili nel prossimo decennio è destinato rapidamente ad aumentare, consentendo applicazioni innovative in tutti gli ambiti della medicina clinica. ♥





Semaglutide nei pazienti con Scompenso Cardiaco, frazione di eiezione preservata (HFpEF) e obesità (STEP - HFpEF Trial): l'importanza del fenotipo

Al Congresso ESC 2023, la semaglutide si affaccia, per la prima volta, sul fronte cardiovascolare. Hot Topic Trial di quest'anno è lo STEP HFpEF Trial (1), pubblicato sul New England Journal of Medicine. La semaglutide è un agonista del recettore del GLP1, il cui meccanismo in toto è ancora da comprendere, ma che riduce efficacemente il peso, specialmente diminuendo il grasso addominale e pericardico. La semaglutide, dopo l'uscita degli studi STEP, ha cavalcato il successo dei risultati di questi studi, non solo su giornali di medicina, ma di costume, di attualità e non ultimo di economia, provocando l'impennata delle azioni di Novo Nordisk in borsa. Questo farmaco ha acceso interesse trasversale tra filosofi, giornalisti, medici ed economisti. Si affaccia finalmente sul mercato un farmaco che riduce efficacemente il peso corporeo nei pazienti obesi, senza particolari

effetti collaterali, farmaco che finalmente riesce a combattere il *mal du siècle*: l'obesità. La semaglutide è un farmaco che riduce la glicemia tramite la stimolazione della secrezione dell'insulina, riduce il rilascio di glucagone, riduce la secrezione epatica di glucosio, ritarda lo svuotamento gastrico, incrementa la sazietà. Dopo la serie degli studi STEP, in cui la semaglutide ha mostrato la sua efficacia nella riduzione del peso della popolazione obesa arruolata, con la sua formulazione iniettiva di 2.4 mg, 1 volta a settimana sc, è arrivato il momento, per questo farmaco di essere testato su una popolazione obesa con HFpEF, con lo studio STEP HFpEF. Il trial STEP HFpEF è un trial randomizzato controllato, doppio cieco, placebo vs controllo che è stato condotto su 529 pazienti affetti da HFpEF e obesità di diverso grado. La mediana di BMI è stata di 37. L'endpoint

primario dello studio era quello di dimostrare che, dopo un anno di trattamento con semaglutide sc 2.4 mg die, in questi pazienti ci sono stati miglioramenti dei sintomi legati all'HFpEF, calcolato con il Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire clinical summary score (KCCQ-CSS) ed una riduzione significativa di peso. Gli Endpoint secondari erano: un cambiamento nel test del cammino ed un endpoint combinato in maniera gerarchica di morte, ospedalizzazioni, cambiamento della qualità della vita e riduzione della concentrazione della proteina C reattiva (CRP). I risultati hanno confermato un miglioramento significativo dei sintomi legati allo scompenso cardiaco ed una significativa perdita di peso di questi pazienti - 13.3% con semaglutide e - 2.6% con placebo (differenza stimata, - 10.7 punti percentuali; 95% CI, - 11.9 to - 9.4; P<0.001). Inoltre, l'analisi dell'endpoint secondario



Management of Patients with Heart Failure with Preserved Ejection Fraction

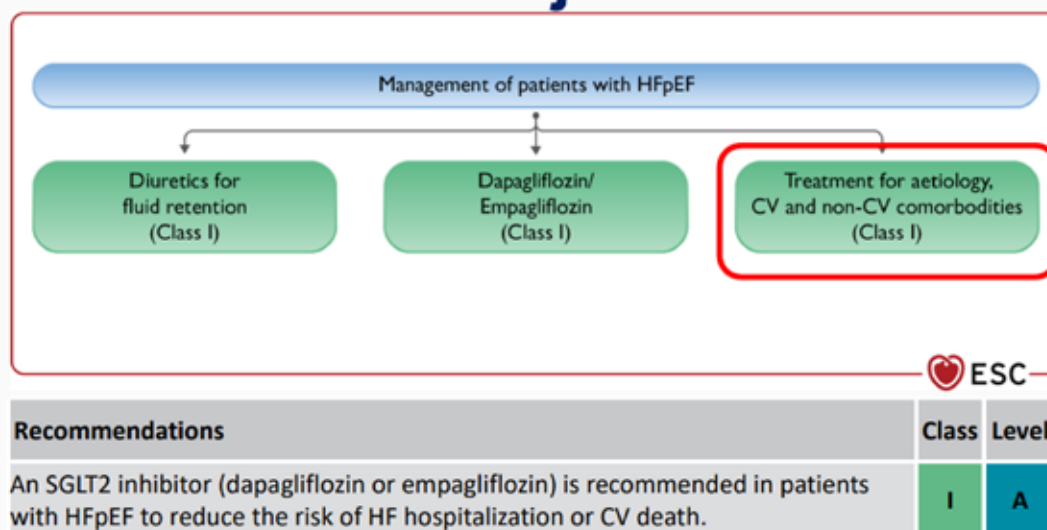


Figura 1 - Rappresentazione del focus update del 2023 delle linee guida ESC dello scompenso cardiaco congestizio acuto e cronico del 2021

ha mostrato una percentuale di “vittorie” a favore di semaglutide rispetto a placebo e una riduzione significativa dei livelli di CRP nei pazienti che assumevano semaglutide rispetto a placebo - 43.5% semaglutide e - 7.3% con placebo ($P < 0.001$). Per quanto riguarda gli eventi avversi, il gruppo semaglutide ha riportato un 13% di eventi contro il 26% del gruppo placebo. HFpEF è una patologia che affligge 3.2 milioni di pazienti in U.S., e, anche se la sua definizione rimane a noi ancora un po' fumosa, di sicuro non possiamo negare la sua esistenza. Ricordiamoci che l'obesità è presente in 1/3 dei pazienti con HFpEF e “pesa” su di essi come un macigno. Facciamo un passo indietro, ovvero alle nostre Linee Guida ESC 2023 sul trattamento del HFpEF, ricordandoci che a fianco dei diuretici ed alle

glifozine, dobbiamo trattare le comorbidità cardiovascolari e non cardiovascolari in questi pazienti (Figura 1). I risultati di questo studio hanno suscitato interesse e domande che cercano risposta e la troveranno nel nostro prossimo futuro. La riduzione del peso in questi pazienti ha mostrato degli ottimi risultati, ma cosa guida esattamente il beneficio? Ridurre il beneficio di questo farmaco al solo sillogismo sono obeso, perdo peso e sto meglio... forse è troppo semplicistico. I recettori GLP1 sono in tutto il corpo ed ancora non sappiamo bene come funzionino i GLP1 RA. Non sempre, infatti, questo sillogismo è vero, perché la perdita di peso nel paziente più anziano può essere indotta dalla sarcopenia, dalla perdita di massa magra, che non è certo una buona premessa per migliorare i sintomi,

né per la prognosi. È pur vero, che, comunque, il merito è anche quello di aver dimostrato che la riduzione di peso nei pazienti con HFpEF produce un effetto benefico, quanto maggiore sia stata la perdita di peso. La perdita di peso più è maggiore e più produce un vantaggio in termini di riduzione di morte cardiovascolare e riospedalizzazione ed anche in termini di miglioramento dei sintomi, come dimostrato dallo studio DELIVER, eseguito su pazienti con HFpEF o HFmEF trattati con dapaglifozin ed obesi. Lo stesso nello studio STEP HFpEF, il beneficio è tanto maggiore quanto maggiore è stata la perdita di peso. È alle porte anche la pubblicazione del SELECT TRIAL, in cui è stata preannunciata ad ESC 2023 una riduzione di eventi cardiovascolari in pazienti obesi senza diabete, ma del quale ancora



non conosciamo i dettagli. Ci sono anche dei limiti per quanto riguarda la popolazione selezionata, infatti, i non-bianchi sono scarsamente rappresentati, non sappiamo bene come risponderebbero altre popolazioni con distribuzioni di grasso corporeo diverse dai bianchi. I presupposti, quindi, per la semaglutide per entrare nella lista di farmaci di trattamento dello HFpEF ed HFrEF ci sono tutti. Quello che manca ora, sono gli studi con un potere statistico adeguatamente calcolato su endpoint forti come mortalità per tutte le cause, mortalità cardiovascolare e riospedalizzazione,

per avere un posto anch'essa tra i 4 pilastri delle Linee Guida ESC. Inoltre, mancano gli studi di sicurezza del farmaco nei pazienti con HF non obesi, per valutare quale dosaggio e per quale cut off di peso, il paziente possa essere escluso o incluso nel trattamento. Non ci sono quindi scorciatoie, quando si parla di HFpEF e HFrEF, se non far affrontare, alla semaglutide, trial impegnativi con degli "hard endpoint", come tutti gli altri farmaci, entrati di diritto nelle Linee Guida e che ad oggi meritano il nome di "pilastri".♥

Reference

Kosiborod MN, Abildstrøm SZ, Borlaug BA, Butler J, Rasmussen S, Davies M, Hovingh GK, Kitzman DW, Lindegaard ML, Møller DV, Shah SJ, Treppendahl MB, Verma S, Abhayaratna W, Ahmed FZ, Chopra V, Ezekowitz J, Fu M, Ito H, Lelonek M, Melenovsky V, Merkely B, Núñez J, Perna E, Schou M, Senni M, Sharma K, Van der Meer P, von Lewinski D, Wolf D, Petrie MC; *STEP-HFpEF Trial Committees and Investigators. Semaglutide in Patients with Heart Failure with Preserved Ejection Fraction and Obesity.* N Engl J Med. 2023 Sep 21;389(12):1069-1084. doi: 10.1056/NEJMoa2306963. Epub 2023 Aug 25. PMID: 37622681.



Foto di Roger Braun - arara.pexels.com



L'atleta Master: dalla maratona... al training in sicurezza

L'atleta Master, una popolazione sportiva ad alto rischio cardiovascolare che difficilmente accetta la diagnosi di cardiopatia





Gli atleti Master, soggetti di età in genere >35-40 anni partecipano a competizioni organizzate dalle Federazioni Sportive affiliate al CONI. Le discipline che attirano maggiormente questa categoria di atleti sono prevalentemente sport di endurance: sforzi fisici di lunga durata che si praticano ad alte intensità. Il calcio e il tennis rimangono comunque sport

competere per una sorta di “dipendenza” dalla quale non riescono a liberarsi. Molti atleti partecipano a competizioni ad elevatissimo impegno cardiovascolare non in perfette condizioni fisiche e, aspetto più grave, molto spesso sono portatori inconsapevoli di fattori di rischio cardiovascolare o, se trattati, sono mal controllati dalla terapia farmacologica. Anche per queste

lo sforzo fisico intenso che, generando flusso turbolento, può probabilmente favorire un danno endoteliale che può contribuire a dare il via alla genesi della placca aterosclerotica. Tutto ciò deve far riflettere anche la classe medica che a volte attribuisce alla pratica sportiva effetti troppo “terapeutici” tollerando fattori di rischio non a target. Invece, come prima regola si impone il

Gli atleti Master, soggetti di età in genere >35-40 anni partecipano a competizioni organizzate dalle Federazioni Sportive affiliate al CONI. Le discipline che attirano maggiormente questa categoria di atleti sono prevalentemente sport di endurance: sforzi fisici di lunga durata che si praticano ad alte intensità. L'alto rischio cardiovascolare che indicizza questa popolazione deve imporre di conseguenza come prima regola il perfetto controllo farmacologico dei fattori di rischio e non va mai dimenticato che difficilmente accettano la diagnosi di cardiopatia

storici con un numero di praticanti sempre molto elevato anche se negli ultimi anni il Paddle sta “rubando” atleti che vedono nella racchetta il loro attrezzo preferito. La popolazione “Master” si caratterizza per la sua estrema eterogeneità. Nello stesso gruppo, infatti, possono coesistere (e quindi competere insieme) atleti di età, preparazioni fisiche e storie sportive molto diverse. È frequente il caso di neofiti che ricercano nella pratica sportiva anche “massacrante”, la gioventù fisiologicamente perduta oppure ex atleti alla ripresa agonistica dopo anni di inattività che conservano solo il ricordo delle potenzialità prestate del passato. Non è infrequente inoltre trovare tra i partecipanti, ex campioni professionisti che non hanno mai smesso di allenarsi e

ragioni i Master sono caratterizzati da un tasso di mortalità più elevato durante lo sforzo fisico rispetto ai colleghi di giovane età. Lo studio Master@Heart (EHJ 2023), è il più ampio e completo che ha valutato la relazione dose-risposta tra lo sport aerobico intensivo e l'aterosclerosi coronarica in un ampio gruppo di atleti a basso rischio cardiovascolare confrontati con un gruppo di controllo con le medesime caratteristiche. I risultati hanno evidenziato una predisposizione a sviluppare un maggior numero di placche coronariche non calcifiche e miste, localizzate nei segmenti coronarici prossimali in grado di generare stenosi luminale significative. Questo condizione può essere spiegata anche dagli alti flussi coronarici che si sviluppano durante

perfetto controllo dei fattori di rischio. Sulla scia di tale evidenza scientifica, per questa popolazione sportiva la pratica di una regolare attività fisica dovrebbe essere incoraggiata più come mezzo di prevenzione delle malattie cardiovascolari e metaboliche tipiche dell'età adulta che per gli aspetti propriamente tipici della competizione. Chi si occupa di medicina e cardiologia dello sport è ben consapevole che la popolazione Master è forse la più difficile da valutare: sono soggetti performanti, quasi sempre completamente asintomatici, che perfino di fronte al quadro cardiologico ad alto rischio non riescono ad accettare che la loro storia di atleti possa esaurirsi e pur di continuare nella pratica sportiva sarebbero pronti a fare “carte false”.



