

Cardiologia

negli Ospedali



GENNAIO / FEBBRAIO 2024 N° 257

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
PALACONGRESSI
R I M I N I

ENDORSEMENT BY



ITALY

2023 ACCOMPLISHED
CHAPTER™

AMERICAN COLLEGE
of CARDIOLOGY®



congress.anmco.it - digital.anmco.it

IMPROVING CARE FOR EVERYONE



Ospedale Santa Maria Nuova di Firenze

N. 257
gennaio/febbraio 2024
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

Song for beginners p. 4
di Giuseppe Di Tano

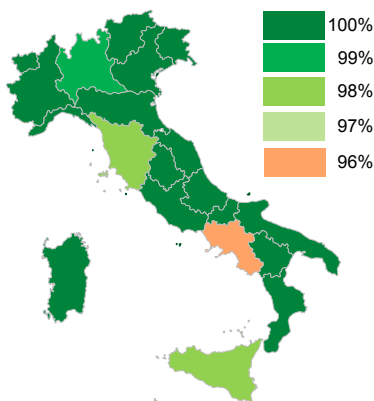
IN QUESTO NUMERO

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

DAL DIRETTIVO

L'8° Censimento delle Strutture p. 8
Cardiologiche in Italia
di Giuseppe Di Pasquale, Donata Lucci, Leonardo De Luca, Alessandro Navazio, Massimo Grimaldi, Domenico Gabrielli, Aldo Pietro Maggioni, Furio Colivicchi, Fabrizio Oliva

Percentuale di risposta



ANMCO Next Generation p. 12
e le sue primizie!

di Stefania Angela Di Fusco, Myriam Rita Cristina Intravaia, Nunzia Borrelli, Maria Chiara Gatto, Giuseppe Ciliberti, Chiara Bernelli

Giovani Cardiologi ANMCO p. 15
negli Stati Uniti per uno scambio culturale in collaborazione con l'American College of Cardiology
di Lorenzo Nesti, Luca Sgarra, Andrea Matteucci, Giulio Mallardi, Filippo Zilio

DAL PRESIDENTE DELLA FONDAZIONE PER IL TUO CUORE

Cardiologie Aperte 2024: p. 19
la conferma di un grande successo
di Domenico Gabrielli a nome del Consiglio di Amministrazione della Fondazione per il Tuo cuore

DAL CENTRO STUDI DELLA FONDAZIONE PER IL TUO CUORE

Il punto sugli Studi Clinici p. 23
del Centro Studi della Fondazione per il Tuo cuore
a cura del Centro Studi

DALLE AREE AREA ARITMIE

La nuova Area Aritmie p. 30
dell'ANMCO si presenta agli amici cardiologi ospedalieri
di Carlo Pignalberi e Martina Nesti

AREA CARDIOGERIATRIA

La cardiogeriatría: p. 33
una realtà che avanza
di Iris Parrini e Nadia Ingianni



AREA CARDIOIMAGING

L'aria che tira p. 36
nella nuova Area Cardiolmaging
di *Benedetta De Chiara* a nome dell'Area
CardioImaging ANMCO

AREA CARDIOLOGIA DI GENERE

L'Area Cardiologia di Genere: p. 39
la nuova "squadra" nel segno della
continuità e con l'entusiasmo per
progetti futuri
a cura dell'Area Cardiologia di Genere
ANMCO



AREA CARDIONCOLOGIA

La nuova Area di Cardioncologia p. 42
dell'ANMCO: da solide radici verso
nuovi orizzonti
di *Maria Laura Canale* a nome dell'Area
CardiOncologia ANMCO



AREA CARDIORENALE E METABOLICA

Un biennio nel segno p. 45
della protezione cardiovascolare,
renale e metabolica
di *Massimo Iacoviello, Geza Halasz,
Ilaria Battistoni, Manuela Benvenuto,
Marco Cittar, Emilia D'Elia, Daniele
Masarone, Gianluigi Tagliamonte*

AREA CRONICITÀ CARDIOLOGICA

Come prima... più di prima! p. 48
di *Chiara Dalla Valle* a nome dell'Area
Cronicità Cardiologica ANMCO

AREA GIOVANI

Ai saluti l'Area Giovani p. 50
2022 - 2023: un biennio
molto intenso e produttivo!
di *Filippo Zilio* a nome dell'Area Giovani
ANMCO 2022 - 2023



AREA MALATTIE RARE

Introduzione all'Area p. 54
delle Malattie Rare
di *Susanna Grego*

AREA MANAGEMENT&QUALITÀ

Per un ANMCO di Qualità p. 56
di *Simona Giubilato e Roberta Rossini* a
nome dell'Area Management&Qualità
ANMCO

**AREA NURSING E PROFESSIONI
SANITARIE**

L'importanza dell'OBI p. 61
cardiologico nel ridurre il
sovraccollimento in Pronto Soccorso:
l'esempio dell'Ospedale di Gubbio
Gualdo Tadino
di *Manuel Monti, Simone Cappannelli,
Mariana Cappannelli, Chiara Busti,
Francesco Paciullo, Euro Capponi, Teresa
Tedesco, Donatella Mambrini*



**AREA PREVENZIONE
CARDIOVASCOLARE**

L'Area Prevenzione 2024 - 2025 p. 66
si presenta
di *Stefania Angela Di Fusco e Vered
Gil Ad* a nome dell'Area Prevenzione
Cardiovascolare ANMCO



Area Prevenzione: lo sport del mese



AREA SCOMPENSO CARDIACO

Area Scompenso 2024 - 2025, p. 68
obiettivo integrazione tra risorse
sanitarie e digitali
a cura dell'Area Scompenso Cardiaco
ANMCO

**GRUPPI DI STUDIO
RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE E
SICUREZZA DELLE CURE**

La sicurezza delle cure: p. 73
sfida culturale per promuovere un
cambiamento di prospettiva che metta
al centro il cittadino paziente
di *Pasquale Caldarola, Loris Roncon,
Crescenza Abbinante, Vincenzo Defilippis*





DALLE REGIONI

REGIONE CAMPANIA

Utilizzo di PCSK9-i Fast p. 79
Track Bedside nella Sindrome Coronarica Acuta: il Modello Virtuoso della Regione Campania

di Antonio Parente, Ilaria Caso, Silvana Cicala, Emilio Di Lorenzo, Michele Macrì, Andrea Paccone, Lucia Riegler, Carlo Tedeschi, Francesco Vigorito

REGIONE PUGLIA

Incontri Regionali di p. 82
Interventistica Strutturale (IRIS) Puglia: nuovi scenari da condividere
di Katya Lucarelli



PAROLA DI REGIONE

NSTEMI caduti nella rete. p. 85
Trentino Alto Adige, Lazio, Puglia e Sardegna

di Marta Chiarandà e Margherita Padeletti

Regioni 3.0 Veneto, Toscana, p. 89
Campania

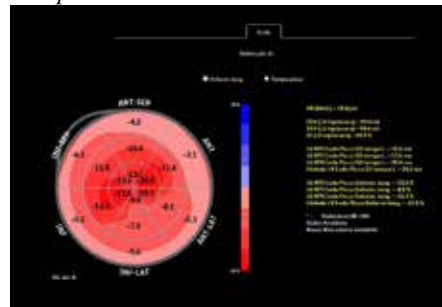
di Francesca Mantovani e Francesca Simonelli



FORUM

Riappropriarsi del senso pieno p. 91
della Medicina per rendere più attrattive tutte le organizzazioni cardiologiche - Commento a "Quali caratteristiche possono rendere più attrattiva una Cardiologia per le nuove generazioni di Cardiologi? - Proposte per la Cardiologia del futuro"
di Gianfranco Sinagra

Ecocardiografia speckle tracking p. 95
nella pratica clinica: a che punto siamo?
di Granit Rabia, Antonello D'Andrea, Giovanna di Giannuario, Alessia Gimelli, Georgette Khoury, Francesca Mantovani, Valeria Pergola, Vincenzo Polizzi, Massimiliano Rizzo, Marco Campana



LETTO... E COMMENTATO. ECHI DALLA LETTERATURA INTERNAZIONALE

2024: l'anno della tricuspide. p. 100
Studio TRILUMINATE
di Margherita Padeletti



CARDIOLOGIA E SPORT

Il medico dello sport... p. 102
"Una vita da mediano"
di Patrizio Sarto

AMBIENTE E CUORE

Right here, right now p. 105
di Rita Cristina Myriam Intravaia



COME ERAVAMO

Nelle pagine di "Cardiologia p. 108
negli Ospedali" la memoria storica dell'ANMCO
Parte decima: 2014-2016
Il capitolo (2015-2016)
di Sergio Pedè

CARDIOLOGI SCRITTORI

Introduzione p. 115
di Giuseppe Di Tano
Giustizia Divina p. 115
di Maria Frigerio

LETTI PER VOI

"Navigare fin dentro al cuore" p. 121
di Francesca Simonelli e Mario Chiatto

IN MEMORIA DI...

È scomparso p. 124
il Prof. Francesco Romeo
di Ciro Indolfi
In ricordo del Prof. Giuseppe Oreto p. 126
di Francesco Mario De Rosa



Song for beginners

Primo numero del 2024. Iniziamo con una storia, una slide... e un benvenuto. La **storia** è quella di Milton Packer, uno dei più famosi cardiologi e ricercatori a livello internazionale, noto opinion leader per lo Scompenso Cardiaco, Chair e PI di Executive Committee dei più importanti trial internazionali sui farmaci attualmente raccomandati (PARADIGM-HF, EMPEROR-Reduced, solo per citare gli ultimi), e da oltre trent'anni fine studioso dei meccanismi fisiopatologici del cuore scompensato. All'attività scientifica ha costantemente associato quella editoriale. Una sua rubrica su MedPage Today ha ricevuto di recente un premio paragonabile al premio Pulitzer per la letteratura, e in quelle colonne, circa 2 anni fa ha scritto sulle componenti emozionali del dolore, descrivendo la sua esperienza di paziente con dolore cronico. Dall'età di 31 anni è affetto da una neuropatia

periferica sensoriale a causa ignota, progressivamente invalidante, che lo costringe a convivere con parestesie, crampi incontrollati, perdita della sensibilità alle estremità e sempre più ravvicinati dolori lancinanti ("a thousand of cut"). Nelle brevi pause convive con la paura provocata dal ricordo del dolore, che continua ad affliggerlo. Finora ha rifiutato gli oppiacei per evitare l'effetto deleterio sulla percezione, concentrandosi sul controllo emotivo della paura ("the mind killer"), convinto che il dolore cronico sia accentuato prevalentemente dalla memoria stessa del dolore. Deviano le sue attenzioni e pensieri verso occasioni familiari o professionali, racconta di riuscire ad ottenere spesso sollievo. Ciononostante, Milton Packer ha continuato ad avere una intensa attività scientifica, a girare il mondo per partecipare a Congressi dove rappresenta una indiscussa attrazione per le sue relazioni e per i suoi

interventi. All'Europeo di Amsterdam dell'anno scorso è stato premiato ed invitato a tenere la prestigiosa *Rene Lannec Lecture in Clinical Cardiology*, incentrata non sui nuovi farmaci per lo scompenso, che poteva apparire più scontato, ma sulla sua nuova appassionante e complessa ipotesi basata sul ruolo dello stress cellulare nella progressione dello scompenso cardiaco. La **slide** utilizzata dal Moderatore per presentarlo contiene alcune significative esortazioni, sintesi del suo approccio esistenziale e professionale, e potrebbe essere sinteticamente paragonata alle conclusioni del discorso ai neolaureati di Stanford di Steve Jobs. La ripresentiamo, dedicandola ai giovani Soci, che nel 2023 sono stati oltre la metà del totale dei nuovi iscritti, e in particolare agli iscritti degli ultimi mesi che ricevono per la prima volta la nostra Rivista, come viatico e **benvenuto** nella Comunità ANMCO.♥

ESC 2023 Rene Laennec Lecture in Clinical Cardiology



"Do your homework, think differently, challenge conventional wisdom, be persistent, change the direction of discourse, concede when you are wrong, and be humble when you might be right"

Milton Packer ESC Profile Page



In copertina

I nostri Ospedali diventano le copertine di “Cardiologia negli Ospedali”

Vi invitiamo a sottoporre 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 di Santa Maria Nuova di Firenze è una delle più importanti istituzioni assistenziali della città, ed il più antico ospedale rimasto ancora in funzione nel luogo di fondazione. Fu fondato dal banchiere Folco Portinari, padre della Beatrice amata da Dante, il 23 giugno 1288, come gesto munifico allo scopo di salvarsi l'anima per le sue attività di usura. Si contraddistingueva dagli altri numerosi ospedali medievali rivolti all'accoglienza dei poveri e dei pellegrini, per essere sin dall'origine un luogo preposto alla cura dei malati. Fu una delle prime strutture sanitarie suddivisa in due aree differenziate, femminile e maschile. Nei secoli divenne anche

luogo di permanenza di alcuni tra i migliori artisti fiorentini, autori di svariate decorazioni e opere d'arte, in parte successivamente rimosse e conservate in Musei vicini. Leonardo Da Vinci vi realizzerà numerose dissezioni anatomiche, e nel 1511 Martin Lutero, ne racconterà, in seguito ad una sua visita, l'efficienza nell'assistenza e nella cura. Informazioni sull'Ospedale verranno anche richieste da Enrico VII d'Inghilterra per progettare la costruzione dell'Ospedale di Londra. Alla fine del 1500 subirà una profonda ristrutturazione, curata dall'architetto Buontalenti, che ne caratterizza l'aspetto attuale della struttura, con il bellissimo loggiato

che si apre sulla Piazza di Santa Maria Nuova. L'Ospedale diverrà negli anni Scuola e riferimento per la formazione dei medici e, alla fine dell'Ottocento, una grande donazione da parte del Conte Angelo Galli Tassi consentirà di acquisire moltissimi beni e proprietà, tra questi anche i terreni sui quali sarebbe stato in seguito costruito l'Ospedale di Careggi. A Santa Maria Nuova, si deve quindi la fondazione di molti degli Ospedali fiorentini, e pertanto può essere considerata la “mamma” della Sanità Toscana. Attualmente è uno dei tredici presidi ospedalieri afferenti all'Azienda USL Toscana Centro.



IN QUESTO NUMERO

DI ATTILIO IACOVONI E MARIO CHIATTO



In questo numero



Inauguriamo il 2024 con una edizione piena di novità per il nuovo biennio delle Aree che sono la spina dorsale della nostra associazione. I nuovi Chairperson e Co-Chairperson non solo presentano il loro Comitato di Coordinamento e i loro Consulenti, ma ci informano dei loro programmi pieni di numerose iniziative tutte molto innovative. Vi consigliamo di leggerle con attenzione perché sono una

dimostrazione di come la nostra associazione sia viva e proiettata verso le innovazioni, attraverso uno spirito di gruppo e collaborazione. Il nostro caro Editor Giuseppe Di Tano non a caso con il suo editoriale “Song for Beginners”, dedicato a Milton Packer, ci fa riflettere su come, nonostante la sofferenza, si possa costruire una carriera piena di soddisfazione e successi. Di estremo interesse sono i dati dell’8° Censimento delle

strutture Cardiologiche Italiane che sono stati riassunti in un articolo pubblicato nella rubrica Dal Direttivo. Per chi volesse approfondire la lettura ricordiamo che tali dati sono pubblicati in dettaglio nel Supplemento del “Giornale Italiano di Cardiologia” sul numero di Febbraio 2024. L’innovazione non può che partire dai nostri giovani cardiologi, per questo, sono stati dedicati a loro due articoli: uno



sulla attività della Next Generation e l'altro sulla esperienza vissuta da alcuni giovani cardiologi ANMCO negli USA grazie alla collaborazione tra il Chapter italiano e quello della Pennsylvania dell'American College of Cardiology, iniziativa che speriamo diventi un appuntamento fisso della nostra associazione. Il Presidente della nostra Fondazione, Domenico Gabrielli, come sempre ci informa sulle continue iniziative realizzate e questa volta ci presenta *Cardiologie Aperte 2024*, che si sono svolte dal 12 al 18 Febbraio. L'edizione è stata un successo non solo per la partecipazione, ma soprattutto per le numerose attività organizzate, mirate a diffondere le varie problematiche cardiologiche tra la popolazione. Ricordiamo che coloro che si sono impegnati nelle attività previste saranno insigniti del titolo di *Ambasciatrici e Ambasciatori del Tuo cuore*. Il nostro carissimo Dott. Pasquale Caldarola ci presenta il Gruppo di Studio sulla *Responsabilità Professionale e Sicurezza delle Cure* che rappresenta, come sottolineato nel titolo dell'articolo, una sfida culturale che ha come obiettivo la tutela del cittadino paziente. L'articolo è pieno di spunti interessanti che fanno molto riflettere sulla nostra attività. La Regione Campania ci presenta il proprio modello virtuoso sull'utilizzo di *PCSK9-i Fast Track Bedside* nella sindrome coronarica acuta, mentre la Regione Puglia ci riassume gli incontri organizzati sul tema della *interventistica strutturale*. Nella rubrica *Parola di Regione* vengono riportati i dati della Survey *NSTEMI* condotta in 7 Regioni: Trentino Alto Adige, Lazio, Puglia, Sardegna e Veneto, Toscana,

Campania. La Survey fa parte del più ampio progetto *Regioni 3.0*, coordinato dalla Dott.ssa Fabiana Lucà e dal Dott. Alessandro Navazio, che prevede la realizzazione di una serie di Survey nazionali i cui risultati vengono approfonditi in Webinar che coinvolgono a turno tutti i Presidenti Regionali ANMCO e in articoli *ad hoc* per la nostra rivista. Vogliamo inoltre ringraziare il Professore Gianfranco Sinagra per il suo articolo a commento del precedente "*Quali caratteristiche possono rendere più attrattiva una Cardiologia per le nuove generazioni di Cardiologi? - Proposte per la Cardiologia del futuro*" di Gian Luigi Nicolosi. Il Professore fa delle importanti riflessioni non solo sulle criticità organizzative e logistiche del nostro sistema sanitario, ma soprattutto sulla nostra professione. Ci ricorda, infatti, che non è solo un problema di "numeri", ma anche di cultura e di obiettivi, dobbiamo infatti cercare di riconquistare il senso vero dell'essere medico e cardiologo e il rispetto per la globalità dei bisogni del malato. Il Dott. Patrizio Sarto nella sua rubrica *Cardiologia e Sport* ci spiega con una bella metafora "una vita da mediano" come i problemi cardiologici negli sportivi debbano essere affrontati attraverso una conoscenza accurata del rischio dell'atleta con patologia cardiaca affinché l'atleta paziente non diventi un ex atleta, ma un atleta che potrà continuare una sua attività in sicurezza. Il carissimo Dott. Sergio Pede nella sua rubrica "*Nelle pagine di *Cardiologia negli Ospedali* la memoria storica dell'ANMCO*" ci ricorda quanto sia ancora attuale il nostro passato e come la nostra associazione abbia portato avanti tantissimi

progetti ottenendo innumerevoli successi scientifici. "*Giustizia Divina*", introdotto da Giuseppe Di Tano e Mario Chiatto, è il titolo del secondo racconto di Maria Frigerio, che con gran piacere ospitiamo sulla nostra Rivista, premiato nella 16° edizione del premio Cronin 2023; non possiamo che complimentarci con la Dottoressa per i suoi continui successi letterari che consigliamo di leggere con attenzione. Francesca Simonelli e Mario Chiatto ci presentano "*Navigare fin dentro il cuore*" il titolo di un altro interessante libro del Dott. Giuseppe Vergara che consigliamo a tutti gli amanti della storia della medicina. Le ultime pagine della nostra rivista sono dedicate alla memoria di due Professori che hanno fatto la storia della cardiologia italiana Francesco Romeo e Giuseppe Oreto. Nella prefazione Mario Chiatto sottolinea come il Professor Romeo sia stato non solo un luminaire, ma abbia svolto la sua professione con grande dedizione ricordando sempre la sua terra e le sue origini. Il Prof. Ciro Indolfi ripercorre tutti i successi professionali del Professor Romeo e le sue intuizioni che hanno sempre innovato la nostra cardiologia. Giuseppe Di Tano nella sua prefazione sottolinea come il Professor Giuseppe Oreto non sia stato solo una autorità nel campo dell'elettrocardiografia, ma anche un grande maestro che ha lasciato tra i suoi fondamentali insegnamenti quello di non farsi fuorviare dalla prima impressione. Francesco Mario De Rosa nel suo ricordo pieno di aneddoti ci mostra non solo il lato professionale, ma soprattutto quello umano che rimarrà sempre nei nostri cuori.♥



L'8° Censimento delle Strutture Cardiologiche in Italia

A partire dalla metà degli anni '80 l'ANMCO periodicamente fotografa la struttura e l'organizzazione funzionale della cardiologia in Italia con la pubblicazione di un Censimento che a partire dal 1995 è stato svolto con cadenza quinquennale. Nel Supplemento 1 del numero di Febbraio 2024 del Giornale Italiano di Cardiologia è stato pubblicato l'atteso 8° Censimento delle strutture cardiologiche in Italia riferito

all'anno 2022, a distanza di sette anni dal precedente Censimento del 2015 a causa della pandemia Covid-19 che non ha consentito il rispetto della cadenza quinquennale. La metodologia ormai collaudata per la produzione del Censimento ha previsto l'invio di un articolato questionario, revisionato da un apposito Gruppo di Lavoro (*Furio Colivicchi, Alessandro Navazio, Giancarlo Casolo, Alessandra Chinaglia, Leonardo De Luca, Giuseppe Di*

Pasquale, Michele Gulizia, Gerolamo Sibilio, Donata Lucci), a tutte le strutture cardiologiche italiane ospedaliere, universitarie e private accreditate, queste ultime solo se dotate di posti letto cardiologici. La raccolta, la validazione e l'elaborazione della grande mole di dati è stata come di consueto efficacemente coordinata dal Centro Studi ANMCO sotto la guida di Donata Lucci che ha alle spalle l'esperienza di sette Censimenti

Percentuale di risposta

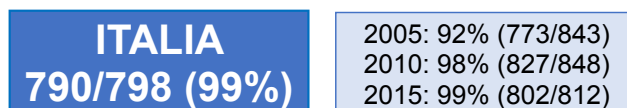
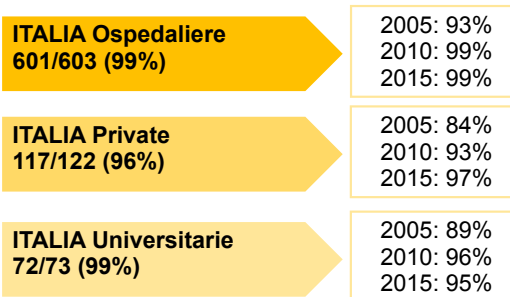
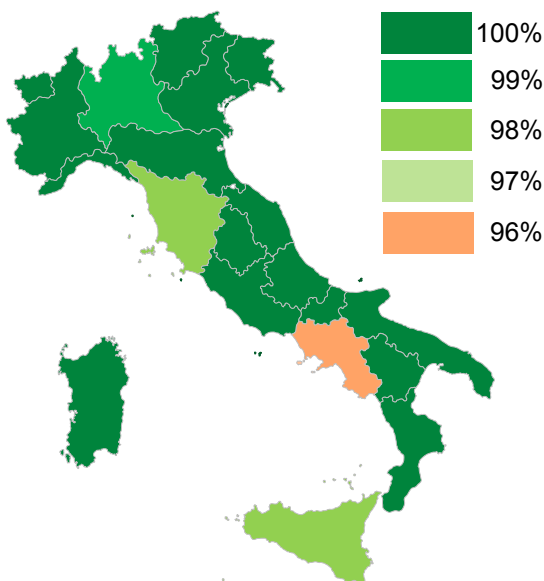


Figura 1 - Partecipazione al Censimento: percentuale di risposta

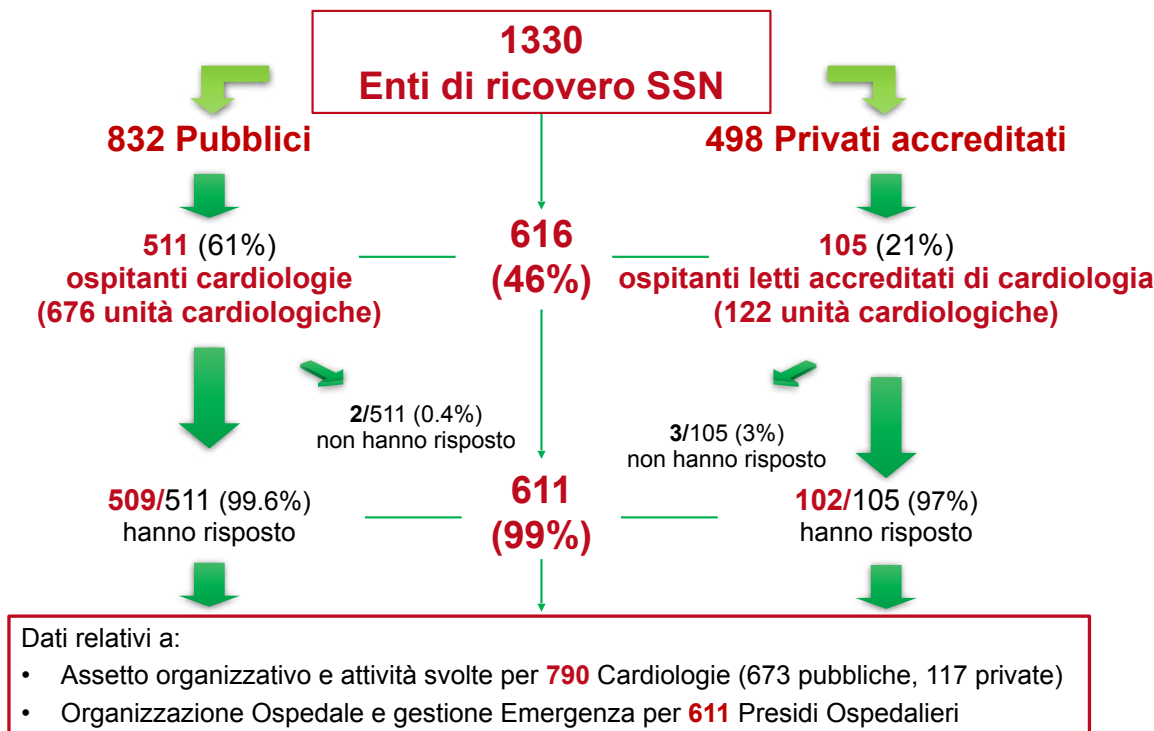


Figura 2 - Strutture di ricovero e partecipazione al Censimento

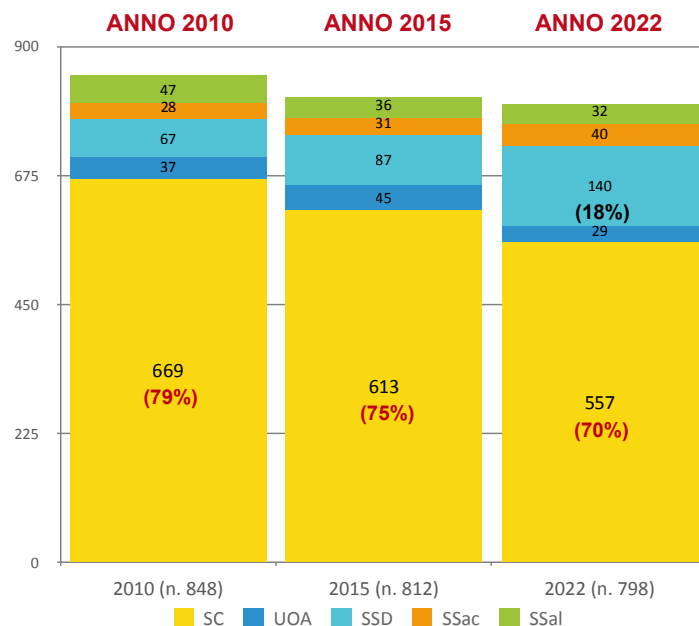
(Raccolta e Analisi Dati: Donata Lucci, Francesca Bianchini, Ester Baldini, Daniele Dall'Osso, Lucio Gonzini, Aldo Maggioni. Segreteria: Barbara Bartolomei, Laura Sarti). Uno dei punti di forza dell'8° Censimento è quello della completezza dei dati dal momento che l'adesione è stata elevatissima pari a 790/798 (99%) Cardiologie (Figure 1 e 2). Il Censimento fornisce dettagliate informazioni relative al numero e la distribuzione geografica delle strutture cardiologiche nel territorio nazionale, il loro stato normativo e assetto organizzativo, le attività svolte, le risorse di personale impiegate, la disponibilità di ambulatori specialistici, attrezzature e tecnologie e lo stato di attuazione delle reti cliniche. Sono stati inoltre rilevati lo stato di attuazione

delle reti formative per i medici in formazione specialistica e la ricerca clinica svolta nelle cardiologie. È stato infine effettuato anche un confronto storico rispetto al Censimento 2015 (Tabella 1) e per alcune informazioni rispetto ai Censimenti del 2005 e del 2010. Nel Censimento 2022 sono anche state raccolte informazioni relative all'impatto della pandemia Covid-19 sull'attività delle cardiologie che sarà oggetto di una successiva pubblicazione.