Il perfetto esempio di atleta Master “temerario” è Paolo, che qualche giorno fa ho incontrato presso il nostro centro di Medicina e cardiologia dello sport. Ha 69 anni, un fisico longilineo e muscoloso, il viso scavato dalla fatica e bruciato dal sole. È nato per correre, così racconta. Ha concluso ben 50 maratone, per di più al notevole ritmo fra 4’15” e 5’30” al chilometro. Con un rapido Paolo ha percorso 2.109 chilometri e 75 metri con una prestazione di rilievo. E a quei chilometri “ufficiali”, vanno aggiunti le migliaia di chilometri di allenamento indispensabile a sostenere quel ritmo di corsa in funzione dei risultati voluti. Mai un sintomo né un malessere: una “macchina da corsa” fatta per macinare chilometri a ritmo sostenuto. Cosa ci fa nel nostro ambulatorio un atleta così performante? Con voce “spaccata” dalla tristezza, dice che da pochi mesi era diventato cardiopatico: “Non posso più correre, così mi è stato detto! Ma io non ho nulla, sono sempre stato bene, non ho mai avuto sintomi, come posso crederci?”. Solo in quel momento diventa chiaro il significato dei suoi occhi tristi “incontrati” poco prima in corridoio. A raccogliere la storia clinica di Paolo anche due giovani specializzandi in medicina dello sport, il dottor Carlo e la dottoressa Valentina: increduli, ascoltavano in silenzio. Ipertensione arteriosa, dislipidemia e diabete NON insulino-dipendente da molti anni: condizioni cliniche che, come succede negli atleti Master, trattava poco e male perché si curava con la “sua amata fatica”. E solo qualche anno prima si era aggiunta la

diagnosi di stenosi carotidea bilaterale, con placche non emodinamicamente significative. La valutazione medico sportiva che eseguiva annualmente aveva evidenziato valori di pressione arteriosa a riposo e durante sforzo che non erano controllati dalla poca terapia che assumeva. Anche le LDL erano molto elevate ma Paolo, come quasi tutti gli atleti Master, non voleva assumere la statina perché era un “veleno che gli bruciava i muscoli”. Lo screening medico sportivo, quando è finalizzato ad escludere una patologia che potrebbe mettere seriamente in pericolo l’atleta e non a “sfornare” solamente un certificato, prevede oltre alla

Le discipline che attirano i Master sono di tipo endurance: sforzi fisici di lunga durata e che si praticano ad alte intensità

storia familiare, anamnesi, visita medica e stratificazione di rischio cardiovascolare anche il test da sforzo (Tds) realmente massimale e non interrotto (come purtroppo troppo spesso succede anche in ambito cardiologico al raggiungimento dell’85,1 % della frequenza cardiaca teorica massimale). Paolo era stato sottoposto ad un dettagliato screening medico sportivo e il Tds, aveva evidenziato, in completo benessere come spesso succede in questa popolazione sportiva, un marcato sottoslivellamento del tratto ST in sede infero-laterale e un

sopraslivellamento del tratto ST in aVR. La tachicardia ventricolare non sostenuta polimorfa con aspetto morfologico tipo blocco di branca destro con asse superiore comparso nel primo recupero, non ha permesso di licenziare (per fortuna) l’esito di quel test come un falso positivo. Lo studio coronarografico eseguito solo pochi giorni dopo aveva sentenziato: discendente anteriore con stenosi prossimale significativa e lungo tratto di decorso intra-miocardico medio-distale malato, stenosi moderata del tratto prossimale della coronaria destra e della coronaria circonflessa. Il collega emodinamista aveva ritenuto necessario applicare due stent medicati e, terminato il suo intervento (dopo aver ottimizzato la terapia con doppia anti-aggregazione, statina in associazione, ipotensivo in associazione, beta bloccante e metformina) lo aveva congedato spiegando l’alto valore del trattamento salva vita al quale era stato sottoposto: da quel momento, dal punto di vista sportivo, nulla poteva essere più come prima consigliando solo qualche passeggiata a passo svelto. La notizia, comunicata secondo Paolo in modo frettoloso, lo aveva destabilizzato e fatto cadere in un grave stato depressivo. Non assumeva regolarmente la terapia, aveva immediatamente abbandonato la dieta (che lo ha portato ad avere in qualche mese una HB glicata di 8,9%) e, scelta peggiore, aveva continuato a correre a ritmo sostenuto come non fosse successo nulla, le mezze maratone senza iscriversi, perché privo del “lasciapassare medico-sportivo”. Chi



non si occupa di atleti Master potrebbe meravigliarsi dell'atteggiamento del nostro ex-atleta ormai un paziente. Non è bastato salvargli la vita? Nemmeno che gli sia stata riservata una terapia ad alto costo? Non può camminare invece di correre? Per Paolo, le risposte sono sempre "no". È molto complicato in poco tempo riuscire a "tradurre" questo tipo di diagnosi. A maggior ragione, nel caso di Paolo, ex-atleta che è sempre stato bene, non ha mai avuto sintomi e si è sempre divertito correndo. Forse, le maratone erano l'unica ragione di vita: stravolgergli l'assetto sportivo diventava intollerabile... Nel frangente delicato e perfino tragico che sta attraversando la nostra sanità pubblica, la storia di Paolo potrebbe stonare; tuttavia, sono più che persuaso che il ruolo del medico non si esaurisca nella diagnosi e nel trattamento, ma che invece comporti una comunicazione in grado di favorire la piena consapevolezza del paziente. Per raggiungere un simile obiettivo non basta informare del

nuovo stato clinico. La vera e completa informazione medico-scientifica consiste nell'accompagnare il paziente "dentro" il nuovo programma di cura. Così, oltre ad avere un impatto prognostico favorevole, si potrà evitare di vanificare il tanto lavoro e impegno economico necessario per diagnosi e terapia. Dunque, ecco qual è il ruolo fondamentale di un Centro di medicina e cardiologia dello sport con esperienza nella gestione di soggetti affetti da cardiopatia ischemica cronica. Proporre una stratificazione del rischio post procedura di rivascolarizzazione, valutare se i target terapeutici sono stati raggiunti e, se così non fosse, ottimizzare la terapia in atto. Inoltre, eseguire un test da sforzo in terapia necessario, in questo caso, a valutare se le aritmie ventricolari sono ancora presenti e che solo fino a pochi giorni prima lo aveva messo in pericolo, se la risposta pressoria sia controllata dalla terapia e definire le frequenze cardiache allenanti. Solo dopo tutto ciò, sarà possibile definire

insieme al paziente, quale possa essere l'allenamento migliore da eseguirsi in sicurezza. Un quadro procedurale che non avrà il solo obiettivo di rendere il paziente più "felice" e probabilmente più aderente alla terapia, ma avrà un impatto prognosticamente favorevole che si sommerà alla terapia farmacologica. È proprio per questo che il programma di training prescritto con queste modalità è in classe di evidenza 1 A. Così ci siamo tutti impegnati con Paolo. E nella verifica al termine della valutazione clinica, i due bravi specializzandi con cui il caso era stato condiviso hanno sottolineato l'importanza della corretta e completa presa in carico del paziente. Per riuscirci, appunto, non bastano le procedure diagnostiche altamente sofisticate e i trattamenti di ultima generazione, ma risulta fondamentale la comprensione della storia, delle esigenze e dello stato emotivo del paziente. La consapevolezza "biunivoca" fa sempre e comunque la differenza...♥

Molti atleti partecipano a competizioni ad elevatissimo impegno cardiovascolare non in perfette condizioni fisiche, molto spesso sono portatori inconsapevoli di fattori di rischio cardiovascolare o, se trattati, mal controllati dalla terapia farmacologica



Inquinamento atmosferico: un altro fattore di rischio cardiovascolare

Inquinamento atmosferico e cardiopatia ischemica

Gli effetti dell'inquinamento atmosferico sulla fisiopatologia, incidenza e mortalità della cardiopatia ischemica

Introduzione

L'inquinamento atmosferico può avere numerosi effetti deleteri sulla salute dell'uomo ed è una questione di rilevanza globale. Lo studio Global Burden of Disease ha descritto l'impatto mondiale dell'aria inquinata: ben 3,1 milioni su 52,8 milioni di morti per tutte le cause sarebbero attribuibili all'inquinamento ambientale nel corso dell'anno 2010. L'inquinamento dell'aria ambiente si è classificato al nono posto tra i fattori di rischio modificabili, ancor prima di altri fattori comunemente riconosciuti come scarsa attività fisica, dieta ricca di sodio, colesterolo alto e uso di farmaci. Infine, l'inquinamento atmosferico è responsabile del 3,1% degli anni di vita globali corretti per la disabilità, un indice che misura il tempo trascorso in condizione di salute ridotta.⁽¹⁾ Inoltre, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), l'inquinamento atmosferico è quasi onnipresente e si stima che oltre il 90% della popolazione mondiale viva in

freepik.com





aree con livelli medi annuali di inquinanti atmosferici superiori ai limiti imposti dalle linee guida OMS. Anche se è ben noto e intuitivo che l'inquinamento atmosferico sia un fattore importante per lo sviluppo e l'esacerbazione di malattie respiratorie, come asma, malattia polmonare ostruttiva cronica e cancro ai polmoni, generalmente vi è una minore consapevolezza del suo

Sono numerosi i meccanismi con i quali l'inquinamento atmosferico può causare e favorire la progressione della malattia coronarica fino alla sindrome coronarica acuta e tutti possono portare a disfunzione endoteliale e stato protrombotico

impatto sostanziale sull'incidenza di malattia cardiovascolari.

Inquinamento atmosferico: breve definizione

L'inquinamento atmosferico è costituito da una miscela complessa di componenti di tipo gassoso o particolato. Dal punto di vista dell'impatto sulla salute, le componenti più significative di questa miscela sono il particolato atmosferico (PM) e gli inquinanti gassosi ozono (O₃), biossido di azoto (NO₂), sostanze volatili composti organici (compreso il benzene [C₆H₆]), monossido di carbonio (CO) e zolfo biossido di azoto (SO₂). A sua volta il particolato è suddiviso

in base al diametro aerodinamico:

- PM₁₀ ha un diametro aerodinamico inferiore a 10 μm , è in grado di penetrare nel tratto superiore dell'apparato respiratorio;
- PM_{2.5} ha un diametro aerodinamico inferiore a 2.5 μm , è in grado di raggiungere i polmoni ed i bronchi secondari.

Per dimensioni ancora inferiori si parla di particolato ultrafine (UFP o UP o PUF); tale frazione è in grado di penetrare profondamente nei polmoni fino agli alveoli:

- PM₁, con particelle aventi un diametro inferiore a 1 μm ;
- PM_{0,1}, con particelle aventi un diametro inferiore a 0,1 μm ; nanopolveri (o PM_{0,001}), con particelle aventi un diametro dell'ordine di grandezza dei nanometri.⁽²⁾

Qualche dato epidemiologico

Le evidenze disponibili sugli effetti dell'inquinamento atmosferico sulle malattie cardiovascolari sono aumentate notevolmente negli anni e numerosi studi hanno dimostrato che diversi inquinanti atmosferici sono associati ad un significativo incremento di mortalità e riduzione dell'aspettativa di vita⁽¹⁻³⁻⁴⁾. In particolare negli ultimi anni diversi studi epidemiologici e studi clinici hanno contribuito a comprendere meglio l'associazione tra inquinamento atmosferico e cardiopatia ischemica. Ad esempio, lo studio ESCAPE (European Study of Cohorts for Air Pollution Effects) ha osservato un incremento del rischio di eventi coronarici del 12% (1%-25%) per 10 mg/m³ di PM₁₀ e un aumento del 13% (2% - 30%) per incremento di 5 mg/m³ di PM_{2,5} in più in 100.000

partecipanti da 11 coorti in tutta Europa, osservando effetti dannosi anche per concentrazioni al di sotto dei limiti annuali raccomandati in Europa per questi 2 inquinanti⁽⁵⁾. Negli Stati Uniti, un'analisi che ha coinvolto oltre 65.000 donne in post-menopausa nell'ambito del Women's Health Initiative Study ha mostrato un aumento dell'incidenza del 21% (IC 95% 4-42%) di malattia coronarica combinata fatale e non fatale per aumento di 10 mg/m³ nel PM_{2,5}⁽⁶⁾. Un'analisi condotta su oltre 300.000 pazienti ospedalizzati per cardiopatia ischemica in 7 grandi città della Corea del Sud ha dimostrato che la mortalità per tutte le cause e per malattie cardiovascolari in seguito a ricovero ospedaliero per cardiopatia ischemica era più elevata tra gli individui con maggiore esposizione a PM_{2,5}⁽⁷⁾. Un importante studio epidemiologico ha analizzato i tassi di mortalità per cardiopatia ischemica attribuibili all'esposizione a PM_{2,5} nella provincia di Jiangsu, in Cina, dal 1990 al 2019, e la loro correlazione con età, periodo, e coorte di nascita. Si è osservato che negli anni l'esposizione ambientale a PM_{2,5} è stata progressivamente maggiore e si è associata ad un significativo incremento della mortalità per cardiopatia ischemica⁽⁸⁾.

Fisiopatologia

I meccanismi con i quali l'inquinamento atmosferico può causare e favorire la progressione della malattia coronarica fino alla sindrome coronarica acuta sono numerosi:

- Stress ossidativo;
- Infiammazione;
- Disfunzione autonoma e



neuroendocrina;

- Alterazioni metaboliche;

- Riprogrammazione epigenetica.