Una novità assoluta di questo Censimento è l'accordo di collaborazione stabilito dal Past President ANMCO Furio Colivicchi e dal Direttore del Centro Studi ANMCO Aldo Maggioni con l'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) affinché il nuovo Censimento venisse arricchito da una fotografia

aggiornata dello stato di salute cardiovascolare degli italiani. La presentazione dei risultati dell'8° Censimento è pertanto preceduta da un'accurata analisi prodotta dall'ISTAT su quadro demografico e invecchiamento della popolazione in Italia, patologie cardiovascolari e cerebrovascolari, fattori di rischio cardiovascolari e stili di vita anche in funzione del genere, mortalità per malattie del sistema circolatorio e sua evoluzione negli ultimi 15 anni. La contestualizzazione dei dati del Censimento alla luce dello stato di salute cardiovascolare degli italiani rilevato dall'ISTAT offre spunti interessanti di riflessione che sono chiaramente sottolineati nella bella Prefazione del Presidente Fabrizio Oliva. I dati del Censimento sono stati analizzati per regione

Assetto Normativo



SC=Struttura Complessa; UOA=SS autonoma; SD=Struttura Semplice Dipartimentale; SSac=Struttura Semplice Aggregata Cardiologia; SSal=Struttura Semplice Aggregata Medicina/Altro Reparto

Figura 3 - Assetto normativo: variazioni 2010 - 2022

di appartenenza, per macroarea (Nord, Centro, Sud e Isole) e per tipologia di istituzione (ospedaliera, universitaria, privata accreditata). Per alcuni dati oltre ai valori assoluti sono stati espressi i valori per milione di abitanti di popolazione. L'8° Censimento fotografa nel 2022 una realtà caratterizzata da un incremento dell'attività cardiologica rispetto al 2015, in particolare per quanto riguarda le prestazioni di maggiore complessità e alto contenuto tecnologico (emodinamica, interventistica strutturale, elettrofisiologia, imaging cardiologico avanzato) nonostante le difficoltà legate al definanziamento del SSN avvenuto nel decennio 2010-2019. A questo si è aggiunto lo tsunami della pandemia Covid-19 che ha confermato le criticità del

SSN, in particolare nelle risorse umane, nell'assistenza territoriale e nella governance Stato-Regioni che ha amplificato le disuguaglianze regionali. Tutto questo ha avuto un forte impatto anche sulla cardiologia. L'applicazione del DM 70 del 2015 non ha determinato una riduzione significativa delle strutture cardiologiche rispetto al 2015, verosimilmente in relazione al fatto che per la cardiologia non esisteva una ridondanza di strutture. A fronte di un sostanziale mantenimento delle strutture cardiologiche emerge tuttavia rispetto al 2010 e al 2015 una significativa riduzione delle Strutture Complesse con un parallelo incremento delle Strutture Semplici Dipartimentali non sempre afferenti ad un dipartimento cardiologico (Figura 3). Continua

una progressiva riduzione, anche se lieve e inferiore a quella registrata nel 2015, dei posti letto di UTIC e degenza cardiologica e in misura maggiore una riduzione dei posti letto di cardiologia riabilitativa. Tra il 2015 e il 2022 i posti letto complessivi di cardiologia sono diminuiti del 3.5% (-457 posti letto) a fronte di un costante aumento di complessità dei pazienti cardiologici ricoverati. La diffusione del modello organizzativo degli ospedali per intensità di cura è rimasta sostanzialmente invariata rispetto al 2015 e risulta prevalente rispetto al modello tradizionale soltanto in alcune regioni, in particolare Toscana ed Emilia-Romagna. Il personale medico e assistenziale è lievemente aumentato rispetto al 2015, con un incremento che ha riguardato



Tipologia prestazione	2022					2015			
	Italia	Nord	Centro	Sud		Italia	Nord	Centro	Sud
Ospedali con Cardiologia	10.47	9.69	9.87	12.03		11.01	10.27	10.68	12.30
Ospedali con UTIC	6.51	5.78	6.40	7.76		6.58	5.98	6.64	7.38
Ospedali con Cardiochirurgia	1.60	1.68	1.31	1.67		1.50	1.66	1.27	1.43
Ospedali con Chirurgia vascolare	3.70	3.80	3.55	3.67		4.04	4.50	3.43	3.79
Ospedali con Emodinamica	4.60	4.83	4.17	4.59		4.43	4.83	4.11	4.10
Ospedali con PCI h24	4.01	4.24	3.70	3.88		3.64	3.93	3.51	3.33
Ospedali con Interventistica strutturale	3.28	3.51	2.55	3.45		ND	ND	ND	ND
Ospedali con Elettrofisiologia endocavitaria	4.84	4.97	4.40	4.96		4.70	5.15	4.18	4.41
Ospedali che eseguono Ablazioni transcateretere	4.06	4.46	3.39	3.94		3.86	4.36	3.51	3.38
Ospedali che impiantano ICD/CRT	6.93	6.11	6.79	8.25		6.69	6.27	6.72	7.28
Ospedali con Medicina nucleare	2.79	2.60	2.93	2.97		2.62	2.49	2.54	2.87
Ospedali con RM cardiaca	4.33	5.01	3.70	3.78		3.13	3.49	3.36	2.46
Ospedali con TAC coronarica	5.22	5.37	5.55	4.75		3.96	3.82	4.40	3.84

Media nazionale
Valore superiore alla media nazionale
Valore inferiore al dato nazionale, intermedio rispetto alle macroaree
Valore inferiore al dato nazionale, ultimo rispetto alle macroaree

Tabella 1 - Ospedali. Distribuzione per tipologia e macro-area. Confronto 2015 - 2022

in maggior misura le cardiologie universitarie e private accreditate rispetto a quelle ospedaliere. L'incremento di personale, peraltro non proporzionale all'aumento delle attività e alla crescente complessità dei pazienti ricoverati, potrebbe anche essere in relazione all'attivazione di contratti a tempo determinato durante la pandemia Covid-19, non necessariamente stabilizzati dopo la pandemia. Lo stato di attuazione delle reti cliniche registra una diffusa implementazione in tutte le regioni della rete dell'infarto con un'ampia disponibilità dell'angioplastica primaria mentre è ancora insoddisfacente la strutturazione delle altre reti cliniche come ad esempio quella dello shock cardiogeno e delle emergenze aritmiche con un significativo divario Nord/Sud. La

telemedicina nelle sue differenti modalità viene effettuata solo in un quarto delle cardiologie, verosimilmente a causa di un ritardo nell'implementazione delle piattaforme regionali e nazionale. Le esperienze di Intelligenza Artificiale risultano ancora limitate essendo presenti in meno del 10% delle cardiologie.

Dal Censimento emerge infine un'intensa partecipazione delle cardiologie alla ricerca clinica, con un coinvolgimento di circa la metà delle cardiologie, anche ospedaliere, nonostante le difficoltà di risorse e la mancanza di un'adeguata valorizzazione istituzionale di questa attività che ha ricadute importanti sul miglioramento della qualità delle cure. Attraverso la realizzazione del Censimento l'ANMCO conferma di

essere una società scientifica che oltre agli aspetti culturali e alla ricerca clinica ha nel DNA l'attenzione verso gli aspetti organizzativi dell'assistenza cardiologica. I dati periodicamente aggiornati del Censimento costituiscono uno strumento prezioso sia per i responsabili delle strutture cardiologiche che per il decisore pubblico e gli amministratori della sanità del nostro Paese ai fini della programmazione e dell'allocazione delle risorse. ♥

Bibliografia

Fabrizio Oliva, Giuseppe Di Pasquale, Donata Lucci, Leonardo De Luca, Alessandro Navazio, Roberta Crialesi, Pasquale Perrone Filardi, Massimo Grimaldi, Domenico Gabrielli, Aldo Pietro Maggioni, Furio Colivicchi. 8° Censimento delle Strutture Cardiologiche in Italia. Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO). G Ital Cardiol Suppl.1 al N 2 2024.



Dalla pubblicazione della survey sulla radioesposizione all'esperienza negli USA con gli Highlights sull'AHA2023: tanti i frutti delle attività dedicate alla Next Generation ANMCO

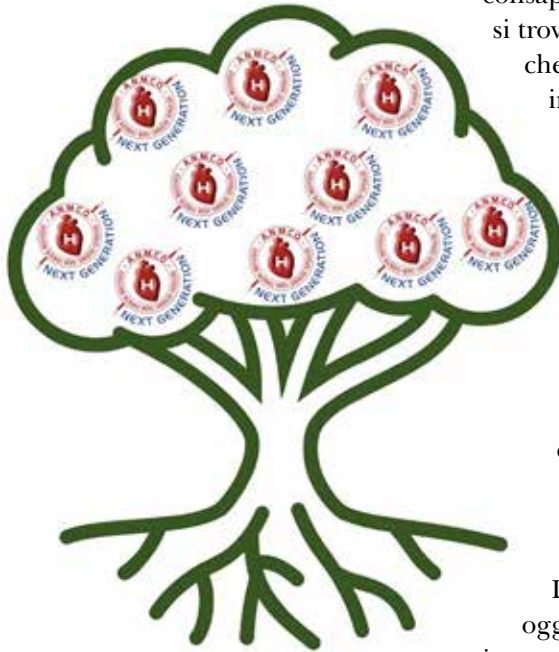
ANMCO Next Generation e le sue primizie

A distanza di quasi 3 anni dall'esordio delle attività ANMCO dedicate alla Next Generation con piacere iniziamo a condividerne i primi frutti maturi. Il Progetto Next Generation ANMCO ideato nel 2021, dall'allora Presidente Furio Colivicchi, è stato disegnato con l'obiettivo di valorizzare il talento della "next generation", ovvero la nuova classe di cardiologi, promuovendone la partecipazione a numerose attività formative¹. Attraverso diverse call sono state raccolte oltre 400 candidature di giovani Soci desiderosi di esser protagonisti delle attività ANMCO. Tra queste, la prima ad essere stata messa in campo è il progetto "Next Generation ANMCO: a clinical research network" guidato da Aldo Maggioni, Direttore del Centro Studi ANMCO. Il progetto ha come obiettivo quello di realizzare una rete di professionisti che attraverso workshop in presenza nel quartier generale ANMCO di Firenze acquisiscono competenze fondamentali nel campo della ricerca clinica². Ad oggi in totale sono state svolte 5 edizioni cui hanno partecipato 76 discenti, di cui 28 donne, età media 35 anni. Con il

supporto dell'attuale Presidente Fabrizio Oliva, ulteriori edizioni sono in via di programmazione. Nel corso delle diverse edizioni, in totale sono stati proposti 80 progetti di ricerca,

alcuni dei quali sono stati presentati al Congresso Nazionale ANMCO del 2022 e del 2023, con 12 partecipanti dei corsi Next Generation che hanno presentato i loro progetti. Inoltre,





gli stessi giovani Soci sono stati anche i componenti della Faculty della Convention dei Giovani Next Generation ANMCO svoltasi il 14 e 15 luglio 2023 a Spoleto. Il progetto è anche il trampolino di lancio per numerose proposte scientifico-editoriali. Tra queste vi è la survey sulla radioesposizione i cui risultati sono stati recentemente pubblicati sull'International Journal of Cardiology³. In particolare, la survey ha indagato l'impatto del genere nei laboratori di emodinamica ed elettrofisiologia in Italia. L'idea nasce dall'osservazione che alcune condizioni specifiche del genere femminile, quali per esempio la maternità, possono rappresentare una barriera per le donne che intraprendono questa carriera, influenzando il loro accesso al lavoro e generando preoccupazioni sulla fertilità e sugli effetti delle radiazioni ionizzanti. Le informazioni raccolte porteranno a una maggiore

consapevolezza delle criticità che si trovano ad affrontare le donne che praticano la cardiologia interventistica. Si auspica che queste informazioni possano essere utilizzate per favorire cambiamenti normativi e investimenti in nuovi modelli organizzativi nei laboratori di cardiologia interventistica per garantire a tutti i lavoratori, indipendentemente dal loro genere, le pari opportunità in termini di carriera nell'ambito della cardiologia interventistica.

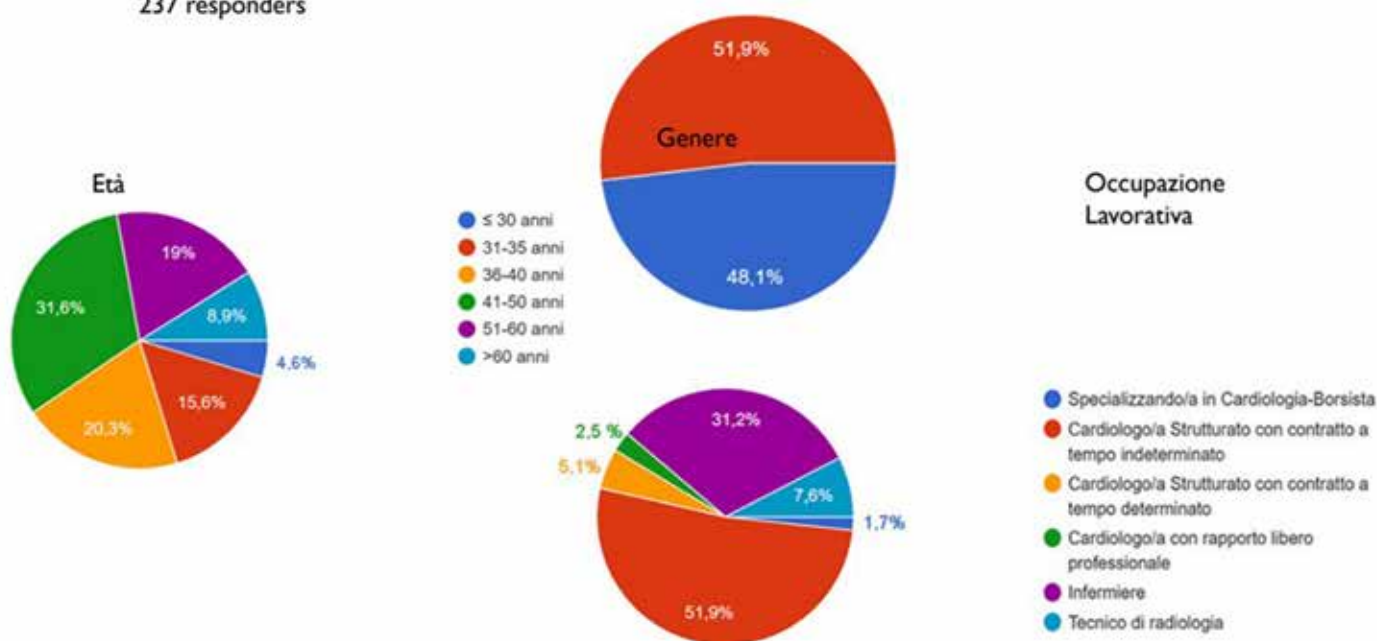
La pubblicazione è stata oggetto anche di commento in un editoriale pubblicato in concomitanza sull'IJC⁴ e presentata sul "Giornale Italiano di Cardiologia"⁵. Il "Giornale Italiano di Cardiologia", punto di riferimento per la comunità cardiologica italiana, è stata il palcoscenico di ulteriori diversi articoli scientifici, frutto delle idee maturate durante i corsi del progetto "Next Generation ANMCO: a clinical research network". Questi articoli offrono un'analisi approfondita delle evidenze fin ora disponibili su diversi temi di rilevanza clinica, aprendo nuove prospettive di diagnosi, cura e prevenzione in ambiti dove sono ancora tante le incertezze. Il contributo di Francesca Giordana et al.⁶ si focalizza sul paziente con trombosi ventricolare sinistra dopo un infarto miocardico acuto. Esplorando evidenze disponibili, incertezze e prospettive future, l'articolo offre una guida preziosa per affrontare una complicanza potenzialmente letale. Stefania Di

Fusco e colleghi⁷ si sono dedicati alla stenosi valvolare aortica degenerativa, cercando soluzioni per una potenziale prevenzione farmacologica. L'articolo firmato da Carloalberto Biolè e colleghi⁸ affronta il tema della dissezione coronarica spontanea, offrendo un aggiornamento sul trattamento e sulle strategie per migliorarne il percorso diagnostico-terapeutico. Il contributo di Francesca Mantovani et al.⁹ ha esplorato la cardiomiopatia atriale come legame tra fibrillazione atriale e ictus. Paolo Morfino et al.¹⁰ hanno affrontato una sfida rilevante nella pratica clinica: il trattamento della fibrosi cardiaca. Chiara Bernelli e collaboratori¹¹ hanno esplorato la rivascolarizzazione percutanea nelle sindromi coronariche acute senza sopraslivellamento del tratto ST, dibattendo se questa debba essere di tipo completo o incompleto. Infine, Giuseppe Ciliberti e colleghi¹² hanno affrontato il tema del MINOCA in una rassegna attualmente in corso di pubblicazione sul "Giornale Italiano di Cardiologia". Con piacere ricordiamo anche altre attività dedicate alla Next Generation ANMCO nel corso degli ultimi due anni. Si tratta dello scambio formativo supportato da ANMCO in collaborazione con l'American College of Cardiology che ha consentito a 5 giovani Soci under 40 di trascorrere nel mese di novembre 2023 due settimane tra Philadelphia e Washington e vivere un'esperienza pratica negli ospedali degli Stati Uniti. E dagli USA i colleghi hanno presentato gli highlights sulle ultime novità dal congresso dell'American Heart Association 2023, disponibili su tv.anmco.it. Altra preziosa



SURVEY POPULATION

237 responders

*Risultati preliminari della Survey sull'impatto del genere nei laboratori di cardiologia interventistica³*

iniziativa che ANMCO ha dedicato alla Next Generation è la Winter Young Renal Week. In questo caso, grazie alla collaborazione con SIN, ANMCO ha messo a disposizione di 15 giovani cardiologi under 40 una settimana di full immersion multidisciplinare tra nefrologia, cardiologia, e diabetologia svoltasi a Napoli dal 3 al 7 dicembre 2023.♥

Bibliografia

- Di Fusco SA, Colivicchi F. Spotlight on Italian Association of Hospital Cardiologists (ANMCO) activity in the 2-year period 2021-2023. *Eur Heart J Suppl* 023;25 (Suppl D):D251-4.
- Di Fusco SA, Maggioni AP, Colivicchi F. A training project to promote clinical research among young cardiologists. *Eur Heart J*. 2022 Jun 1;43(21):2005-2007.
- Bernelli C, Di Fusco SA, Matteucci A, et al. Working in interventional cardiology laboratories: The perceived impact of radiation exposure as a health and gender hazard. A NEXT generation ANMCO initiative. *Int J Cardiol*. 2024 Jan 2;131682.
- Bernelli C, Di Fusco SA, Scicchitano P, et al. Radioesposizione e questioni di genere nei laboratori di cardiologia interventistica italiani. *G Ital Cardiol* 2024;24:1014-1015.
- Pelliccia F, Andò G, Zimarino M. Radiation exposure: An important determinant of sex-related disparities in the catheterization laboratory. *IJC, VOLUME 399, 131681, MARCH 15, 2024*. DOI:<https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2023.131681>
- Giordana F, Bugani G, Camilli M, et al. Il paziente con trombosi ventricolare sinistra dopo infarto miocardico acuto: tra evidenze disponibili, incertezze e prospettive future. *G Ital Cardiol* 2023;24:196-205.
- Di Fusco SA, Borrelli N, Poli S, et al. Stenosi valvolare aortica degenerativa: alla ricerca di una prevenzione farmacologica. *G Ital Cardiol* 2023;24:293-304.
- Biolè C, Giacobbe F, Bianco M et al. La dissezione coronarica spontanea: update sul trattamento e sulle strategie per migliorare il percorso diagnostico-terapeutico. *G Ital Cardiol* 2022;23:611-619.
- Mantovani F, D'Andrea A, Rizzo M, et al a nome dell'Area Cardiointerventistica dell'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO). La cardiomiopatia atriale come legame tra fibrillazione atriale e ictus. Implicazioni cliniche e implicazioni diagnostico-terapeutiche future. *G Ital Cardiol* 2023;24:355-364.
- Morfino P, Aimo A, Castiglione V, et al. Trattamento della fibrosi cardiaca: dagli antagonisti neuro-ormonali alle cellule CAR-T. *G Ital Cardiol* 2023;24:508-520.
- Bernelli C, Campo G, Di Pasquale G, et al. Rivascolarizzazione percutanea nelle sindromi coronariche acute senza sopraslivellamento del tratto ST: completa o incompleta? *G Ital Cardiol* 2024;25:26-35.
- Ciliberti G, Bergamaschi L, Paolisso P, et al. Dieci quesiti in tema di infarto miocardico in assenza di coronaropatia ostruttiva. *G Ital Cardiol* 2024;25 In press.



Il programma prevedeva, oltre alla visita di alcuni ospedali di Philadelphia, la partecipazione a due importanti eventi scientifici

Giovani Cardiologi ANMCO negli Stati Uniti per uno scambio culturale in collaborazione con l'American College of Cardiology

Cinque giovani cardiologi in visita in Pennsylvania, grazie all'impegno dell'ANMCO e alla collaborazione tra il Chapter italiano e quello della Pennsylvania dell'American College of Cardiology, per vivere un'esperienza pratica negli ospedali statunitensi

Un breve resoconto dell'esperienza vissuta da alcuni giovani cardiologi ANMCO negli USA, tra visite ad ospedali, partecipazione ad eventi scientifici ed incontri con colleghi. Partire per l'aeroporto di Fiumicino aveva un sapore di avventura, come lo aveva partire per una gita quando eravamo bambini. Quante sorprese ci stavano aspettando: stavamo partendo per l'America, e per alcuni di noi era la prima volta negli Stati Uniti! Grazie al grande impegno dell'ANMCO (soprattutto nelle persone del Presidente dott. Oliva e del Vice-Presidente dott. De Luca) e alla collaborazione tra il Chapter italiano dell'American College of Cardiology (presieduto



Figura 1 - La delegazione dei giovani cardiologi ANMCO al Congresso dell'American Heart Association 2023. Da sinistra a destra: Lorenzo Nesti, Filippo Zilio, Andrea Matteucci, Srinath Adusumalli (Immediato Past President del Chapter della Pennsylvania dell'ACC), Luca Sgarra, Giulio Mallardi.



dal prof. Colivicchi), e il Chapter della Pennsylvania dell'American College of Cardiology (ACC), nell'estate scorsa era stato possibile fare domanda per partecipare ad una selezione nazionale per una visita pratica agli ospedali della Pennsylvania (USA). Ma chi avrebbe mai davvero creduto di essere scelto! Ci siamo conosciuti in aeroporto e già eravamo in sintonia: cinque giovani medici provenienti da parti diverse dell'Italia con gli stessi sogni, stesse routine di lavoro, stesso amore per la cardiologia e stessa voglia di vivere appieno questa nuova esperienza. L'America è come la si immagina, solo più grande, più rumorosa e più imprevedibile. Abbiamo ricevuto un'accoglienza caldissima con eminenti cardiologi di Philadelphia e membri del board del Chapter della Pennsylvania dell'ACC che si sono presentati in aeroporto a darci il benvenuto o al mattino sotto casa per passeggiare insieme verso l'ospedale sempre con un sorriso; abbiamo partecipato a cene trimalcioniche in ristoranti panoramici (con medici ancora in divisa lavorativa per aver fatto

Questa esperienza non è stata semplicemente un'avventura, bensì un'opportunità pratica di scambio, che ci ha permesso di esplorare direttamente la realtà delle attività cardiologiche americane



Figura 2 - La delegazione dei giovani cardiologi ANMCO al Penn University Hospital. Da sinistra a destra: Lorenzo Nesti, Luca Sgarra, Giulio Mallardi, Andrea Matteucci, Filippo Zilio

tardi a lavoro); abbiamo preso parte alle sessioni scientifiche del congresso nazionale dell'American Heart Association a Philadelphia e del congresso Mid-Atlantic Capital Cardiology Symposium a Washington, dove siamo stati presentati e salutati dal Presidente dell'ACC; abbiamo assistito come "audience" alla Jeopardy (gara di cardiologia tra specializzandi di diverse università); siamo andati ai Jazz bar a discutere di medicina e di musica con mentori formidabili. Siamo riusciti a dedicare del tempo anche all'aspetto turistico, partecipando a visite guidate a Philadelphia e a Washington organizzate per noi. Tuttavia, va sottolineato che questa esperienza non è stata semplicemente un'avventura, bensì un'opportunità pratica di scambio, che ci ha permesso di esplorare direttamente la realtà delle attività cardiologiche americane. La nostra giornata

iniziava la mattina presto con la visita guidata ai diversi ospedali della città, dove potevamo cogliere sia le differenze sia le similitudini con gli ospedali italiani. Gli ospedali statunitensi appaiono molto grandi - come del resto tutto laggiù. In alcune istituzioni come la Penn e la Temple University, è possibile fare ogni cosa a chiunque ne abbia bisogno: solo per citarne alcune, terapie per lo scompenso avanzato come LVAD, RVAD, ECMO, test ultra-specialistici come il test cardiopolmonare invasivo con catetere Swan-Ganz anche per decidere se è possibile rimuovere un LVAD. Gli specializzandi fanno turni lunghissimi e hanno molte responsabilità; inoltre, la sottospecializzazione (scompenso, elettrofisiologia, emodinamica) viene scelta e praticata per uno o due anni dopo aver fatto tre anni di medicina interna e due anni di cardiologia, con esame di abilitazione che deve essere rinnovato ogni



5-10 anni. C'è molto personale infermieristico e amministrativo, ed in ecocardiografia sono molti i sonographer; vi è abbondante uso della tecnologia. L'impressione è che da specializzandi in questi centri si possa imparare a fare qualsiasi cosa. Gli specializzandi ruotano anche negli ospedali pubblici, come il Veteran Affairs (che ci è sembrato più simile ai nostri ospedali). Infatti, come si sa, il sistema sanitario americano è privato: l'ospedale a cui è possibile accedere dipende dall'assicurazione disponibile. I volumi di attività degli ospedali sono enormi, e questo facilita

Ci portiamo a casa un senso di meraviglia e una rinnovata voglia di fare di più e meglio, ispirati da questo spiraglio su un mondo che non è poi così lontano dal nostro

notevolmente l'attività di ricerca. In ogni caso, ovunque la formazione ha un ruolo centrale: vi è una costante attenzione all'aggiornamento scientifico e alla discussione di casi clinici. Durante la pausa pranzo, quotidianamente si svolgono riunioni

in cui una figura di spicco nel campo presenta un argomento (abbiamo avuto la fortuna e il privilegio di partecipare alla lezione di Cardiologia tenuta dalla prof. Bonnie Ky, professoressa presso l'Università della Pennsylvania ed Editor-in-Chief di JACC-Cardioncology), oppure vengono analizzati e discussi casi clinici particolari. Il tutto proprio mentre si condivide il pranzo tra specializzandi, medici e professori. Inoltre, molti professori sono giovani e forse anche per questo siamo riusciti ad instaurare dei rapporti informali che ci hanno permesso di avere belle discussioni riguardo



Figura 3 - La delegazione dei giovani cardiologi ANMCO al Temple Hospital. Da sinistra a destra: Pravin Patil (Professore e direttore del programma di Specializzazione in Cardiologia alla Temple University), Lorenzo Nesti, Filippo Zilio, Luca Sgarra, Giulio Mallardi, Andrea Matteucci, Sabrina Islam (Segretario-Tesoriere del Chapter della Pennsylvania dell'ACC).

La collaborazione tra ANMCO e American College of Cardiology ha permesso a noi 5 giovani cardiologi selezionati tra candidature pervenute di partecipare ad un'esperienza di visita agli ospedali di Philadelphia, negli Stati Uniti. La nostra permanenza è stata una continua scoperta, permettendoci di incontrare ed interagire con colleghi di grande prestigio, oltre a partecipare a due diversi interessanti congressi. Molte sono state le differenze emerse nelle pratiche mediche, nella struttura degli ospedali e nel sistema sanitario statunitense, ma anche molte le similitudini. Al ritorno ci portiamo un bagaglio di conoscenze, di rapporti di amicizia e collaborazione, e una maggior consapevolezza sulla pratica medica internazionale, e siamo ispirati da un rinnovato desiderio di migliorare continuamente la nostra attività.

i nostri paesi e la cardiologia. Purtroppo, il nostro tempo in America è giunto al termine molto velocemente. Abbiamo creato dei buoni rapporti con le persone che abbiamo incontrato scambiandoci i contatti con la promessa di risentirci: chi lo sa se un giorno non torneremo a trovarli. Ci portiamo a casa un senso di meraviglia e una rinnovata voglia di fare di più e meglio, ispirati da questo spiraglio su un mondo che non è poi così lontano dal nostro. Il toccare con mano una

cultura e una organizzazione diversa del nostro servizio sanitario ci ha sicuramente arricchiti, così come l'incontro con personalità eminenti della cardiologia oltreoceano ha dato un respiro internazionale non solo al viaggio, ma anche alla nostra visione del mondo. In ultimo, ma non certo per importanza, abbiamo stretto un'amicizia tra noi colleghi di varie parti d'Italia, scambiando idee e costruendo le basi per future collaborazioni. La seconda parte dello scambio prevede l'arrivo in

Italia di una delegazione di giovani cardiologi dalla Pennsylvania, nella primavera 2024: ci auguriamo di riuscire ad offrire anche a loro altrettanti stimoli! Da ultimo, cogliamo l'occasione per ringraziare i Direttori dei nostri reparti e i nostri colleghi che ci hanno supportato e soprattutto ancora l'ANMCO e il Chapter Italiano dell'ACC per quest'opportunità unica: è stato un grande successo e un importante spunto per il domani. ♥



Figura 4 - Serata di gala a Philadelphia. Da sinistra a destra: Luca Sgarra, Srinath Adusumalli (Immediato Past President del Chapter della Pennsylvania dell'ACC), Marietta Ambrose (Presidente eletto e Responsabile della formazione del Chapter della Pennsylvania dell'Est dell'ACC), Lorenzo Nesti, Michela Faggioni (Cardiologo interventista al Penn University Hospital), Victor Ferrari (Past President del Chapter della Pennsylvania dell'ACC), Giulio Mallardi, Paul Casale (Responsabile relazioni internazionali del Chapter della Pennsylvania dell'ACC), Andrea Matteucci, Filippo Zilio.