Tutti questi meccanismi possono favorire la disfunzione endoteliale e uno stato protrombotico e di conseguenza una maggiore vulnerabilità della placca per la presenza di infiltrati infiammatori, cappuccio fibroso sottile e maggior carico lipidico⁽⁹⁾. Inoltre, un fattore determinante dell'effetto dannoso del PM2.5 sul sistema cardiovascolare è costituito dal tempo di esposizione. Un'esposizione breve e intensa si associa ad un aumentato rischio di sindrome coronarica acuta (SCA) perché la reazione immediata all'esposizione al PM2,5 innesca meccanismi iniziatori e promotori di eventi aterotrombotici (attivazione simpatico-surrenale, rilascio di biomarcatori infiammatori, disfunzione endoteliale, rilascio di fattori procoagulanti con attivazione piastrinica)⁽¹⁰⁻¹¹⁾. Tuttavia gli esatti meccanismi patogenetici che legano l'inquinamento atmosferico e gli eventi coronarici acuti non è stato ancora chiarito e mancano studi in vivo delle caratteristiche della placca coronarica in pazienti con SCA esposti ad alti livelli di inquinanti atmosferici⁽¹⁾. In quest'ottica e quindi al fine di meglio definire il legame tra inquinamento atmosferico e placca coronarica, recenti studi hanno studiato l'albero coronarico e le caratteristiche delle placche mediante Tomografia Assiale Computerizzata (TAC). Uno studio ha arruolato 364 residenti a Seoul in Korea del Sud, sottoposti a TAC coronarica con un intervallo di ≥ 2 anni. È stata calcolata la concentrazione media di PM2,5

a cui ciascun partecipante è stato esposto tra le due valutazioni TAC. L'endpoint primario era lo sviluppo di placca ad alto rischio, definita come placca con bassa attenuazione, presenza di piccole calcificazioni e rimodellamento positivo. Si è osservato che l'esposizione a concentrazioni più elevate di PM2.5 nell'aria ambiente è significativamente associata allo sviluppo di placche coronariche ad alto rischio⁽¹¹⁾. Ancora più recente è uno studio che ha impiegato la Tomografia a Coerenza Ottica (OCT). Un metodica di imaging intracoronarico introdotta nella pratica clinica negli ultimi decenni, la cui elevata risoluzione spaziale consente una valutazione affidabile in vivo dei meccanismi fisiopatologici in corso di SCA e di identificare la presenza di caratteristiche di vulnerabilità della placca come un cappuccio fibroso sottile, la presenza di neovasi

L'inquinamento atmosferico ha un impatto deleterio sulla salute dell'uomo ed è uno dei principali fattori di rischio per mortalità globale

Sta emergendo sempre più come fattore importante nello sviluppo e progressione delle malattie cardiovascolari e in particolare della cardiopatia ischemica

e di infiltrati di macrofagi⁽¹²⁻¹³⁾. Sono stati arruolati 126 pazienti con una diagnosi di SCA sia con sopraslivellamento ST (STEMI) che senza sopraslivellamento tratto ST (NSTEMI) e angina instabile sottoposti a imaging OCT del vaso

culprit. Gli autori hanno analizzato l'esposizione dei pazienti agli inquinamenti atmosferici nei 2 anni precedenti la SCA. Sono stati raccolti i dati relativi a indirizzo di residenza dei pazienti arruolati e sono stati misurati i livelli medi annuali degli inquinanti in aree corrispondenti all'indirizzo di casa di ciascun paziente attraverso gli archivi dei fascicoli ospedalieri e il rapporto annuale pubblicato dall'Agenzia Europea dell'ambiente. Sono stati ottenuti i dati dalle stazioni di monitoraggio della qualità dell'aria più vicine agli indirizzi di residenza di ciascun partecipante e l'inquinamento atmosferico è stato quantificato come annuale livello medio di misurazioni degli inquinanti nelle 24 ore nei 2 anni precedenti la SCA. I dati riguardanti gli inquinanti sono stati raccolti dalle tabelle dell'Air Quality Annual Statistics pubblicate sul sito della European Environment Agency

(EEA) European Environmental Agency⁽¹⁴⁾. Gli autori hanno dimostrato che i pazienti con SCA esposti a livelli più elevati di inquinanti atmosferici, in particolare PM2.5, presentavano caratteristiche di vulnerabilità di placca. In



Sono numerose le evidenze del ruolo che l'inquinamento atmosferico ha nella fisiopatologia della malattia coronarica e quindi nell'incidenza e mortalità della cardiopatia ischemica

Sono indispensabili interventi volti a ridurre l'impatto negativo sul rischio di malattie cardiovascolari e mortalità globale

particolare, è stato osservato che i pazienti con rottura della placca come meccanismo di instabilità coronarica avevano un'esposizione maggiore al PM_{2,5}. Inoltre il PM_{2,5} era associato indipendentemente alla rottura di placca della lesione culprit oltre che alla presenza di un cappuccio fibroso sottile e di infiltrati di macrofagi⁽¹⁵⁾.

Conclusioni

Esistono, ormai, numerose evidenze relative all'inquinamento atmosferico come fattore che contribuisce in maniera significativa al rischio di cardiopatia ischemica e alla mortalità ad essa correlata. Sebbene molti meccanismi fisiopatologici alla base di questa associazione siano noti, sono necessari studi clinici che dimostrino l'efficacia di interventi specifici di lotta all'inquinamento atmosferico. Certamente, sono e saranno sempre più indispensabili e urgenti interventi sociali e governativi volti a diminuire l'emissione di inquinanti atmosferici e di gas serra al fine di ridurre l'impatto negativo sul rischio di malattie cardiovascolari e la mortalità globale. ♥

Bibliografia

1. Newby DE, Mannuci PM, Tell GS, Baccarelli AA et al. Expert position paper on air pollution and cardiovascular disease. *European Heart Journal* (2015) 36, 83-93.
2. Istituto Superiore di Sanità - ISSalute, "PM 10 - Particolato atmosferico o polveri sottili".
3. Newman JD, Bhatt DL, Rajagopalan S, et al. Cardiopulmonary impact of particulate air pollution in high-risk populations: JACC State-of-the-Art Review. *J Am Coll Cardiol*. 2020;76:2878-2894.
4. Lelieveld J, Pozzer A, Pöschl U, Fnais M, Haines A, Münzel T. Loss of life expectancy from air pollution compared to other risk factors: a worldwide perspective. *Cardiovasc Res*. 2020;116:1910-1917.
5. Stafoggia M, Cesaroni G, Peters A, et al. Longterm exposure to ambient air pollution and incidence of cerebrovascular events results from eleven European cohorts within the ESCAPE Project. *Environ Health Perspect*. 2014;122:919-925.
6. Miller KA, Siscovick DS, Sheppard L, Shepherd K, Sullivan JH, Anderson GL, Kaufman JD. Long term exposure to air pollution and incidence of cardiovascular events in women. *N Engl J med* 2007; 356:447-458.
7. Oh J, Choi S, Han C, Lee DW, Ha E et al. Association of long-term exposure to PM_{2.5} and survival following ischemic heart disease. *Environ Res*. 2023 Jan 1;216(Pt 1): 114440.
8. Wang W, Zhou N, Yu H, Yang H, Zhou J, Hong X Time Trends in Ischemic

- Heart Disease Mortality Attributable to PM_{2.5} Exposure in Southeastern China from 1990 to 2019: An Age-Period-Cohort Analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2023 Jan 5;20(2):973.
9. Montone RA, Rinaldi R, Bonanni A et al. Impact of air pollution on ischemic heart disease: Evidence, mechanisms, clinical perspectives. *Atherosclerosis* 366 (2023)22-31
 10. C.A. Pope, J.B. Muhlestein, J.L. Anderson, et al., Short-term exposure to fine particulate matter air pollution is preferentially associated with the risk of ST-segment elevation acute coronary events, *J. Am. Heart Assoc.* 4(12)(2015 Dec 1), e002506.
 11. Yang S, Lee S-P, Park J-B, et al. PM_{2.5} concentration in the ambient air is a risk factor for the development of high-risk coronary plaques. *Eur Heart J Cardiovasc Imaging*. 2019;20:1355-1364.
 12. Crea F, Libby P. Acute coronary syndromes: the way forward from mechanisms to precision treatment. *Circulation*. 2017;136:1155-1166.
 13. Niccoli G, Liuzzo G, Montone RA, Crea F. Advances in mechanisms, imaging and management of the unstable plaque. *Atherosclerosis*. 2014;233:467-477
 14. Air Pollution Intro, EU Policies, EEA Activities. Copenhagen, DK. Accessed September 19, 2021. <http://www.eea.europa.eu/themes/air>
 15. Montone RA, Camilli A, Russo M, Termite C et al. Air Pollution and Coronary Plaque Vulnerability and Instability An Optical Coherence Tomography Study. *JACC: Cardiovascular Imaging*

L'inquinamento atmosferico è costituito da una miscela complessa di componenti di tipo gassoso o particolato



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

Parte decima: 2014-2016 I capitolo (2014-2015)

Il 2014 inizia con la Campagna “**Al cuor non si comanda**”: “... la visibilità ottenuta ... ha riportato la Fondazione ad essere riconoscibile al grande pubblico riposizionandola come Fondazione Onlus di riferimento per la ricerca sulle malattie del cuore sia per i media televisivi (RAI, Sky, ecc) che per quelli della carta stampata e WEB. ...” – **Al cuor non si comanda** – M.M. Gulizia (RIVISTA N. 198 – marzo/aprile 2014 – pagine 11-14). L’anno inizia anche con la VII edizione degli Stati Generali, annunciata per il 7 e l’8 febbraio e programmata “... nell’incantevole e storico salone dei Cinquecento di Palazzo Vecchio ... con il titolo “**L’ANMCO delle idee**” ... abbastanza suggestivo da farci indurre a riflettere sulle future potenzialità, ipotizzate nell’efficace sottotitolo “**Scienza e organizzazione per la Sanità del futuro**”. ...” (RIVISTA N. 196 – novembre-dicembre 2013 – pagine 3-5). L’evento si inserisce in un contesto associativo caratterizzato da: “... esigenza di un forte bisogno di cambiamento ..., ... segnali della voglia di maggiore partecipazione e dialogo, contro ogni logica “diversamente” aggregante ...

Inattese circostanze ... decisioni, anche assunte con difficoltà quando ormai il dialogo interno era divenuto diafano ... quello economico (nr-risultato), molto positivo per la Centro Servizi ANMCO, è stato raggiunto in un clima di difficile congiuntura ... un successo che permette di guardare avanti con ottimismo e interpretare a pieno lo spirito di continuità che merita rispetto. ... È un momento difficile per noi. Il dialogo con le Istituzioni sembra essersi interrotto. Nello stesso tempo ci sforziamo di dare un senso ad un’esperienza difficile e incompiuta come quella della Federazione Italiana di Cardiologia, un divenire di scelte che meritano una profonda riflessione. ... Il successo delle attività che di mese in mese progressivamente cresceva, ... induceva a continuare a credere. Non è però bastata tutta questa spinta per avviare l’auspicato rinnovamento interno, forse perché è mancato il coraggio di guardare dentro gli errori del passato e le ragioni di quanto avvenuto: un vero scacco al tempo e alla storia ... alcune modifiche sarebbero essenziali per garantire il rispetto e la definizione più chiara dei ruoli apicali: Presidente ANMCO in carica, Presidente Designato e Presidente della Fondazione ... Nella solennità dell’emozionante

salone dei Cinquecento abbiamo ribadito ... anche la necessità di generare idee sulle nostre future potenzialità nella volontà di progredire e rafforzare il senso di appartenenza. ...” (RIVISTA N. 198 – marzo/aprile 2014 – pagine 3-8). E segnali di difficoltà arrivano anche da una ricerca condotta dall’Area Management & Qualità: “Il problema del governo delle attività sanitarie ha dominato il panorama legislativo per numerosi anni e nonostante una produzione normativa di rilievo ancora non si è raggiunto un assetto organizzativo uniforme e soddisfacente. Tale affermazione è particolarmente vera per la implementazione del modello dipartimentale in generale e per il Dipartimento Cardiovascolare in particolare. ... Dalla indagine condotta appare evidente che oggi “Il Dipartimento Cardiovascolare” sia più vicino al “mito” che alla “realtà”. ...

– **Il Dipartimento Cardiovascolare oggi. Tra mito e realtà** – G. Gregorio e Q. Tozzi (RIVISTA N. 199-200 – maggio/giugno-luglio/agosto 2014 – pagine 20-24). Intanto l’Associazione cambia: “... di che cosa avesse imminente necessità l’ANMCO. Rinnovamento o



LA FONDAZIONE "PER IL TUO CUORE" RISPONDE
DAL CONSIGLIERE DELEGATO PER LA RICERCA
PRESIDENTE DESIGNATO ANMCO

Al cuor non si comanda

DI MICHELE MASSIMO GULIZIA

Le sfide, e comunque le iniziative complesse, di per sé hanno un vantaggio: contribuiscono a stringere rapporti di collaborazione basati sulla fiducia, sul coraggio, ma soprattutto sulla consapevolezza che insieme si fa squadra, e questo già di per sé è un grande risultato.

Ho già avuto modo di scrivere nello scorso numero di "Cardiologia negli Ospedali" che quest'anno la nostra grande squadra è riuscita a raggiungere un risultato di tutto rispetto e tutt'altro che scontato. Infatti, nonostante di questi tempi la nostra attività principale di Cardiologie ospedaliere sia messa a dura prova dai tagli alla sanità e da situazioni complesse che coinvolgono direttamente i nostri già carenti organici, proprio quest'anno la partecipazione attiva dei Cardiologi ANMCO e delle Cardiologie italiane ha rappresentato davvero un grande successo con l'iniziativa **Cardiologie Aperte**.

Lo scatto d'orgoglio di una Cardiologia italiana che non vuole arrendersi alla frammentazione della nostra specialità, unica e insostituibile, ha fatto sì che fossero ben 220 le strutture disseminate su tutto il territorio nazionale che hanno voluto "esercitarsi" offrendo un segnale di crescita in termini di partecipazione rispetto a tutte le edizioni precedenti!

Un successo ancora maggiore se si considera che l'abituale Campagna

11

Rivista N. 198 - marzo / aprile 2014, pag. 11

cambiamento? La risposta più adeguata a questo interrogativo risulta essere, ragionevolmente, un mix tra i due termini: "cambiare rinnovandosi", ovvero cercare di stare al passo con i tempi senza perdere per strada tutto ciò che di buono fino a questo momento è stato realizzato. Nel passato ANMCO è vissuta in uno stato di grazia, frutto di un trend positivo generato da una ricerca scientifica condotta con grande maestria, lusingata da prestigiosi riconoscimenti internazionali, e di una attività formativa ricca e articolata nelle proprie molteplici espressioni e ricadute sul territorio. Tutto questo ora però non

basta più, non possiamo permetterci di vivere di rendita. La crisi economica ... e, nel contempo, quella che sta investendo la sfera sanitaria impongono l'ideazione e l'elaborazione di nuovi format di comunicazione, formativi e organizzativi... Ed è proprio in quest'ottica che ...sono state varate e introdotte all'interno della nostra Associazione tutta una serie di novità che sono state discusse e approvate dal Consiglio Direttivo e da quello Nazionale. ...Purtroppo alcuni di questi cambiamenti sono stati il risultato di un sofferto e difficile percorso decisionale, ...Mi riferisco alla

ristrutturazione organizzativa e funzionale del patrimonio lavorativo della Segreteria e dell'Amministrazione ANMCO Le contingenze economiche hanno costretto gli Organi Direttivi dell'Associazione a effettuare dei tagli di personale, scelta dolorosa quanto indifferibile. Non si poteva continuare a mantenere un organico di 19 dipendenti con due dirigenti, che costava annualmente oltre 1 milione di euro, quando i nostri ricavi ne sono ben al di sotto da diversi anni. Quattro persone non lavorano più per la nostra Associazione, e nel contempo sono state abolite le figure dirigenziali. Si è deciso che come

Stati Generali ANMCO

L'ANMCO DELLE IDEE

Scienza e organizzazione per la Sanità del futuro

Firenze, Palazzo Vecchio - Salone dei Cinquecento

7 - 8 febbraio 2014

●

Rivista N. 196 - novembre / dicembre 2013, pag. 6



AREA MANAGEMENT & QUALITÀ

Il Dipartimento Cardiovascolare oggi Tra mito e realtà

DI GIOVANNI GREGORIO E QUINTO TOZZI

Il mito non è una fiaba, ma piuttosto un presentare certi fatti in un idioma non appropriato. Daunque far saltare un mito non è negare quei fatti, ma restituirli al loro idioma. Ed è proprio questo che noi terremo di fare G. Riva, "Lo Spirito come comportamento" (1949)

Non c'è altra realtà fuori di questa, se non cioè nella forma momentanea che riusciamo a dare a noi stessi, agli altri, alle cose. La realtà che ho io per voi è nella forma che voi mi date, ma è realtà per voi e non per me; la realtà che voi avete per me è nella forma che io vi do; ma è realtà per me e non per voi; e per me stesso io non ho altra realtà se non nella forma che riesco a darmi. E come? Ma costruendomi, appunto. LUIGI PRANDINELLO, "Uno, nessuno e centomila" (1925)

Il problema del governo delle attività sanitarie ha dominato il panorama legislativo per numerosi anni e nonostante una produzione normativa di rilievo ancora non si è raggiunto un assetto organizzativo uniforme e soddisfacente. Tale affermazione è particolarmente vera per la implementazione del modello dipartimentale in generale e per il Dipartimento Cardiovascolare in particolare.

Riferimenti Normativi
Una vasta produzione normativa, sintetizzata nella Tabella I, si è sviluppata negli anni, ponendo in primo piano la necessità di implementare il Dipartimento come momento fondamentale della organizzazione sanitaria. Il primo riferimento legislativo ai Dipartimenti si ha con il DPR 128/69 che introduce la possibilità di individuare in ambito ospedaliero "strutture organizzative a tipo dipartimentale tra divisioni, sezioni e servizi affini e complementari, al fine della loro migliore efficienza operativa, dell'economia di gestione

e del progresso tecnico e scientifico".
Tutta una serie di provvedimenti ha poi seguito la evoluzione legislativa fino agli anni '90, quando con i D.lvi 502 e 517 viene cancellata la organizzazione degli Ospedali in divisioni, servizi e settori, prevista dal DPR 128/1969. Il percorso si completa con il D.lvo 2299/1999 che all'art. 17 bis esplicitamente sancisce che "L'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività delle Aziende Sanitarie" e che "La preposizione ai dipartimenti strutturali, sia ospedalieri che territoriali e di prevenzione, comporta l'attribuzione sia di responsabilità professionali in materia clinico-organizzativa e della prevenzione sia di responsabilità di tipo gestionale in ordine alla razionale e corretta programmazione e gestione delle risorse assegnate per la realizzazione degli obiettivi attribuiti. A tal fine il Direttore di Dipartimento predispone annualmente il piano delle attività e dell'utilizzazione delle risorse disponibili, negoziato con la direzione generale nell'ambito

20 | Cardiologia negli Ospedali | centonovantatré - duecento

AREA MANAGEMENT & QUALITÀ

Figure 5 - Dipartimenti CV anno 2005 - 2014 Distribuzione e Area Geografica. I Dipartimenti Cardiovascolari per il 44,4 % sono collocati al Nord (rispetto al 58,6 % registrato nel 2005), per il 27,8 % al Centro (rispetto al 21,4 % registrato nel 2005) e per il 27,8 % al Sud e nelle Isole (rispetto al 20,0 % registrato nel 2005).

interventi, superando le suggestioni dell'organizzazione per intensità di cura (Tabella II). Troppe volte abbiamo assistito ad un esercizio estetico di mutamenti di etichette di modo che il sceltato su cui camminare è rimasto lo stesso lastrico di approssimazione, populismo, burocrazia, confusione. Oggi la soluzione dei problemi legati alla assistenza sanitaria in generale e a quella cardiologica in particolare, passa attraverso un'opera certosina di costruzione che riesca a coniugare competenze gestionali e professionali, sulla base di analisi precise, di assetti organizzativi adeguati e di progetti definiti. La logica tradizionale di Programmazione Sanitaria parte dalla definizione, spesso approssimativa, di uno standard di P.L., per giungere alla individuazione di Ospedali e Unità Operative, come processo di base, con il Dipartimento Cardiovascolare che diviene un contenitore organizzativo "secondario", calato spesso artificialmente sulle strutture individuate in precedenza. La logica di programmazione innovativa parte dalla individuazione di un bacino di utenza congruo e dall'analisi precisa dei bisogni. Su questa base viene dimensionato il Dipartimento Cardiovascolare, all'interno del quale vengono individuate le U.O., che sono sia ospedaliere che territoriali (Figura 6). È compito delle Società Scientifiche, in primis di FIC ed ANMCO, fare in modo che il Decisore Pubblico e la Programmazione Sanitaria puntati sul dipartimento cardiovascolare, fondato su specificità, intensità e complessità di cura, con una vera trasversalità Ospedale - Territorio basata sui PDTA cardiologici. ▼

Figure 6 - Dipartimento Cardiovascolare e Programmazione Sanitaria. La logica tradizionale di Programmazione Sanitaria parte dalla definizione, spesso approssimativa, di uno standard di P.L. per giungere alla individuazione di Ospedali e Unità Operative come processo di base ed il Dipartimento Cardiovascolare diviene un contenitore organizzativo "secondario", calato spesso artificialmente sulle strutture individuate in precedenza. La logica di programmazione innovativa parte dalla individuazione di un bacino di utenza congruo e dall'analisi dei bisogni. Su questa base viene dimensionato il Dipartimento Cardiovascolare, all'interno del quale vengono individuate le U.O., che sono sia ospedaliere che territoriali.

www.anmco.it/aree/elenco/management 23

Rivista N. 199 / 200 maggio / giugno - luglio / agosto 2014, pag. 20

Rivista N. 199 / 200 maggio / giugno - luglio / agosto 2014, pag. 23

dirigenti della nostra Associazione bastano i componenti del CD. Il personale della Segreteria e dell'Amministrazione è quindi attualmente composto da 12 persone, le cui attività sono state riorganizzate in quattro Dipartimenti. ...Eccoli qui: **Dipartimento Amministrativo, Economico-Finanziario, Ufficio Legale; Dipartimento Segreteria Generale, Formazione Scientifica; Dipartimento Soci-Regioni; Dipartimento Comunicazione&Cultura** ... Il Dipartimento Segreteria Generale, Formazione Scientifica, è l'unico dipartimento a carattere funzionale;

rappresenta il trait d'union con gli altri e presiede all'armonizzazione dell'attività svolta da e con gli altri tre Dipartimenti ... – **L'ANMCO che cambia. Ecco le novità!** – M.M. Gulizia (RIVISTA N. 199-200 – maggio/giugno-luglio/agosto 2014 – pagine 2-7). In questo contesto di cambiamento si conferma e si rafforza il ruolo degli Stati Generali, la cui VIII Edizione si tiene a Gubbio, dal 17 al 19 ottobre: "... hanno rappresentato, da sempre, un momento rilevante di profonda riflessione e di fruttuoso confronto per gli Organi e gli Organismi della nostra Associazione

..., in questi ultimi anni collocato alla fine dell'esperienza di un Presidente e del suo Consiglio Direttivo, è stato invece convocato subito dopo l'insediamento del nuovo Consiglio Direttivo. La scelta di condurlo all'inizio è parimenti emblematica, in quanto rappresenta il simbolo della necessità di non perdere tempo e di affrontare al più presto e con maggiore impegno, condivisione e determinazione le sfide che oggi si presentano alla Cardiologia ospedaliera italiana. ... – **Wind of Change muore lentamente chi non cambia ...** – M.M. Gulizia (RIVISTA N. 201 –



DAL PRESIDENTE



L'ANMCO che cambia Ecco le novità!

DI MICHELE MASSIMO GULZIA


In un articolo apparso su "Cardiologia negli Ospedali" (N. 196 novembre - dicembre 2013; pp.7-9), pochi mesi prima del mio insediamento come Presidente della nostra Associazione, mi chiedevo di che cosa avesse imminente necessità l'ANMCO. Rinnovamento o cambiamento? La risposta più adeguata a questo interrogativo risulta essere, ragionevolmente, un mix tra i due termini: "cambiare rinnovandosi", ovvero cercare di stare al passo con i tempi senza perdere per strada tutto ciò che di buono fino a questo momento è stato realizzato. Nel passato ANMCO è vissuta in uno stato di grazia, frutto di un trend positivo generato da una ricerca scientifica condotta con grande maestria, lusingata da prestigiosi riconoscimenti internazionali, e di una attività formativa ricca e articolata nelle proprie molteplici espressioni e ricadute sul territorio.

Tutto questo però ora non basta più, non possiamo permetterci di vivere di rendita. La crisi economica che sta attanagliando il nostro Paese e, nel contempo, quella che sta investendo la sfera sanitaria impongono l'ideazione e l'elaborazione di nuovi format di comunicazione, formativi e organizzativi, per riuscire ad ottenere gli stessi risultati di "ieri". Dobbiamo trovare nuovo slancio e nuove motivazioni, stimolando i Giovani Cardiologi che credono nella possibilità di un nuovo futuro per la nostra disciplina a impegnarsi per diventare i veri "artefici del nostro domani". Ed è proprio in quest'ottica che dal momento che dal mio insediamento a Presidente ANMCO a oggi sono state varate e introdotte all'interno della nostra Associazione tutta una serie di novità che sono state discusse e approvate dal Consiglio Direttivo e da quello Nazionale.

Sempre in un mio articolo, scritto successivamente per il *Congress News Daily 2014*, al primo giorno del nuovo Consiglio Direttivo, annuncio che le cose sarebbero cambiate per la nostra Associazione e che un forte vento di rinnovamento, piuttosto che una nuova alba, iconograficamente parlando riferendomi all'immagine che avevo scelto per quell'articolo, avrebbe investito l'ANMCO nella sua totalità. Credo di aver mantenuto fede a quelle promesse. E se la cartina al tornasole del rinnovamento sono i cambiamenti, questi stessi non hanno tardato a prendere forma. Non è per autotitolarci, né per cercare uno scontato e banale proselitismo che desidero insistervi a seguire quanto è stato fatto fino ad oggi per i nostri Soci, ma anche per il mondo ANMCO in generale. E' il risultato di un duro lavoro... Condotto in gruppo! Purtroppo alcuni di questi cambiamenti sono stati il risultato

2 | Cardiologia negli Ospedali | centonovantanove - duecento

DAL PRESIDENTE



L'Avviso che cambia Stati Generali ANMCO 2014/2016

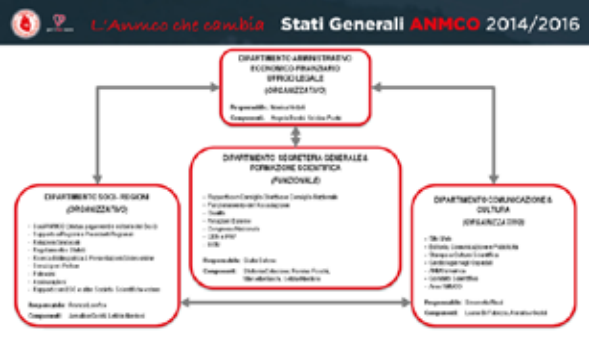


Figura 1

di un sofferto e difficile percorso decisionale, portato avanti insieme al Consiglio Direttivo e condiviso con il Consiglio Nazionale. Mi riferisco alla ristrutturazione organizzativa e funzionale del patrimonio lavorativo della Segreteria e dell'Amministrazione ANMCO, ristrutturazione che ha comportato una riduzione del numero dei dipendenti. Le contingenze economiche hanno costretto gli Organi Direttivi dell'Associazione a effettuare dei tagli di personale, scelta dolorosa quanto indefettibile. Non si poteva continuare a mantenere un organico di 19 dipendenti con due dirigenti, che costava annualmente oltre 1 milione di euro, quando i nostri ricavi ne sono ben al di sotto da diversi anni. Quattro persone non lavorano più per la nostra Associazione, e nel contempo sono state abolite le figure dirigenziali. Si è deciso che come dirigenti della nostra Associazione bastano i componenti del CD, e pertanto si sono abolite le relative posizioni funzionali. Il personale della Segreteria e dell'Amministrazione è quindi attualmente composto da 12 persone, le cui attività sono state riorganizzate in quattro Dipartimenti.