Cardiologie Aperte 2024: la conferma di un grande successo

CARDIOLOGIE APERTE 2024
IL SAN CAMILLO INCONTRA I CITTADINI

LUNEDÌ
12 FEBBRAIO 2024

DALLA PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE
ALLO SCOMPENSO CARDIACO,
SENZA DIMENTICARE LA CARDIOPATIA ISCHEMICA

MODERANO
V. PIAZZA
L. DE LUCA

ORE 14.30 INTRODUZIONE (N. MOSTARDA, G. DE CAROLIS)
ORE 15.00 COSA BISOGNA SAPERE SULLA PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE (E. NATALIZI)
ORE 15.20 COSA BISOGNA SAPERE SULLO SCOMPENSO CARDIACO (D. GABRIELLI)
ORE 15.40 COSA BISOGNA SAPERE SULLA CARDIOPATIA ISCHEMICA (M. PENNACCHI)
ORE 16.00 COME RIDURRE L'IMPATTO CLINICO DELLA MORTE IMPROVVISA CARDIACA (S. PETROCATI)
ORE 16.30 - 18.00 DOMANDE APERTE DAL PUBBLICO

MARTEDÌ
13 FEBBRAIO 2024

CARDIOLOGIA DI GENERE E CARDIONCOLOGIA,
SENZA DIMENTICARE LA FIBRILLAZIONE ATRIALE

MODERANO
R. PUTINI
F. LILLA DELLA MONICA

ORE 14.30 INTRODUZIONE (N. MOSTARDA, G. DE CAROLIS)
ORE 15.00 COSA BISOGNA SAPERE SULLA CARDIONCOLOGIA (I. RIVICIGLIA)
ORE 15.20 COSA BISOGNA SAPERE SULLA CARDIOLOGIA DI GENERE (D. GABRIELLI)
ORE 15.40 COSA BISOGNA SAPERE SULLA FIBRILLAZIONE ATRIALE (A. AVELLA)
ORE 16.00 GLI AMBULATORI SPECIALISTICI DEL SAN CAMILLO,
QUALI OPZIONI PER QUALI PATOLOGIE (G. PUGIGNANO, F. RE, A. TERRANOVA)
ORE 16.30 - 18.00 DOMANDE APERTE DAL PUBBLICO

PRESSO ALLA MAGNA
AGAZIO MENNITI DEL SAN CAMILLO
PADIGLIONE PUGGIO

REGIONE LAZIO AZIENDA OSPEDALIERA SAN CAMILLO FORLANNO

Figura 1

Cari Colleghe e Colleghi, Cari Tutti,
l'edizione di Cardiologie Aperte 2024, dal 12 al 18 febbraio, è stata veramente scoppiettante; grazie al vostro aiuto, a tal proposito confermo che coloro che si sono

impegnati nelle attività previste saranno insigniti del titolo di Ambasciatrici e Ambasciatori del Tuo cuore. Il format molto originale che ha previsto durante la settimana giornate dedicate ai cinque temi individuati (cardiologia di genere e cardioncologia

di genere, cardioncologia, prevenzione cardiovascolare, fibrillazione atriale, scompenso cardiaco), si è dimostrato di estremo interesse e ha avuto un impatto mediatico molto significativo, dando anche in qualche modo risposte ai bisogni di salute variegati dei cittadini interessati. Nei giorni di Cardiologie Aperte più di 600 cardiologhe e cardiologi, appartenenti a circa 200 cardiologie ospedaliere e universitarie italiane, hanno risposto, per più di 1.300 ore alle domande dei cittadini che si sono rivolti al numero verde indicato. In molte cardiologie si sono tenuti incontri di sensibilizzazione e informazione alla popolazione sulle problematiche indicate (Figure 1, 2, 3, 4 e 5). In taluni casi si sono organizzate camminate della salute (Figura 6). Per quanto riguarda la copertura mediatica, in ogni regione si è avuto accesso nel corso della settimana a Buongiorno Regione su RAI 3 per illustrare l'iniziativa, ci sono state interviste sulle principali reti televisive nazionali (Figure 7 e 8). Ci sono state molte interviste radiofoniche. La copertura sui social è stata capillare con varie dirette Facebook, plurigiornalieri post su Instagram, Facebook, una mia breve intervista sullo scompenso cardiaco mandata su TickTock ha avuto più

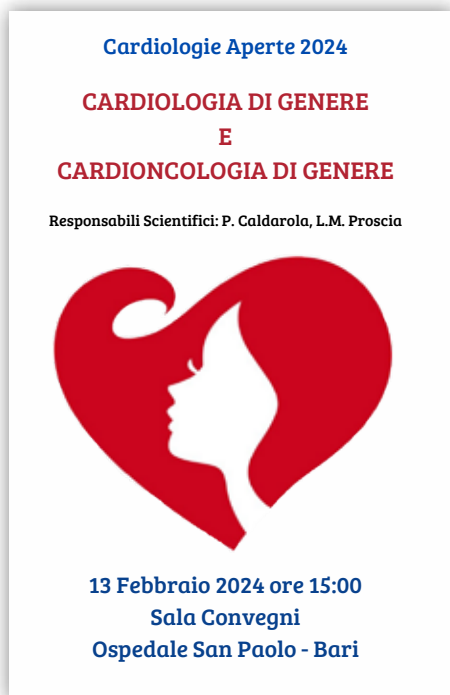


Figura 2

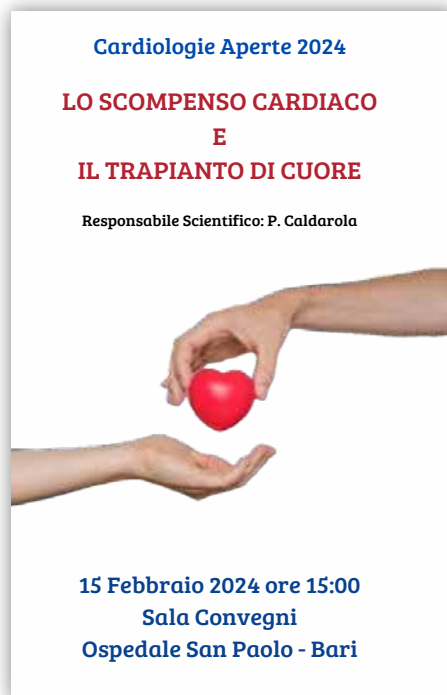


Figura 3

di 110.000 visualizzazioni in due giorni. La cosa a mio parere più bella è che si è cercato di coinvolgere tutti i volontari, sia nella fase di preparazione della manifestazione (con una riunione su zoom molto partecipata) e coinvolgendo tutte le realtà regionali interessate con le interviste a RAI Regione e le Aree ANMCO di interesse per i post e le interviste, questo creda che vada nell'ottica di far sentire tutti partecipi della nostra Fondazione, confermando ancora una volta l'unitarietà e la compattezza del mondo ANMCO. Abbiamo approfittato della iniziativa di Cardiologie Aperte per lanciare mediaticamente la splendida iniziativa del Passaporto Cardioncologico (Figura 9), che dobbiamo alla eccellente intuizione



Figura 4

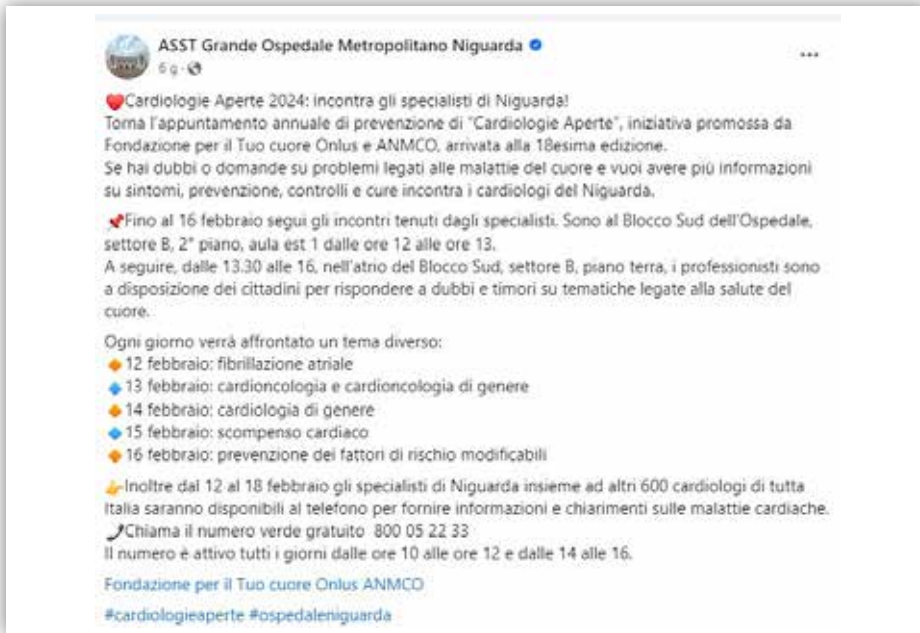


Figura 5

dell'Area CardiOncologia ANMCO e in particolare di Irma Bisceglia; l'iter autorizzativo sta procedendo e speriamo di poter partire almeno in forma pilota in alcuni dei centri

cardioncologici ad alto volume, stiamo provvedendo a presentare l'iniziativa in sede istituzionale, sperando di ottenere l'endorsement per facilitare il percorso. In ultimo,



Figura 6

ma non ultimo, il giorno 8 marzo proseguirà, nella prestigiosa aula del Ministero della Salute di Roma, la campagna di Cardiologia di Genere, con un congresso che vedrà



Figura 7



Figura 8



Figura 9

protagoniste le cardiologhe ANMCO e che si aggiungerà alla conferenza stampa prevista nella stessa sede (Figura 10). Sempre nell'ambito della Cardiologia di Genere mi preme ricordare l'evento che si terrà l'8 e il 9 marzo prossimi dal titolo *Per il Cuore delle Donne* che si svolgerà, il primo giorno, presso il Teatro Comunale "Costantino Parravano" di Caserta, mentre il secondo giorno presso l'Azienda Ospedaliera di Caserta e si sostanzierà in screening gratuiti rivolti alla popolazione femminile (Figura 11). Dopo questo *excursus* su alcune delle attività della Fondazione, vi saluto cordialmente anche a nome del CDA della Fondazione, ringraziandovi

Figura 10

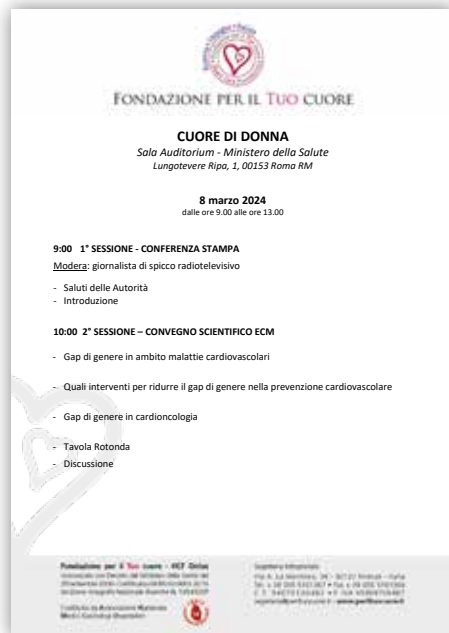


Figura 11

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 (Figura 12).♥

Figura 12



Studi in corso (DATI AGGIORNATI AL 05/02/2024)

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 5.856	Fino al 2025	Arruolamento chiuso Follow-up in corso
<u>BRING-UP 3</u> <u>SCOMPENSO</u> (osservazionale)	187	5.000 per fase 1 5.000 per fase 2	Fase 1: 4.251	1 anno per ogni fase	Arruolamento in corso Follow-up in corso
<u>BRING-UP Prevenzione</u> (osservazionale)	198	3.000 per fase 1 3.000 per fase 2	Fase 1: 3.788	1 anno per ogni fase	Arruolamento in corso Follow-up in corso
<u>EYESHOT-2</u> (osservazionale)	182	3.000	139	<i>No follow-up</i>	Arruolamento in corso
EMPA-KIDNEY In collaborazione con oxford University EMPA-KIDNEY – on treatment Phase EMPA Kidney – Post Trial Follow-up Phase	19 (229)	500 (6.000)	246 (6.669)	Event driven	Chiuso
	17 (229)	NA	246 (6.669)	2 anni	In corso



Studi conclusi (DATI AGGIORNATI AL 05/02/2024)

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
<u>BLITZ-AF CANCER</u> (osservazionale)	77 (112)	800 (1.500)	961 (1.514)	1 anno	Arruolamento chiuso Follow-up chiuso
<u>GISSI Outliers CAPIRE</u> (osservazionale)	11	800	544	10 anni	Arruolamento chiuso Follow-up chiuso

Studi di prossima attuazione (DATI AGGIORNATI AL 05/02/2024)

Nome dello Studio	N° centri previsti Italia (tutto il mondo)	N° pazienti previsti dal protocollo Italia (tutto il mondo)	Durata prevista del follow-up
<u>COLT-HF</u>	15 (71)	300 (2.500)	Event driven
<u>AFFIRMO</u> (Cluster RCT)	10 (50)	1.250	1 anno
<u>BRAVE</u> (open label RCT)	4 (50)	120 (2.000)	Event driven
<u>EASI-KIDNEY</u>	30 (400/500)	350 (11.000)	Event driven

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

FOCUS ON

AFFIRMO RCT

AFFIRMO Steering Committee

Gregory YH Lip (Chairman), Gheorghe-Andrei Dan, Lars Frost, Carrol Gamble, Søren Paaske Johnsen, Aldo Pietro Maggioni, Francisco Marin Ortuno, Tatjana Potpara, Marco Proietti, Mariya Petkova Tokmakova.

La *Fondazione per il Tuo cuore* – ONLUS partecipa, nell'ambito di *European Union's Horizon 2020 Research and Innovation Programme*, al Progetto **AFFIRMO** in qualità di Promotore e Coordinatore del protocollo AFFIRMO RCT. Si tratta di uno studio internazionale, multicentrico, randomizzato a cluster, controllato in aperto, che ha come obiettivo quello di valutare se in pazienti anziani affetti da Fibrillazione Atriale (FA) e ulteriore multimorbidità, una strategia strutturata e multidisciplinare, implementata utilizzando una piattaforma digitale (iABC), determina un beneficio in termini di outcome e qualità della vita rispetto alla *Usual Care*.

Partecipano ad AFFIRMO l'Italia e altri 5 Paesi Europei: Bulgaria, Danimarca, Romania, Serbia e Spagna. Il Centro Studi ANMCO è il Centro di Coordinamento Centrale (CCC). Ogni Paese parteciperà con 6-10 Centri, ciascuno dei quali arruolerà 25 pazienti nell'arco di 12 mesi. L'iter regolatorio è già concluso e la fase di arruolamento dei pazienti inizierà dopo la formazione dei centri, prevista nei mesi di Febbraio e Marzo 2024 con Investigator Meeting nazionali.

Trattandosi di uno studio randomizzato

a cluster, non saranno i singoli pazienti ad essere randomizzati, ma ogni Centro partecipante: l'assegnazione casuale di un Centro ad *Usual Care* piuttosto che ad *iABC* viene effettuato dopo la conclusione della fase etico-regolatoria in ogni Paese.

Lo studio prevede complessivamente l'arruolamento di 1.250 pazienti di entrambi i sessi ed età ≥ 65 anni, con FA ed una o più comorbidità tra le seguenti: ipertensione (trattata con almeno 2 farmaci antiipertensivi), CAD, PAD, scompenso cardiaco, ictus/TIA, diabete, BPCO, insufficienza renale cronica. Ciascun paziente verrà rivisto in follow-up a 3, 6 e 12 mesi. End-point primario è l'ospedalizzazione (non programmata) per tutte le cause su un periodo di follow-up di 12 mesi. End-point secondari sono i seguenti: "end-point composito" di ictus ischemico non fatale, TIA e morte cardiovascolare; mortalità per tutte le cause; mortalità per tutte le cause e ricoveri per tutte le cause (programmati e non programmati); nuova diagnosi di scompenso o un peggioramento dello stesso che richiede ospedalizzazione; emorragie maggiori secondo la definizione ISTH; emorragie intracraniche; comparsa di disfunzione renale o rilevante peggioramento della funzione renale; qualità della vita; aderenza alla terapia farmacologica; livello di aderenza alla piattaforma iABC; attività fisica; livello di empowerment/coinvolgimento del paziente.



Foto di Cottonbro Studio | www.pexels.com



PRESIDENTE

FABRIZIO OLIVA

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



VICE PRESIDENTE

LEONARDO DE LUCA

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



VICE PRESIDENTE

ALESSANDRO NAVAZIO

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



PAST PRESIDENT

FURIO COLIVICCHI

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



PRESIDENTE DESIGNATO

MASSIMO GRIMALDI

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



SEGRETARIO GENERALE

MARCO CORDA

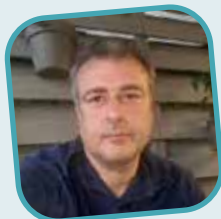
Azienda di Rilievo Nazionale ed Alta
Specializzazione "G. Brotzu"
Cardiologia con UTIC
Piazzale Alessandro Ricchi 1
09134 Cagliari
Tel. 070/539510, Fax 070/531400
marcuscorda70@gmail.com



TESORIERE

CLAUDIO BILATO

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



CONSIGLIERE

MASSIMO DI MARCO

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



CONSIGLIERA

GIOVANNA GERACI

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



CONSIGLIERE

ATTILIO IACOVONI

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



CONSIGLIERE

MASSIMO MILLI

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



CONSIGLIERE

VITTORIO PASCALE

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



CONSIGLIERE

CARMINE RICCIO

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



CONSIGLIERE

PIETRO SCICCHITANO

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



CONSIGLIERE

EMANUELE TIZZANI

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



Carlo Pignalberi

AREA ARITMIE

Chairperson
Carlo Pignalberi - Roma
Co-Chairperson
Martina Nesti - Pisa
Comitato di Coordinamento
Matteo Casula - Cagliari
Sebastiano Lumera - Vittoria (Ragusa)
Fabrizio Pizzetti - Casale Monferrato (Alessandria)
Franco Cataldo Zoppo - Venezia
Consulenti
Raimondo Calvanese - Napoli
Rossella Troccoli - Bari
Medical Writer
Andrea Matteucci - Roma



Andrea Montalto

AREA CARDIOCHIRURGIA

Chairperson
Andrea Montalto - Caserta
Co-Chairperson
Giovanni Casali - Novara
Comitato di Coordinamento
Giovanni Concistrè - Massa
Bruno Merlanti - Milano
Stefano Pelenghi - Pavia
Giuseppe Raffa - Palermo
Consulente
Agostino La Marca Giordano - Caserta



Iris Parrini

AREA CARDIOGERIATRIA

Chairperson
Iris Parrini - Torino
Co-Chairperson
Nadia Ingianni - Trapani
Comitato di Coordinamento
Carlo Ammendolea - Belluno
Stefano Cacciatore - Roma
Donatella Del Sindaco - Roma
Laura Pezzi - Pescara
Consulenti
Felicità Andreotti - Roma
Maddalena Lettino - Monza
Carmelo Massimiliano Rao - Reggio Calabria



Benedetta Carla De Chiara

AREA RADIOIMAGING

Chairperson
Benedetta Carla De Chiara - Milano
Co-Chairperson
Francesca Musella - Pozzuoli (Napoli)
Comitato di Coordinamento
Sara Calamelli - Mirano (Venezia)
Francesco Piroli - Reggio Emilia
Francesca Sani - Firenze
Daniela Zabbia - Erice (Trapani)
Consulente
Serena Guasti - Milano



Maria Teresa Manes

AREA CARDIOLOGIA DI GENERE

Chairperson
Maria Teresa Manes - Cosenza
Co-Chairperson
Antonia Mannarini - Bari
Comitato di Coordinamento
Daniela Aschieri - Piacenza
Noemi Bruno - Roma
Sara Cocozza - Benevento
Georgette Khoury - Terni
Consulenti
Daniela Pavan - Pordenone
Angela Beatrice Scardovi - Roma



Fortunato Scotto di Uccio

AREA CARDIOLOGIA INTENSIVA ED INTERVENTISTICA

Chairperson
Fortunato Scotto di Uccio - Napoli
Co-Chairperson
Alice Sacco - Milano
Comitato di Coordinamento
Francesco Bacchion - Legnago (Verona)
Nicolo Ghionzoli - Siena
Amir Kol - Rieti
Pietro Pieri - Palermo
Consulente
Mauro Pennacchi - Roma



Gabriele Egidy Assenza

AREA CARDIOLOGIA PEDIATRICA E DEL CONGENITO ADULTO

Chairperson
Gabriele Egidy Assenza - Bologna
Co-Chairperson
Rachele Adorisio - Roma
Comitato di Coordinamento
Elena Bennati - Firenze
Luca Giugno - Milano
Raffaella Marzullo - Napoli
Lilia Oreto - Messina
Consulenti
Giovanni Di Salvo - Padova
Maria Giovanna Russo - Napoli
Senior Advisor
Stefano Domenicucci - Genova



Maria Laura Canale

AREA CARDIONCOLOGIA

Chairperson
Maria Laura Canale - Lido di Camaiore (LU)
Co-Chairperson
Stefano Oliva - Bari
Comitato di Coordinamento
Marzia De Biasio - Udine
Alessandra Greco - Pavia
Alessandro Inno - Negrar di Valpolicella (VR)
Andrea Tedeschi - Piacenza
Consulenti
Irma Bisceglia - Roma
Nicola Maurea - Napoli
Medical Writer
Luigi Tarantini - Reggio Emilia



Massimo Iacoviello

AREA CARDIORENALE E METABOLICA

Chairperson
Massimo Iacoviello - Foggia
Co-Chairperson
Geza Halasz - Roma
Comitato di Coordinamento
Ilaria Battistoni - Ancona
Marco Cittar - Trieste
Emilia D'Elia - Bergamo
Gianluigi Tagliamonte - Pozzuoli (Napoli)
Consulenti
Manuela Benvenuto - Teramo
Daniele Masarone - Napoli



Pier Luigi Temporelli

AREA CRONICITÀ CARDIOLOGICA

Chairperson
Pier Luigi Temporelli - Veruno
Co-Chairperson
Chiara Dalla Valle - Arzignano (Vicenza)
Comitato di Coordinamento
Alfredo Madrid - Napoli
Marco Mojoli - Pordenone
Massimiliano Rizzo - Roma
Marco Zuin - Ferrara
Consulenti
Francesco Ciccirillo - Lecce
Catia De Rosa - Torino
Alessandro Maloberti - Milano



Roberto Ceravolo

AREA EPIDEMIOLOGIA CLINICA

Chairperson

Roberto Ceravolo - Lamezia Terme (Catanzaro)

Co-Chairperson

Sandro Gelsomino - Maastricht (Paesi Bassi)

Comitato di Coordinamento

Marta Chiarandà - Catania
Gianfranco Frigo - Padova
Caterina Imbesi - Reggio Calabria
Francesca Lanni - Avellino

Consulenti

Maurizio Giuseppe Abrignani - Marsala (Trapani)
Alessandro Carbonaro - Catania



Simona Giubilato

AREA MANAGEMENT & QUALITÀ

Chairperson

Simona Giubilato - Catania

Co-Chairperson

Roberta Rossini - Cuneo

Comitato di Coordinamento

Francesco Borrello - Catanzaro
Antonio Di Monaco - Acquaviva delle Fonti (Bari)

Nicola Gasparetto - Treviso

Filippo Zilio - Trento

Consulenti

Laura Gatto - Roma
Carlotta Sorini Dini - Siena

Medical Writer

Roberta Della Bona - Genova



Giuseppe Ciliberti

AREA GIOVANI

Chairperson

Giuseppe Ciliberti - Ancona

Co-Chairperson

Federico Fortuni - Foligno (Perugia)

Comitato di Coordinamento

Luca Franchin - Udine
Michele Magnesa - Barletta
Antonella Spinelli - Roma
Enrica Vitale - Siena

Consulenti

Stefano Cangemi - Erice (Trapani)
Stefano Cornara - Savona



Sara Doimo

AREA NURSING E PROFESSIONI SANITARIE

Chairperson

Sara Doimo - Pordenone

Co-Chairperson

Alberto D'Alleva - Pescara

Chairperson Infermieristico

Simone Cappannelli - Gubbio (Perugia)

Co-Chairperson Infermieristico

Elia Stocchi - Arezzo

Comitato di Coordinamento

Stefano Albani - Aosta

Filippo Angelini - Torino

Barbara Cefalo - Avellino

Marianna Maggi - Bologna

Consulenti

Elisabetta Loverre - Altamura (Bari)
Donatella Radini - Trieste



Simone Cappannelli

AREA PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE

Chairperson

Stefania Angela Di Fusco - Roma

Co-Chairperson

Vered Gil Ad - Genova

Comitato di Coordinamento

Donatella Armata - Cefalù (Palermo)

Silvia Castelletti - Milano

Daniela Chiappetta - Cosenza

Ivana Pariggiano - Caserta

Consulente

Luigi Pollarolo - Casale Monferrato (Alessandria)



Stefania Angela Di Fusco



Andrea Garascia

AREA MALATTIE DEL CIRCOLO POLMONARE

Chairperson

Andrea Garascia - Milano

Co-Chairperson

Laura Scelsi - Pavia

Comitato di Coordinamento

Chiara Minà - Palermo
Daniele Prati - Verona
Martina Primavera - Pescara
Roberta Scotto - Cagliari

Consulenti

Claudia Baratto - Milano
Iolanda Enea - Caserta
Claudio Picariello - Rovigo

AREA MALATTIE RARE

Chairperson

Susanna Grego - Lugano (Svizzera)

Co-Chairperson

Stefania Marazia - Lecce

Comitato di Coordinamento

Paolo Desalvo - Cuneo
Piero Gentile - Milano
Giuseppe Palmiero - Napoli
Federica Toto - Roma

Senior Advisor

Cristina Chimenti - Roma



Susanna Grego



Mauro Gori

AREA SCOMPENSO CARDIACO

Chairperson

Mauro Gori - Bergamo

Co-Chairperson

Vittorio Palmieri - Caserta

Comitato di Coordinamento

Luisa De Gennaro - Bari

Concetta Di Nora - Udine

Paolo Manca - Palermo

Maria Vittoria Matassini - Ancona

Consulenti

Matteo Bianco - Orbassano (Torino)

Vittoria Rizzello - Roma

Maria Denitza Tinti - Roma

Medical Writer

Renata De Maria - Milano



L'uomo ha paura di ciò che non conosce (o conosce poco)

La nuova Area Aritmie dell'ANMCO si presenta agli amici cardiologi ospedalieri

Lo scopo delle iniziative che vorremo proporre è diffondere la cultura aritmologica tra i nostri colleghi non aritmologi, per dar loro una mano nella pratica clinica quotidiana

Siamo quelli dell'Area Aritmie

Carlo Pignalberi (Chairperson)

Romano, classe 1964, in attività attualmente presso l'Ospedale San Filippo Neri di Roma, dove si occupa prevalentemente di elettrostimolazione. Fellow ANMCO da molti anni, ha eseguito diverse attività nell'Associazione; negli ultimi due bienni ha fatto parte del Comitato di Coordinamento dell'Area Aritmie e successivamente è stato Co-Chairperson.

Martina Nesti (Co-Chairperson)

Classe 1984, Cardiologo - Elettrofisiologo alla Fondazione Toscana Gabriele Monasterio di Pisa. Ha iniziato il suo percorso in ANMCO due bienni fa nell'Area Aritmie come consulente e successivamente nel Comitato di Coordinamento.

Matteo Casula (Comitato di Coordinamento)

Cardiologo-Elettrofisiologo, con interesse principale verso l'elettrofisiologia e le canalopatie. Lavora presso la S.C. di Cardiologia con UTIC dell'ARNAS "G.

L'aritmologia è sempre stata considerata la Cenerentola della Cardiologia, sin dagli studi universitari

A seguito di ciò, i cardiologi non aritmologi gestiscono con difficoltà i pazienti con questo tipo di patologie. Per tale ragione, vorremmo dar loro un supporto per un approccio più sicuro e consapevole

Brotzu" di Cagliari dove si occupa prevalentemente della gestione dei pazienti aritmologici. In questa struttura si erogano prestazioni di aritmologia, cardio-stimolazione ed elettrofisiologia.

Sebastiano Lumera (Comitato di Coordinamento)

Direttore UOC di Cardiologia e

UTIC, presso l'ospedale "Riccardo Guzzardi" di Vittoria (RG). Si occupa di elettrostimolazione ed elettrofisiologia con ablazione transcateretere.

Fabrizio Luigi Pizzetti (Comitato di Coordinamento)

Responsabile Cardiologia interventistica e Syncope Unit dell'Ospedale Santo Spirito di Casale Monferrato. Attività principali: impiantistica aritmologica (ILR/PM/ICD/CRT) ed aritmologia clinica.

Franco Cataldo Zoppo (Comitato di Coordinamento)

Laurea Medicina e Chirurgia Università degli Studi di Padova (1995). Specializzazione in Cardiologia all'Università degli Studi di Padova (2000). Dottorato di Ricerca PhD all'Università degli Studi di Padova (2013), Fellow European Society of Cardiology dal 2007 (FESC), Fellow Associazione Italiana Aritmologia e Cardioritmologia (AIAC) dal 2023.



Raimondo Calvanese (Consulente dell'Area)
 Napoletano, classe 1972,
 Cardiologo-Elettrofisiologo con base
 all'Ospedale del Mare di Napoli.
 Ha iniziato il suo percorso in
 ANMCO qualche anno fa iniziando
 dal Comitato di Coordinamento
 dell'Area per poi diventare Co-
 Chairperson ed infine Chairperson
 dell'Area nel biennio 2022-2023.
 Si occupa di Elettrostimolazione
 ed Elettrofisiologia con interesse
 per l'attività scientifica e per la
 formazione in campo aritmologico.

Rossella Troccoli (Consulente dell'Area)
 Dirigente Medico presso la
 Cardiologia Ospedaliera della
 Azienda Ospedaliero-Universitaria
 Consorziata del Policlinico di Bari.
 Si occupa prevalentemente di
 cardiostimolazione nel laboratorio
 di Cardiologia Interventistica in cui
 si eseguono procedure quali studio
 elettrofisiologico, test ajmalina /
 flecainide per studio sindrome
 di Brugada, impianto di Loop
 Recorder, di pacemaker, anche di tipo
 leadless, impianto di defibrillatori
 convenzionali, sottocutanei ed
 extravascolari, Impianto di dispositivi
 di resincronizzazione cardiaca e CCM
 ed Estrazioni.

Disegno Generale dell'attività per il prossimo biennio

Abbiamo convenuto di focalizzare la
 nostra attività sostanzialmente su tre
 settori:

- Attività educativa.
- Valutazione dello stato dell'arte di
 aspetti controversi dell'aritmologia.
- Aggiornamento mediante
 pubblicazioni.

Attività Educazionale

Riguardo a questo primo punto,
 crediamo che sia importante, e
 soprattutto molto utile, far avvicinare

i colleghi che non si occupano di
 aritmologia a questa branca della
 cardiologia, che risulta spesso
 poco praticata già durante la fase
 formativa universitaria, e, proprio per
 questa ragione, di difficile gestione.
 Riteniamo inoltre che, per una società
 scientifica, l'attività educativa
 costituisca uno degli elementi
 principali per cui essa abbia una
 ragione di esistere. Perciò, la suddetta
 attività costituirà il primo pilastro
 della nostra programmazione. Gli
 strumenti che pensiamo di utilizzare
 sono sostanzialmente quattro.

- *Webinar*. Tale strumento, adesso
 che i sistemi informatici per la
 comunicazione di gruppo risultano
 essere facilmente disponibili, oltre
 alla consuetudine che si è diffusa nel
 loro uso, appare essere il più adatto
 per raggiungere un'ampia platea di
 colleghi. Gli argomenti che potrebbero
 essere trattati, la cui scelta credo che
 debba essere guidata principalmente
 dal grado di interesse che possano
 suscitare tra gli iscritti non aritmologi,
 potrebbero essere i seguenti:

- Utilizzo della CCM nell'insufficienza
 cardiaca;
- Gestione della FA nei vari setting;
- Diagnosi e gestione dei pazienti con
 sincope;
- Elettrocardiografia nel neonato e
 nel bambino ed interpretazione di
 quadri elettrocardiografici particolari.

- *Interviste con gli esperti*. Riteniamo
 che alcuni argomenti, forse
 particolarmente di nicchia, possano
 essere meglio diffusi e compresi
 se descritti da cosiddetti "opinion-
 leader" della materia. Uno degli
 argomenti che attualmente è oggetto
 di grande interesse e che sicuramente
 in futuro potrà essere molto utile per
 tutta la medicina, è rappresentato

Le nostre iniziative verteranno principalmente su attività educativa e valutazione dello stato dell'arte di aspetti controversi dell'aritmologia

dall'utilizzo dell'*intelligenza artificiale*.
 Le opinioni su questo strumento
 risultano oggi molto variegata e non
 è ancora chiaro quali benefici esso
 possa portare ed in quali ambiti
 della medicina. Altro argomento
 di grande interesse consiste nella
 gestione dei pazienti portatori di
*dispositivi impiantabili con elettrocatereteri
 malfunzionanti o affetti da infezione* del
 dispositivo stesso. Talvolta, sia la fase
 diagnostica che la gestione terapeutica
 può essere particolarmente
 problematica e di difficile conduzione.

- *Video educazionali*. Talvolta,
 specialmente nelle circostanze in
 cui si è soli e non si può avere il
 supporto di un collega più esperto,
 ci si trova in difficoltà nella gestione
 di pazienti a cui sono stati impiantati
 dispositivi che non si sanno gestire
 con padronanza. Per questa ragione,
 riteniamo che uno strumento snello,
 rapido e, soprattutto, pratico come
 un video, possibilmente breve, possa
 essere particolarmente prezioso.

**Per dare maggior
 concretezza, durante
 i congressi nazionali
 organizzeremo delle
 sessioni pratiche di
 Cardiostimolazione con
 programmatori e tecnici**



Pertanto, pensiamo di realizzare una serie di brevi filmati, non più di qualche minuto, in cui si veda praticamente, e sia spiegato a parole, come interrogare un dispositivo ed eseguire una serie di semplici operazioni di programmazione per tamponare una situazione di urgenza.

- *Esercitazioni pratiche* durante il Congresso o altri eventi ANMCO. Già nel precedente biennio, durante i due Congressi Nazionali ANMCO, è stato organizzato, in una sala dedicata, un breve simposio con una prima parte teorica ed una seconda pratica, grazie alla presenza di programmatori di dispositivi impiantabili delle varie case costruttrici, insieme con gli ingegneri delle stesse case costruttrici, per dare la possibilità, a chi lo volesse, di interagire direttamente con questi strumenti, sotto la supervisione di noi aritmologi. Tale esperienza potrebbe essere ripetuta nei due Congressi prossimi ed, eventualmente, anche in altri convegni ANMCO.

Valutazione dello stato dell'arte di aspetti controversi dell'aritmologia

Esistono alcune situazioni cliniche in cui non è ben delineato il comportamento da seguire e, per tale motivo, presentano delle difficoltà aggiuntive. Tali difficoltà possono essere costituite sia da una deficienza organizzativa, che da una scarsità di evidenze cliniche. Pertanto, in questi casi, gli operatori hanno dei comportamenti molto difformi tra loro, anche per una differente esperienza, per varie sensibilità, ma soprattutto per la diversa collocazione geografica in cui si svolge la loro attività. Abbiamo intenzione di analizzare due diversi aspetti:

- *Accessibilità a procedure complesse.*

Esistono alcune procedure, sia di elettrofisiologia che di elettrostimolazione, che non possono essere attuate in tutte le strutture sanitarie. Questo sia per l'esperienza e le capacità degli operatori, sia per la necessità della disponibilità immediata di alcune procedure di sicurezza. Nello specifico, gli espanti dei dispositivi infetti, l'impianto di dispositivi leadless e le ablazioni epicardiche debbono essere eseguiti, secondo il parere delle linee-guida attuali, in strutture con la disponibilità della cardiocirurgia "on-site". Analogamente, alcune procedure ablative complesse, non sono eseguite in tutti i centri per la mancanza di esperienza degli operatori. In questi casi è necessario inviare il paziente in un centro in grado di eseguire le suddette procedure. Ciò, però, in alcune realtà, non risulta affatto facile data l'assenza di una rete di collegamento tra le varie strutture e, talvolta, la reticenza delle amministrazioni a far eseguire determinati interventi.