I Dipartimenti
Cominciamo dalla riorganizzazione del lavoro e delle attività presso la Sede Nazionale. Come già menzionati sono stati creati quattro Dipartimenti, uno funzionale e tre organizzativi, ognuno dedicato ad uno o più settori di attività. Eccoli qui:
- Dipartimento Amministrativo Economico - Finanziario - Ufficio Legale;
- Dipartimento Segreteria Generale, Formazione Scientifica;
- Dipartimento Soci - Regioni;
- Dipartimento Comunicazione & Cultura.
L'organigramma riportato in Figura 1 precisa le attività di competenza per ciascuno di essi.

3

Rivista N. 199 / 200
maggio / giugno - luglio / agosto 2014, pag. 2

Rivista N. 199 / 200
maggio / giugno - luglio / agosto 2014, pag. 3

settembre/ottobre 2014 – pagine 3-6); **“L’attacco concentrico alla Cardiologia Ospedaliera Italiana** Il primo problema è insito nella prossima rimodulazione della rete ospedaliera. ... Avremo un esubero di 3.616 posti letto rispetto alla rete attuale; dalle 714 Cardiologie attuali passeremo a 242; le UTIC vedranno ridotti di circa il 20 % i propri posti letto e per le emodinamiche ci sarà un esubero di circa il 52 % del personale. ... Inoltre la riduzione dei posti letto ogni 1.000 abitanti rimarca la logica dei tagli lineari senza tener conto delle reali esigenze sanitarie della popolazione. ... Il secondo

problema riguarda il nuovo modello di Ospedali con reparti per intensità di cura a complessità assistenziale, ... Un terzo, fondamentale problema organizzativo è quello relativo al ruolo delle UTIC, che vengono identificate da parte del legislatore con la terapia della cardiopatia ischemica ... Infine non va trascurata la sfida della continuità assistenziale, con la creazione delle strutture complesse di cure primarie nel territorio. ... **L’analisi e le proposte dell’ANMCO** ... Una risposta fondamentale alla dispersione delle competenze sta nel Dipartimento Cardiovascolare ... non può

più oggi essere inteso come intraospedaliero ma, se si deve fornire un’alternativa valida al modello per intensità di cura, deve comprendere una rete tra Ospedali e Distretti. ... Le reti assistenziali la cui molteplicità di servizi deve essere coordinata a livello dipartimentale, sono le uniche armi cui possiamo appigliarci per avere continuità assistenziale, equità di accesso e qualità delle cure cardiologiche. ... EUTIC rappresenta ancora il nodo centrale nell’assistenza al cardiopatico acuto, soprattutto nel contesto di una rete inter-ospedaliera. ... Il Cardiologo dovrebbe tornare a seguire pazienti e non



COME ERAVAMO

DAL PRESIDENTE

Wind of Change

muore lentamente chi non cambia...

DI MICHELE MASSIMO GULIZIA

3

Rivista N. 201 - settembre / ottobre 2014, pag. 3

Rivista N. 201 - settembre / ottobre 2014, pag. 9

DAL CONSIGLIO DIRETTIVO - GLI STATI GENERALI ANMCO

«Lentamente muore chi diventa schiavo dell'abitudine, ripetendo ogni giorno gli stessi percorsi, chi non cambia la marcia, chi non rischia e cambia colore dei vestiti, chi non parla a chi non conosce. Muore lentamente chi evita una passione, chi preferisce il nero sul bianco e i puntini sulle "i" piuttosto che un insieme di emozioni, proprio quelle che fanno brillare gli occhi, quelle che fanno di uno sbalzo un sorriso, quelle che fanno battere il cuore davanti all'orrore e ai sentimenti. Lentamente muore chi non capovolge il tavolo, chi è infelice sul lavoro, chi non rischia la certezza per l'incertezza, per inseguire un sogno, chi non si permette almeno una volta nella vita di fuggire ai consigli sensati. Lentamente muore chi non viaggia, chi non legge, chi non ascolta musica, chi non trova grazia in se stesso. Muore lentamente chi distrugge l'amor proprio, chi non si lascia aiutare; chi passa i giorni a lamentarsi della propria sfortuna o della pioggia incessante. Lentamente muore chi abbandona un progetto prima di iniziarlo, chi non fa domande sugli argomenti che non conosce, chi non risponde quando gli chiedono qualcosa che conosce. Evitiamo la morte a piccole dosi, ricordando sempre che essere vivi richiede uno sforzo di gran lunga maggiore del semplice fatto di respirare. Saltando l'ardente pazienza porterà al raggiungimento di una splendida felicità.»

Pablo Neruda

L'ANMCO che cambia

Stati Generali 2014 - 2016

DI MAURIZIO GIUSEPPE ARRIGNANI E FEDERICO NARDI

Nella cappella del Palazzo dei Consoli, a Gubbio, affascinante città nel cuore della verde Umbria, sono conservate le sette Tavole Eugubine (*Tabulae Eugubinae*), sulle quali è inciso un testo sacro, redatto in alfabeto sia latino sia umbro. Come una stele

di Rosetta in miniatura, queste tavole bronzee ci hanno consentito di conoscere l'antica lingua degli Umbri. Sarebbe bello se esistesse un analogo documento, che usi un linguaggio comune tra quello dei Cardiologi, fatto di trial clinici randomizzati e controllati, evidence based medicine e Linee Guida, e quello degli organi politico-istituzionali, basato su leggi, decreti, regolamenti e circolari applicative, mettendo a più stretto contatto due mondi che, troppo spesso, appaiono separati. Mai come oggi, anzi, le istituzioni sembrano non alleate

7

Rivista N. 201 - settembre / ottobre 2014, pag. 7

Rivista N. 201 - settembre / ottobre 2014, pag. 19

DAL CONSIGLIO DIRETTIVO - GLI STATI GENERALI ANMCO

Stati Generali ANMCO 2014/2016

Gubbio 17-19 ottobre 2014

L'Anmco che cambia

viene codificata in maniera diversa rispetto alla Cardiologia, con dati che in realtà non sono reali in quanto sappiamo bene che tanti pazienti non vengono dimessi dalle terapie intensive ma sono trasferiti nelle Cardiologie). In Italia le funzioni delle UTIC sono disomogenee e in alcune regioni le Cardiologie sono di fatto distinte dalle terapie intensive, modus operandi strategicamente errato nella logica di una unitarietà della complessa assistenza ai pazienti cardiopatici. Infine non va trascurata la sfida della continuità assistenziale, con la creazione delle strutture complesse di cure primarie nel territorio. In conclusione, sta cambiando il modello organizzativo della sanità pubblica del nostro paese. L'Ospedale, e soprattutto i medici ospedalieri, sembrano considerati come il problema, e non la risorsa, da parte del Sistema Sanitario Nazionale. **L'analisi e le proposte dell'ANMCO**

Dalla discussione è emerso un obiettivo comune: salvaguardare la specificità della Cardiologia, dando nel contempo risposte al fabbisogno di salute dei cittadini italiani, di cui ci siamo fatti garanti negli ultimi anni. Una risposta fondamentale alla dispersione delle competenze cardiologiche sta nel Dipartimento Cardiovascolare, di fatto il nucleo centrale aggregativo della Cardiologia, di cui si è parlato da tempo anche a livello legislativo, pur se nel corso degli anni tali strutture, anziché aumentare, sono quantitativamente diminuite. Un dipartimento cardiovascolare non

sanitaria ma appunto aziendale, creando così un parallelismo assurdo tra un Ospedale e un'industria. Il fine ultimo è la riduzione dei costi, attraverso la diminuzione dei posti letto, aumentando il bacino di utenza e la capienza delle unità operative, quindi di fatto riducendo materialmente ancor di più i reparti di Cardiologia ma soprattutto la qualità assistenziale. Vengono quindi adottati e copiati dei modelli dei paesi anglosassoni (in cui per inciso stiamo attualmente assistendo a una vera e propria devoluzione), contesti in cui chi dirige le unità sono gli intensivisti, e non i Cardiologi, che diventano solo dei consulenti, seppur indispensabili. Tutti vogliono il Cardiologo, ma nessuno vuole la

Cardiologia! Dove è stato applicato questo modello, pur in assenza di un'univoca standardizzazione, la responsabilità clinica dei reparti è differita per le singole specialità, mentre quella gestionale è di fatto del direttore della riorganizzazione ma, in parte, di alcune figure infermieristiche. L'intento sarebbe quello di privare i medici ospedalieri della responsabilità organizzativa, attribuendo invece quella gestionale ad altre funzioni e figure, pagate meno e con minore autonomia. Un terzo, fondamentale problema organizzativo è quello relativo al ruolo delle UTIC, che vengono identificate da parte del legislatore con la terapia della cardiopatia ischemica (a livello ministeriale, peraltro, l'UTIC

9

IL PUNTO SUGLI STUDI CLINICI ANMCO

Studi da poco conclusi

| Nome dello Studio | N° centri attivi Italia (tutto il mondo) | N° paz previsti da protocollo Italia (tutto il mondo) | N° paz arruolati Italia (tutto il mondo) | Durata prevista del follow-up | Stato dell'arruolamento |
|-------------------|--|---|--|-------------------------------|-------------------------|
| EYE-SHOT | 203 | 3000 | 2585 | intraospedaliero | chiuso |

Studi in corso

| Nome dello Studio | N° centri attivi Italia (tutto il mondo) | N° paz previsti da protocollo Italia (tutto il mondo) | N° paz arruolati Italia (tutto il mondo) | Durata prevista del follow-up | Stato dell'arruolamento |
|---|--|---|--|-------------------------------|-------------------------------------|
| STEM-AMI OUTCOME | 49 | 1530 | 175 | 2 anni | in corso Newsletter |
| DiDLE in collaborazione con Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico Mario Negri e Ospedale Mario Negri Best | 31 | 444 | 410 | 6 mesi | chiuso |
| GISSI Outliers VAR | 11 | 60 | 62 | 3 anni | chiuso Newsletter |
| GISSI Outliers CAPIRE | 11 | 800 | 544 | 5 anni | chiuso Newsletter |
| COMPASS in collaborazione con Population Health Research Institute, Hamilton | 21(1379) | 86(121400) | 598 (9429) | event driven | in corso |
| HPS3-REVEAL in collaborazione con Drexel University | 26(444) | 1300 (30000) | 1660 (30624) | Event driven | chiuso |
| SOLEMIA in collaborazione con New York University | 17(287) | 378 (8000) | 74 (1153) | Event driven | in corso |
| TOSCA-IT in collaborazione con Società Italiana Diabetologia | 61 | 3371 | 3012 | Event driven | chiuso |

PREVENZIONE SINDROMI CORONARICHE ACUTE OUTLIERS

L'aggiornamento in tempo reale sull'andamento dei vari studi è consultabile sul web all'indirizzo <http://www.anmco.it/fondazione/CentroStudi/studi/>

Studi in progettazione

(di prossima attuazione sul cerca studi web)

Studio DYDA 2 TRIAL: Effects of the dipeptidyl peptidase-4 (DPP-4) inhibitor linagliptin on left ventricular myocardial Dyfunction in patients with type 2 Diabetes mellitus and concentric left ventricular geometry

| Nome dello Studio | N° centri attivi Italia (tutto il mondo) | N° paz previsti da protocollo Italia (tutto il mondo) | N° paz arruolati Italia (tutto il mondo) | Durata prevista del follow-up | Stato dell'arruolamento |
|--|--|---|--|-------------------------------|-------------------------|
| DYDA 2 Trial in collaborazione con Associazione Medici Diabetologi | 20 | 186 | - | 48 settimane | - |

AGGIORNAMENTO DATI: 10 novembre 2014 www.anmco.it/fondazione/CentroStudi/studi 19



DAL PRESIDENTE 



«Era il 3 giugno 2014 quando tutto è cominciato...»

Sono passati poco più di sei mesi ed è già stata fatta tanta strada

DI MICHELE MASSIMO GULLIZIA

«Era il 3 giugno 2014 quando tutto è cominciato, poco più di sei mesi fa...» Sembra l'incipit di un romanzo di avventura e invece si tratta dell'inizio di questa splendida esperienza che io e il Consiglio Direttivo in carica abbiamo intrapreso con molta tenacia e caparbità all'insegna del cambiamento. Il cambiamento non è mai facile, significa optare per qualcosa di ignoto, estraneo; significa rischio, ma anche grande soddisfazione là dove gli obiettivi puntualmente si realizzano. Da allora molta strada è stata fatta e i risultati sono tutti ben visibili sotto i vostri occhi. Cominciamo dal Congresso Nazionale di Cardiologia dell'ANMCO, ovvero dal principale evento che da sempre caratterizza per autorevolezza formativa

la nostra Associazione. I numeri che quest'anno lo contraddistinguono sono a dir poco lusinghieri. Alla Call for Ideas hanno risposto numerosissimi, presentando in totale 456 proposte, quasi il doppio della media degli ultimi tre anni (nel 2014: 334 proposte; nel 2013: 234 proposte; nel 2012: 231 proposte). Le Sezioni Regionali ANMCO si sono distinte per aver

5

DAL PRESIDENTE 



un ottimo prodotto per i nostri associati. Sempre seguendo i suggerimenti che vengono dalla base stiamo realizzando un Sito WEB che non sarà più un Sito istituzionale con funzione di archivio, ma un Sito dinamico, moderno, ricco di informazioni e utility per la pratica cardiologica quotidiana.



Perfino il logo ANMCO è stato riattualizzato: pur mantenendo le caratteristiche di sempre è stato arricchito nella forma, conferendogli una tridimensionalità che sembra quasi farlo protendere verso i nostri Soci: è come se letteralmente andasse loro incontro. Altro capitolo gradito di novità è quello dei rapporti dell'ANMCO con le Istituzioni Sanitarie. L'ANMCO è stata propositiva nel difendere le Cardiologie dall'abbandono da parte delle Istituzioni Pubbliche che, con un recente disegno di legge, ne hanno cancellate più di quattrocento in tutta Italia. Si tratta di una riforma assistenziale e ospedaliera che abbiamo fortemente, ma criticamente e positivamente revisionato, applicandola a un modello virtuale per valutarne gli effetti devastanti sul territorio nazionale. Di questa applicazione ho recentemente discusso con le massime istituzioni governative: appalesando quali risultati avrebbe avuto tale applicazione, sic et simpliciter, sulla cura delle

patologie cardiovascolari discutendo, proattivamente, anche dei danni che provocherebbe anche allo sviluppo di una disciplina, la Cardiologia, che risulta aver fatto passi da gigante in questi ultimi 50 anni. Basti pensare che le nostre conquiste diagnostiche e terapeutiche hanno allungato la vita media di circa 10 anni, mentre quelle più sofisticate di molte altre discipline non riescono a superare valori medi di pochi mesi. Non voglio dilungarmi ulteriormente con una mera elencazione delle attività svolte in questi sei mesi di presidenza e con quelle che svolgeremo a partire da gennaio (Campagne Educative, Riunioni Formative, Studi Clinici, Registri ANMCO, ecc.) ma tengo particolarmente ad anticiparvi che in questi giorni riceverete l'invito a partecipare alla nuova edizione di Cardiologie Aperte. Nuova edizione all'interno della quale svolgeremo parte del programma finalizzato con l'edizione 2014 (Corsi BLS-D nelle scuole a giovani dell'ultimo triennio scolastico e ai loro insegnanti) e inizieremo la grande avventura della Banca del Cuore. Sì, il primo grande registro/contentitore permanente dell'elettrocardiogramma e del valore pressorio degli italiani, custodito gelosamente, ma accessibile da ogni

singolo cittadino, da qualunque parte del mondo purché in presenza di una connessione internet. Ogni italiano avrà a disposizione il proprio Bancomheart per scaricare univocamente il proprio ECG. Una grande rivoluzione culturale che ancora una volta ci permetterà di essere antesignani di un modo nuovo non solo di fare cultura, ma anche di fare assistenza. Gli auguri cartacei che ho voluto spedirvi, anche a nome del Consiglio Direttivo, e che spero abbiate già ricevuto, vogliono essere un segno tangibile del riconoscimento e dell'affetto che questo nuovo Consiglio da me presieduto ha nei confronti degli Associati, vero cuore pulsante della nostra Associazione. Insieme al biglietto vi è stato recapitato il flyer del nostro prossimo Congresso Nazionale al quale vi invito a partecipare numerosi e a iscrivermi nel più breve tempo possibile per non perdere il posto in prima fila e per restare protagonista delle sessioni interattive, vera novità del prossimo Congresso. Cari Amici concludo questa mia breve lettera di fine anno con un caloroso augurio di buon Natale e di felice anno nuovo che sia foriero di serenità e di prosperità per Voi, per le vostre famiglie e per le persone a voi più care. A ben riverirci. ♥



7

Rivista N. 202 . novembre / dicembre 2014, pag. 5

Rivista N. 202 - novembre / dicembre 2014, pag. 7

fare prestazioni, riappropriarsi della sua funzione vera che è quella di un clinico ,... dovremmo riappropriarci di quell'antica forza propositiva a livello istituzionale, proponendo delle risposte anche in termini di riorganizzazione logistica sul territorio. ... La nostra arma vincente può essere proprio quello in cui siamo più bravi: fornire dati scientificamente ineccepibili. ... Ancora, l'ANMCO può dimostrare di essere un collaboratore indispensabile delle istituzioni redigendo documenti per lo Standard of Care, l'Evidence Based Management o i criteri di appropriatezza di ricovero in Cardiologia e creando un tutoraggio per un nuovo modello di Cardiologo clinico, anche in collaborazione

con altre società. ... **I rapporti con la FIC e le società di settore** ... Di fatto manca una politica nazionale italiana da parte della FIC in Europa e nelle istituzioni politico-sanitarie italiane. ... **Sull'esigenza di rivisitare il ruolo della FIC** ... l'accordo è stato unanime... ricollegare la Cardiologia ospedaliera alle società di settore ... creare percorsi condivisi di formazione e certificazione permanente del Cardiologo basata su una stretta collaborazione tra Ospedale e Territorio, società generaliste e di settore, ... **Il mondo ANMCO che cambia** ... nuovo assetto organizzativo dell'Associazione con una rimodulazione

della nuova Segreteria ... proposte su come modificare farraginosi meccanismi associativi ... riflessione sulle criticità dell'affiancamento tra Presidente designato, Presidente in carica e Past President ... ragionamento sull'eventuale inclusione di più rappresentanze regionali ampliando il numero dei membri in Consiglio Direttivo, ... eventualità che ... la presidenza nazionale possa essere appannaggio anche di Cardiologi non primari ma con una funzione gestionale di rilievo,... possibilità di iscrizione per tutti coloro che sono interessati all'area cardiologica e non solo ai Cardiologi ospedalieri. ... inopportunità di modificare radicalmente lo statuto ... ma necessità



DAL PRESIDENTE
DI MICHELE MASSIMO GULIZIA




La nuova ANMCO: una foresta che cresce

Anticipando la primavera, fioriscono le iniziative dell'ANMCO



Alexander Pope, grande poeta inglese del XVIII secolo, ci ha tramandato un suo famoso aforisma: *«le parole son come le foglie; e dove più abbondano, raramente sotto si trovano molti frutti del senso»*. Il suo significato è abbastanza chiaro: spesso le tante parole nascondono la scarsità di risultati fruttuosi e concreti. È tuttavia per me estremamente difficile aggiornare tutti voi, orgogliosi Soci della nostra prestigiosa ANMCO, sulle più recenti novità associative utilizzando solo poche parole. Questo perché sta crescendo sempre più, grazie anche a uno straordinario Consiglio Direttivo, a un efficace e proattivo Consiglio Nazionale e alla sinergia con chi dovrà continuare sul percorso iniziato oggi, Andrea Di Lenarda, una foresta d'idee e d'iniziativa: tante parole certo, ma ancora più numerosi i frutti.

! Ringrazio tutti Voi di cuore per lo straordinario impegno profuso nel proporre e sostenere iniziative locali per Cardiologie Aperte e per la disponibilità, perseveranza e soprattutto passione con le quali molti di voi hanno già aderito, e altri si aggiungono settimanalmente, allo straordinario Progetto "Banca del Cuore"

2 | Cardiologia negli Ospedali | duecentotré

Rivista N. 203 - gennaio / febbraio 2015, pag. 2

... di seguire ... una politica dei piccoli passi, modificando piuttosto i regolamenti in modo esperienziale. Ampia possibilità di discussione hanno avuto i due principali motori propulsori e bracci operativi delle decisioni strategiche centrali, le Regioni e le Aree. I Presidenti regionali hanno esposto le iniziative intraprese ... Grande spazio ha avuto l'approccio interculturale tra le Aree, interfaccia con le varie società di settore. Probabilmente anche il loro numero va rivisto e sicuramente è poco utile aprirne di nuove come quella oncologica, pediatrica e geriatrica, argomenti su cui l'attività potrebbe invece espletarsi all'interno di gruppi di lavoro ad hoc (Task Forces a progetto).

Un discorso particolare merita l'Area Nursing. ... una società di Cardiologia infermieristica affiancata all'ANMCO costituirebbe un'ipotesi da valutare. Nell'epoca della comunicazione non poteva mancare un aggiornamento e una riflessione sui mezzi di comunicazione dell'ANMCO, ... Le attività formative sono state da sempre il fiore all'occhiello della nostra Associazione ... Al Congresso si assoceranno come sempre gli eventi del Piano Annuale Formativo, tra cui varie Campagne Educazionali Nazionali e l'attività del Gruppo di rianimazione cardiopolmonare. ... Un tema di rilievo è stato quello dei giovani ... **L'ANMCO che cambia. Stati Generali 2014-**

2016 – M.G. Abbrignani e F. Nardi (RIVISTA N. 201 – settembre/ottobre 2014 – pagine 7-14).

Il Centro Studi fa *“Il Punto sugli Studi Clinici del Centro Studi ANMCO”* (RIVISTA N. 201 - settembre/ottobre 2014 – pagine 19-20) e ne avvia l'aggiornamento periodico su ogni numero di Cardiologia negli Ospedali.

E il punto lo fa periodicamente anche il Presidente:

“... Il cambiamento non è mai facile, significa optare per qualcosa di ignoto, estraneo; significa rischio, ma anche soddisfazione là dove gli obiettivi puntualmente si realizzano. ... e i risultati sono tutti ben visibili ...

Congresso Nazionale ... alla Call for Ideas 456 proposte ... spostamento della sede da Firenze a Milano, sfruttando la concomitanza con l'EXPO e la “rivoluzione tecnologica” che investirà il modo di fare informazione ... un nuovo assetto delle Aree ANMCO integrato con la creazione di Task Force. L'Area e-Cardio ... verrà omologata con la Commissione del Sito WEB ANMCO – Fondazione; l'Area Management & Qualità resterà attiva ancora per il prossimo biennio 2015-2016; infine è stata creata l'Area Giovani ... Le nuove Task Force ... saranno delle strutture snelle con finalità eminentemente operative ... Sito WEB ... non più istituzionale con funzione di archivio, ma un Sito dinamico, moderno, ricco di informazioni e utility per la pratica cardiologica quotidiana. Perfino il logo ANMCO è stato riattualizzato ...” – **“Era il 3 giugno 2014 quando tutto è cominciato”** – M.M. Gulizia (RIVISTA N. 202 – novembre/dicembre 2014 – pagine 5-7); *“... si sono appena spenti i riflettori sulla sesta Campagna di Sensibilizzazione Nazionale ANMCO e Fondazione*



**METTI IL CUORE
IN CASSAFORTE!**

pressione arteriosa e i dati clinici dei cittadini. Grazie a una card di accesso personale (denominata **BancomHeart** ...) sarà possibile accedere ai propri dati sanitari e all'elettrocardiogramma ... Ogni paziente/cittadino riceve la card solo dopo aver firmato il consenso informato per il trattamento dei dati, per l'accesso alla Banca del cuore e per l'autorizzazione ad ANMCO di poter svolgere attività di ricerca (su dato anagrafico anonimo)... Questa prestigiosa iniziativa, di indubbia valenza sociale ... è partita dal 9 febbraio 2015 e continuerà per tutto l'arco dell'anno ...in questo periodo storico di crisi dell'associazionismo e nonostante i decisi tagli portati avanti nei confronti di diversi soci morosi da tempo, un notevole successo aver mantenuto a quasi cinquemila il numero dei soci ANMCO, cui si aggiungeranno tanti altri, tra cui moltissimi giovani ... Sono state ... istituite cinque Task Force: Cardiologia Pediatrica ..., CardioGeriatrica ..., Cardiologia dello Sport ..., CardioOncologia ..., CardioNefrologia ... un importante servizio a tutti i soci ANMCO ...stipulando un accordo con ASSITA, broker assicurativo primario in sanità, garantendo a tutti la possibilità della stipula della nuova assicurazione ANMCO/ASSITA su rischio professionale ..., con costi e vantaggi straordinari per tutte le categorie di cardiologi ...infine un'altra grande iniziativa, l' ANMCO Cardiology Channel ...innovativa piattaforma informativa e formativa, che si aggiunge ad ANMCOcomunica ed ANMCOconnect...” – **La nuova ANMCO: una foresta che cresce** – M.M. Gulizia (RIVISTA N. 203 – gennaio/febbraio 2015 – pagine 2-10).♥

Rivista N. 203

“per il Tuo cuore”- HCF Onlus, che si è svolta nella settimana dal 9 al 15 febbraio ... nuova edizione di **Cardiologie Aperte** ... una novità assoluta ...: la **Banca del Cuore**. È un progetto unico al mondo e rivoluzionario nel suo genere, approvato anche dall'Istituto Superiore di Sanità che, insieme a ANMCO e Fondazione

“per il Tuo cuore”, collabora per la prevenzione delle malattie cardiovascolari, che permetterà di creare e di utilizzare il più ampio database nazionale, una banca dati digitale sconfinata. Si tratta di un enorme registro elettronico, una “cassaforte” virtuale in grado di custodire l'elettrocardiogramma, i valori della



Premio Cronin

DI GIUSEPPE DI TANO E MARIO CHIATTO

Il Premio Cronin è un importante Concorso Letterario Nazionale rivolto a medici, giunto alla XVI Edizione e costantemente recensito sulle pagine culturali delle maggiori testate giornalistiche. È stato istituito nel 2007 dalla sezione di Savona “G.B. Parodi” della Associazione dei Medici Cattolici Italiani (AMCI) con l’intento di offrire ai medici la possibilità di mettere in luce attraverso la scrittura l’altra metà della loro anima, favorendo un affascinante connubio fra due culture: quella scientifica e quella umanistica. Prevede quattro autonome sezioni, Poesia, Narrativa, Teatro e Saggistica, ognuna delle quali si avvale di una propria giuria, composta da sei prestigiosi e noti letterati.

Nell’edizione di quest’anno il primo premio “Cronin saggistica 2023” e il premio speciale “Giuseppe Moscati” sono stati assegnati rispettivamente al saggio “Gioia e le altre” e al racconto “Giustizia Divina” entrambi scritti dalla Dottoressa Maria Frigerio, Targa d’Oro ANMCO, Direttore fino a dicembre 2021 della SC Cardiologia 2 - Insufficienza Cardiaca e Trapianto dell’Ospedale Metropolitan Niguarda di Milano. Da questo numero, iniziamo a pubblicarli, con grande piacere.