- *Gestione dei pazienti di età avanzata.*

L'indicazione a sottoporre gli anziani ad alcune procedure risulta ancora non chiara, soprattutto perché non esiste una linea di confine precisa legata all'età. Per tale ragione, insieme all'Area di Cardiogeriatrics, abbiamo già iniziato una collaborazione, al fine di approfondire gli aspetti su esposti e comprendere come i vari operatori siano orientati a comportarsi.

Per analizzare i due aspetti descritti, abbiamo intenzione di redigere due questionari, da sottoporre ai presidenti regionali nel primo caso ed agli iscritti ANMCO nel secondo, al fine di tracciare un quadro il più completo possibile della situazione italiana.

Collaborazione con altre Aree

Facendo seguito alle indicazioni del Consiglio Nazionale, che ha incoraggiato il lavoro congiunto tra diverse Aree, abbiamo pensato di inserire nel nostro programma due proposte da vagliare e condividere con due diverse Aree.

- Abbiamo già descritto, nel paragrafo precedente, la collaborazione con l'Area Cardiogeriatrics. Di fatto, la suddetta collaborazione è già partita, avendo preso contatto direttamente con la Chairperson di questa Area. Abbiamo delineato uno schema generale della survey che proporremo a breve.

- La seconda collaborazione, invece, è con l'Area Cardiologia di Genere e avrà lo scopo di valutare come le aritmie possano manifestarsi ed essere gestite diversamente a seconda del genere della persona che ne è affetta.

Aggiornamento mediante pubblicazioni

I risultati delle survey, che abbiamo proposto precedentemente, potrebbero essere oggetto di pubblicazione. Analogamente, i contenuti dei webinar potrebbero sicuramente essere convertiti in articoli. Infine, una rassegna divulgativa potrebbe essere proposta riguardo alla gestione dei pazienti portatori di dispositivi impiantabili durante l'esecuzione di esami di Risonanza Magnetica Nucleare e di sessioni di Radioterapia.♥

L'Area Aritmie fa conoscere i suoi componenti e descrive in dettaglio il proprio programma e gli obiettivi che vuole raggiungere



La cardiogeriatría: una realtà che avanza

L'anziano con le sue fragilità e comorbilità al centro dell'interesse della Cardiogeriatría

Quando mi è stato chiesto di occuparmi di cardiologia in ambito cardiogeriatrico ho capito presto che il focus non poteva più essere sulla singola patologia ma la cosa era molto più complessa e non bastava qualche attenzione in più dovuta all'età. Era necessario, cambiare mentalità a favore di un approccio olistico, non un soggetto sano con una o due patologie da curare ma piuttosto una persona con alcune patologie complesse e qualcuna derivata, coesistenti con una moltitudine di fragilità fisiche ed emotive, che il più delle volte fatica ad avere coscienza di sé, a seguire le terapie o a riconoscerne gli effetti positivi e negativi. La cardiogeriatría nasce nel 1997, quando William Parmley, nella Pagina del Presidente del Journal of American College of Cardiology (ACC), introdusse per la prima volta la necessità di un approccio "cardiogeriatrico" osservando che a fronte dell'aumento della longevità, non si era adeguatamente preparati per prendersi cura degli

anziani con tante comorbilità. Nasce pertanto la figura del cardiogeriatra, indispensabile, specie nei paesi industrializzati, dove una gestione più efficace e sempre nuove terapie, favoriscono l'incremento dell'età

L'ottimizzazione delle cure e dei percorsi terapeutici ha fatto sì che il cardiologo ad oggi incontra una popolazione sempre più longeva ma con maggiori comorbilità

L'Area di Cardiogeriatría si propone di far luce sulla gestione di questi pazienti

media ma anche delle patologie cardiovascolari, delle patologie croniche stabilizzate, quelle croniche degenerative sono in aumento e le problematiche di origine sociale,

richiedono sforzi non indifferenti per garantire l'equità di accesso ai servizi di tutte le persone e, in particolare, di quelle fragili. Si stima che entro il 2050, il 17% della popolazione mondiale avrà più di 85 anni che, combinato con il fatto che le malattie cardiovascolari (CVD) sono la principale causa di morte e disabilità, imporrà un onere senza precedenti sui nostri sistemi sanitari e assistenziali. Ci sarà un incremento di CVD a seguito della migliore sopravvivenza dei pazienti con CVD preesistente e all'incidenza di CVD associata al processo di invecchiamento: insufficienza cardiaca (HF), malattia coronarica (CAD), fibrillazione atriale (AF) e malattia cardiaca valvolare (VHD) si troveranno a coesistere in pazienti sempre più anziani con comorbilità, politerapia, fragilità e disturbi cognitivi. Pertanto, sarà necessario un approccio multidisciplinare con il sostegno della valutazione geriatrica completa. La cardiogeriatría nasce dalla esigenza di trattare pazienti sempre più anziani con

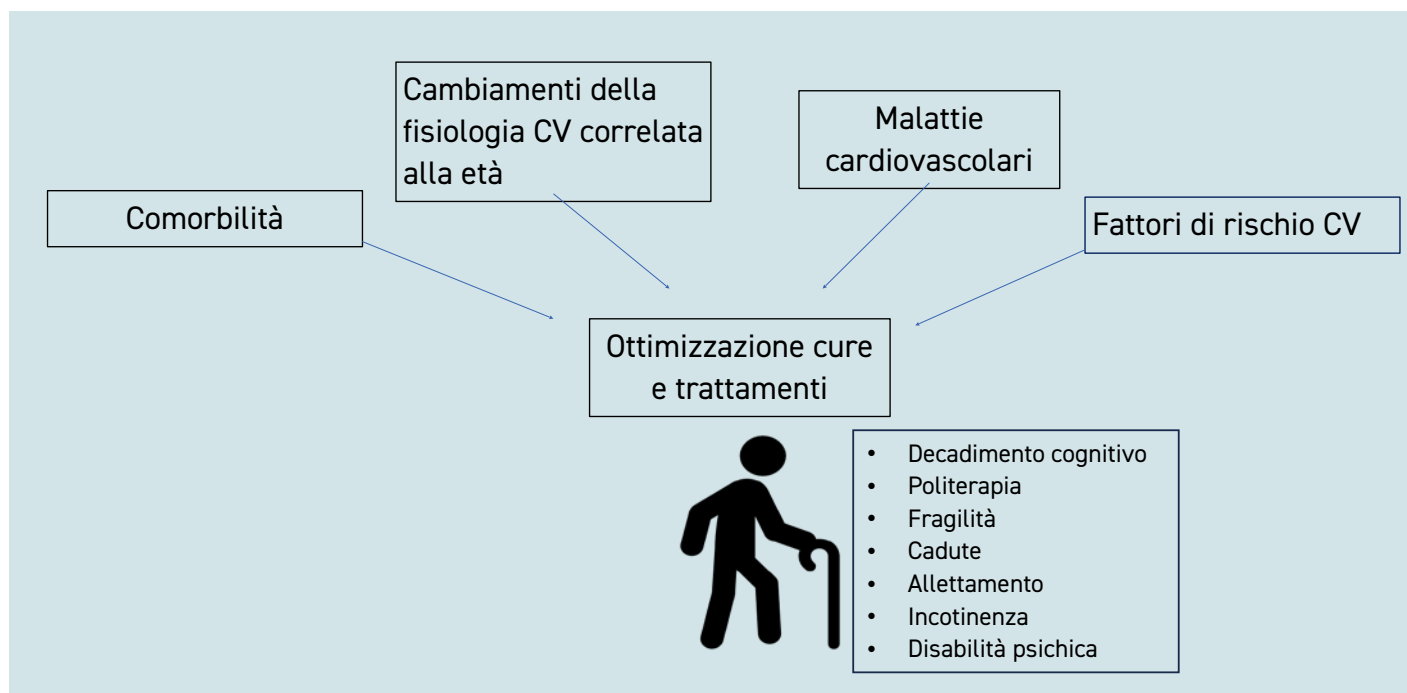


tante comorbidità, favorendo ed auspicando il mantenimento del benessere psicofisico e relazionale, pur in presenza di polipatologie. Pertanto, il ruolo emergente del cardiologo geriatrico, oltre al trattamento della malattia che rimane essenziale, ha l'obiettivo di attuare interventi di prevenzione in grado di minimizzare i principali fattori di rischio, promuovere adeguati stili di vita, favorendo l'accesso ai servizi e l'integrazione del soggetto nel proprio contesto sociale. L'Area di Cardiogeriatría si propone di promuovere e divulgare un diverso approccio al paziente anziano. L'attenzione è rivolta alle patologie in presenza di fragilità, alla complessità di gestione di una politerapia farmacologica impegnativa, a modelli organizzativi personalizzati, improntati a principi di continuità assistenziale, che si estendano dalla fase ospedaliera

L'Area di Cardiogeriatría e la Cardiogeriatría in genere si propongono di intervenire sul trattamento delle malattie cardiovascolari e sulla gestione adeguata delle comorbidità negli anziani favorendo ed auspicando un invecchiamento in buona salute, attenzionando la loro fragilità

alle strutture di riabilitazione ed all'assistenza domiciliare sino ad arrivare alle unità di cure palliative per gli anziani con condizioni cardiovascolari particolarmente gravi e non suscettibili di miglioramento clinico, come lo scompenso cardiaco

cronico refrattario. Quest'anno l'Area Cardiogeriatría si rinnova con Componenti e Consulenti di diverse età, sia cardiologi che geriatri, che hanno iniziato l'attività con entusiasmo ed armonia, preludio di una lunga e proficua collaborazione per i due anni di mandato. L'impegno dell'Area si concentrerà principalmente sull'attività editoriale, affrontando temi sempre più attuali nella gestione del paziente con fragilità che deve essere sottoposto a TAVI; analizzeremo l'incremento delle aritmie con l'età, tra cui la fibrillazione atriale e la necessità di un trattamento anticoagulante che può avere i suoi benefici ma anche dei rischi aggiuntivi. Faremo un approfondimento sulla sarcopenia e lo scompenso cardiaco. Faremo una analisi critica riguardante la SCA nel paziente anziano con comorbidità, se e quando sottoporlo a procedura interventistica, duplice





L'Area di Cardiogeriatría si propone di promuovere e divulgare le attuali conoscenze scientifiche nella diagnosi e nel trattamento del paziente anziano
L'attenzione è rivolta alle patologie in presenza di fragilità, alla complessità di gestione di una politerapia farmacologica impegnativa e a modelli organizzativi personalizzati, improntati a principi di continuità assistenziale



Foto di Pixabay | /www.pexels.com

terapia antiaggregante in un paziente a rischio di sanguinamento. Cercheremo di fare un focus sull'amiloidosi ed i nuovi farmaci dello scompenso e come gestirli nel paziente anziano. Ed infine

La cardiogeriatría nasce dalla esigenza di trattare pazienti sempre più anziani con tante comorbidità, favorendo ed auspicando il mantenimento del benessere psicofisico e relazionale, pur in presenza di polipatologie

stenderemo una rassegna dal titolo "Geriatric Cardiology; a Toolkit for Health care Professional". Nel corso del mandato cercheremo di dare risalto a collaborazioni orizzontali con le altre Aree tematiche di cui alcune sono già state avviate: con l'Area Malattie del Circolo Polmonare faremo il punto sulla diagnosi e terapia dell'embolia polmonare mentre con l'Area Scompenso Cardiaco affronteremo il tema dell'uso e tollerabilità dei nuovi farmaci nei pazienti con scompenso cardiaco. Nell'ottica divulgativa verranno realizzati alcuni interessanti webinar: "Il Lessico della cardio-geriatría", "Stenosi aortica low flow-low gradient", "Sarcopenia e nutrizione". Vogliamo

anche conoscere come si orientano i cardiologi italiani circa l'indicazione all'impianto ICD ed ablazione di FA nel paziente anziano, per questo promuoveremo una Survey in collaborazione con l'Area Aritmie.♥

L'avanzare dell'età media dei pazienti e l'ottimizzazione delle cure mettono giornalmente il cardiologo davanti a sfide sempre più complesse nella loro gestione, nasce pertanto la figura del cardiogeriatría



Primi passi della nuova Area Cardiolmaging... Ci presentiamo

L'aria che tira nella nuova Area Cardiolmaging

Aria di novità

Non mancano entusiasmo e idee da condividere, con una buona dose di pragmatismo tipico della nostra Associazione

Ci presentiamo:

Benedetta De Chiara

Chairperson

Ho iniziato la frequentazione dell'Ospedale Niguarda di Milano, dove tutt'ora lavoro, nel 2001 per la mia tesi di laurea in cardiologia nucleare e da allora non ho mai abbandonato la passione per l'imaging ad impronta clinica.



Mi occupo in particolare di ecocardiografia con un case mix a 360°. Ho collaborato con l'Area CardioImaging come membro del Comitato di Coordinamento nel 2017-2018 e ho ricoperto il ruolo di

componente del Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Lombardia dal 2018 al 2023.

Francesca Musella

Co-Chairperson

Specializzata in Cardiologia presso l'Università Federico II di Napoli, ho proseguito il percorso formativo in fellowship a Londra dedicandomi prima allo scompenso cardiaco e



poi all'imaging multimodale. Dopo l'esperienza al Royal Brompton Hospital, ho completato un master in scompenso presso il St. George's Hospital-University di Londra ed un dottorato di ricerca in Scienze

Biomorfologiche e Chirurgiche a Napoli. Sono attualmente dirigente medico presso l'Ospedale Santa Maria delle Grazie di Pozzuoli (NA).

Sara Calamelli

Comitato di Coordinamento

Ho sempre lavorato come cardiologo ospedaliero prima a Mirano e poi come direttore dell'Unità Operativa Complessa di Cardiologia del presidio



ospedaliero di Dolo (VE). Dal 2007 ad oggi ho avuto l'opportunità di crescere come cardiologo occupandomi anche di risonanza magnetica. Specializzata con una tesi in ecocardiografia, ho sempre



affiancato l'imaging alla clinica come scelta professionale quotidiana.

Francesco Pirolì

Comitato di Coordinamento
Specializzato in Cardiologia presso l'Università di Torino con background culturale da ecografista e clinico. Ho trascorso



parte dell'ultimo anno di specialità all'Ospedale San Raffaele di Milano per approfondire l'ecocardiografia transtoracica e transesofagea nel setting delle valvulopatie. Sono originario di Parma e per questo dopo la specialità lavoro presso Arcispedale Santa Maria Nuova - IRCCS di Reggio Emilia. Qui ho iniziato ad occuparmi da circa due anni di RM cardiaca.

Presentiamo un biennio ricco di iniziative formative sul campo e scientifiche che avranno come caratteristica la collaborazione con le altre Aree per ottenere prodotti di qualità sempre maggiore

Francesca Sani

Comitato di Coordinamento
Laureata e specializzata a Firenze, lavoro dal 2011 presso l'Ospedale San Giovanni di Dio a Firenze dove mi occupo di cardiologia clinica con particolare interesse per l'ecocardiografia transtoracica



e transesofagea in specifico di cardiopatie strutturali.

Daniela Zabbia

Comitato di Coordinamento
Mi sono specializzata presso l'Università degli studi di Palermo, dal 2010 lavoro nell'UOC di Cardiologia del PO S. Antonio Abate di Trapani. Mi sono occupata di cardiologia clinica con particolare



interesse per l'ecocardiografia di I e II livello; da due anni mi occupo di RM cardiaca, e dal 2023 sono Responsabile dell'Unità Operativa Semplice di UTIC.

Serena Guasti

Consulente
Specializzata all'Università La



Sapienza di Roma, ho trascorso l'ultimo anno di specializzazione all'Ospedale Niguarda di Milano, dove attualmente lavoro da poco più di 1 anno. Mi occupo di cardiologia clinica e in particolar modo di ecocardiografia transtoracica e transesofagea, dedicandomi soprattutto all'ambito delle cardiomiopatie e alla cardiochirurgia. Il programma delle attività per il prossimo biennio si propone di offrire un quadro coinvolgente di iniziative formative ed editoriali/scientifiche, in collaborazione con le diverse Aree, mirate a un vasto pubblico di cardiologi. Le idee elaborate sono numerose, così come l'entusiasmo del gruppo che non vede l'ora di immergersi in questa sfida all'insegna della formazione e del networking. Anticipiamo solo che alcune collaborazioni si tradurranno in webinar, FAD (Formazione



a Distanza) o articoli sul GIC (“Giornale Italiano di Cardiologia”) e invitiamo tutti ad una partecipazione attiva per adattare le nostre iniziative alle esigenze che emergeranno nel corso di questi due anni. Collaboreremo con l’Area Scopenso Cardiaco per inquadrare e trattare al meglio il paziente scompensato con

Il biennio a venire sarà incentrato su un approccio di formazione, sia teorica che sul campo, sulla condivisione e promozione di percorsi di multimaging

valvulopatie associate; il tema dello shock cardiogeno verrà affrontato in modo multidisciplinare coinvolgendo le Aree di CardioChirurgia e Cardiologia Intensiva ed Interventistica. Esploreremo anche il destino dei pazienti con dissecazione aortica e le nuove opzioni terapeutiche disponibili per le valvulopatie mitraliche complesse in collaborazione con l’Area di CardioChirurgia. Il nostro impegno verso una formazione completa includerà anche nozioni di cardiopatie congenite, e per questo organizzeremo un programma congiunto con l’Area di Cardiologia Pediatrica e del Congenito Adulto per un “ripasso” ragionato delle anomalie coronariche e su come affrontare gli imprevisti in caso di risonanza magnetica cardiaca (RMC) nel cardiopatico congenito. Ma non ci fermeremo qui, al fine di facilitare

l’approccio alle cardiopatie congenite stesse, da questa collaborazione produrremo un chiaro documento intersocietario che possa essere un vademecum dell’ecocardiografia nel paziente adulto con cardiopatia congenita. Con l’Area Malattie Rare affronteremo il problema della sotto-diagnosi della malattia di Fabry, e discuteremo le opportunità dell’imaging nel paziente con malattia renale insieme all’Area Cardiorenale e Metabolica. L’imaging nell’embolia polmonare sarà l’oggetto di una collaborazione con l’Area Malattie del Circolo Polmonare. Non da ultimo tratteremo con l’Area Prevenzione Cardiovascolare l’imaging dell’infiammazione e con l’Area Cardiologia di Genere il mondo dei “MINOCA”. Saremo poi agguerriti in tema di appropriatezza al fianco dell’Area Management & Qualità; i bersagli nella vita quotidiana

L’ANMCO parla da sempre ad un pubblico di cardiologi molto variegato e le iniziative formative, alcune delle quali riservate agli iscritti all’Area, andranno in molteplici direzioni

sembrano infiniti, ma come associazione abbiamo il dovere di essere rigorosi, nonché provocatori, sulla base dei documenti pubblicati più di recente. Chiuderemo i nostri 2

anni con un’iniziativa sull’intelligenza artificiale; siamo ben consci che questa è una protagonista emergente nel campo dell’imaging e per questo alla fine del 2025 vorremmo proporre un bilancio in merito che possa essere lucido, propositivo e allo stesso tempo alla portata di tutti gli Imagers, tradizionalisti o alpha

Sarà un biennio ricco di iniziative che avranno come caratteristica la collaborazione con le altre Aree per ottenere prodotti di qualità sempre maggiore

che siano! L’ANMCO, da sempre rivolta a una platea più diversificata rispetto alle società settoriali, intende indirizzare le attività formative, alcune delle quali saranno riservate esclusivamente agli iscritti all’Area CardioImaging, in questa direzione innovativa. In conclusione, questo biennio sarà improntato su un approccio di formazione, sia teorica che sul campo, incentrato sulla condivisione e promozione di percorsi di multimaging di cui ancora non vi sveliamo i dettagli... Sarà una sorpresa! Quindi non ci resta che invitarvi ad iscrivervi all’Area CardioImaging e seguire nonché condividere le nostre attività; ma soprattutto... *Enjoy the show!!!♥*



L'Area Cardiologia di Genere: la nuova "squadra" nel segno della continuità e con l'entusiasmo per progetti futuri

È già stato detto, ma è bene sottolinearlo: la Cardiologia come la Medicina di Genere (MdG) non vuole essere una nuova specialità, ma una necessaria e doverosa dimensione interdisciplinare della medicina che ha come finalità lo studio dell'influenza del sesso e del genere su fisiologia, fisiopatologia e patologia umana, vale a dire su come si instaurano le patologie, quali sono i sintomi, come si fa prevenzione, diagnosi e terapia negli uomini e nelle donne. Un nuovo approccio metodologico capace di garantire a ogni persona la migliore cura, rafforzando ulteriormente il concetto di "centralità del paziente" e di "personalizzazione delle terapie", per garantire la piena appropriatezza degli interventi, nel rispetto delle differenze di genere ormai rese evidenti dalla letteratura scientifica. È stata questa la premessa con cui la neo nata Area della Cardiologia di Genere ha basato il suo lavoro nel biennio 2022 - 2023, lavoro che ha permesso di portare a termine dei progetti formativi importanti quali



Cosa dicono le donne

due Webinar sulla "Cardiopatía ischemica e differenze di genere", un "Focus su ansia e depressione nella patologia cardiovascolare" e ancora "Hot points in tema di cardiologia di genere: stratificazione del rischio cardiovascolare e nuove esperienze nel campo dell'approccio terapeutico". Attiva la partecipazione su "*Cardiologia negli Ospedali*" ed importanti i lavori pubblicati sul *Giornale Italiano di Cardiologia* sia in collaborazione con altre Aree quali il "Position Paper ANMCO: Malattie cardiovascolari nella donna - prevenzione, diagnosi, terapia e organizzazione delle cure" e il

Position Paper "Gender Discrepancy: It's high time we used gender - based therapy and clinical pathways?", che come contributo esclusivo "Cardiologia di genere: il punto su peculiarità cliniche e fisiopatologiche nelle donne nel long COVID". Interessante è stata la creazione della Rubrica a cura dell'Area sul Sito Web dell'ANMCO "What women say", in cui è e sarà possibile trovare "pillole" di Cardiologia di genere sotto forma di interviste, casi clinici e commenti ad articoli scientifici, che viene riconfermata anche in questo prossimo biennio 2024 - 2025 e a cui tutti gli iscritti ANMCO sono



invitati a dare un contributo attivo. Ma sappiamo che quando si parla di gender gap, non si può prescindere dall'occuparsi della leadership gap. A tale proposito è stata promossa una Survey tra le iscritte ANMCO sul "Ruolo della donna cardiologo" che ha evidenziato risultati in linea con ricognizioni simili svolte nel recente passato da Associazioni Scientifiche o Sindacali nel mondo della medicina, ma anche in altri settori del mondo del lavoro come industria e finanza: scarsa presenza delle donne nei ruoli apicali (18.8%). Circa il 76% delle donne ANMCO si dicono soddisfatte del proprio lavoro, ma molto meno, circa il 55% della propria carriera. I campi di interesse delle Socie ANMCO sono ancora prevalentemente quelli "tradizionali": scompenso cardiaco, ecocardiografia, molto meno rappresentato quello per le metodiche interventistiche e la cardiocirurgia per le note barriere che limitano l'inserimento delle donne in questi contesti. Gli obiettivi futuri che abbiamo insieme condiviso sono finalizzati a completare alcuni progetti *in itinere* ed a realizzarne molti altri. Rifacendoci ai principi generali riportati nel "Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere" pubblicato dal Ministero della Salute nel 2019, il lavoro dell'Area si articolerà nel modo seguente:

- per il "*principio dell'approccio interdisciplinare*" sarà attiva la collaborazione con le altre Aree, in modo da valorizzare eventuali differenze di genere nelle diverse patologie cardiologiche ed in particolare siamo già sintonizzati



Area Cardiologia di Genere: verso una cura personalizzata

con l'Area Management&Qualità, con l'Area CardioImaging e Area Epidemiologia Clinica per prossimi percorsi insieme; in tale ambito si auspica anche la collaborazione con altre Società Scientifiche (come la proposta già avanzata di un Documento di Consensus ANMCO/AOGOI e l'identificazione di ambulatori a gestione congiunta ginecologi - cardiologi);

- per il "*principio della promozione e sostegno della ricerca biomedica*" contatteremo il Centro Studi ANMCO per elaborare i prossimi risultati di alcuni studi in corso, come il Bring UP HF ed il Bring UP Prevenzione, declinandoli sulla differenza di genere;

- per il "*principio della promozione e sostegno dell'insegnamento della Cardiologia di Genere*" saranno svolti eventi formativi (Webinar, FaD) diretti a tutto il personale medico e sanitario che saranno focalizzati sugli aspetti più attuali. Il nostro cronoprogramma ha individuato come primi appuntamenti:

"Peculiarità degli aspetti fisiopatologici e della diagnostica strumentale nella patologia aortica della donna"; "MINOCA: fenotipi fisiopatologici e terapeutici"; "L'amiloidosi nel genere maschile", "L'alfabetizzazione informatica: a che punto sono le donne?";

- per il "*principio della promozione e sostegno dell'informazione pubblica*" saranno organizzate campagne educazionali in stretto rapporto con la "Fondazione per il Tuo cuore" per divulgare tra la popolazione il concetto di Cardiologia di Genere, al fine di fornire la consapevolezza che per la cardiopatia ischemica esistono dei fattori di rischio genere - specifici, ma soprattutto che i fattori di rischio tradizionali hanno un peso diverso nel genere femminile e nel genere maschile.

Insomma tanto già seminato e tanto lavoro da fare, ma l'entusiasmo non manca nel voler costruire quello che in campo economico viene descritto come la "leadership della cura": le donne nelle organizzazioni esercitano il loro potere, o meglio assumono le loro responsabilità, sotto forma di servizio alle persone, con un metodo che antepone l'ascolto all'azione avendo come fine la cura dell'altro. Lo stesso entusiasmo sarà rivolto nell'ascoltare i suggerimenti derivanti dai cardiologi ANMCO al fine di infrangere anche questo "tetto di cristallo", quello di identificare la nostra Area circoscritta al genere femminile. Un doveroso grazie a chi ha già dato il proprio prezioso contributo da chi intraprende questa nuova avventura. Buon lavoro a tutte noi.♥



Area Cardiologia di Genere



CHAIRPERSON
MARIA TERESA MANES



CO - CHAIRPERSON
ANTONIA MANNARINI

COMITATO DI COORDINAMENTO



DANIELA ASCHIERI



NOEMI BRUNO



SARA COCOZZA



GEORGETTE KHOURY

CONSULENTI



DANIELA PAVAN



ANGELA BEATRICE SCARDOVI



Inizia una nuovo biennio per la Cardioncologia ANMCO tra solide certezze e nuove sfide

La nuova Area di Cardioncologia dell'ANMCO: da solide radici verso nuovi orizzonti

La Cardioncologia ANMCO è ormai una certezza nel panorama cardiologico italiano al servizio dei cardiologi

Forse è quasi ormai superfluo introdurre la cardioncologia, spiegare perché migliaia di pazienti con tumore affollano ogni giorno i nostri ambulatori, raccontare del lavoro quotidiano a stretto contatto con oncologi ed ematologi, descrivere la gioia nel vedere una giovane paziente con tumore della mammella riuscire a completare la sua terapia (che spesso ormai vuol dire guarigione) grazie al nostro aiuto, esprimere la soddisfazione per aver intercettato precocemente (e trattato con successo) una tossicità che poteva causare tanti problemi al Sig. Mario. Sì, sarebbe senz'altro superfluo ma a noi, che questa passione l'abbiamo dentro, piace sempre ricordarlo e ricordarcelo. ANMCO ha precorso i tempi, da molti anni infatti la nostra Società ha identificato la cardioncologia come un'area di interesse, ha creato una Task Force che poi è "cresciuta"



Figura 1 - "With a little help from my friends (If you're lonely, you can talk to me)", The Beatles

ed è diventata un'Area. Non c'è da stupirsi, ANMCO nasce per aiutare i cardiologi nelle loro attività quotidiane e questa categoria di pazienti è fortunatamente diventata, grazie alle nuove terapie in onco-

ANMCO ha precorso i tempi, da molti anni infatti la nostra Società ha identificato la cardioncologia come un'Area di interesse, ha creato una task force che poi è "cresciuta" ed è diventata un'Area

ematologia, così frequente da impattare sul lavoro di tutti i giorni negli ambulatori e nei reparti di cardiologia. I farmaci con potenziali tossicità cardiovascolari si sono moltiplicati e le nostre decisioni hanno un impatto così rilevante sulle terapie dei pazienti oncologici che non è più possibile immaginare un mondo cardiologico senza la



cardioncologia. Task Force e Area hanno prodotto Documenti di Consenso, hanno svolto attività formative a 360 gradi (anche durante la pandemia) e hanno messo a disposizione di tutti la loro competenza ed esperienza. Il primo pensiero della nuova Area va ai precedenti Chairperson/Referenti e a tutti componenti delle Aree a cui va il nostro ringraziamento.

Partire dalle fondamenta per crescere

Da queste solide radici noi ora vogliamo ripartire, vogliamo crescere ancora, diffonderci capillarmente nel nostro paese con l'ambizione di diventare sempre più punto di riferimento per la cardiologia italiana. Siamo consapevoli che la crescita e la maturazione si raggiungono affrontando sfide impegnative e rimanendo sempre aperti alla novità e al confronto.

La nuova Area di Cardioncologia per il biennio 2024-2025 vuole crescere e affermarsi nel panorama internazionale a partire dalle fondamenta gettate negli anni precedenti. Porteremo avanti progetti ambiziosi sempre con l'obiettivo finale di rispondere ad un bisogno clinico e aiutare il cardiologo nella sua attività quotidiana in pieno accordo con la mission ANMCO

Pensiamo che non dobbiamo solo focalizzarci su noi stessi e parlare solo agli esperti, dobbiamo essere un aiuto per tutti coloro che avranno bisogno, non dobbiamo mai perdere di vista l'anima dell'ANMCO cioè essere uno strumento al servizio della pratica clinica. Per fare questo abbiamo bisogno dell'aiuto di tutti voi ricordando una delle band che più ci ha scaldato il cuore con la bellezza della sua musica "With a little

help from my friends (If you're lonely, you can talk to me)" (The Beatles). Con questo in mente abbiamo scelto cinque aree su cui sviluppare la nostra attività nei prossimi due anni (che saranno molto intensi): Attività scientifica; Rapporti internazionali; Attività editoriale; Attività divulgativa; Attività formativa.

Al servizio del cardiologo per rispondere a bisogni clinici

In ogni studio clinico che



Figura 2 - Prima riunione dell'Area nella sede ANMCO di Firenze



proporremo, in ogni documento che verrà redatto, in ogni attività che svolgeremo partiremo sempre da un bisogno clinico a cui dare una risposta concreta. Vogliamo essere noi strumento per tutti i professionisti che si trovano a gestire una persona che sta affrontando una malattia oncologica. Per prenderci tutti insieme cura di questi pazienti, così coraggiosi nell'affrontare un cancro e al tempo stesso così particolarmente delicati per gli effetti collaterali cardiaci dei trattamenti antitumorali, è necessario il nostro impegno continuo nell'aggiornamento delle conoscenze e nella condivisione dell'esperienza. Uno degli aspetti che più ci sta a cuore è proiettare la Cardioncologia ANMCO oltre confine. Pensiamo che stringere rapporti con le altre Aree ANMCO, con gruppi

La nuova Area di Cardioncologia inizia la sua attività con l'obiettivo di rispondere ai bisogni clinici dei cardiologi italiani e di crescere nel panorama internazionale

di cardioncologia di altre Società Scientifiche europee e mediterranee e con la Società Europea di Cardiologia sia il naturale sbocco di una disciplina e di un gruppo in crescita per dare voce e visibilità alla Cardioncologia ANMCO. Questo sarà il motto (molto British) che ci accompagnerà nei prossimi due anni: *"I have observed that some attributes of*

leadership are universal, and are often about finding ways of encouraging people to combine their efforts, their talents, their insights, their enthusiasm and their inspiration, to work together" (Queen Elizabeth II). Vi lasciamo con l'immagine di un giocoliere; immaginate la cardioncologia come l'arte dell'equilibrio per eccellenza. Dobbiamo giostrare tra bisogni da soddisfare, danni da evitare, futuri problemi da prevedere e prevenire, cure da assicurare, speranze da non deludere. Noi ci proviamo, di sicuro con un sorriso.♥

"I have observed that some attributes of leadership are universal, and are often about finding ways of encouraging people to combine their efforts, their talents, their insights, their enthusiasm and their inspiration, to work together"
(Queen Elizabeth II)



Figura 3 - L'arte del giocoliere cardioncologo



Tra presente e futuro

Un biennio nel segno della protezione cardiovascolare, renale e metabolica

Il programma dell'Area Cardiorenale e Metabolica

Il secondo biennio dell'Area Cardiorenale e Metabolica parte dalle solide radici poste dal Chairperson del biennio precedente Edoardo Gronda. Un biennio caratterizzato da una ampia ed approfondita riflessione scientifica focalizzata sui principali meccanismi alla base della efficacia degli inibitori dei cotrasportatori sodio-glucosio di tipo 2 (SGLT2-i).

Una classe farmacologica che, negli ultimi anni, ha dimostrato una straordinaria "protezione" cardiovascolare e renale nel diabete mellito così come nello scompenso cardiaco e nella malattia renale cronica. Una protezione in gran parte mediata dai molteplici effetti a livello renale, come documentato in maniera esaustiva dalla intensa attività editoriale che è stata

promossa nel biennio precedente (*G Ital Cardiol* 2022;23:854-871; *G Ital Cardiol* 2023;24:188-195; *Eur J Intern Med* 2022;106:140-143; *Int J Mol Sci* 2022;23:11987; *Int J Mol Sci* 2023;24:9957; *Heart Fail Rev* 2023;28:723-732) (Figura 1). Questo nuovo biennio non può, quindi, che porsi in continuità con il grande lavoro precedente proseguendo la riflessione scientifica e continuando

POSITION PAPER

Position paper ANMCO: L'impiego degli inibitori del co-trasportatore sodio-glucosio di tipo 2 nella prevenzione e cura dell'insufficienza cardiaca nei soggetti diabetici e nei portatori di insufficienza cardiaca, diabetici e non diabetici

Edoardo Gronda¹, Claudio Napoli², Massimo Iacoviello³, Stefano Urbinati⁴, Pasquale Caldarola⁵, Edoardo Mannucci⁶, Furio Colivicchi⁷, Domenico Gabrielli⁸

RASSEGNA

Gli effetti renali degli inibitori del cotrasportatore sodio-glucosio di tipo 2 in pazienti con malattia cardiovascolare con e senza insufficienza renale cronica

Manuela Benvenuto¹, Gaetano Panzarella², Ermal Shehaj³, Chiara Valenti⁴, Pasquale Caldarola⁵, Furio Colivicchi⁶, Domenico Gabrielli⁷, Massimo Iacoviello⁸, a nome dell'Area Cardio RENO Metabolica (CARE ME) dell'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO)



Review
Renal Oxygen Demand and Nephron Function: Is Glucose a Friend or Foe?

RASSEGNA

I meccanismi d'azione degli inibitori del cotrasportatore sodio-glucosio di tipo 2 ed i loro effetti benefici sull'assetto funzionale di cuore e rene

Edoardo Gronda^{1,2}, Massimo Iacoviello^{3,3}, Manuela Benvenuto^{2,4}, Chiara Valenti^{2,5}, Alessandro Navazio⁶, Pasquale Caldarola⁶, Carmine Riccio⁷, Domenico Gabrielli⁸, Furio Colivicchi⁹

European Journal of Internal Medicine 336 (2022) 140-143



Contents lists available at ScienceDirect
European Journal of Internal Medicine

Journal homepage: www.elsevier.com/locate/ejim



Letter to the Editor

Is the benefit of sodium-glucose cotransporter inhibitors over heart failure progression on the kidney side?



Review
The Benefit of Sodium-Glucose Co-Transporter Inhibition in Heart Failure: The Role of the Kidney

Edoardo Gronda^{1,*}, Emilio Vanoli^{2,3}, Massimo Iacoviello⁴, Pasquale Caldarola⁵, Domenico Gabrielli⁶ and Luigi Tavazzi^{7,*}

Figura 1



Il programma del nuovo biennio dell'Area Cardiorenale e Metabolica per approfondire tematiche rilevanti sugli approcci diagnostico-terapeutici utili alla protezione cardiorenale e metabolica

ad affrontare quelle sfide che già avevamo indicato all'inizio dello scorso biennio. La *sfida culturale*: volta a far acquisire al mondo cardiologico i nuovi paradigmi di protezione cardiorenale e metabolica. Paradigmi mutuati dalla introduzione di classi farmacologiche capaci di raggiungere benefici indipendentemente dal raggiungimento di target come quello glicemico. Paradigmi che consentono di caratterizzare la nostra area in tutta la sua potenzialità e rilevanza. La *sfida multidisciplinare* per la condivisione di questi nuovi paradigmi con altre specialità: la diabetologia e la nefrologia in particolare (Figura 2). Una condivisione che si traduce nella necessità di nuovi livelli di interazione. Non solo condivisione nell'utilizzo di nuove classi farmacologiche ma anche individuazione delle migliori strategie per un percorso diagnostico-terapeutico condiviso.

Le tematiche del biennio

È con questi presupposti che il Comitato di Coordinamento ha individuato delle aree tematiche da affrontare nel prossimo biennio e

Un programma in continuità con lo scorso biennio

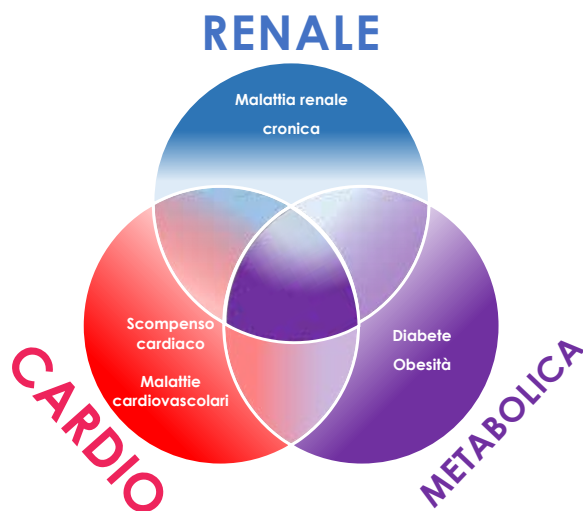


Figura 2

che spaziano tra gli attuali e futuri approcci diagnostico-terapeutici. Tra le tematiche “metaboliche”, il diabete continuerà ad avere un ruolo centrale. L'obiettivo è quello di continuare ad approfondire gli aspetti fisiopatologici e clinici delle più recenti strategie farmacologiche, come SGLT2i ed agonisti dei recettori GLP1, capaci di proteggere il paziente, indipendentemente dal raggiungimento del target glicemico. Oltre alle strategie terapeutiche, approfondiremo anche le strategie diagnostiche più efficaci per stratificare il rischio ed individuare precocemente la presenza di malattie cardiovascolari e scompenso cardiaco. Accanto al diabete abbiamo individuato nell'obesità l'altra condizione “metabolica” cui il mondo cardiologico deve porre particolare attenzione. Un'attenzione che è giustificata, anche in questo caso, dai nuovi approcci terapeutici farmacologici, in gran parte condivisi con il paziente diabetico, che hanno dimostrato di migliorare la capacità funzionale e ridurre gli eventi cardiovascolari. Un argomento che

ha, per altro, ampie sovrapposizioni con lo scompenso cardiaco a frazione d'eiezione preservata di cui l'obesità è un fenotipo caratterizzante. Pensiamo, infine, che, per il paziente obeso, sia opportuna una riflessione particolare per la valutazione della capacità funzionale e dell'esercizio fisico del paziente rappresentino elementi chiave nella sua gestione clinica. Accanto alle tematiche “metaboliche”, quelle “renali” rappresenteranno l'altra parte del nostro impegno. Nella malattia renale cronica, oltre agli SGLT2i, nuovi approcci terapeutici, come i nuovi antagonisti non steroidei degli ormoni mineralcorticoidi, si sono dimostrati capaci di proteggere il rene nei pazienti diabetici. Una protezione renale che si intreccia, ancora una volta con quella cardiovascolare, per la capacità di ridurre anche gli eventi cardiovascolari e le ospedalizzazioni per scompenso cardiaco. Oltre i nuovi approcci farmacologici, pensiamo sia anche rilevante, per il paziente renale, definire le strategie diagnostiche più accurate per



La giovane Area Cardiorenale e Metabolica ANMCO è al suo secondo biennio

Abbiamo assistito, negli ultimi anni, a straordinarie innovazioni terapeutiche capaci di migliorare la protezione cardiorenale e metabolica e che hanno mutuato, insieme ad un solido background fisiopatologico, l'istituzione della nostra Area. In continuità con lo scorso biennio, come comitato di coordinamento, continueremo ad approfondire attraverso iniziative editoriali, ma anche newsletter agli iscritti ed iniziative sul sito web dell'ANMCO, gli approcci diagnostico-terapeutici più rilevanti per il paziente cardiorenale e metabolico.

Un approfondimento che si baserà sulla stretta collaborazione con le altre Aree con cui vi è un'affinità tematica.

evidenziare la presenza di malattie cardiovascolari misconosciute. La nostra attenzione, infine, non sarà volta solo al paziente cronico ma anche a quello acuto. Il binario della nostra riflessione sarà anche in questo caso doppio, diagnostico e terapeutico. L'inquadramento del paziente acuto, congesto, con malattia renale cronica, attraverso l'utilizzo al letto del paziente della valutazione Doppler renale così come la gestione della resistenza ai diuretici ed il ricorso alla terapia renale sostitutiva sono argomenti che pensiamo meritino un approfondimento dedicato.

Le attività associative e gli iscritti all'Area

Le tematiche individuate rappresenteranno sicuramente lo spunto per quelle iniziative

editoriali (rassegne sul "Giornale Italiano di Cardiologia" o review su riviste internazionali) che sono componente essenziale dell'attività delle Aree ANMCO. Ma il prossimo biennio proverà anche a sfruttare tutte le risorse disponibili nella nostra associazione per estendere il più possibile un confronto proficuo con i Soci ANMCO e con tutta la comunità cardiologica. In questa attività rivolgeremo uno sguardo particolare agli iscritti all'Area. Per quanto giovane l'Area Cardiorenale e Metabolica vanta già un discreto numero di iscritti. Una *newsletter periodica* aggiornerà tutti gli

La sfida culturale della "protezione" cardiorenale e metabolica

iscritti sulle attività del comitato di coordinamento dell'Area e riporterà anche le principali novità scientifiche in tema di protezione cardiorenale e metabolica. Alle newsletter affiancheremo le *interviste con gli esperti*, brevi pillole video, fruibili sul sito ANMCO, in cui ci confronteremo su alcuni aspetti delle tematiche sopra menzionate. Saranno interviste che, se pur brevi, si caratterizzeranno per l'interesse e rilevanza dei loro contenuti, grazie al confronto con i maggiori esperti del settore. Accanto alle interviste con gli esperti, infine, saranno proposti *webinar* accessibili attraverso la piattaforma educativa della nostra associazione.

Le collaborazioni

Tutte le tematiche e le iniziative che abbiamo descritto hanno punti di interesse comune con altre Aree ANMCO. La collaborazione con le altre Aree è parte essenziale per valorizzare ogni iniziativa intrapresa. Aree Scopenso, Prevenzione, Cronicità, Imaging, ma anche Management e Qualità ed il Gruppo di Studio Intelligenza Artificiale in Cardiologia saranno compagne di viaggio essenziali per l'attività del nostro biennio. Ma la natura dell'Area Cardiorenale e Metabolica si spinge oltre i confini associativi guardando a società scientifica di altre specialità come la Società Italiana di Nefrologia. Anche questa collaborazione più ampia riteniamo essere essenziale per raggiungere gli obiettivi che ci siamo posti. In conclusione, un biennio nel solco del precedente per approfondire i temi legati alla "protezione" cardiovascolare, renale e metabolica in collaborazione con le altre Aree ANMCO.♥



Aderisci alla nostra Area! Aiutaci a crescere!

Come prima... più di prima!

Ricchi di entusiasmo raccogliamo una forte eredità e guardiamo al futuro

Comitato di Coordinamento Area Cronicità 2024-2025



Pier Luigi Temporelli, Chairperson



Chiara Dalla Valle, Co-Chairperson



Alfredo Madrid



Marco Mojoli



Massimiliano Rizzo



Marco Zuin



Francesco Ciccirillo
Consulente



Catia De Rosa
Consulente



Alessandro Maloberti
Consulente

Sono già passati due anni dall'istituzione dell'Area di Cronicità Cardiologica, nata come figlia dell'Area Prevenzione Cardiovascolare, per rispondere al cambiamento epidemiologico che stiamo vivendo. Infatti, grazie ai progressi terapeutici e diagnostici,

stiamo assistendo al progressivo invecchiamento della popolazione e di conseguenza all'incremento dei pazienti affetti da condizioni patologiche croniche. L'Area Cronicità Cardiologica è nata sulla base di questa esigenza, per dare al cardiologo ospedaliero un supporto

nella sua attività lavorativa, che gli permetta di mantenersi aggiornato in termini di avanzamento scientifico e tecnologico, promuovendo la buona pratica clinica nelle patologie cardiologiche croniche. Raccogliamo i frutti di un ottimo lavoro svolto dal precedente board, che ha saputo accompagnare nella crescita questa neonata Area, sviluppando una intensa attività editoriale, scientifica, formativa e di ricerca, che abbiamo l'obiettivo di proseguire. Citiamo solamente alcuni degli articoli passati, pubblicati su questa rivista: forte interesse ha suscitato il tema delle sostanze d'abuso e la sua stretta correlazione con la patologia cardiovascolare, un problema non raro ma misconosciuto; la Web Survey, in collaborazione con le Aree Cardiorenale e Metabolica e Prevenzione Cardiovascolare, ha permesso di capire a che punto siamo con le conoscenze in merito ai target lipidici e ai nuovi fattori di rischio cardiovascolare, in modo da poter costruire una mirata attività formativa; infine il progetto Cuore e Arterie, un altro esempio di collaborazione tra Aree, che ha posto sotto i riflettori il problema dell'arteriopatia periferica e la ricerca dell'aterosclerosi pluridistrettuale nei coronaropatici.



Ricercheremo la collaborazione tra Aree, proponendo e realizzando iniziative volte a migliorare la pratica clinica

Chi siamo

Il Chairperson Pier Luigi Temporelli tragherà il nuovo comitato in questa avventura, con l'obiettivo di mantenere una continuità con il passato, ma anche di sviluppare nuove idee grazie ad una squadra composta da giovani e "meno" giovani, ciascuno con i propri tratti distintivi e con interessi che spaziano dalla cardiologia clinica all'interventistica. Co-Chairperson dell'Area è Chiara Dalla Valle, Cardiologo Clinico presso la Cardiologia degli Ospedali dell'Ovest Vicentino, si interessa di scompenso cardiaco, cure intensive cardiologiche e prevenzione cardiovascolare; è referente dell'ambulatorio dedicato ai pazienti dislipidemici con rischio cardiovascolare elevato.

Alfredo Madrid è specialista in Cardiologia ed in Geriatria, lavora come dirigente medico presso l'UTIC con Emodinamica dell'A.O.R.N.A. Cardarelli di Napoli. Si occupa attivamente della clinica sia in Terapia Intensiva Coronarica, che in Terapia Subintensiva, è esperto in Ecocardiografia e negli ultimi anni si è dedicato alla prevenzione, in particolare al trattamento delle dislipidemie.

Marco Mojoli è cardiologo emodinamista presso la SS Emodinamica, SC di Cardiologia, Dipartimento Cardio-neuro-riabilitativo dell'Azienda Sanitaria Friuli Occidentale presso l'Ospedale di Pordenone. Si occupa prevalentemente di interventistica coronarica, prevenzione secondaria, trials clinici farmacologici. Massimiliano Rizzo è Dirigente Medico di primo livello in Cardiologia presso il DAI Cardio-Toraco-Vascolare

e Chirurgia dei trapianti d'organo, Azienda Policlinico Umberto I, Sapienza Università di Roma. Si occupa prevalentemente di Cardiologia Clinica e Preventiva; è referente per la Diagnostica incruenta delle malattie cardiovascolari. Marco Zuin lavora presso l'UO di Cardiologia dell'Ospedale S. Anna di Ferrara ed è dottorando in Scienze Cardiovascolari presso l'Università degli Studi di Padova. Ambiti di ricerca sono l'embolia polmonare, la prevenzione cardiovascolare secondaria, il PFO, la morte cardiaca improvvisa, l'aterosclerosi e l'epidemiologia cardiovascolare, oltre ad occuparsi di big-data analysis, metanalisi e metodologia statistica applicata alle scienze mediche. Catia De Rosa è Cardiologo Clinico presso la Cardiologia dell'Azienda Ospedaliera Ordine Mauriziano di Torino, si occupa prevalentemente di clinica e segue il reparto di degenza con particolare interesse in merito alla prevenzione cardiovascolare. Alessandro Maloberti lavora presso la Cardiologia 4 dell'Ospedale Niguarda di Milano. È referente della riabilitazione cardiologica ambulatoriale e dell'ambulatorio di prevenzione cardiovascolare primaria e secondaria.

Francesco Ciccirillo lavora presso l'UOC Cardiologia-UTIC ed Emodinamica presso l'Ospedale "Vito Fazzi" di Lecce, si occupa di diagnostica vascolare e attualmente è responsabile dell'ambulatorio di ultrasonologia vascolare dell'UO Cardiologia-Fazzi. Si occupa dello studio delle malattie cardiache associate all'uso di sostanze di abuso ed è responsabile dell'ambulatorio D.A.H.D. (drug abuse heart diseases).

Progetti e obiettivi

Già dalla prima riunione è emersa tanta voglia di fare, ricchi di entusiasmo raccogliamo una forte eredità e guardiamo al futuro. Ci aspetta un biennio ricco di nuove proposte ma in cui desideriamo anche portare avanti alcune iniziative, le cui basi sono state poste in precedenza. Ad esempio, sulla base del progetto "Cuore e Arterie", è in fase di definizione uno studio clinico volto ad individuare il paziente a rischio cardiovascolare estremo, tra quelli con sindrome coronarica cronica, attraverso l'utilizzo dell'ankle brachial index, strumento molto utile nella diagnosi non invasiva di arteriopatia periferica. Inoltre, ricercheremo la collaborazione tra Aree, proponendo e realizzando iniziative volte a migliorare la pratica clinica ed è in quest'ottica che ci prefiggiamo di creare un PDTA sulla post dimissione nel paziente con sindrome coronarica cronica, argomento ad ampio spettro e un progetto ambizioso, che richiederà un lavoro sinergico nella famiglia ANMCO. Non mancheranno inoltre progetti formativi ed editoriali. Ed è con queste basi che accogliamo questa sfida e invitiamo i Soci ANMCO, interessati alla cronicità cardiologica, ad aderire alla nostra Area. Come prima, più di prima!!!♥

Per dare al cardiologo ospedaliero un supporto nella sua attività lavorativa, che gli permetta di mantenersi aggiornato in termini di avanzamento scientifico e tecnologico



L'Area si è focalizzata sull'offerta di un servizio informativo e formativo ai soci e di nuovi stimoli ai giovani ANMCO

Ai saluti l'Area Giovani 2022-2023: un biennio molto intenso e produttivo!

Particolarmente apprezzate le iniziative formative, sia on line che in presenza al Congresso ANMCO, e l'attività scientifica che si è espressa nella scrittura di 4 diverse review

Un biennio molto intenso e produttivo è quello che si è concluso a fine dicembre 2023 per l'Area Giovani. Un gruppo, guidato da Filippo Zilio come Chairperson, che come annunciato su "Cardiologia negli Ospedali" del marzo-aprile 2022 era davvero molto giovane e che è risultato subito affiatato, riuscendo a lavorare in un'atmosfera di sintonia e forte impegno per offrire ai giovani ANMCO nuovi stimoli e a tutti i soci un vero servizio informativo e formativo. Sotto questa vision sono state proseguite alcune attività già in essere e ne sono state sviluppate di nuove. L'Area Giovani infatti già si occupava di alcune rubriche attive sul sito web dell'ANMCO, quali *International Opportunities* e *Job Opportunities*; queste ultime in particolare, aggiornate nel biennio con cadenza sostanzialmente bisettimanale (per un totale di oltre 40 contributi), sono potute diventare

A conclusione del biennio 2022-23 l'Area Giovani riassume le molteplici attività svolte anche in collaborazione con diverse altre Aree: le rubriche sul sito web, le attività formative on line e quelle, particolarmente innovative, svolte in presenza al Congresso Nazionale ANMCO, e l'attività scientifica

un vero punto di riferimento per chi fosse interessato a cercare un nuovo posto di lavoro. La rubrica *Outplay... clinical case*, dedicata invece alla pubblicazione di casi clinici interattivi, è stata terminata

nell'autunno 2022 in quanto nel corso della ristrutturazione del sito web tutti i casi clinici erano stati fatti confluire in una sezione dedicata; prima di allora erano già usciti alcuni contributi, anche in collaborazione con la sezione ANMCO regionale del Veneto. Con regolarità è stata invece aggiornata la rubrica *PodFast ANMCO: la cardiologia basata sull'evidenza*: con un totale di 15 contributi video, essa ha consentito di comunicare in modo sintetico ma accattivante aggiornamenti su novità dalla letteratura tratte da tutti gli ambiti della cardiologia, dall'imaging, alle cardiomiopatie, alla coronaropatia, all'aritmologia, ecc. Inoltre, attraverso questa rubrica, molti giovani sono stati coinvolti nelle attività della società scientifica, avendo un'ottima occasione per dimostrare il loro interesse, il loro impegno e le loro capacità. Una sorta di "special edition" di questa



Figura 1 - Foto di gruppo dell'Area Giovani 2022-2023 scattata durante il Congresso Nazionale ANMCO 2022. Da sinistra a destra: Giuseppe Ciliberti, Filippo Zilio, Gianmarco Iannopolo, Stefano Albani, Francesca Musella, Federico Fortuni, Laura Ceriello, Pietro Scicchitano.

rubrica è stata rappresentata da un webinar-intervista attuata in collaborazione con l'Area Malattie del Circolo Polmonare, dedicata alla formazione dei giovani al cateterismo cardiaco destro. La mission formativa dell'Area Giovani ha poi trovato espressione in due attività lanciate in occasione del Congresso Nazionale ANMCO 2023. In primis infatti, in tale occasione, dopo un lungo percorso e grazie alla collaborazione con l'Area CardioImaging e l'Area Aritmie, sono stati realizzati due percorsi formativi basati sulla simulazione, denominati *“Vademecum della (prima) notte di guardia”* e *“Un programmatore per amico”*. Tali percorsi, seguendo i quali era possibile confrontarsi in piccoli gruppi con la pericardiocentesi, con l'ecocardiogramma transesofageo, e con la programmazione di dispositivi impiantabili di differenti aziende, sono stati molto apprezzati dai partecipanti; è stato anche necessario prolungare l'attività oltre gli orari preventivati, per far fronte nel modo più adeguato possibile

alle richieste di partecipazione. Il successo di queste iniziative è stato raccolto in modo importante dal

“Comprehensive diagnostic work up in patients with suspected HFpEF” e “Management of temporary mechanical circulatory support devices in Cath Lab and Cardiac Intensive Care Unit” sono i titoli delle review già pubblicate

Consiglio Direttivo ANMCO, che ha deciso di implementare le attività di simulazione anche in successivi eventi scientifici (quale ad esempio la 3^a Conferenza Nazionale del Club delle UTIC ANMCO) e di estendere ulteriormente il campo delle attività simulate. Il focus è stato per ora mantenuto sulle attività legate al mondo dell'urgenza cardiologica, ma non è escluso che prossimamente

le attività formative si focalizzino anche su altri contesti. La seconda attività innovativa introdotta in occasione del Congresso Nazionale ANMCO 2023, ancora una volta in collaborazione con l'Area CardioImaging, è stata invece rappresentata dal Mini-Corso Base di Risonanza Magnetica Cardiaca. In un'aula del Tempio gremita, questo percorso formativo è partito dalle basi fisiche della metodica per arrivare progressivamente fino alla descrizione dei pattern caratteristici delle diverse patologie, quali la cardiopatia ischemica e le cardiomiopatie. L'attività scientifica dell'Area si è concentrata su tematiche di specifico interesse dei membri del Comitato di Coordinamento ma anche dei giovani in generale: con un occhio di riguardo all'importanza dell'imaging multimodale e alla collaborazione tra le diverse metodiche cardiologiche con cui le nuove generazioni di cardiologi si devono sempre di più confrontare, con le tematiche di genere su cui è necessaria una sensibilità specifica, e con il

**PODFast ANMCO:
la cardiologia basata sull'evidenza**

Unloading the Left Ventricle in Venoaerterial ECMO: In Whom, When, and How?

A cura di Vittorio Pazzanese e Filippo Zilio

Upgrade of right ventricular pacing to cardiac resynchronization therapy in heart failure: a randomized trial

A cura di Maria Chiara Gatto e Filippo Zilio

High-Sensitivity Cardiac Troponin for Risk Assessment in Patients With Chronic Coronary Artery Disease

A cura di Stefano Poli e Filippo Zilio

Management of coronary artery disease in patients undergoing transcatheter aortic valve implantation. A clinical consensus statement from the European Association of Percutaneous Cardiovascular Interventions in collaboration with the ESC Working Group on Cardiovascular Surgery

A cura di Valeria Gritti e Filippo Zilio

Atrial Fibrillation Ablation for Heart Failure With Preserved Ejection Fraction: A Randomized Controlled Trial

A cura di Nicolò Sisti e Filippo Zilio

Acetazolamide in Acute Decompensated Heart Failure with Volume Overload
A cura di Jacopo Farina e Filippo Zilio

Prognostic value of stress echocardiography assessed by the ABCDE protocol

A cura di Federico Fortuni e Filippo Zilio

Evolution and Prognostic Impact of Cardiac Damage After Aortic Valve Replacement

A cura di Luca Di Odoardo e Filippo Zilio

Ruolo degli SGLT - 2i nell'HFpEF alla luce dei trials EMPEROR - preserved e DELIVER

A cura di Michele Magnese e Filippo Zilio

Prognostic impact late gadolinium enhancement right ventricular insertion points non-ischaemic dilated cardiomyopathy

A cura di Filippo Zilio e Enrica Vitali

Percutaneous Revascularization for Ischemic Left Ventricular Dysfunction

A cura di Filippo Zilio e Marco Flori

Gender Differences in Takotsubo Syndrome

A cura di Filippo Zilio e Rosa Cetera

Cardiac magnetic resonance identifies raised left ventricular filling pressure: prognostic implications

A cura di Filippo Zilio e Laura Ceriello

Doppia terapia antiplastrinica dopo PCI in pazienti ad alto rischio emorragico. Lo Studio MASTER DAPT

A cura di Filippo Zilio e Gianmarco Iannopolo

Focus su terapia antiaggregante. ACC 2022

A cura di Filippo Zilio e Stefano Albani

PODFast Special Edition
Special Edition: Consigli pratici per formare un emodinamista in malattie del circolo polmonare - parte 1
Special Edition: Consigli pratici per formare un emodinamista in malattie del circolo polmonare - parte 2

Stefano Albani e Francesco Lo Giudice
In collaborazione con l'Area Malattie del Circolo Polmonare

Casi Clinici

Una giovane aritmica

Caso Clinico è a cura della **Dott.ssa Lucia Salvi**

Alterazioni elettrocardiografiche ed aritmie ventricolari in una giovane donna

Caso Clinico è a cura dall'Area Giovani in collaborazione con la Sezione Regionale ANMCO Veneto.

Autori: Alessandro Ruzzarin, Leonardo Portolan, Francesco Della Mora, Andrea Mainardi, Luca Tomasi, Daniele Prati



Figura 2 - Contributi dell'Area Giovani 2022-2023 disponibili sul sito web ANMCO

problema crescente soprattutto tra i giovani dell'abuso di sostanze, sono state prodotte 4 diverse review. Sono stati già pubblicati *“Comprehensive diagnostic work up in patients with suspected Heart failure and preserved ejection fraction”* su Hellenic Journal of Cardiology e *“Management of temporary mechanical circulatory support devices in Cath Lab and Cardiac*

Molto apprezzati i due percorsi basati sulla simulazione al Congresso ANMCO 2023: Vademecum della (prima) notte di guardia e Un programmatore per amico

Intensive Care Unit” su European Heart Journal - Imaging Methods and Practice, entrambi molto apprezzati (il secondo è risultato addirittura l'articolo con migliore Altmetric Score della rivista nel corso del 2023). In corso di revisione sul *“Giornale Italiano di Cardiologia”* e di valutazione in una rivista in lingua inglese sono invece rispettivamente




Figura 3 - Alcune immagini tratte dalle sessioni gestite dall'Area Giovani in collaborazione con le Aree CardioImaging e Aritmie durante il Congresso Nazionale ANMCO 2023: a sinistra, il tutoraggio della pericardiocentesi durante il “Vademecum della (prima) notte di guardia”; al centro, tutoraggio dell'ecocardiogramma transesofageo durante il “Vademecum della (prima) notte di guardia”; a destra, l'Aula del Tempio gremita durante il Mini Corso Base di RM cardiaca.

un articolo dal titolo “Sostanze d'abuso e rischio cardiovascolare: gli Energy Drinks” ed una review dal titolo “Sex differences in patients presenting with acute coronary syndrome”, con attenzione anche alle condizioni meno comuni o meno conosciute. Questi paper sono stati tutti realizzati in collaborazione con altre Aree ANMCO: l'Area Scopenso Cardiaco, l'Area CardioImaging, l'Area Cardiologia Intensiva ed Interventistica, l'Area Cronicità Cardiologica, l'Area Cardiologia di Genere. Delle attività svolte dall'Area Giovani è stato dato anche un periodico aggiornamento sulle pagine di “Cardiologia negli

Ospedali”, giornale a cui l'Area nel corso del biennio ha inviato diversi contributi. Ecco dunque che il gruppo, che oltre al Chairperson Filippo Zilio comprendeva il Co-Chairperson Pietro Scicchitano (fino a maggio 2023, quando è stato eletto nel Consiglio Direttivo dell'ANMCO), i membri del Comitato di Coordinamento Giuseppe Ciliberti (nominato Co-Chairperson in sostituzione di Pietro Scicchitano a novembre 2023), Stefano Albani, Laura Ceriello, Federico Fortuni e i consulenti Gianmarco Iannopolo e Francesca Musella, è giunto ai saluti. Ma il nuovo organigramma dell'Area, che


sarà guidata quindi dal Chairperson Giuseppe Ciliberti con un altro membro del biennio precedente, Federico Fortuni, come Co-Chairperson, avrà l'opportunità di valutare con il Consiglio Direttivo le attività da perseguire, mantenendo viva la mission formativa dell'Area Giovani: nel prossimo numero di “Cardiologia negli Ospedali” saranno presentati il nuovo Comitato di Coordinamento e le attività programmate per il biennio 2024-2025. Pertanto... *stay tuned!* E non dimenticate di iscrivervi all'Area Giovani nella vostra Area Personale sul sito web ANMCO, per seguirne tutte le attività!♥



Contents lists available at ScienceDirect

Hellenic Journal of Cardiology

journal homepage: <http://www.journals.elsevier.com/hellenic-journal-of-cardiology/>



European Heart Journal - Imaging Methods and Practice (2023) 1, 1-12
<https://doi.org/10.1093/ehjimp/gra011>

INVITED REVIEW

Review Article

Comprehensive diagnostic workup in patients with suspected heart failure and preserved ejection fraction

Stefano Albani^{1,2,4,1}, Filippo Zilio^{3,*,4,1}, Pietro Scicchitano^{6,4}, Francesca Musella^{5,6,4}, Laura Ceriello^{7,4}, Marco Marini^{8,6}, Mauro Gori^{9,6}, Georgette Khoury^{10,c}, Antonello D'Andrea^{11,c}, Marco Campana^{12,c}, Gianmarco Iannopolo^{13,a}, Federico Fortuni^{14,15,4}, Giuseppe Ciliberti^{16,2}, Domenico Gabrielli^{17,18}, Fabrizio Oliva^{19,d}, Furio Colivicchi^{20,d}

Management of temporary mechanical circulatory support devices in cath-lab and cardiac intensive care unit

Federico Fortuni^{1,2,8,12}, Filippo Zilio^{3,12}, Gianmarco Iannopolo^{4,12}, Giuseppe Ciliberti^{5,1}, Paolo Trambaiolo^{6,5}, Laura Ceriello^{7,1}, Francesca Musella^{8,9,1}, Pietro Scicchitano^{10,1}, Stefano Albani^{11,12,1}, Stefania Angela Di Fusco^{13,10}, Michele Massimo Gulizia¹⁴, Domenico Gabrielli^{15,16}, Fabrizio Oliva^{17,11}, and Furio Colivicchi^{13,11}

Figura 4 - Le review elaborate dall'Area Giovani nel biennio 2022-2023 e già pubblicate.