**Questo testo ha ricevuto il primo premio nella sezione “Saggi” del Premio Cronin 2023
16ª edizione, concorso letterario per medici**

Gioia e le altre (Tre storie con una morale)

**Riflessioni sull’esercizio contemporaneo della medicina a
partire dalla storia vera di tre giovani donne
I nomi sono di fantasia**



Gioia

Gioia, poco più di vent’anni, nessuna storia di cardiopatia, non altre malattie note, ultimamente si presenta almeno una volta al mese all’ambulatorio del suo medico denunciando nausea, inappetenza, dolore nella parte superiore dell’addome che si accentua dopo i pasti, e insonnia. Ogni volta il dottore cerca di rassicurarla, e ogni volta lei torna a casa con l’impressione di non

essere stata presa sul serio. Una notte si sente così irrequieta da non riuscire a stare sdraiata nel letto, e si fa accompagnare dai genitori al Pronto Soccorso dell’ospedale del paese, che la congeda con la diagnosi di “dispepsia funzionale”. A questo punto, su richiesta del curante, Gioia viene sottoposta a visita psichiatrica, gastroscopia e visita gastroenterologica. Il risultato è una diagnosi di “sindrome ansioso-depressiva e disturbi del



comportamento alimentare”, e di “gastropatia da reflusso di modesta entità”, per cui le vengono prescritti una combinazione di ansiolitici e antidepressivi (tre farmaci che però Gioia, che rifiuta l’interpretazione psicosomatica dei suoi disturbi, non assume), e un comune antireflusso, che non ottiene alcun effetto. Poche settimane dopo, sempre di sera, la donna si presenta nuovamente in Pronto Soccorso. Questa volta però è venuta in città. E qui, finalmente, viene diagnosticato uno scompenso cardiaco dovuto a una gravissima cardiomiopatia dilatativa. La prima reazione di Gioia e dei suoi familiari è quasi di sollievo (“*finalmente hanno capito che non sono/non è pazzo*”), ma non c’è tempo di riflettere, perché lo scompenso è ormai molto avanzato, tanto che potrebbe essere necessario un trapianto di cuore con urgenza – ragion per cui si organizza il trasferimento nel nostro ospedale. Frastornati e un po’ confusi, la malata e i suoi genitori si domandano (ci domandano) se una diagnosi più precoce avrebbe permesso di arrestare o almeno rallentare la progressione della cardiopatia (forse: una discreta quota di pazienti con una malattia del muscolo cardiaco migliora significativamente con le terapie appropriate); se dopo il trapianto Gioia potrà fare una vita *normale*, incluso avere dei figli (quasi: il trapianto non garantisce una aspettativa di vita equivalente a quella delle persone sane, ma per diversi anni la qualità di vita è generalmente buona o molto buona, e se il decorso post-trapianto non è complicato si può prendere in considerazione la gravidanza); se la stessa malattia che ha danneggiato

Gioia, Katia, Lia: tre esempi di ritardo nella diagnosi e quindi nella cura, rispettivamente di circa un anno, un mese, e un giorno, che avrebbe potuto costare a ciascuna di loro la vita

il suo cuore potrebbe colpire anche quello trapiantato... (improbabile: è un’evenienza molto, molto rara, legata a cause specifiche, che potranno essere identificate o escluse dopo l’intervento, esaminando il cuore nativo di Gioia). Trovo ammirevole che queste persone, costrette in meno di ventiquattr’ore a un drammatico cambio di prospettiva, sappiano scegliere le domande giuste, logiche, in un certo senso necessarie. E che ascoltino con fiducia, nonostante tutto, le nostre risposte. Anche solo per questa loro compostezza meriterebbero risposte più sicure, e più rassicuranti. Invece l’unica cosa sicura è che non si può riavvolgere il tempo. Purtroppo non abbiamo una prospettiva facile da offrire a questa giovane donna: anche quella del trapianto (che tutti ci auguriamo si realizzi al più presto, perché non si tratta più di scompenso ma di shock, e Gioia adesso è intubata e assistita con un sistema meccanico temporaneo, che può tenerla in vita per qualche giorno, al massimo per qualche settimana) è piena di incertezze.

Lia

Lia, una quindicenne cinese che vive in Italia da pochi anni, ha imparato bene la nostra lingua. Non si può dire lo stesso dei suoi genitori che,

quando l’accompagnano al Pronto Soccorso, una sera di fine inverno, portano con sé un’altra persona (un parente, o forse un amico) perché faccia da interprete. Con il suo aiuto si apprende che la ragazza ha avuto qualche giorno prima un brutto raffreddore con febbre alta e mal di testa. Sembrava star meglio, ma nelle ultime ventiquattr’ore era nuovamente peggiorata. Ancora febbre? Tosse? No, ma era stanca, affaticata, aveva mal di pancia... Forse non voleva tornare a scuola? No, a scuola va sempre volentieri... quella mattina stava male davvero, poi aveva vomitato cinque-sei volte. L’infermiere del *triage* assegna Lia al chirurgo di turno. La pancia è morbida sotto la mano del medico, al momento non c’è dolore, la radiografia e l’ecografia dell’addome sono normali: conclusione, “non urgenze chirurgiche in atto”. Però gli esami del sangue sono allarmanti, e si chiama l’internista: c’è un importante danno acuto del fegato, un aumento degli indici di infiammazione, un’insufficienza renale, e anche un aumento degli enzimi muscolari, come si può osservare per effetto di sostanze tossiche. Potrebbe trattarsi di un’epatite fulminante, nei giovani una causa da non trascurare è il consumo di sostanze illecite, accompagnate o meno dall’alcool. Questa sembra una ragazzina tranquilla, ma non si può mai dire. Si richiamano i genitori e l’interprete: Lia non è uscita, non ha ricevuto amici, in casa non girano ragazzi più grandi, con loro vive soltanto la nonna paterna, non le hanno dato medicine. Però è proprio Lia, che pure sembra un po’ assonnata, un



po' intorpidita, *distante*, a ricordare che invece sì, la nonna le ha dato qualcosa, delle tisane, parrebbe, fatte con un preparato della medicina tradizionale cinese. Impossibile conoscerne la composizione, forse anche per questo risulta facile attribuire a questo prodotto misterioso la responsabilità dell'intossicazione. Inoltre non c'è molto tempo per pensarci sopra: Lia adesso presenta alterazioni metaboliche e disturbi del ritmo che compromettono il circolo. La gestione passa dunque all'anestesista, che dovrà anche cercare un posto presso un ospedale autorizzato al trapianto di fegato, e organizzare il trasferimento. Nel frattempo la cardiologa di turno, chiamata in consulenza per le aritmie, esegue un ecocardiogramma che mostra una riduzione severa della contrattilità cardiaca. Il dato, imprevisto, potrebbe dar luogo a ipotesi diagnostiche diverse. Ma l'anestesista è impegnata nel preparare la paziente per il trasferimento, che avverrà a breve. Aggiunge il referto dell'ecocardiogramma al foglio di dimissione, e si imbarca con Lia sull'ambulanza attrezzata. La notte sta per finire. A metà mattina i colleghi della terapia intensiva del secondo ospedale, preoccupati dal quadro cardiocircolatorio che non migliora nonostante la ventilazione meccanica e i farmaci di supporto, chiedono di poter trasferire Lia nella rianimazione del nostro Dipartimento. C'è una grave insufficienza multiorgano, e la bassa portata cardiaca è attualmente il problema principale. Se poi risultasse davvero necessario, il trapianto di fegato si può fare anche

Riflessioni sull'esercizio contemporaneo della medicina a partire dalla vicenda di tre pazienti
Questo testo è stato premiato nella sezione "Saggistica" del Premio Cronin 2023, 16ª edizione del concorso letterario per medici scrittori promosso dall'Associazione Medici Cattolici Italiani della provincia di Savona (premiocronin.com)

a Niguarda. Da noi c'è un vero e proprio "comitato d'accoglienza" pronto a ricevere Lia: oltre agli anestesisti - rianimatori e agli infermieri dell'unità intensiva, ci sono cardiocirurghi, cardiologi con diverse competenze superspecialistiche, un anestesista del team del trapianto di fegato, e il loro chirurgo è stato allertato. Con i dati preliminari disponibili abbiamo discusso collegialmente il caso: pensiamo che si tratti non di una epatite ma di una miocardite, e che il danno epatico e renale siano conseguenti alla disfunzione del cuore. Potrebbe essere necessario fare una biopsia del cuore per confermare la diagnosi, e impiantare un sistema di assistenza circolatoria temporanea per migliorare la funzione del fegato e dei reni, e guadagnare tempo affinché l'infiammazione possa regredire, permettendo così al cuore di recuperare la sua normale contrattilità. La sala dove

eseguire queste procedure è già pronta, il personale è presente. Lia arriva nel primo pomeriggio: c'è da spostare la paziente, da sostituire i dispositivi per il monitoraggio e per l'infusione dei farmaci, da misurare i parametri vitali, da mandare un campione di sangue in laboratorio... c'è chi assiste la paziente, chi raccoglie le consegne, chi scorre i documenti che ci hanno portato... un giovane collega si avvicina con l'ecocardiografo, ma non c'è tempo. Gli esami di laboratorio evidenziano un danno cardiaco massivo, dal catetere vescicale non esce una goccia (i colleghi riferiscono che la ragazza non urina da almeno dodici ore). Non c'è un minuto da perdere, il programma che avevamo delineato va attuato al più presto. Speriamo di essere ancora in tempo.

Katia

Siamo nella cosiddetta "prima ondata" della pandemia da SARS-CoV-2, e gli ospedali (dopo essere stati, purtroppo, luoghi di rischio di contagio), sono stati orientati prevalentemente alla cura dei pazienti con insufficienza respiratoria da Covid-19, anche a scapito dell'attenzione ai portatori di altre malattie. Katia è una casalinga di circa trentacinque anni, sposata, con due figli. Il marito, come lei immigrato molti anni fa da un paese dell'Est Europa, ha un lavoro regolare. Vivono in un paese di mezza collina della provincia lombarda, da qualche settimana hanno traslocato in una casetta indipendente con un pezzo di giardino. Mancano pochi giorni alla Pasqua, suo marito può stare a casa con i bambini e Katia, che non ha dormito tutta la notte, al mattino



presto decide che è il momento di farsi vedere da un medico, di raccontare di quella fatica a respirare che da qualche tempo la prende tutte le sere quando si sdraia nel letto. Il passaggio di Katia nel Pronto Soccorso dell'ospedale locale è il più breve che io abbia mai visto. Nel verbale il motivo dell'accesso è sintetizzato così: *"Dispnea serale/ notturna, bene di giorno."* Sono riportati alcuni parametri vitali: Frequenza cardiaca 110 battiti al minuto, frequenza respiratoria 20 atti respiratori al minuto, temperatura 36°C, saturazione arteriosa di ossigeno 98%. La diagnosi di dimissione è *"Stato ansioso"*, seguita dal consiglio *"Valutazione presso il medico curante."* Tra la registrazione dell'ingresso e la firma elettronica che chiude il verbale, sedici minuti esatti. Non passa un mese e Katia è di nuovo in Pronto Soccorso, in un altro ospedale. La visitano, sospettano che abbia un versamento pleurico, e le trovano una pressione molto, troppo bassa. Prende così il via un percorso un po' tortuoso ma appropriato e veloce che, con una tappa intermedia presso l'ospedale di riferimento della provincia, indaga la paziente sul versante sia polmonare sia cardiaco. Il giorno successivo Katia approda nella terapia intensiva del nostro Dipartimento, in condizioni e con prospettive non molto diverse da quelle descritte nel caso di Gioia.

Epilogo e morale

Gioia e Katia sono state trapiantate e oggi stanno molto bene. Katia è tornata a occuparsi della sua famiglia. Gioia ha trovato un lavoro, è andata a vivere con il fidanzato, e l'ultima volta che l'abbiamo vista



in ambulatorio ci ha detto che vorrebbero avere un figlio. Non è stato tutto facile. Le due donne sono arrivate al trapianto sapendo che non avrebbero potuto sopravvivere senza, e che dopo l'intervento sarebbero stati necessari molti farmaci e molti controlli, ma ignoravano cosa le aspettasse davvero. Solo dopo avevano appreso, sperimentandolo sulla propria pelle, che il ritmo dei controlli era, almeno nei primi mesi, molto serrato e impegnativo; che i controlli implicavano anche un esame invasivo e come minimo fastidioso come la biopsia del cuore (nel primo anno post-trapianto ne sono previste più o meno una dozzina, ricordo un paziente che circa a metà del percorso disse al medico che aveva appena "pizzicato" pochi millimetri cubi di tessuto dalla parete interna del suo ventricolo destro: "Se lo

**È un problema di risorse,
tempo, organizzazione,
formazione...?**

**Forse, anche, in parte
Secondo l'autrice è prima di
tutto un problema di metodo,
di approccio, e di pregiudizi**

volevate indietro potevate dirmelo subito, invece di portarmelo via un pezzetto alla volta"); che poteva essere necessario prendere medicine per parecchie settimane (in qualche caso per la vita intera) per proteggersi da infezioni che nei *sani* sarebbero state del tutto asintomatiche; che alcuni farmaci anti-rigetto potevano avere effetti indesiderati di carattere estetico abbastanza spiacevoli, specie in una giovane donna, e ci può volere un po' di tempo per trovare l'alternativa giusta... Entrambe comunque si sono adattate, ciascuna a suo modo. Katia parla poco, è molto riservata, sembra assorbire gli eventi senza grossi traumi, determinata a fare tutto il possibile per stare bene in modo da poter crescere i suoi bambini. Gioia è più istintiva, esuberante, un po' instabile nell'umore: forse una volta riacquistato il benessere è tornata a pensare alla sua esperienza passata, sta di fatto che è molto sensibile all'attenzione dello staff di cura nei suoi confronti, a volte sembra temere di essere trascurata. Ma con l'andare del tempo e con l'aiuto della psicologa sembra più rinfrancata e serena. Quanto a Lia, in poco più di una settimana il suo cuore, che la biopsia aveva confermato essere stato colpito da una miocardite, ha completamente



recuperato la sua funzione. Anche il fegato si è normalizzato rapidamente, invece ci sono voluti due mesi prima che i reni riprendessero a funzionare in autonomia, due mesi durante i quali Lia è stata sottoposta a dialisi tre volte alla settimana.