Introduzione all'Area delle Malattie Rare

Difficile articolare un pensiero o trovare la giusta misura per affrontare un argomento tanto vasto, multiforme e in parte sconosciuto. Le malattie rare vengono memorizzate attraverso definizioni, ma per essere comprese e curate devono essere profondamente capite. Le definizioni servono in parte a ricordare, ma le manifestazioni, seppur ormai ben classificate, sono complesse e soggettive. A mano a mano che le nozioni aumentano, e gli anni passano, emergono nuove scoperte e nuovi “perché”. Soprattutto, emerge dentro di noi un nuovo modo per affrontarle. L'esperienza è fondamentale, la conoscenza pure. Scopo del nostro lavoro nei prossimi due anni sarà quello di offrire il maggior numero di strumenti possibili affinché chi desidera avvicinarsi alla materia, possa crearsi un'opinione e seguire un proprio percorso. In accordo con la nostra individuale esperienza, abbiamo pensato di affrontare tre macro argomenti:

- le cardiomiopatie infiltrative/ipertrofiche,
- le sindromi aritmiche su base genetica con il prolasso aritmico,
- le patologie aneurismatiche dell'aorta su base genetica, sindromiche e non.

Discutendo tra di noi, è apparsa inoltre evidente l'importanza di una

“learning curve” non solo per chi ci legge, ma anche per noi stessi. Chi si interessa di un argomento in modo appassionato, molto spesso poco sa dell'altro, probabilmente ha domande che non osa porre, ma per le quali desidererebbe una risposta. Abbiamo quindi pensato di dedicare i primi 8 mesi di questo nostro comune percorso all'approfondimento delle basi delle malattie rare, quali sono i segni che ci dobbiamo aspettare e quali sono quelli che potremmo cogliere. Durante i successivi 8 mesi ci dedicheremo alla diagnosi, all'imaging, alle misure, e a tutti gli aspetti pratici per affrontare la malattia. Infine, il trattamento e le opzioni migliori in accordo con l'esperienza, un approccio che possa considerare una maggiore personalizzazione delle decisioni con le linee guida accanto a noi. In questo nuovo cammino nelle malattie rare entrano le patologie aneurismatiche dell'aorta toracica. L'argomento latita in cardiologia, ma ne è parte integrante, perché la diagnosi è spesso nostra, la terapia pure, ma l'indicazione affidata al cardiocirurgo. È come se l'intero argomento si spostasse nelle mani di qualcun altro quando non è solo così. Il riscontro, l'inquadramento della dilatazione, la possibile correlazione con fattori di rischio, ma anche con eventi famigliari che accendono

la spia rossa per identificare una possibile origine genetica, sono anche di nostra competenza. Le malattie aneurismatiche dell'aorta su base genetica rappresentano potenzialmente il 20% di tutte le forme di dilatazione e dissezione. In una piccola parte, ovvero le forme sindromiche, sono presenti altri segni che vorremmo poter spiegare con l'aiuto dei “perché”, per poterle collocare correttamente ai fini della prognosi. Questo lavoro di vera e propria esplorazione è alla base del valore di un test genetico, così come ogni storia pre-test avvalora il test stesso. Con l'aggiunta che, identificare correttamente e precocemente una sindrome, significa porre indicazione ad un intervento da effettuare al momento giusto, a prescindere dalle linee guida che, per quanto di aiuto, poco entrano nella storia del paziente e della sua famiglia. La genetica gioca certamente un ruolo determinante nel chiarirci le idee e nel fornirci appoggi nelle nostre decisioni, ma alla fine, siamo noi con le nostre conoscenze a dover trovare il modo per spiegare al paziente i rischi che corre, come comportarsi, cosa evitare e, infine, come affrontare il problema e quando. La “consapevolezza” nelle patologie particolarmente allarmanti consente al paziente di assumere degli accorgimenti che possono contribuire a fermare la progressione



Chairperson Area Malattie Rare ANMCO

Susanna Grego Unità malattie cardiovascolari rare,
Istituto Cardiocentro Ticino-EOC, Lugano

Co-Chairperson Area Malattie Rare ANMCO

Stefania Marazia S.C. Cardiologia, insufficienza cardiaca e malattie rare,
Ospedale Vito Fazzi, Lecce

Comitato di Coordinamento Area Malattie Rare ANMCO

Paolo Desalvo S.C. Cardiologia, Dipartimento Emergenza e Aree Critiche,
A.O. Santa Croce e Carle, Cuneo

Piero Gentile S.C. Cardiologia, Insufficienza Cardiaca e Trapianti,
Dipartimento Cardio-toraco-vascolare, Ospedale Niguarda, Milano

Giuseppe Palmiero Unità di Malattie genetiche rare,
AORN Ospedali dei Colli-Ospedale Monaldi, Napoli

Federica Toto Dipartimento di Cardiologia, Ospedale Policlinico Casilino, Roma

Senior Advisor Area Malattie Rare ANMCO

Cristina Chimenti Dipartimento di Scienze cliniche internistiche Anestesiologiche e Cardiovascolari,
Università La Sapienza, Roma

della malattie e ridurre lo stress sulla parete aortica. Non possiamo di fatto mai dimenticarci che il paziente con dilatazione aortica può di fatto diventare un paziente acuto, da operare in emergenza. Se siamo fortunati, e ci assiste la possibilità di una diagnosi precoce in presenza di un centro cardiocirurgico disponibile e competente nelle vicinanze, nell'80% dei casi l'evento acuto viene curato e il decesso scongiurato. Rimane però la grande incognita delle conseguenze croniche che derivano dalla rottura dell'aorta per tutto il suo decorso, particolarmente impegnative nei pazienti con malattie rare. Nell'ambito delle patologie aortiche geneticamente determinate rientrano anche le mitrali sindromiche,

aritmiche e non, ovvero il grande gruppo delle valvole Barlow che spesso sono spia di forme famigliari e di malattie del tessuto connettivo. Importante è chiedersi come sia possibile che una valvola degeneri e perda la configurazione e la sua stretta collocazione, spesso in giovane età. Vedremo che i meccanismi di degenerazione tissutale sono simili a quelli che avvengono nella parete aortica e che un esame del fenotipo e l'anamnesi famigliare aiutano non solo nell'identificare altri casi, ma soprattutto ad inquadrare in modo completo il nostro paziente. I compiti e gli argomenti verranno suddivisi in base alle nostre specifiche competenze ed esperienze, non solo personali, ma anche territoriali: i cluster di pazienti affetti da

amiloidosi daranno l'opportunità di parlare della malattia approfondendo le caratteristiche dei casi più significativi e spiegare che il termine "amiloidosi" include un significativo ed eterogeneo numero di patologie infiltrative dovute a proteine diverse. Ci occuperemo delle forme familiari, quelle rare, della loro base molecolare, di come diagnosticarle, di come trattarle. Le forme aritmiche rare, la loro base molecolare, la diversa prevalenza nei due sessi, rappresenteranno la nostra terza sfida. Ognuno di noi darà il proprio contributo con l'augurio che, migliorando noi stessi e le nostre conoscenze, si riesca a generare un approccio efficace ed indimenticabile a queste complesse ed affascinanti patologie.♥



Per un'ANMCO di Qualità

L'assistenza sanitaria moderna dei Paesi del mondo occidentale è un processo ad alta complessità, sottoposto costantemente a pressioni di natura economica, tecnologica e giuridica. Tali pressioni mettono alla prova la capacità stessa dei sistemi sanitari di dare risposte di qualità al bisogno di salute di una popolazione sempre più anziana e complessa secondo principi di efficacia, efficienza, appropriatezza ed equità. Questa è la sfida del nostro tempo, questa la battaglia che ci vede tutti in campo, in uno dei momenti più delicati e complessi di sempre per il nostro Servizio Sanitario Nazionale, di cui la Cardiologia rappresenta il cuore pulsante. Un momento storico di grandi difficoltà ma anche ricco di opportunità epocali (fondi PNRR, rivoluzione digitale, Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0) da saper cogliere, indirizzare e governare. È in un momento come questo che le grandi società scientifiche, come lo è ANMCO, devono fare di tutto per sostenere il lavoro ed il sacrificio di tutti i loro iscritti cercando, dove possibile, di mettere in campo nuove strategie finalizzate, non soltanto a garantire un miglioramento degli standard di cura per i pazienti cardiologici su tutto il territorio nazionale, ma

anche un miglioramento della qualità e del benessere lavorativo degli operatori della sanità, medici ed infermieri. Parafrasando una famosa canzone di Battiato: è questo il momento, in cui per quanto difficile, come ci hanno insegnato i nostri maestri, bisogna cercare di “trovare l'alba dentro l'imbrunire”. Con questa consapevolezza e senso di responsabilità prende il via l'attività della nuova Area Management&Qualità dell'ANMCO che per il biennio 2024-2025 sarà composta da: Simona Giubilato (Chairperson), Roberta Rossini (Co-Chairperson); Comitato di Coordinamento: Francesco Borrello, Antonio di Monaco, Nicola Gasparetto, Filippo Zilio; Medical Writer: Roberta Della Bona; Consulenti: Laura Gatto, Carlotta Sorini Dini.

Quattro gli obiettivi programmatici che i membri dell'Area hanno identificato come essenziali per il lavoro da svolgere:

- 1 - FORMAZIONE dei cardiologi ANMCO su tematiche qualificanti l'Area.
- 2 - CREAZIONE di contenuti di utilità e supporto alla pratica clinica ed al vivere bene oggi la nostra professione di cardiologi ospedalieri.

3 - DAR VOCE al pensiero critico; Medicina Traslationale tra linee guida e real world.

4 - COLLABORAZIONE con altre Aree ANMCO su tematiche di interesse comune.

Per quanto riguarda il primo obiettivo, è chiaro che non vi può essere alcuna trasformazione senza che prima non si pongano le basi culturali per affrontarla. Eppure, la “classica” formazione sanitaria della Scuola di Medicina e di Specializzazione non prevede di affrontare tematiche oggi di estrema rilevanza, quali quelle inerenti la realizzazione dei percorsi diagnostico-terapeutici, i sistemi di valutazione della performance e la loro implementazione, la gestione del rischio clinico, la razionalizzazione delle risorse, la responsabilità sanitaria. Ed è proprio per cercare di iniziare a dare una risposta a questo bisogno di formazione che nasce il Progetto “Quality & Learning”, ovvero una serie di minicorsi online, realizzati con la collaborazione di esperti del settore, per fornire a tutti i soci ANMCO, regolarmente iscritti ed iscritti all'Area Management&Qualità, delle conoscenze di base su governance clinica, management sanitario, diritto sanitario e comunicazione, con un focus particolare su aspetti



Simona Giubilato

Chairperson Area Management&Qualità

biennio 2024-2025

Cardiologa Intensivista presso A.O.E. Cannizzaro di Catania.
 Laurea in Medicina e Chirurgia, specializzazione in Cardiologia e Dottorato di ricerca in Cardiologia Cellulare e Molecolare UCSC, Policlinico A. Gemelli, Roma. Master di II livello in Terapia Intensiva Cardiologica, Università degli Studi di Firenze.
 Istruttrice ANMCO/AHA di ACLS. Istruttrice di CRISIS RESOURCE MANAGEMENT.
 Membro Area Emergenza-Urgenza, 2019-2021.
 Campi di principale interesse clinico e scientifico: terapia intensiva cardiologica, aterotrombosi, terapia antitrombotica ed ipolipemizzante, gestione del rischio clinico ed implementazione della buone pratiche cliniche.



Roberta Rossini

Co-Chairperson Area Management&Qualità

biennio 2024-2025

Nata a Pontecorvo (FR) nel 1972.
 Dal 2017 a Cuneo, dopo una lunga esperienza a Bergamo, dove dirige la Cardiologia dal 2020 presso l'Ospedale S. Croce e Carle.
 Cardiologa intensivista, si occupa anche di cardiologia interventistica coronarica e strutturale.
 Fellow ANMCO da molti anni, è stata Chairperson dell'Area Emergenza-Urgenza negli anni 2019-2021.



Francesco Borrello

Comitato di Coordinamento Area Management&Qualità

biennio 2024-2025

Sposato e padre di quattro figli, è nato a Siena il 26/08/1975, dove ha conseguito, magna cum laude, la laurea in Medicina e Chirurgia nel 1999 e la specialità in Cardiologia nel 2003. Nel suo percorso formativo, ha vissuto negli Stati Uniti superando lo United States Medical License Examination (USMLE) e conseguito presso l'Università LUISS - Guido Carli di Roma il Master di secondo livello in "Management delle Aziende Sanitarie". Aritmologo certificato presso la Società Europea di Cardiologia in cardiostimolazione ed elettrofisiologia, avendo conseguito i titoli di "Cardiac Pacing and ICD Certification" di I e II livello ed "Electrophysiology Specialist Certification" presso l'European Heart Rhythm Association (EHRA). Dal 2009, opera come dirigente medico presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Renato Dulbecco" di Catanzaro, Dipartimento di Cardiologia-UTIC, distribuendo i suoi impegni tra UTIC, elettrofisiologia ed elettrostimolazione.



Antonio Di Monaco

Comitato di Coordinamento Area Management&Qualità

biennio 2024-2025

Cardiologo, Elettrofisiologo, è dirigente medico presso la Cardiologia dell'Ente Ecclesiastico "F. Miulli" di Acquaviva delle Fonti - Bari.
 Elettrofisiologo certificato presso l'European Heart Rhythm Association (EHRA) avendo conseguito il titolo di "Electrophysiology Specialist Certification". Gli ambiti di ricerca e principali campi di interesse sono: ablazione transcateretere per il trattamento delle aritmie, tecniche di impianto per dispositivi cardiaci elettronici impiantabili, sviluppo di nuove tecnologie per le procedure di elettrofisiologia, cardioneuroablazione per il trattamento delle sincopi vasovagali cardioinibitorie, radioterapia per il trattamento delle aritmie cardiache.
 Fellow dell'ANMCO dal 2020 e Fellow dell'EHRA dal 2024. Inizia quest'anno l'esperienza nel Comitato di Coordinamento Area Management&Qualità.



Nicola Gasparetto

Comitato di Coordinamento Area Management & Qualità

biennio 2024-2025

Cardiologo Intensivista presso l'U.O.C. di Cardiologia dell'Ospedale Ca' Foncello di Treviso dove svolge il ruolo di Responsabile dell'U.O.S. di Unità di Cure Intensive Cardiologiche. Ha ottenuto la Certificazione Europea in Acute Cardiovascular Care nel 2012. Socio ANMCO da ormai 16 anni, è stato membro del consiglio Direttivo Regionale ANMCO Veneto per 5 anni e poi consulente dell'Area Emergenza-Urgenza/Intensivo-Interventistica per 2 mandati. È Fellow dell'ANMCO e dell'ESC. Gli ambiti di interesse sono l'arresto cardiaco e l'ottimizzazione delle cure post arresto cardiaco, il trattamento dello shock cardiogeno, la ventilazione non invasiva e le dislipidemie.



Filippo Zilio

Comitato di Coordinamento Area Management & Qualità

biennio 2024-2025

Classe 1984, dopo la Laurea e la Specializzazione ottenute a Padova si è trasferito a Trento dove lavora come Cardiologo Interventista sia in ambito coronarico che strutturale, senza tuttavia abbandonare la clinica. Nutre particolare interesse scientifico verso la fisiologia coronarica, il MINOCA e le dissezioni coronariche spontanee. Molto attivo in ANMCO da diversi anni, ha guidato nel biennio 2022-2023 l'Area Giovani in qualità di Chairperson, focalizzandosi soprattutto sull'importanza dell'integrazione tra metodiche diagnostiche e sullo sviluppo di nuove modalità e opportunità formative per i soci.



Roberta Della Bona

Medical Writer Area Management & Qualità

biennio 2024-2025

Cardiologa intensivista all'Ospedale Policlinico San Martino di Genova. Attiva in ANMCO nel Consiglio Direttivo Regionale Liguria. Amante della cardiologia a 360 gradi con particolare interesse per il trattamento dello shock cardiogeno, i supporti meccanici, l'imaging avanzato, le cardiomiopatie e le dislipidemie.



Laura Gatto

Consulente Area Management & Qualità

biennio 2024-2025

Calabrese di origine, ma romana di adozione, classe 1981, da oltre dieci anni lavora come Cardiologo Intensivista presso l'Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata di Roma. Ha iniziato il percorso in ANMCO da diversi anni, entrando a far parte dell'ultimo direttivo dell'ANMCO LAZIO. Gli ambiti di ricerca ed i principali campi di interesse sono: l'aterosclerosi coronarica, la terapia antitrombotica e la gestione delle principali patologie e comorbidità in terapia intensiva cardiologica.



Carlotta Sorini Dini

Consulente Area Management & Qualità

biennio 2024-2025

Classe 1987. Cardiologa intensivista, formata in ambito fiorentino, lavora attualmente presso l'Azienda Ospedaliero Universitaria Senese. Già attiva in ANMCO nel Direttivo Regionale Toscana, in passato nell'Area Emergenza Urgenza e attualmente nel Board del Club delle UTIC. Campi di interesse: shock cardiogeno, device di supporti meccanici, terapia sostitutiva cardiaca.



rilevanti per la Cardiologia. Altra linea d'azione sarà quella volta alla realizzazione di iniziative e documenti scientifici che, secondo uno spirito di servizio e collaborazione, possano essere di utilità per il lavoro dei tanti colleghi in campo nelle corsie degli Ospedali Italiani. In quest'ottica, con la collaborazione delle altre Aree e delle Regioni, si proporrà la creazione sul sito della società di una library "ANMCO con VOI" dove poter raccogliere dei format di modelli organizzativi aziendali per processi e percorsi clinico-assistenziali a disposizione dei soci, da poter riadattare e conformare alle esigenze dei singoli centri. Sempre perseguendo l'obiettivo di supportare la pratica clinica nell'interesse congiunto medico/paziente si proporrà di affrontare, in un documento dedicato, il tema della consulenza cardiologica ospedaliera tra appropriatezza, gestione del rischio cardiovascolare e razionalizzazione delle risorse. La consulenza cardiologica rappresenta, infatti, una delle principali attività di tutte le Unità Operative Cardiologiche Ospedaliere, di estrema rilevanza per le enormi potenziali ricadute, in termini di salute per i pazienti ospedalizzati negli altri reparti, ma anche ad alto rischio di non corretta gestione delle risorse se non standardizzata secondo precisi principi, evidenze, percorsi condivisi ed opportunità tecnologiche. Altro tema di estrema rilevanza ed attualità che l'Area cercherà di affrontare sarà quello del benessere lavorativo degli operatori sanitari in ambito cardiovascolare strettamente connesso al problema

crescente della desertificazione sanitaria. Negli ultimi anni, infatti anche in Italia si è assistito ad un lento e costante abbandono degli ospedali pubblici da parte del personale sanitario, con particolare riferimento ai medici. Tale fenomeno appare complesso e riconducibile a dinamiche multifattoriali, in cui un ruolo innegabile è però riconducibile al basso livello di benessere lavorativo nel settore della sanità. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, per salute si intende una condizione di benessere psico-fisico, e non solo l'assenza di malattia. Dopo la pandemia, si è assistito ad un interesse crescente per il benessere lavorativo in ambito cardiovascolare, tanto che la Società Americana di Cardiologia (American College of Cardiology, ACC) ha pubblicato nel 2022 un documento di consenso su rispetto e inclusività nell'ambiente di lavoro cardiovascolare. Tale documento evidenzia una serie di iniziative volte a incentivare il rispetto e l'inclusività e, al contempo, ridurre quanto più possibile fenomeni di bullismo, di discriminazione o di iniquità. Tali fenomeni, infatti, possono compromettere la qualità dei servizi di assistenza e di cura rivolti ai pazienti, tradursi in azioni legali, minare la salute stessa dei lavoratori, con ricadute anche economiche. L'ambiente lavorativo cardiovascolare, al giorno d'oggi, è complesso e articolato, caratterizzato da ritmi molto veloci e basato su un lavoro di squadra. È, pertanto, di fondamentale importanza promuovere un movimento culturale, che attraverso formazione e conoscenza, consenta da un lato

l'implementazione di modelli organizzativi più rispettosi, dall'altro incentivi la consapevolezza dei singoli sull'importanza di lavorare in un ambiente più sano e meno conflittuale. Purtroppo, è innegabile che un comportamento poco civile è diventato estremamente diffuso nella nostra società, incluso il settore della sanità; i comportamenti poco civili e rispettosi tendono ad autoalimentarsi e a diffondersi, presentandosi in modalità ed intensità estremamente variabili, passando da micro a macroaggressioni, da comportamenti non intenzionali a comportamenti volontari. Al fine di invertire il trend che porta alla diffusione di fenomeni di malessere lavorativo, è necessario costruire e promuovere comportamenti positivi, all'insegna del rispetto e dell'inclusività. Si impone così la necessità di mettere in campo tutte le iniziative possibili per garantire un ambiente di lavoro positivo e facilitare il work-life balance. D'altra parte occorre ripensare e rifondare il rapporto medico-paziente impegnandosi non soltanto nella comunicazione interna (orizzontale), all'interno del mondo sanitario ma anche nella comunicazione esterna (verticale) verso la società civile, promuovendo l'empowerment dei pazienti e delle loro associazioni e favorendo una nuova alleanza verso un bisogno condiviso di qualità. Tali iniziative saranno tanto più efficaci quanto più saranno orientate verso criticità oggettive rilevate. L'Area propone pertanto di realizzare una survey (Dimmi perché sei StANMCO?) condotta su base individuale, all'interno delle singole realtà ospedaliere italiane, come strumento



conoscitivo e punto di partenza per oggettivare lo stato di salute dei cardiologi negli ospedali italiani, analizzarne i fattori determinanti e fornire spunti e proposte di svolta e cambiamento. Sul doppio binario della necessità di acquisizione e miglioramento delle technical skills da una parte e della tutela della sicurezza del paziente dall'altra, in collaborazione con l'Area Giovani ed in continuità con quanto già iniziato in ANMCO nel corso del precedente biennio, si proporranno delle iniziative e dei lavori scientifici volti a diffondere la cultura e l'importanza della simulazione ad alta fedeltà come metodologia innovativa, a potenziale alto impatto sulla formazione del personale sanitario, sul management del rischio clinico e sul miglioramento della qualità di cura in ambito cardiologico. COGITO ergo SUM, il dubbio come metodo, tra pensiero critico e medicina basata sull'evidenza, sarà invece la proposta di rubrica web in cui di volta in volta i vari membri dell'Area condurranno delle brevi interviste ad importanti opinion leader nazionali ed internazionali per rileggere in maniera critica linee guida e risultati derivanti dai mega trial clinici al fine di poter meglio contestualizzare le nuove acquisizioni in una visione olistica delle conoscenze per area di interesse e cercare di "traslare" le evidenze nella pratica clinica affrontando il problema dei gap conoscitivi e gestionali/organizzativi tra linee guida e mondo reale. Le linee guida ed i risultati dei lavori scientifici, su cui tali linee guida si fondano, rappresentano lo strumento di governance clinica per stabilire gli standard assistenziali

e definire gli indicatori di esito e di appropriatezza, al fine di poter erogare "la migliore assistenza basata sulla migliore evidenza". Tuttavia, l'implementazione delle linee guida nelle nostre realtà ospedaliere può risultare difficile o incompleta. Questo è dovuto a molteplici fattori, tra cui la sostenibilità economica, la disponibilità di strumentazione tecnologica, la differenza nei modelli organizzativi nelle singole realtà ospedaliere. Proprio per questo IDEANMCO (Implementazione Delle linee guida nelle realtà ospedaliere a cura di ANMCO) sarà un'iniziativa volta a favorire/facilitare la diffusione e l'attuazione nelle realtà ospedaliere italiane delle linee guida recentemente pubblicate dalla Società Europea di Cardiologia. Tale iniziativa prevederà la creazione di modelli organizzativi, ispirati alle linee guida, ma declinati alle realtà italiane, all'insegna della sostenibilità. Da quanto brevemente esposto emerge chiaramente tutta l'urgenza di dover fare e cercare di fare bene, ed è evidente che per poter anche solo pensare di diradare un po' l'oscurità di questo imbrunire non possiamo non chiedere il supporto e la preziosa collaborazione di tutte le Aree in cammino verso obiettivi comuni in questo biennio; così come chiediamo di darci una mano a tutti i Soci che vorranno dare il proprio contributo iscrivendosi e partecipando attivamente al lavoro dell'Area Management&Qualità (<https://www.anmco.it/pages/l-associazione/aree-anmco/area-management-qualita/iscriviti-all-area>). Ritroviamo una nuova alba, INSIEME.♥



In questo articolo illustriamo l'organizzazione che ha permesso l'apertura dell'OBI Cardiologico con l'obiettivo di ridurre il sovraffollamento del Pronto Soccorso e migliorare l'assistenza dei pazienti di pertinenza cardiologica, indicando le patologie che possono accedere all'OBI cardiologico e gli indicatori di successo

L'importanza dell'OBI cardiologico nel ridurre il sovraffollamento in Pronto Soccorso: l'esempio dell'Ospedale di Gubbio Gualdo Tadino

Il ruolo del WIDEN OBI di pertinenza cardiologica





Incambiamenti intervenuti in ambito sanitario negli ultimi anni hanno portato alla rivalutazione delle strutture di Pronto Soccorso intese non più come luogo di “transito”, ma come luogo di diagnosi e cura. L'avvento di nuove tecnologie in ambito radiologico e laboratoristico ha consentito al Pronto Soccorso di diventare luogo di diagnosi e terapia della fase iniziale della patologia acuta. L'O.B.I. (Osservazione Breve Intensiva) si configura come la opportunità cui ricorre il medico d'urgenza, quando l'obiettivo posto in essere è quello di ridurre i ricoveri impropri e favorire la sicurezza delle dimissioni da Pronto Soccorso. L'attività di OBI cardiologico consente l'osservazione, il monitoraggio, la valutazione diagnostica e, l'eventuale trattamento, di pazienti per i quali non sia definibile, dopo il primo inquadramento in PS (in genere entro le prime 6 ore dall'accesso), il percorso più idoneo (dimissione con rinvio al medico curante vs ricovero) alla gestione del singolo caso.

Il modello organizzativo dell'OBI cardiologico si caratterizza per:

- alta intensità assistenziale;
- esecuzione di accertamenti diagnostici in tempi rapidi;
- monitoraggio clinico;
- pianificazione di strategie terapeutiche.

**In questo articolo
illustriamo l'organizzazione
che ha permesso l'apertura
dell'OBI Cardiologico con
l'obiettivo di ridurre il
sovraffollamento del Pronto
Soccorso e migliorare
l'assistenza dei pazienti di
pertinenza cardiologica**

Abbiamo sviluppato presso il Presidio Ospedaliero di Gubbio - Gualdo Tadino un nuovo modello organizzativo, non presente in altre realtà nazionali così definito, ovvero l'OBI Cardiologico, che si prefigge lo scopo di:

- valutare e trattare i pazienti con sintomi o condizioni morbose minori, così, al termine dell'iter diagnostico, di consentirne la dimissione a sintomatologia risolta e diagnosi certa o altamente probabile;
- valutare in modo appropriato il paziente con patologie di competenza non univoca (ovvero pazienti che presentano una sintomatologia afferibile con certezza ad una molteplicità di ipotesi diagnostiche) così da meglio definirne le condizioni e trovarne la collocazione nel setting più appropriato;

- ridurre il numero di ricoveri nei reparti di degenza migliorando l'appropriatezza;

- fornire un servizio di comfort associato a maggior competenza, professionalità così da supportare anche l'aspetto psicologico del paziente;

Questo modello prevede tre possibili distinte modalità evolutive del percorso del paziente:

- ricovero presso SC di UTIC Cardiologia del PO Gubbio - Gualdo Tadino dove vengono utilizzati gli stessi posti letto in dotazione all'UO. La “valutazione clinico-assistenziale” ivi adottata costituisce una metodologia organizzativa di lavoro dei professionisti sanitari considerata indispensabile alla realizzazione





dell'appropriatezza nei percorsi di cura. Il fine è quello di assicurare, non solo il corretto inquadramento diagnostico/terapeutico in tempi brevi ma anche, migliorare la qualità dell'assistenza e della sicurezza delle cure;

- trasferimento presso un'altra UO di pertinenza (Osservazione Breve Intensiva, reparto di medicina d'urgenza, altre Unità Operative)
- invio al domicilio con eventuale follow-up presso gli ambulatori cardiologici ospedalieri.

in OBI cardiologico (Massimo 48 Ore) emergessero patologie non di pertinenza cardiologica, il paziente verrà trasferito in altro reparto di pertinenza per ulteriori approfondimenti diagnostico/terapeutici. La presa in carico del paziente in "OBI cardiologico" avviene nel momento in cui i professionisti sanitari (cardiologi e personale infermieristico della cardiologia), mediante apposita procedura informatizzata, si apprestano alla registrazione

Ricovero Ospedaliero;

- di istruzioni precise alla dimissione (note informative) con i successivi controlli (follow-up) ove previsti ("note e prescrizioni").

Gli indicatori di monitoraggio e misurazione della qualità e dell'efficacia organizzativa delle prestazioni in OBI Cardiologico sono consultabili nella Tabella 2.

Ciò ha comportato una riduzione dei tre principali obiettivi, con una riduzione dei tempi di attesa ed un miglioramento nella gestione dei pazienti di pertinenza cardiologica inseriti nella Tabella 1. Secondo la Short Term Observation Service Section dell'American College of Emergency Physicians l'utilizzo di OBI specialistici, con particolare riguardo all' OBI cardiologico:

a) permettono una precoce stratificazione del rischio con riduzione dei ricoveri inappropriati, dal momento che l'immediato ricovero del paziente porterebbe all'ammissione di un gruppo di pazienti con bassa probabilità post-test (es. nel dolore toracico), mentre l'osservazione distingue alto e basso rischio senza richiedere il ricovero del paziente;

b) determinano la riduzione del rischio attraverso la presa in carico dei pazienti con sospetta patologia cardiaca da parte di personale sanitario dedicato e specializzato nella patologia sospettata;

c) migliorano il flusso ed il processo di cura con riduzione delle risorse impegnate; a tale riguardo ampliando la valutazione diagnostica, avendo anche a disposizione protocolli condivisi con gli specialisti, si riduce la soglia di errore del medico, migliorando così

Nell'ottica della riduzione del sovraccollamento del Pronto Soccorso, nella realtà dell'Ospedale di Gubbio Gualdo Tadino è stato deciso di sviluppare la modalità organizzativa dell'OBI cardiologico

In tale setting i pazienti rimangono in carico dei medici specialisti che hanno indicazione all'OBI per lo specifico percorso assistenziale mentre, l'assistenza infermieristica, viene effettuata dai professionisti della UO a cui il paziente è stato assegnato

Il percorso OBI Cardiologico

All'arrivo in PS, il paziente sottoposto a Triage da parte dell'infermiere di PS, effettuerà l'ECG entro 10 minuti dal Triage e successivamente la visita medica con le relative indagini previste per il corretto inquadramento del caso. Nell'ipotesi di sospetto di patologia cardiologica si procederà alla richiesta di consulenza cardiologica e, qualora ne ravvedano la necessità, il pz verrà trattenuto in "OBI cardiologico" collocato presso la SC di UTIC-Cardiologia. Nel caso in cui, durante la degenza

dell'utente e alla compilazione dei campi richiesti. Il medico cardiologo provvederà a specificare, nel diario clinico del paziente in OBI cardiologico, le indicazioni per il monitoraggio, l'approfondimento diagnostico e le eventuali prescrizioni terapeutiche. Nel gestionale informatizzato, durante il decorso, occorrerà dare evidenza:

- degli esiti della rivalutazione clinica (da annotare ad ogni turno nella sezione "diario Clinico");
- di eventuale motivazione di prolungamento dell'OBI;
- di eventuale motivazione al



la performance di quest'ultimo e la soddisfazione del paziente. Lo sviluppo degli OBI specialistici, nasce anche dalla necessità di disporre di modalità alternative al ricovero ospedaliero conseguenti alla netta riduzione dei posti letto in area medica, consentendo però di mantenere l'accuratezza diagnostica

Lo sviluppo dell'OBI Cardiologico permette una precoce stratificazione del rischio con riduzione dei ricoveri inappropriati

e gli outcome nel trattamento. E' proprio in questo ambito che si collocano le aree di osservazione specialistiche, le quali, affiancate all'Osservazione Breve in Pronto Soccorso, hanno come scopo quello di evitare ammissioni inappropriate riducendo sia la durata di degenza, mediante l'utilizzo di "percorsi accelerati", che i costi di degenza con la riduzione di inutili duplicazioni dell'intervento medico, ottenendo così una miglior soddisfazione sia del medico che del paziente. Ne sono un esempio i risultati dello studio "CHEPER" sull'infarto miocardio, in cui dopo l'osservazione del 27% dei pazienti con dolore toracico, si ottiene una netta riduzione (dal 4,5 al 0,5%) delle percentuali di dimissioni inappropriate di pazienti con Sindrome Coronarica Acuta.