Uscita dalla terapia intensiva, Lia era stata trasferita nel mio reparto, per essere monitorizzata e seguita nella mobilizzazione e nella ripresa dell'attività fisica. Teneva i libri di scuola sul comodino, durante la dialisi faceva i compiti. L'abbiamo rivista in ambulatorio poco dopo la dimissione e poi, periodicamente, a distanza. Lia ha potuto sospendere tutte le terapie, ed è completamente guarita.

Tutto è bene quel che finisce bene, si dice. Gioia, Lia e Katia possono (forse secondo alcuni *dovrebbero*) considerarsi fortunate, e noi possiamo essere soddisfatti del loro esito e del nostro lavoro. Invece non riesco a smettere di pensare che in tutte loro siamo arrivati tardi, che questo ritardo forse le ha private di opportunità, di alternative potenzialmente migliori, e sicuramente le ha esposte a un rischio molto alto di fallimento. Era quasi un anno che Gioia chiedeva aiuto. Con una diagnosi più precoce e con le cure appropriate forse sarebbe migliorata, e non sarebbe stato necessario il trapianto. O forse no. Però almeno si sarebbe potuto provare. E se non fosse migliorata, avrebbe comunque avuto più tempo per conoscere la malattia e le sue implicazioni e, nel caso, per prepararsi all'ipotesi del trapianto. Se noi medici non fossimo riusciti a guarire il suo cuore, avremmo potuto almeno darle un po' di tempo e, anche, usare un po' del *nostro*

C'è un solo o una sola paziente, una persona, una alla volta, con il suo racconto, i suoi sintomi e segni di malattia Da questi - e dalla nostra capacità di ascoltarli, osservarli e interpretarli - dipende tutto quello che seguirà

tempo per starle vicino, per aiutarla ad accettare e comprendere la sua condizione, e a fare le sue scelte in modo consapevole.

Katia ha sottovalutato o trascurato i suoi disturbi per settimane se non per mesi, occupata dalla famiglia, dalla casa nuova, dal trasloco, alle cui fatiche è stato facile, per lei, attribuire la responsabilità del suo malessere. Però quando si è decisa a chiedere aiuto ha trovato di fronte a sé un servizio sanitario distratto, focalizzato su un'unica emergenza, che non ha neppure preso in considerazione che, se una madre di famiglia viene in Pronto Soccorso alle sei del mattino in epoca di pandemia, è possibile se non addirittura probabile che abbia *veramente* un problema. Forse un mese non avrebbe fatto la differenza e si sarebbe comunque arrivati rapidamente all'indicazione al trapianto, ma anche nel suo caso le sarebbe stato se non altro concesso un po' di tempo, e si sarebbe potuto evitare di arrivare alla meta in condizioni di assoluta emergenza, con un rischio molto alto di morte, sia in attesa sia dopo il trapianto. Lia, affetta da una malattia cardiaca reversibile, ma che si era presentata in forma gravissima e ad evoluzione molto rapida, ha rischiato di non ricevere in tempo le cure necessarie. Ancora poche ore (se non poche manciate di minuti), e l'insufficienza multiorgano conseguente alla bassa

portata cardiaca sarebbe arrivata a un punto di non ritorno, e allora nemmeno i suoi quindici anni l'avrebbero potuta salvare.

Gioia, Katia, Lia: tre pazienti (due donne e una ragazza), tre esempi di ritardo nella diagnosi e quindi nella cura, un ritardo rispettivamente di circa un anno, un mese, e un giorno, che avrebbe potuto costare a ciascuna di loro la vita. Certo, è molto facile criticare a posteriori. Riflettere sulla loro storia non ha lo scopo di giudicare se qualcuno abbia mancato, e in quale misura, ma quello di cercare di fare meglio con le prossime pazienti (e i prossimi pazienti) che si presenteranno in futuro.

La medicina contemporanea si affida sempre più spesso a protocolli di diagnosi e cura standardizzati, che si fondano su stime probabilistiche (probabilità di ammalare, probabilità che una certa condizione sia grave o minacciosa, probabilità di rispondere favorevolmente a un certo trattamento...), la cui affidabilità dipende in buona misura dalla numerosità della casistica analizzata. Le conoscenze derivate da studi di popolazioni o gruppi di pazienti definiscono una cornice di riferimento, ma nella pratica clinica va ricordato che ciò che è valido (vero, applicabile, raccomandato) nella maggioranza non necessariamente resta tale nel singolo individuo. In una



adolescente, e in una donna di meno di quarant'anni, che non fuma e non abusa di alcool o altre sostanze, che non ha una cardiopatia congenita nota dall'età infantile né altri fattori di rischio (come una gravidanza recente o in atto, o una chemioterapia per malattia tumorale, leucemia, o linfoma), la probabilità di sviluppare una grave malattia di cuore è inferiore all'uno per mille. Per contro, la probabilità di manifestare qualche disturbo dell'umore supera il 5%. Se poi la donna non lamenta i sintomi più tipicamente associati alle malattie di cuore (affanno, dolore al petto, palpitazioni, gonfiore alle caviglie), ma riferisce dolore allo stomaco, mancanza di appetito, perdita di peso, difficoltà a prendere sonno, o una generica stanchezza, può accadere che venga considerata ansiosa, o depressa, o affetta da un disturbo del comportamento alimentare, e che sia affidata allo psichiatra. In alternativa, si pensa a un problema dell'apparato digerente. Lo stesso può accadere di fronte a giovani pazienti maschi, anche se i medici sono meno propensi a interpretare i sintomi dei maschi come di natura funzionale o psicosomatica. La difficoltà ad alimentarsi e il mancato incremento del peso sono sintomi tipici dell'insufficienza cardiaca nei bambini piccoli. Nell'adulto, i disturbi per così dire "digestivi" sono stati tradizionalmente associati alle forme più avanzate di scompenso cardiaco, e solo dallo scorso anno sono stati elencati tra i possibili sintomi d'esordio nelle linee-guida per la diagnosi e la cura dell'insufficienza cardiaca della Società Europea di Cardiologia. Di contro, le linee-guida

sull'approccio alla dispepsia destinate ai medici di medicina generale e di pronto soccorso non citano l'insufficienza cardiaca tra le possibili cause. Ci vorrà parecchio tempo e molta attenzione per colmare questo gap informativo e formativo, a partire dall'insegnamento teorico e pratico della medicina. Qualcuno potrebbe pensare che il problema non è poi così importante, dal momento che si tratta di casi improbabili, di pochi pazienti - giovani e sfortunati, è vero, ma comunque pochi. Bisogna però riconoscere che l'approccio clinico è e deve essere radicalmente diverso da quello epidemiologico. L'epidemiologo studia e confronta gruppi di soggetti accomunati, classificati o sottoclassificati da uno o più criteri (es. la residenza in un certo territorio, l'abitudine al fumo, la presenza di una determinata malattia, l'appartenenza a una certa fascia d'età...), mentre il clinico è chiamato a prendersi cura dei singoli: se la storia, i sintomi e i segni sono compatibili con una malattia grave (in inglese si parla di *worst case scenario*, il peggior scenario possibile), questa merita di essere esclusa o accertata, anche se la sua frequenza è bassa. È la gravità - non la frequenza - di una condizione (e delle sue possibili conseguenze) che guida - o dovrebbe guidare - l'azione del clinico. In diversi ambiti della nostra vita, per obbligo o per scelta, cerchiamo di tutelare al massimo noi stessi, i nostri cari, i nostri beni, nei confronti di eventi potenzialmente catastrofici. Quanto più l'evento può essere grave, tanto più cerchiamo di proteggerci, anche se l'evento è poco probabile, anche se il dispositivo che ci dovrebbe proteggere ha

un'efficacia limitata. Prendiamo ad esempio gli *airbag*: la stragrande maggioranza dei veicoli viene avviata alla rottamazione senza che questi dispositivi siano mai entrati in funzione, quindi si potrebbe dire che molto raramente siano effettivamente utili, e tuttavia fanno parte della dotazione standard di sicurezza di tutte le nostre automobili. Ancora: nel 2020, a quarant'anni dalla loro introduzione, uno dei principali produttori di *airbag* ha vantato il fatto che questi dispositivi avevano salvato la vita di circa 90.000 persone in tutto il mondo. L'Organizzazione Mondiale della Sanità stima che, dal 2000 in avanti, ogni anno muoiano per incidente stradale più di un milione di persone, il 30% circa delle quali si trova a bordo di veicoli a quattro ruote (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/277370/WHO-NMH-NVI-18.20-eng.pdf?ua=1>). Si tratta di più di sei milioni di morti in vent'anni: a fronte di queste cifre, la quota di morti evitate (i salvati) dalla presenza degli *airbag* può essere considerata marginale, tuttavia, visto che possiamo averlo, perché dovremmo rinunciare a questo sia pur modesto surplus di protezione? La buona notizia è che in medicina abbiamo a disposizione uno strumento relativamente rapido, non troppo costoso e abbastanza accurato, per confermare o escludere il sospetto di un'insufficienza cardiaca: si tratta del dosaggio, nel sangue, di una sostanza denominata peptide natriuretico di tipo B, la cui produzione aumenta nel nostro organismo in risposta a un sovraccarico cardiocircolatorio. La cattiva notizia è che in nessuna delle nostre tre pazienti era stato eseguito



il dosaggio di questo marcatore. Perché? I disturbi di Gioia sono stati di fatto ignorati per mesi dal suo medico di medicina generale che, a detta della paziente, era convinto che fossero di natura funzionale – e tali sono stati considerati anche al suo primo accesso in Pronto Soccorso. Anche la dispnea di Katia è stata classificata sbrigativamente come su base psicologica. Eppure qualcosa di oggettivamente anormale è registrato nei loro verbali: la frequenza cardiaca era di 110-120 battiti al minuto a riposo, decisamente alta per un cuore sano. Ma il pregiudizio di genere (le donne sono prima di tutto ansiose o “nervose”) porta a imputare al fattore psicologico anche la tachicardia, e se, equivocando sull’interpretazione dei dati epidemiologici, siamo lontani dal pensare che l’insufficienza cardiaca possa interessare una giovane donna, e se in più la fila di pazienti in attesa in ambulatorio o in Pronto Soccorso è lunga, o, ancora peggio, se siamo travolti da un’epidemia senza precedenti, difficilmente saremo disponibili a guardare e ad ascoltare quella singola persona, quella specifica paziente, con occhi orecchi e mente liberi da preconcetti e da pregiudizi. Il caso di Lia era obiettivamente più difficile, e il margine temporale per un intervento efficace si riduceva molto rapidamente. Però l’aumento marcato degli enzimi muscolari avrebbe potuto far sospettare la possibile coesistenza di un danno del muscolo cardiaco, che avrebbe potuto essere confermato o escluso con il dosaggio di marcatori specifici per il cuore. Il ripensamento della diagnosi, e quindi delle priorità e delle

strategie di trattamento, sarebbe stato anticipato di qualche ora. Più tardi, il riscontro di disturbi del ritmo, il dato dell’ecocardiogramma, la caduta della pressione arteriosa e l’assenza di produzione di urina avrebbero dovuto far riconsiderare la diagnosi. Anche in questo caso è entrato in gioco un pregiudizio, legato alla provenienza della paziente. Va premesso che la diagnosi di “Insufficienza epatica acuta su verosimile base tossica, da consumo di preparato della medicina tradizionale cinese” è meno fantasiosa di quanto possa apparire: le epatiti tossiche causate dall’assunzione di sostanze di origine naturale esistono, e, secondo quanto riportato dagli stessi ricercatori locali, la loro incidenza è più alta in Cina rispetto all’Europa o alle Americhe. Comunque, se al posto di un beverone misterioso, che per quanto ne sapevamo, insieme a erbe a noi ignote o perché esclusivamente autoctone o perché l’interprete non ne conosceva il nome in italiano, avrebbe potuto contenere polvere di unghie di pipistrello o scaglie di pangolino tritate, la nonna avesse dato a Lia un più rassicurante infuso di malva salvia o finocchio addolcito con un po’ di miele, sarebbe stato molto più facile distaccarsi dall’ipotesi di epatite tossica, soprattutto dopo che era stata riscontrata la disfunzione cardiaca. Purtroppo, la somma di aspetti organizzativi (ad esempio i diversi passaggi nella presa in carico della paziente, e la convergenza delle responsabilità di gestione clinica e di pianificazione logistica sull’unica figura dell’anestesista - rianimatore, per giunta in una paziente critica e a

rapida evoluzione peggiorativa) e di coincidenze temporali (l’ambulanza pronta per il trasferimento giusto quando si era appena conclusa la valutazione cardiologica) ha contribuito a far rinunciare, nei fatti, a prendere in considerazione ipotesi alternative al sospetto diagnostico iniziale. Gli anglosassoni indicano con il termine di *anchoring* (ancoraggio, essere ancorati) la riluttanza ad abbandonare la prima ipotesi a favore di alternative, che possono nascere a partire da un punto di vista diverso, o sulla scorta di nuove informazioni o evidenze. *Lanchoring* appartiene alla categoria dei cosiddetti *bias* cognitivi, cioè degli errori di giudizio o di interpretazione della realtà cui siamo indotti dall’attaccamento a conoscenze o credenze precostituite - in altre parole, dettati dai nostri pregiudizi. Il Professor Attilio Maseri, una delle menti più acute della cardiologia italiana degli ultimi decenni, recentemente scomparso, invitava i giovani colleghi a focalizzare la loro attenzione sugli *outliers*, cioè sui pazienti che stanno fuori dai confini del consueto, del probabile, o dell’atteso. Prima di tutto però è necessario saperli identificare. Perché prima di qualunque indagine diagnostica, di qualunque esame semplice o sofisticato, ci sono soltanto loro, i pazienti. O meglio, ce n’è uno solo: c’è un solo o una sola paziente, una persona, una alla volta. All’inizio, tutto quello che abbiamo è soltanto questa persona, il suo racconto, i suoi sintomi e segni di malattia. Da questi - e dalla nostra capacità di ascoltarli, osservarli e interpretarli - dipende tutto quello che seguirà. ♥

*Tanti Auguri di Buone Feste
dalla Redazione di
"Cardiologia negli Ospedali"*