Conclusione

Un'area dedicata come l'OBI cardiologico può progressivamente consentire di modificare il



trattamento dei pazienti con patologie cardiache croniche o a bassa intensità di cura con l'obiettivo di non ricoverare più il paziente ma di studiare e trattare il paziente in ambiente consono, aumentando l'appropriatezza dei ricoveri. Inoltre l'apertura dell'OBI cardiologico ha un ruolo fondamentale nel ridurre il sovraffollamento dei Pronto Soccorsi, rispettando le indicazioni del Ministero della Salute sulla riduzione della permanenza dei pazienti nei PS.♥

Un'area dedicata come l'OBI cardiologico può progressivamente consentire di modificare il trattamento dei pazienti con patologie cardiache croniche o a bassa intensità di cura con l'obiettivo di studiare e trattare il paziente in ambiente consono, aumentando l'appropriatezza dei ricoveri significative



CONDIZIONE/ SINTOMO	ICD9-CM	RAZIONALE	CRITERI INCLUSIONE	CRITERI ESCLUSIONE	PRESTAZIONI CONSIGLIATE
ARITMIE	<p>4270 tachicardia parossistica sopraventricolare</p> <p>42731 fibrillazione atriale</p> <p>42789 altre aritmie cardiache</p>	<p>Stabilizzazione e monitoraggio dei parametri vitali</p> <p>Approfondimento diagnostico strumentale e di laboratorio.</p> <p>Terapia farmacologica e/o elettrica e monitoraggio successivo</p> <p>Cardioversione elettrica</p> <p>Esclusione di recidive</p>	<p>TPSV, Flutter o FA di recente insorgenza con indicazione alla cardioversione elettrica/ farmacologica</p> <p>FA o Flutter ad elevata risposta ventricolare e necessità di riduzione della FC</p>	<p>Instabilità emodinamica</p> <p>Aritmie che richiedono un approfondimento diagnostico complesso</p> <p>Scompenso cardiaco e SCA</p> <p>Eventi acuti</p>	<p>Monitoraggio parametri: FC, SatO2</p> <p>Somministrazione farmaci antiaritmici</p> <p>ECG</p> <p>Consulenza cardiologica</p>
DOLORE TORACICO	<p>786.50 Dolore toracico non specificato</p>	<p>Monitoraggio clinico –strumentale</p> <p>Monitoraggio ecografico</p> <p>Esecuzione prelievi ematici seriati.</p> <p>Approfondimento diagnostico – strumentale</p>	<p>Pazienti con ECG normale o non diagnostico con markers di necrosi al tempo zero negativi e con probabilità alta o intermedia di sindrome coronarica acuta (SCA).</p>	<p>I Pazienti con probabilità bassa di SCA,</p> <p>abuso di droghe,</p> <p>instabilità clinica.</p> <p>Presenza dei criteri per ricovero urgente</p>	<p>Monitoraggio multiparametrico</p> <p>EGA ECG: 0-4/6-12 h;</p> <p>Esami: routine + TN a 3-6h</p> <p>Rx torace</p> <p>eco cuore</p> <p>test da sforzo o eco stress</p>
SCOMPENSO CARDIACO	<p>4280 Insufficienza cardiaca congestizia non specificata</p>	<p>Monitoraggio clinico-strumentale</p> <p>Approfondimento diagnostico-strumentale e laboratoristico.</p> <p>Terapia farmacologica</p>	<p>Pazienti che hanno i criteri per essere definiti a basso rischio: Classe NYHA I II</p>	<p>Primo episodio.</p> <p>Condizioni cliniche instabili.</p> <p>Presenza di comorbidità e/o di eventi acuti con indicazione al ricovero urgente.</p> <p>Classe NYHA III e IV</p>	<p>Monitoraggio multiparametrico</p> <p>EGA Esami: routine + a 12 H</p> <p>Doppio accesso venoso e CV</p> <p>Rxt orace</p> <p>Eco cuore</p> <p>Terapia ev</p>

Tabella 1 - Patologie con la descrizione del razionale ed i criteri di inclusione/esclusione per l'ammissione dei pazienti nell' OBI Cardiologico

OBIETTIVO	Fattore critico	Tipo di Controllo	Indicatore (formula)	Standard/ valore atteso	Resp. Rilevazione
Riduzione ricoveri inappropriati in Cardiologia	Numero di pazienti dimessi precocemente	% aumento ricoveri appropriati in Cardiologia	% dei pazienti inseriti in O.B.I. rispetto al totale degli accessi	10-20% riduzione dei ricoveri inappropriati	Direttore UOC Cardiologia
Migliorare il ricorso all'assistenza ospedaliera attraverso la qualificazione dell'attività di accettazione sanitaria e dell'attività di Osservazione Breve e prima diagnostica (O.B.I.)	Aumento del tempo medio dei pazienti in Pronto Soccorso	% accessi PS non seguiti da ricovero	% dei Pz dimessi dopo il periodo di osservazione in OBI sul totale dei Pz osservati	80-90% dei pazienti dimessi	Direttore UOC Pronto Soccorso
Garantire appropriato il ricorso all'assistenza ospedaliera attraverso specifici percorsi, ove necessari	Pazienti che potrebbero non proseguire il follow up	Segnalazione nuovi ricoveri su First Aid (il cosiddetto "sliding doors")	n° di ritorni in PS entro 10 gg dei Pz dimessi da O.B.I.	< 15 % di nuovi accessi dello stesso paziente per la medesima patologia	Direttore UOC Cardiologia – Direttore UOC Pronto Soccorso

Tabella 2 - Obiettivi di performance



Da una storia fatta di illustri maestri l'impulso ad un nuovo impegno

L'Area Prevenzione 2024-2025 si presenta

Con non poca emozione ci troviamo a presentare una squadra che parte da una straordinaria eredità. Infatti, il Comitato di Coordinamento insediato a gennaio è stato preceduto da nomi illustri. Uno per tutti l'attuale Past President ANMCO, Furio Colivicchi, è stato Chairperson di quest'Area nel biennio 2007-2008. Per il biennio 2024-2025 il ruolo di Chairperson è affidato a Stefania Di Fusco (P.O. San Filippo Neri, Roma), fanno parte del team Vered Gil Ad (IRCCS Ospedale Policlinico San Martino, Genova) in ruolo di Co-Chairperson, Donatella Armata (Fondazione G. Giglio, Cefalù), Silvia Castelletti (Ospedale San Luca IRCCS Istituto Auxologico, Milano), Daniela Chiappetta (Ospedale Annunziata, Cosenza), Ivana Pariggiano (Azienda Ospedaliera S. Anna e S. Sebastiano, Caserta) e, con il ruolo di consulente, Luigi Pollarolo (Ospedale Santo Spirito, Casale Monferrato). Si tratta dunque di una squadra inclusiva con componenti provenienti da tutto lo stivale e una "quota rosa" largamente rappresentata. L'incarico è stato accolto da tutti con grande entusiasmo e la voglia di fare ha portato a incontrarsi subito online

per una videoconferenza. L'incontro virtuale è stato occasione per conoscersi. Ciascun componente del Comitato ha illustrato i propri settori di attività clinica, campi di interesse e le precedenti esperienze in ANMCO. Nel corso della riunione sono state discusse le proposte di lavoro per il prossimo biennio la maggior parte focalizzate sulle tematiche di maggior impatto clinico nell'ambito della prevenzione cardiovascolare come la terapia ipolipemizzante e i trattamenti per la gestione del metabolismo glicidico. Per quest'ultimo argomento in particolare il proposito è quello di collaborare con altre Aree ANMCO. Nel programmare le prossime attività si è deciso di partire da quanto fatto nel corso del precedente biennio. In particolare, una delle prime iniziative dell'attuale Comitato dell'Area è stata proprio quella di rilanciare e diffondere la survey sull'Attività Fisica lanciata dall'Area nel 2023. Con l'obiettivo di raccogliere il maggior numero di contributi possibile la stessa survey è stata diffusa attraverso diversi mezzi di comunicazione, newsletter, Social Media, ed ora attraverso questa rivista. Essendo la prescrizione dell'attività fisica una tematica di grande rilievo



nel contesto della prevenzione cardiovascolare invitiamo tutti i Soci a partecipare. La survey è composta di sole 9 domande a risposta multipla e richiede meno di 5 minuti per la compilazione. Per accedere subito alla survey si può usare il seguente link: <https://forms.gle/YCsAxmMnV8a3owSc7>. Sempre sulla scia delle attività già in corso l'Area continuerà ad occuparsi della rubrica di "Cardiologia negli Ospedali" dedicata al rapporto tra ambiente e malattie cardiovascolari. Inoltre, volendo diffondere la cultura della prevenzione attraverso i Social Media è stata inaugurata una sorta



di rubrica intitolata “Lo Sport del Mese” con messaggi mensili dedicati ad uno sport. L'obiettivo è quello di mettere in evidenza gli effetti favorevoli sull'apparato cardiovascolare. Ciascun messaggio sarà corredato del relativo riferimento bibliografico che ne supporta i contenuti. Quelle ora riportate sono solo le prime attività di cui si è occupata la nostra squadra e, in attesa di condividere su queste pagine tante altre iniziative che l'Area metterà in campo nel prossimo futuro, con piacere ricordiamo alcuni dei lavori del biennio appena concluso che vedeva Antonio Amico come Chairperson e Stefania Di Fusco come Co-Chairperson. I componenti del Comitato di Coordinamento erano: Danilo Baccino, Giulia Bugani, Sara Coccozza, Francesco Monitillo. Sono state realizzate rassegne su argomenti di interesse



emergente quali il microbiota come fattore di rischio aterosclerotico (pubblicato sul “Giornale Italiano di Cardiologia”, GIC)¹, la disfunzione erettile e il rischio cardiovascolare (pubblicato sempre sul GIC)² ed altre in collaborazione con altre Aree ANMCO focalizzate su un ampio ventaglio di argomenti quali il rischio cardiovascolare associato alla cocaina, l'appropriata gestione della dislipidemia post-SCA, la lipoproteina (a), l'arteriopatia periferica. Inoltre, è stato dato un periodico contributo alla rubrica della pagina web ANMCO dedicata alle Latest News portando l'attenzione sui principali contenuti di articoli di recente pubblicazione. Sempre per il sito web dell'associazione sono state realizzate delle “pillole di scienza” mirate a fare conoscere le evidenze scientifiche che supportano i benefici cardiovascolari di uno stile di vita sano. Infine, sono state condotte due survey, una in collaborazione con l'Area Cronicità Cardiologica e l'Area Cardiorenale

e Metabolica, mirata a valutare le conoscenze dei cardiologi sui nuovi fattori di rischio cardiovascolare e controllo lipidico, i cui risultati preliminari sono stati pubblicati in un precedente numero di questa rivista. L'altra survey è quella prima menzionata, dedicata alla valutazione della prescrizione dell'attività fisica nella pratica clinica. Insomma, ci sono tutte le premesse per un altro biennio ricco di attività. Siamo pronti. Si parte!♥

Bibliografia

1. Di Fusco SA, Zuccalà G, Amico AF, Coccozza S, Bugani G, Spinelli A, Lucà F, Aquilani S, Gabrielli D, Gulizia MM, Oliva F, Colivicchi F. Il microbiota intestinale come fattore di rischio aterosclerotico: dai meccanismi biologici ai possibili interventi terapeutici [Gut microbiota as an atherosclerotic risk factor: from biological mechanisms to potential therapeutic interventions]. G Ital Cardiol (Rome). 2023 Jan;24(1):47-55.
2. Baccino D, Amico AF, Di Fusco SA, Nardi F, Colivicchi F. Disfunzione erettile e rischio cardiovascolare [Erectile dysfunction and cardiovascular risk]. G Ital Cardiol (Rome). 2023 Aug;24(8):628-635.



Razionale della survey dedicata alla valutazione della prescrizione dell'attività fisica nella pratica clinica. Accessibile dal seguente link: <https://forms.gle/YCAsxmMnV8a3owSc7>



Gli obiettivi e le nuove sfide dell'Area Scompensato 2024-2025

Area Scompensato 2024-2025, obiettivo integrazione tra risorse sanitarie e digitali

L'Area Scompensato Cardiaco presenta il nuovo Comitato di Coordinamento

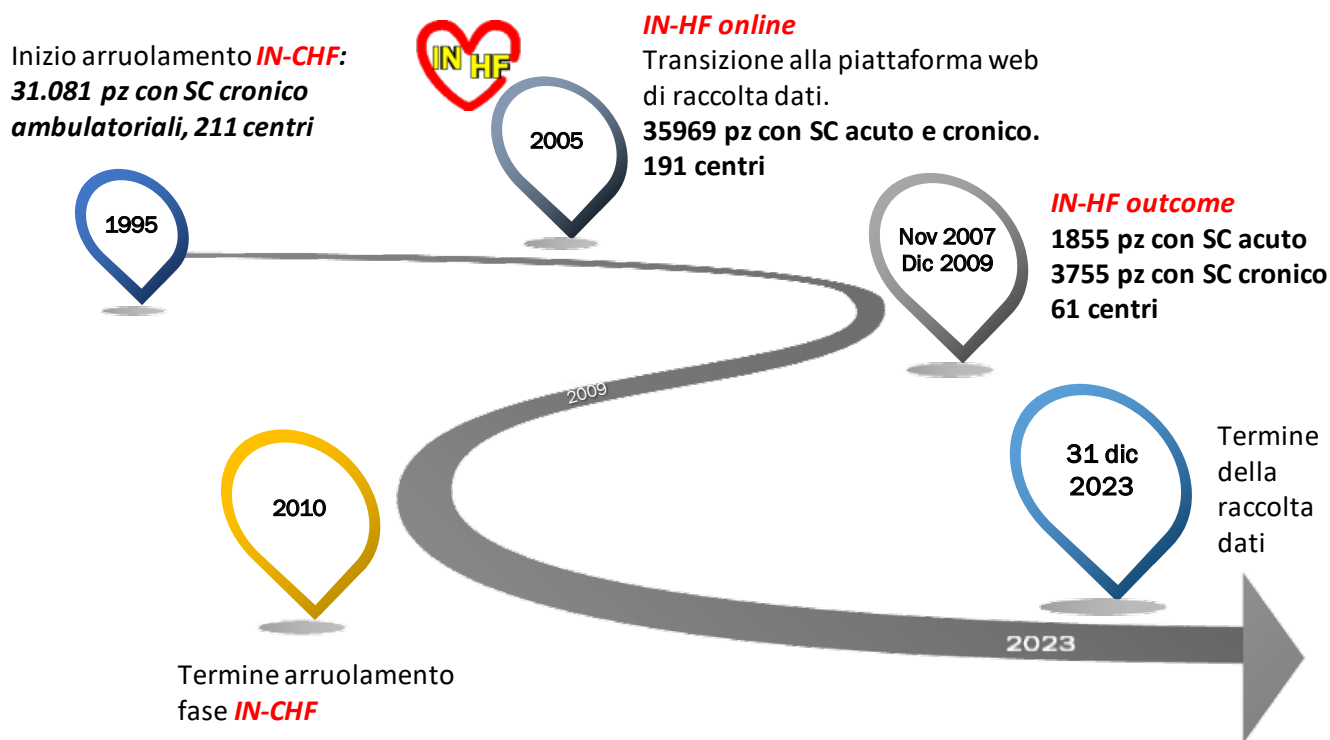


Figura 1

Caro Collega, è con enorme piacere che Ti presentiamo il Comitato di Coordinamento della nuova Area Scompensato Cardiaco. In sintonia con la mission culturale, scientifica e di aggregazione di ANMCO, ho la

fortuna di coordinare un gruppo di ricercatori dall'alto profilo scientifico, umano e professionale, che condivideranno con tutti cardiologi italiani la loro esperienza, frutto di realtà lavorative diverse sul territorio nazionale, e la loro passione per la

ricerca clinica. Insieme, cercheremo di veicolare nel mondo reale una strategia percorribile di integrazione tra centri scompensato cardiaco hub, spoke, cardiologia territoriale e medicina del territorio, valorizzando il ruolo di tutte le figure professionali



Il Chairperson dell'Area Scompensamento Cardiaco descrive gli obiettivi e le iniziative del Comitato di Coordinamento dell'Area Scompensamento Cardiaco 2024-2025, invitando tutti i Soci ANMCO ad iscriversi

che lavorano quotidianamente con il paziente cardiologico affetto da scompenso cardiaco. Le parole d'ordine che caratterizzeranno questo biennio sono **integrazione, condivisione e formazione**. Integrazione, perché oggi più che mai, in un periodo di carenze risorse umane, mediche ed infermieristiche, diventa cruciale unire le forze e affrontare insieme le sfide che la gestione del paziente affetto da scompenso cardiaco ci pone. In un contesto di crescente digitalizzazione, la conoscenza e l'uso quotidiano degli strumenti digitali sono un altro perno imprescindibile che possiamo/dobbiamo saper valorizzare. Accogliendo questi stimoli, l'Area Scompensamento Cardiaco si propone come mission l'elaborazione di modalità gestionali integrative per migliorare la cura del paziente affetto da scompenso cardiaco, mettendo in contatto i vari attori sanitari che ruotano attorno al paziente. L'obiettivo è quello di definire un percorso gestionale del paziente con scompenso cardiaco con link bidirezionale hub/spoke/territorio, mediante strumenti quali telemedicina/teleconsulto e valorizzando il ruolo infermieristico nella comunità e nello scompenso cardiaco. Crediamo fermamente che la nostra attività clinica e di ricerca debba essere ricondotta

a due concetti "condivisione" e "formazione". Vorremmo creare un vero network di professionisti in grado di crescere insieme, condividendo iniziative culturali e progetti di ricerca, disponibile ed aperto a proposte esterne. Nell'arco del prossimo biennio, proporremo e condivideremo una serie di iniziative:

- Progetti di formazione;
- Progetti editoriali, alcuni dei quali in collaborazione con le altre Aree ANMCO;

- Progetti di ricerca;
- Survey conoscitive.
- **Formazione:** Webinar di taglio pratico su tematiche quali il cateterismo cardiaco destro, la miocardite acuta, l'amiloidosi associata a scompenso cardiaco, lo scompenso cardiaco a frazione di eiezione preservata, lo scompenso cardiaco worsening, la gestione del paziente end stage, la gestione del paziente obeso e delle complicanze cardiovascolari associate all'obesità.
- **Attività Editoriali:** Commenti sintetici di studi recentemente pubblicati, che divulgheremo sul sito web ANMCO. Pubblicazioni su argomenti di interesse pratico sul "Giornale Italiano di Cardiologia", a partire da tematiche quali il follow-up del paziente ricoverato per scompenso cardiaco acuto, la gestione multidisciplinare del paziente HFpEF ed una rassegna sul registro INHF, che ha terminato da

Crediamo fermamente che oggi più che mai la nostra attività clinica e di ricerca debba essere ricondotta a tre parole chiave, che sono "integrazione", "condivisione" e "formazione"

Nell'arco del prossimo biennio, per sviluppare nel campo dello Scompensamento Cardiaco i concetti sottesi all'era digitale, proporremo e condivideremo molte iniziative

poco l'arruolamento dei pazienti, chiudendo un'esperienza unica nel panorama della ricerca cardiologica italiana, promossa da ANMCO dal 1995 (Figura 1).

- **Attività di ricerca scientifica:** Nuove analisi dei dati del registro INHF.

Progetti di ricerca sul BRING-UP 3 scompenso, studio osservazionale, prospettico e multicentrico, condotto in un campione ampio e rappresentativo di Centri Cardiologici italiani che sta arruolando pazienti con scompenso cardiaco cronico o acuto ed il cui follow-up finirà tra circa 1 anno.

- **Survey:** Timing visita post dimissione dopo ricovero per scompenso cardiaco acuto e presenza/ruolo dell'infermiere dello scompenso cardiaco.

Il Tuo supporto è e sarà prezioso ed indispensabile. Nostro desiderio è quello di creare un'Area Scompensamento Cardiaco sempre più inclusiva e che rispecchi le esigenze del territorio e dei suoi affiliati, cercando di creare occasioni di scambio e di confronto tra tutte le realtà. **L'iscrizione è gratuita ma il tuo sostegno vale oro.** Grazie fin d'ora per il tuo supporto. Link per l'iscrizione online (basta che tu acceda al tuo Profilo sul sito WEB ANMCO inserendo le tue credenziali): <https://www.anmco.it/login> ♥



Chairperson

Mauro Gori, MD, FESC

Responsabile UTIC ASST Papa Giovanni XXIII di Bergamo. Già titolare di Incarico di Alta Specializzazione (Ca) in Scompenso Cardiaco presso la suddetta azienda. Esperienza all'estero presso il Cardiac Imaging Core Laboratory diretto dal professor Scott David Solomon, Brigham and Women's Hospital di Boston, con attività di ricerca sullo scompenso cardiaco a preservata frazione di eiezione e sui biomarcatori. Principali ambiti di interesse: Terapia Intensiva, stratificazione del rischio nello Scompenso Cardiaco avanzato, Scompenso Cardiaco con frazione di eiezione lievemente ridotta e preservata.

Co-Chairperson

Vittorio Palmieri, MD, PhD

U.O.C. Cardiocirurgia Azienda Ospedaliera S. Anna e S. Sebastiano, Caserta. Dirigente medico di I livello. Incarico attuale: stratificazione clinico diagnostica cardiovascolare nella cardiocirurgia dello scompenso cardiaco avanzato. Attività cliniche prevalenti: cardiologia intensiva e d'urgenza/emergenza dello shock, gestione clinica dello scompenso cardiaco avanzato; imaging cardiovascolare integrato ed avanzato, follow-up trapianto cardiaco.

Comitato di Coordinamento

Luisa De Gennaro, MD, PhD,

FANMCO UO Cardiologia Ospedale San Paolo Bari Referente ambulatorio scompenso cardiaco. PDTA progetto PONTE SC (PDTA per il Follow

up integrato ospedale-Territorio del paziente con scompenso cardiaco). Certificazione SIECVI in ecocardiografia transtoracica e transesofagea. Principali ambiti di interesse: scompenso cardiaco, terapia intensiva, ecocardiogramma transesofageo.

Concetta Di Nora, MD

SOC di Cardiocirurgia POU "Santa Maria Della Misericordia", Udine. Cardiologa presso il Dipartimento Cardiotoracico della SOC Cardiocirurgia dell'Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale di Udine, si occupa, fin dagli ultimi anni della specializzazione, di scompenso cardiaco avanzato, selezione e gestione dei pazienti con assistenza ventricolare e trapianto cardiaco. A tal fine, ha perfezionato la sua esperienza frequentando il Royal Brompton e Harefield Hospital di Londra con attività di ricerca sul trapianto di cuore nelle malattie rare, compreso l'amiloidosi cardiaca. Principali ambiti di interesse: stratificazione del paziente con scompenso cardiaco avanzato, trapianto di cuore, dispositivi di assistenza ventricolare, amiloidosi cardiaca.

Paolo Manca, MD

U.O. Cardiologia ISMETT, Palermo. Dirigente medico di I livello presso l'Unità Cardio-Toraco-Vascolare. Certificazione HFA per lo scompenso cardiaco. Precedente esperienza all'estero presso Herzzentrum, Lipsia, divisione insufficienza cardiaca avanzata. Principali campi di interesse: gestione dello scompenso cardiaco acuto, stratificazione dei pazienti affetti da insufficienza cardiaca avanzata, follow-up post trapianto cardiaco e supporto meccanico circolo a lungo termine.

Maria Vittoria Matassini, MD

SOD Cardiologia Ospedaliera e UTIC Ospedali Riuniti, Ancona. Esperienza all'estero presso Population Health Research Institute, McMaster University con attività di ricerca in ambito aritmologico. Esperienza di formazione presso Niguarda, Cardiologia 2, insufficienza cardiaca e trapianti. Master in insufficienza cardiaca, Università degli Studi di Firenze/ANMCO. Master in terapia intensiva cardiologica, Università di Padova. Principali ambiti di interesse: terapia intensiva cardiologica, scompenso cardiaco avanzato e terapie non convenzionali, supporto meccanico al circolo, test cardiopolmonare, cardiomiopatie correlate alle distrofie muscolari.

Consulenti

Maria Denitza Tinti, MD, FANMCO

U.O. Cardiologia, Dipartimento Cardio-Toraco-Vascolare, Azienda Ospedaliera San Camillo - Forlanini, Roma. PDTA Scompenso Cardiaco. Consulente per la Cardiologia presso il Ministero dell'Interno Master di II livello in Cardiologia Diagnostica per Immagini Master di II livello in Terapia Intensiva Cardiologica Certification in Heart Failure - ESC Heart Failure Association. Principali ambiti di interesse: scompenso cardiaco cronico, acuto, terapia intensiva cardiologica, ecocardiografia.

Matteo Bianco, MD

S.C.D.O. Cardiologia AOU San Luigi Gonzaga, Orbassano Torino. Master di II livello in Terapia Intensiva Cardiologica presso l'Università degli Studi di Padova. Master in Cardiorisonanza presso



U.O di Risonanza Magnetica - Centro Cardiologico Monzino IRCCS. Principali ambiti di interesse: scompenso cardiaco acuto e cronico, terapia intensiva cardiologica, risonanza magnetica cardiaca, cardiomiopatie, cardiogenetica.

Vittoria Rizzello, MD, PhD

UOC Cardiologia d'Urgenza e UTIC A.O. San Giovanni Addolorata, Roma Referente per l'Ambulatorio dello Scompenso Cardiaco presso la suddetta azienda. Titolare di Incarico di Alta Specializzazione in "Gestione dell'Infarto Miocardico Acuto" presso la suddetta azienda. Master di II livello in Clinical Competence in Insufficienza Cardiaca presso Università di Firenze. Dottorato di ricerca in Fisiopatologia dello scompenso cardiaco presso Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma. Esperienza all'estero presso il Thorax Center di Rotterdam, con conseguimento

del titolo di PHD. Attività di ricerca nell'ambito della vitalità miocardica e stratificazione prognostica.

Principali ambiti di interesse: terapia intensiva, gestione intraospedaliera e ambulatoriale dello scompenso cardiaco, cardiomiopatie, imaging ecocardiografico, TC e RMN.

Samuela Carigi, MD

Cardiologia di Rimini-Riccione, AUSL della Romagna.

Esperienza professionale nella gestione dello Scompenso cardiaco avanzato e trapianto cardiaco Attualmente co-gestisce l'ambulatorio scompenso cardiaco e cardiomiopatie c/o la Cardiologia di Rimini.

Titolare di Incarico qualificato di II° livello per la gestione delle cardiomiopatie; ho sviluppato come coordinatore il PDTA Cardiomiopatie della Romagna.

Competenze in RM cardiaca conseguite presso la radiologia del S.Orsola di Bologna. Co-referta da

circa 10 anni in maniera integrata con i radiologi le risonanze magnetiche cardiache.

Principali campi di interesse: scompenso cardiaco, cardiomiopatie, imaging RM cardiaca, ecocardiografia, TC coronarica.

Medical Writer

Renata De Maria, MD, FANMCO SSD Diagnosi e Cure Territoriali Malattie Cardiache e Centro Clinico Dislipidemie Grossi Paoletti, ASST GOM Niguarda, Milano

Già ricercatore associato Istituto di Fisiologia Clinica del CNR, Milano Medico di Medicina Generale, Milano

Esperto Cronicità PON GOV

Ministero della Salute

Membro del Comitato di gestione Laboratorio Nazionale Digital Health CINI Consorzio Interuniversitario Nazionale per l'Informatica



GRUPPO DI STUDIO INTELLIGENZA ARTIFICIALE IN CARDIOLOGIA



Coordinatore

ANDREA DI LENARDA

Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina - Trieste



Componente

GIAN FRANCO GENSINI

Istituto Superiore di Sanità - Roma



Consulente

MARCO MAZZANTI

Royal Brompton Hospital - Londra (Regno Unito)

GRUPPO DI STUDIO RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE E SICUREZZA DELLE CURE



Coordinatore

PASQUALE CALDAROLA

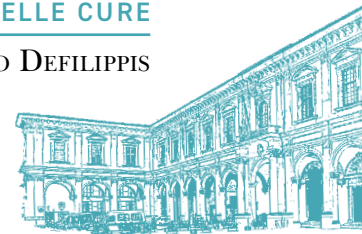
Ospedale San Paolo - Bari



Componente

LORIS RONCON

Casa di Cura Città di Rovigo



La sicurezza delle cure: sfida culturale per promuovere un cambiamento di prospettiva che metta al centro il cittadino paziente



© Fantasia | Dreamstime.com



Responsabilità medica

La responsabilità medica è un tema di grande attualità nel contesto sanitario italiano, per le importanti implicazioni sia per i pazienti che per i professionisti della salute. La colpa medica, come quella di qualunque professionista, può consistere sia nella violazione di norme giuridiche, sia nella violazione di regole di comune prudenza (art. 1176, comma 2°, c.c.). Le regole di comune prudenza che il medico deve osservare nell'esercizio della sua professione sono dette *leges artis*, e consistono nelle pratiche generalmente accettate e condivise dalla comunità scientifica¹. Nel tempo la giurisprudenza ha fornito soluzioni non sempre univoche, nel tentativo, da un lato di garantire il diritto alla salute del paziente, dall'altro di ricondurre il riconoscimento della responsabilità medica a parametri ben precisi. Per questo si sono avvicinati diversi provvedimenti normativi, l'ultimo dei quali la legge 8 marzo 2017 n. 24 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie", nota anche come legge Gelli. Il testo ha come caposaldo il riconoscimento del **diritto alla sicurezza delle cure**, insieme a quello al **diritto alla salute**, previsto dall'articolo 32 della Costituzione. Tale rilievo è di fondamentale importanza poiché l'aspetto della **sicurezza delle prestazioni sanitarie** è sancito quale **bene di portata costituzionale**. La norma prescrive che tale garanzia debba essere assicurata attraverso gli strumenti di prevenzione e gestione

del rischio sanitario, in concerto con l'appropriato utilizzo delle risorse e l'obbligo in capo ad ogni lavoratore delle strutture sanitarie di concorrere alla prevenzione del rischio connesso all'erogazione delle prestazioni sanitarie. **Non è dunque possibile pensare di prevenire e ridurre la responsabilità medica senza occuparsi della qualità e sicurezza delle cure.** Parlare di sicurezza delle cure vuol dire interrogarsi sui rischi e la maniera per prevenirli e sugli errori come opportunità di apprendimento. Si deve pensare alla *cura non come una serie o un insieme di prestazioni specialistiche, settoriali e segmentate, ma come un sistema complesso di attività rivolte al paziente*, che hanno come premessa imprescindibile la dimensione relazionale. La cura, in questa prospettiva, comincia quando prendiamo a cuore, quando dichiariamo "mi importa" e non quando la "eroghiamo". Questa è la premessa necessaria per pensare alla responsabilità: pensare responsabilmente agli altri e per gli altri. Prendersi cura, quindi, significa assicurare la sicurezza delle cure, imparando dagli errori commessi? **La cultura dell'errore** Scrive Popper: «*Tutta la conoscenza scientifica è ipotetica e congetturale; il metodo scientifico consiste nell'imparare sistematicamente dagli errori, in primo luogo osando commetterli e, in secondo luogo, andando sistematicamente alla ricerca*»². L'errore in medicina esiste perché la scienza medica, come tutte le scienze sperimentali, è soggetta al principio di fallibilità. L'obiettivo stesso della scienza medica è cercare, esplorare e indagare sempre nuove ipotesi,

rinunciando a quelle che si rivelano errate. In questa concezione l'errore diventa elemento fondamentale per la conoscenza, purché riconosciuto. Ciò che appare verità oggi può essere corretto o smentito domani. Tradizionalmente l'errore medico è stato considerato legato ad una colpa individuale e soggetto a biasimo. Nel 2000 viene pubblicato negli Stati Uniti il lavoro dal titolo: «**To Err is Human**»³, dell'Institute of Medicine⁴ in cui si capovolge il concetto di errore: l'imputato non è soltanto chi sbaglia, ma anche il sistema all'interno del quale si muove. Allora è necessario chiedersi: Cosa ha reso possibile l'errore? A quale livello organizzativo e/o formativo bisogna intervenire perché non si ripeta? Questa differente visione interpreta l'errore non solo come problema dell'individuo, ma di un intero sistema, in cui tutti gli elementi devono integrarsi e coordinarsi per rispondere in modo adeguato ai bisogni assistenziali del paziente e assicurarli la migliore assistenza possibile. L'errore⁵ quindi è il risultato di una serie di eventi, circostanze e fatti che lo hanno determinato. **La cultura dell'errore richiede l'analisi delle sue cause**, che può essere effettuata in modalità *reattiva*, quando l'errore e le sue conseguenze si sono già realizzate, ovvero *proattiva*, prima che l'errore si verifichi, valutando quando potrebbe verificarsi, con quali modalità e conseguenze. **Ruolo delle istituzioni per garantire la sicurezza delle cure e normativa a supporto** **L'Intesa Stato-Regioni del 20 marzo 2008** affronta il problema della gestione del rischio clinico



e della sicurezza dei pazienti e delle cure, prevedendo che le Regioni e le Province Autonome, nel perseguimento della migliore tutela dell'interesse pubblico, rappresentato dal diritto alla salute e della garanzia della qualità del sistema sanitario, si impegnino a promuovere, presso le Aziende Sanitarie pubbliche e le Strutture private accreditate, **l'attivazione di una funzione aziendale permanente dedicata alla Gestione del Rischio Clinico e alla Sicurezza dei pazienti e delle cure**, incluso il monitoraggio e l'analisi degli eventi avversi e l'implementazione di buone pratiche per la sicurezza. **La Legge di Stabilità 2016** (Legge 28 dicembre 2015, n. 208) sottolinea che la realizzazione delle attività di prevenzione e gestione del rischio sanitario rappresenta un interesse primario del Sistema Sanitario Nazionale perché consente maggiore appropriatezza nell'utilizzo delle risorse disponibili e garantisce la tutela del paziente; e per questo ribadisce che le Regioni e le Province autonome devono disporre che tutte le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie attivino un'adeguata funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario. A tal proposito si precisano i compiti che tale funzione deve svolgere:

- a) **attivazione dei percorsi di audit**⁶ o altre metodologie finalizzate allo studio dei processi interni e delle criticità più frequenti, con segnalazione anonima del quasi-errore e analisi delle possibili attività finalizzate alla messa in sicurezza dei percorsi sanitari;
- b) **rilevazione del rischio di**

- inappropriatezza** nei percorsi diagnostici e terapeutici e facilitazione dell'emersione di eventuali attività di medicina difensiva attiva e passiva;
- c) predisposizione e attuazione di attività di **sensibilizzazione e formazione continua** del personale finalizzata alla prevenzione del rischio sanitario;
- d) **assistenza tecnica verso gli uffici legali** della struttura sanitaria nel caso di contenzioso e nelle attività di stipulazione di coperture assicurative o di gestione di coperture autoassicurative.

Le conseguenze della inadeguata gestione del rischio

Secondo il Report annuale eseguito da Marsh⁷, agenzia leader nell'intermediazione assicurativa e nella consulenza sui rischi, l'84,5% delle richieste di risarcimento pervenute alle strutture sanitarie, afferiscono alla categoria del rischio clinico. Il tempo medio di chiusura delle pratiche è di 4,4 anni per i procedimenti civili, 3,5 per quelli penali, 2,5 per quelli trattati per via stragiudiziale e 2,7 in mediazione. Si stima che ogni anno ci siano **in media 25 richieste di risarcimento per ciascuna struttura ospedaliera**. L'evento maggiormente denunciato è quello chirurgico il 32,4%, a seguire quello diagnostico, quello legato alle infezioni correlate all'assistenza (ICA), da procedure invasive etc. Secondo lo stesso rapporto Marsh, **in Italia in media ogni singola struttura ospedaliera liquida all'anno 1.799.511 euro**. A questi vanno aggiunti i costi della giustizia, i costi degli avvocati, dei periti, quelli legati strettamente all'evento

clinico oggetto della denuncia (es. allungamento degenza, costo dei farmaci/antibiotici, reinterventi chirurgici etc.), quelli assicurativi e quelli legati alla medicina difensiva. A tal proposito si stima che, in assenza di stime affidabili sui costi della medicina difensiva "negativa", si valuta che solo quella "positiva" (surplus di spesa sanitaria non legata a finalità terapeutiche ma alla riduzione del rischio di contenzioso) valga annualmente 10 miliardi di euro pari allo 0,75% del Prodotto Interno Lordo (Fonte Commissione parlamentare d'inchiesta sugli errori sanitari).

Conclusioni

La responsabilità professionale nei termini di malpractice e contenzioso medico legale non è altro che l'esito di una mancata gestione proattiva del rischio. La prospettiva non può dunque essere giuridica ma preventiva, considerandola come un processo che porta a evitare, prevenire e mitigare eventi avversi o danni derivanti dall'assistenza sanitaria. **La sicurezza delle cure diviene quindi uno strumento imprescindibile dell'assistenza sanitaria** poiché, promuovendo qualità e sicurezza, contiene i costi relativi ai contenziosi ed a quelli che si ingenerano dal fenomeno della medicina difensiva. In generale, la responsabilità professionale e la sicurezza delle cure sono interconnesse e fondamentali per la pratica medica etica ed efficace. **La consapevolezza dei rischi, l'adesione agli standard professionali e la continua formazione sono elementi chiave** per garantire che i professionisti medici forniscono cure sicure e



di alta qualità. La «policy» delle Aziende Sanitarie deve procedere di conseguenza, facendosi carico dell'errore, passando **da una visione legale ed economica dell'errore e del rischio, ad una visione professionale ed etica**, in cui bisogna perseguire più Qualità per procurare meno errore. Ridurre il rischio in un'organizzazione significa ridurre numericamente l'incidenza di eventi avversi ed eventi sentinella, ridurre il numero dei sinistri e la conseguente perdita economica da parte dell'organizzazione. Parlare di sicurezza delle cure vuol dire dunque **passare dalla cultura della colpa a quella dell'errore, pensare la responsabilità per e non la responsabilità del.**

Le iniziative da mettere in campo

Come gruppo di lavoro ANMCO sulla responsabilità professionale e sicurezza delle cure ci proponiamo di avviare una serie di iniziative

formative ed editoriali:

- Sulla cultura del rischio e dell'errore
- Sugli strumenti per la prevenzione del rischio (audit, FMEA, FMECA, Safety walk around, etc)
- Conoscenza delle Raccomandazioni Ministeriali
- Comunicazione tra pari e tra operatori sanitari e pazienti
- Pillole di buone pratiche (i farmaci, la cartella clinica, il carrello di emergenza, la corretta gestione delle attrezzature)
- Legge Gelli e Responsabilità professionale
- Le DAT: consenso informato e dichiarazioni anticipate di trattamento, legge 22 dicembre 2017
- *Uso delle tecnologie avanzate e dei sistemi informativi sanitari, per migliorare la gestione delle informazioni, ridurre gli errori di prescrizione e facilitare la comunicazione tra operatori sanitari e pazienti.* ♥

Riferimenti Bibliografici

1. *La colpa del medico e dell'ospedale, tra dubbi e certezze.* Marco Rossetti Consigliere della Corte di Cassazione. *Responsabilità Medica* 2023, n. 3.
2. *Problemi scopi e responsabilità della scienza.* 1963. Karl R. Popper.
3. *To Err Is Human: Building a Safer Health System* (Washington, D.C.: National Academies Press, 2000).
4. *To Err is Human: Building a Safer Health System*, Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America Linda T. Kohn, Janet M. Corrigan, Molla S. Donaldson editors. Washington (DC): National Academies Press (US); 2000.
5. *Risk Management in Sanità. Il problema degli errori.* DM 5 marzo 2003. Ministero della Salute.
6. *L'audit clinico - Dipartimento della qualità Direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli essenziali di assistenza e dei principi etici di sistema ufficio III.* Maggio 2011 https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_publicazioni_1552_allegato.pdf
7. *Report MedMal Studio sull'andamento del rischio da medical malpractice nella Sanità italiana.* 14[^] edizone MARSH.



Gianserafino Gregori

ABRUZZO

Presidente

Gianserafino Gregori - Tortoreto (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 - Merate (LC)
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)

DI ANTONIO PARENTE, ILARIA CASO, SILVANA CICALA, EMILIO DI LORENZO, MICHELE MACRÌ,
ANDREA PACCONE, LUCIA RIEGLER, CARLO TEDESCHI, FRANCESCO VIGORITO



Recenti modifiche regolatorie hanno reso possibile la prescrizione
dei farmaci PCSK9-i con modalità Fast Track nella SCA

Utilizzo di PCSK9-i Fast Track Bedside nella Sindrome Coronarica Acuta: il Modello Virtuoso della Regione Campania

In Italia, non sempre è possibile avviare precocemente la terapia
con PCSK9-i nel paziente con SCA

Il modello virtuoso adottato in Campania, garantisce ai Pazienti la possibilità
di essere trattati già durante la degenza per Infarto Miocardico Acuto

Negli ultimi anni, i numerosi progressi nella diagnosi e nella terapia delle Sindromi Coronariche Acute (SCA) hanno ridotto in maniera consistente la mortalità a 30 giorni dei pazienti con Infarto Miocardico. Tuttavia, dati osservazionali sottolineano come persista per questi soggetti un elevato rischio di eventi cardio-cerebrovascolari (MACCE) nel primo anno e negli anni successivi all'evento indice, suggerendo la necessità di adottare strategie terapeutiche innovative in grado di ridurre il rischio residuo¹. Inoltre, nello studio osservazionale multinazionale SANTORINI, meno del 19% dei pazienti a rischio

I farmaci PCSK9-i sono efficaci e sicuri nel ridurre rapidamente il colesterolo LDL, consentendo alla maggioranza dei pazienti trattati di raggiungere il goal terapeutico
In Campania, la somministrazione di questi farmaci è possibile anche durante il ricovero per SCA, offrendo ai pazienti la possibilità di essere trattati in maniera molto precoce

cardiovascolare molto alto arruolati tra il 2020 e il 2021 raggiungeva un target di colesterolo LDL (cLDL) adeguato alla riduzione dei MACCE². L'introduzione nella terapia degli anticorpi monoclonali diretti contro la proteina PCSK9 (PCSK9-i) si è dimostrata altamente efficace e sicura nel raggiungimento dei target prefissati di cLDL e nella riduzione dei MACCE nei soggetti a rischio molto alto o estremo, anche con fenotipi clinici complessi^{3,4}. Successivamente, alcuni trial hanno dimostrato come l'utilizzo precoce di PCSK9-i nel contesto di una SCA, anche prima di un'angioplastica coronarica primaria, sia efficace e sicuro nella riduzione di cLDL,

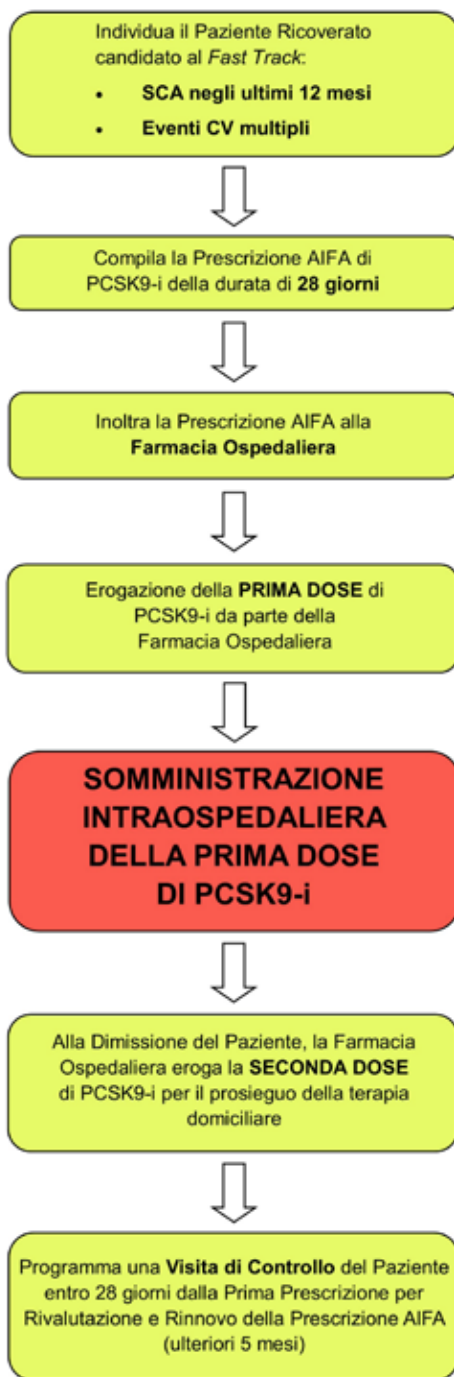


consentendo ad una elevata percentuale dei soggetti trattati di raggiungere rapidamente i valori target di cLDL raccomandati dalle Linee Guida⁵⁻⁸. Infine, dati emersi

Alcuni trial hanno dimostrato come l'utilizzo precoce di PCSK9-i nel contesto di una SCA sia efficace e sicuro nella riduzione di cLDL

da piccoli studi di diagnostica coronarica intravascolare, hanno evidenziato come la riduzione di cLDL derivante dal precoce impiego di PCSK9-i in pazienti con SCA determini un importante effetto di stabilizzazione a livello delle placche coronariche *nonculprit*, proteggendo i soggetti dal rischio di recidiva di evento^{9,10}.

Tutte queste evidenze, hanno determinato importanti modifiche dei criteri di prescrizione in regime di rimborsabilità dei farmaci PCSK9-i, promuovendo il passaggio da una strategia ipolipemizzante *Stepwise* ad una strategia *Fast Track*¹¹. Infatti, da giugno 2022, in Italia è possibile prescrivere in regime di rimborsabilità i farmaci PCSK9-i in modalità *Fast Track* in soggetti con SCA recente (negli ultimi 12 mesi) o con eventi cardiovascolari multipli, dopo una singola rilevazione di cLDL, anche in ambito intraospedaliero durante un ricovero per SCA¹². Tuttavia,



questa opportunità si scontra spesso con problematiche locali – come la indisponibilità dei farmaci PCSK9-i presso le Farmacie Ospedaliere e la mancanza di un percorso gestionale condiviso – che di fatto precludono

la possibilità di avviare già in fase intraospedaliera questa strategia terapeutica, rimandandola alla fase di dimissione o al follow-up che segue la dimissione dei pazienti

Il modello virtuoso adottato in Regione Campania permette di avviare la terapia con i farmaci PCSK9-i già nel corso di una ospedalizzazione per SCA

ricoverati per SCA. Per questi motivi, la Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale della Regione Campania è intervenuta nel novembre 2022 con una Nota che ha chiarito le modalità di prescrizione, erogazione e rendicontazione dei farmaci PCSK9-i in regime di ricovero (Figura 1). In Campania, per i pazienti ricoverati per una SCA, la prima prescrizione di farmaci PCSK9-i viene effettuata dagli specialisti abilitati attraverso la compilazione della scheda di eleggibilità al trattamento e la elaborazione di una richiesta di farmaco nel Registro di Monitoraggio AIFA della durata pari a 28 giorni di terapia. Tale richiesta viene quindi inoltrata alla Farmacia Ospedaliera del Centro prescrittore per la erogazione immediata della prima fiala di farmaco PCSK9-i che viene somministrata nella stessa giornata al paziente ricoverato (*Fast Track Bedside*). All'atto della dimissione, con la stessa richiesta,



il paziente ritira presso la Farmacia Ospedaliera una ulteriore fiala di farmaco PCSK9-i, concludendo quindi il primo piano terapeutico AIFA a copertura di 1 mese di terapia. Infine, i Centri prescrittori sono tenuti a programmare, entro 28 giorni dalla prima prescrizione, una visita di controllo per la rivalutazione del paziente e la nuova eventuale prescrizione di farmaco PCSK9-i nel Registro di Monitoraggio AIFA per una durata di ulteriori 5 mesi di terapia. Questo successivo piano terapeutico viene indirizzato per continuità assistenziale al Servizio Farmaceutico dell'ASL di residenza del paziente. Il modello virtuoso adottato in Regione Campania permette di avviare la terapia con i farmaci PCSK9-i già nel corso di una ospedalizzazione per SCA, offrendo al paziente la possibilità di giovare precocemente di una terapia efficace e sicura, capace di impattare favorevolmente sulla riduzione del rischio di eventi ricorrenti, nonché l'occasione di essere da subito fidelizzato alla terapia, favorendo

aderenza e persistenza nel tempo al trattamento.♥

Bibliografia

1. Piano Nazionale Esiti 2022, <https://pne.agenas.it>
2. Ray KK, Haq I, Bilitou A, et al. Treatment gaps in the implementation of LDL cholesterol control among high- and very high-risk patients in Europe between 2020 and 2021: the multinational observational SANTORINI study. *Lancet Reg Health Eur.* 2023 Apr 5;29:100624.
3. Sabatine MS, Giugliano RP, Keech AC, et al. Evolocumab and Clinical Outcomes in Patients with Cardiovascular Disease. *N Engl J Med.* 2017;376:1713-1722.
4. Schwartz GC, Steg PG, Szarek M, et al. Alirocumab and Cardiovascular Outcomes after Acute Coronary Syndrome. *N Engl J Med.* 2018;379:2097-2107.
5. Koskinas KC, Windecker S, Pedrazzini G, et al. Evolocumab for Early Reduction of LDL Cholesterol Levels in Patients With Acute Coronary Syndromes (EVOPACS). *J Am Coll Cardiol.* 2019 Nov 19;74(20):2452-2462.
6. Leucker TM, Blah MJ, Jones SR, et al. Effect of Evolocumab on Atherogenic Lipoproteins During the Peri- and Early Postinfarction Period. *Circulation.* 2020;142:419-421.
7. Mehta SR, Pare G, Lonn EM, et al. Effects of routine early treatment with PCSK9 inhibitors in patients undergoing

- primary percutaneous coronary intervention for ST-segment elevation myocardial infarction: a randomised, double-blind, sham-controlled trial. *EuroIntervention.* 2022 Dec 2;18(11):e888-e896.
8. Mach F, Baigent C, Catapano AL, et al. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk: The Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and European Atherosclerosis Society (EAS). *European Heart Journal.* 2020;41:1111-1188.
 9. Nicholls SJ, Kataoka Y, Nissen SE, et al. Effect of Evolocumab on Coronary Plaque Phenotype and Burden in Statin-Treated Patients Following Myocardial Infarction. *J Am Coll Cardiol Img.* 2022 Jul, 15(7) 1308-1321.
 10. Räber L, Ueki Y, Otsuka T, et al. Effect of Alirocumab Added to High-Intensity Statin Therapy on Coronary Atherosclerosis in Patients With Acute Myocardial Infarction. The PACMAN-AMI Randomized Clinical Trial. *JAMA.* 2022;327(18):1771-1781.
 11. Ray KK, Reeskamp LF, Laufs U, et al. Combination lipid-lowering therapy as first-line strategy in very high-risk patients. *Eur Heart J.* 2022;43(8):830-833.
 12. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, Serie Generale n. 138 del 15-06-2022. <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2022/06/15/22A03455/SG>

Grazie al coordinamento tra i Centri Prescrittori e le Farmacie Ospedaliere, in Regione Campania è possibile somministrare farmaci PCSK9-i ai Pazienti ricoverati per SCA



Clinici ed Interventisti insieme per rispondere alle nuove sfide della Cardiologia

Incontri Regionali di Interventistica Strutturale (IRIS) Puglia: nuovi scenari da condividere

La nuova iniziativa regionale offre un'occasione di incontro e condivisione per tutti gli iscritti ANMCO interessati ai temi della Cardiologia Interventistica Strutturale

Aviata con successo l'iniziativa ANMCO Puglia degli Incontri Regionali di Interventistica Strutturale (IRIS) che dallo scorso dicembre si propone, attraverso appuntamenti bimestrali, di diffondere e condividere i percorsi diagnostico-terapeutici relativi alle patologie cardiache strutturali suscettibili di correzione percutanea. L'iniziativa, rivolta a tutti gli iscritti

ANMCO Puglia interessati (clinici, ecocardiografisti, interventisti, anestesisti, cardiocirurghi) nasce dall'idea della Dott.ssa Katya Lucarelli (componente del Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Puglia) di approfondire lo studio dei principali argomenti di Interventistica Cardiologica Strutturale, migliorare ed ampliare lo screening dei pazienti nel

territorio, offrire ai clinici e agli operatori interessati all'argomento l'opportunità di confrontarsi e, quando possibile, con riconosciuti esperti delle metodiche diagnostiche e delle procedure di riferimento. Il progetto, approvato dal Consiglio Direttivo Regionale guidato dal Dott. Ennio Pisanò e coordinato dai Consiglieri Ilaria Gioia, Claudio Larosa, Antonio Tondo, Gaetano



Ampio spazio è dedicato all'appropriatezza della selezione clinica e allo screening strumentale, senza trascurare le alternative terapeutiche, gli steps procedurali e i tempi/modalità di follow-up



Gli iscritti agli incontri approfondiscono l'argomento del giorno in maniera interattiva, secondo un format costante

Citarelli e Katya Lucarelli, raccoglie periodicamente attorno all'ampio tavolo della Biblioteca dell'Ospedale "Miulli" di Acquaviva delle Fonti un gruppo nutrito di colleghi, rappresentanti di tutte le province pugliesi e dei principali Ospedali della regione (Figure 1 e 2). In un clima cordiale ed informale, gli iscritti al gruppo approfondiscono l'argomento del giorno in maniera interattiva, secondo un format costante che, partendo dall'anatomia funzionale della struttura cardiaca interessata, passa per l'analisi ecocardiografica e per l'imaging di diagnostica integrata (TAC,



RMN, imaging intracardiaco), per giungere alle opzioni terapeutiche disponibili (chirurgia "tradizionale" o "innovativa" e procedure interventistiche percutanee). Ampio spazio è dedicato all'appropriatezza della selezione clinica e allo screening strumentale utile a candidare i pazienti a ciascuna procedura interventistica (anche mediante la presentazione di casi clinici), senza trascurare la possibilità

eventuale di alternative terapeutiche, degli steps procedurali e dei tempi/modalità di follow-up.

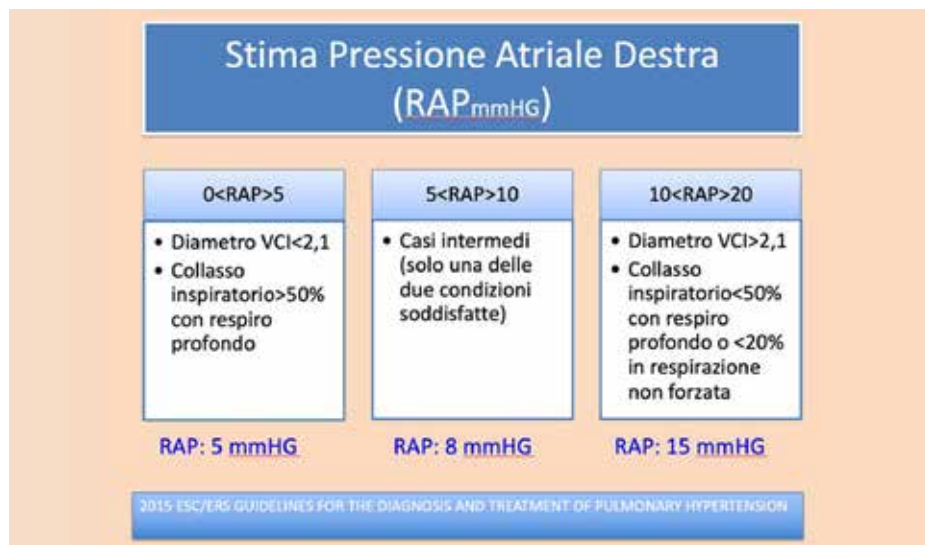
Primo incontro: focus on insufficienza tricuspide

Il 4 dicembre scorso si è svolto il primo incontro dal titolo "Focus on l'insufficienza tricuspide: percorsi clinico-assistenziali per un nuovo paradigma di gestione terapeutica", che ha posto l'attenzione sul più giovane

LA VALUTAZIONE ECOCARDIOGRAFICA DELLE SEZIONI CARDIACHE DESTRE E DELLA VALVOLA TRICUSPIDE

Schema di osservazione sistematica e refertazione condivisa

MISURE MONO/BIDIMENSIONALI	Atrio destro	Area	Apicale 4C (dedicata sezioni destre)
	Ventricolo destro	Diametro afflusso basale	Apicale 4C (dedicata sezioni destre)
		Diametro afflusso medio	Apicale 4C (dedicata sezioni destre)
		Diametro efflusso prossimale	Parasternale asse corto vasi della base
	Anello tricuspide	Diametro	Apicale 4C (dedicata sezioni destre)
	Vena cava inferiore	Diametro/collasso ispiratorio	Sottocostale
INDICI DI FUNZIONALITA' SISTOLICA DEL Vdx	TAPSE	Mono	Apicale 4C
	Onda S'	TDI	Apicale 4C
	Contrattilità parete libera Vdx	Valutazione qualitativa	Apicale 4C
VALVOLA TRICUSPIDE	DESCRIZIONE MORFOLOGICA (oppure rimandare ad Eco II livello)	Indicare grossolane alterazioni: Flail, Restrizioni/Perforazioni, Ampi difetti di coaptazione	
	INSUFFICIENZA TRICUSPIDALE laddove possibile (oppure rimandare ad ECO II livello)	Etiologia	
	Meccanismo		
	Grado	VENA CONTRACTA	
		EROA PISA	
VALUTAZIONE PAPS (somma del Gmax TR + stima pressioni atriali destre)	Velocita' Max TR in cm/s		
	(Gmax TR mmHg+PAmHg)	Stima pressione atriale destra come da Fig4	



degli obiettivi dell'Interventistica Strutturale: la patologia tricuspидale e lo scompenso cardiaco destro. È emersa la necessità di risolvere le criticità relative all'individuazione di questi pazienti (a lungo trascurati e non riconosciuti), alla univoca "classificazione" dell'entità della loro patologia (insufficienza tricuspидale) e alle scarse possibilità terapeutiche farmacologiche ad oggi disponibili. Dopo l'attenta descrizione dell'anatomia funzionale dell'apparato valvolare tricuspидale a cura della Dott.ssa Ilaria Gioia, l'impegno degli ecocardiografisti coinvolti nel panel di esperti (il Dott.

Gli Incontri Regionali di Interventistica Strutturale (IRIS) offrono ai partecipanti l'occasione di conoscere e condividere i percorsi diagnostico-terapeutici dedicati ai pazienti affetti da cardiopatie strutturali

Vincenzo Bellomo e il Dott. Paolo Colonna) è stato quello di indicare gli elementi utili all'inquadramento diagnostico ecocardiografico e di ideare uno schema di osservazione sistematica e refertazione condivisa relativo alle sezioni cardiache destre e alla valvola tricuspide (Figure 3 e 4). Questo in risposta anche alla sollecitazione del cardiocirurgo intervenuto (Prof. Domenico Paparella) che, nel presentare le possibilità di trattamento chirurgico della valvola, ha ricordato lo "storico scarso interesse" dei cardiologi per la tricuspide e lo scarso riferimento di questi pazienti al chirurgo come concausa del limitato trattamento della valvola ad oggi registrato. La recente introduzione delle tecniche di interventistica percutanea nello scenario delle attuali possibilità terapeutiche dell'insufficienza tricuspидale e i risultati incoraggianti relativi al recupero della qualità di vita dei pazienti trattati presentati dalla Dott.ssa Katya Lucarelli, ha acceso l'interesse degli intervenuti. È stato

previsto un incontro con il gruppo regionale dei colleghi coinvolti in prima linea negli ambulatori per lo scompenso cardiaco e la possibilità di partecipare a giornate di screening e/o di interventi dei pazienti affetti da insufficienza tricuspидale emodinamicamente significativa. I successivi incontri focalizzeranno l'attenzione sulla valvulopatia aortica e mitralica, sulle problematiche cardioemboliche (con riferimento alle procedure di chiusura di auricola sinistra/PFO) e sul trattamento di difetti interatriali e leak valvolari. L'augurio è di condividere l'esperienza con un numero sempre crescente di colleghi e di diffondere l'iniziativa, garantendo nel tempo opportuni aggiornamenti relativi a queste ed altre condizioni cliniche che rientrano in un nuovo grande capitolo della Cardiologia, quello dell'Interventistica Strutturale, oggetto di grandi novità terapeutiche in questi anni ed ancor più, sicuramente, nel prossimo futuro.♥

Avviata con successo l'iniziativa ANMCO Puglia degli Incontri Regionali di Interventistica Strutturale (IRIS) che si propone, attraverso appuntamenti bimestrali, di diffondere e condividere i percorsi diagnostico-terapeutici relativi alle patologie cardiache strutturali suscettibili di correzione percutanea



NSTEMI caduti nella rete Trentino Alto Adige, Lazio, Puglia e Sardegna

Seconda puntata della Survey NSTEMI caduti nella rete, che ha coinvolto 4 regioni: Trentino Alto Adige, Lazio, Puglia e Sardegna. **Regione Trentino Alto Adige** L'incontro è stato introdotto dal Presidente Regionale ANMCO del Trentino Alto Adige, Dott. Marco Borghesi, dell'Ospedale Santa Chiara di Trento. La partecipazione alla Survey è stata purtroppo scarsa, solo 11 medici hanno risposto ai

quesiti proposti. Il Dott. Borghesi ha illustrato la peculiarità territoriale delle due Province Autonome: la particolarità del territorio è ovviamente la presenza della Alpi con paesini collegati tra di loro da strade piccole e tortuose, inoltre, la popolazione varia da una base di 1.074.782 persone residenti, al doppio durante i picchi turistici stagionali. La peculiarità è anche dovuta al fatto che siano due

province autonome con 2 centri Hub distinti, Trento e Bolzano, sui quali ruotano 6 centri Spoke ciascuno. Le due Province Autonome però rimangono indipendenti l'una dall'altra, quando si parla di NSTEMI, separando la gestione del paziente NSTEMI territorialmente e anche per quanto riguarda le cure. In Trentino Alto Adige esiste una rete dello NSTEMI come per lo STEMI. I tempi di trasporto sono accettabili

Survey NSTEMI: caduti nella rete? Trentino – Alto Adige

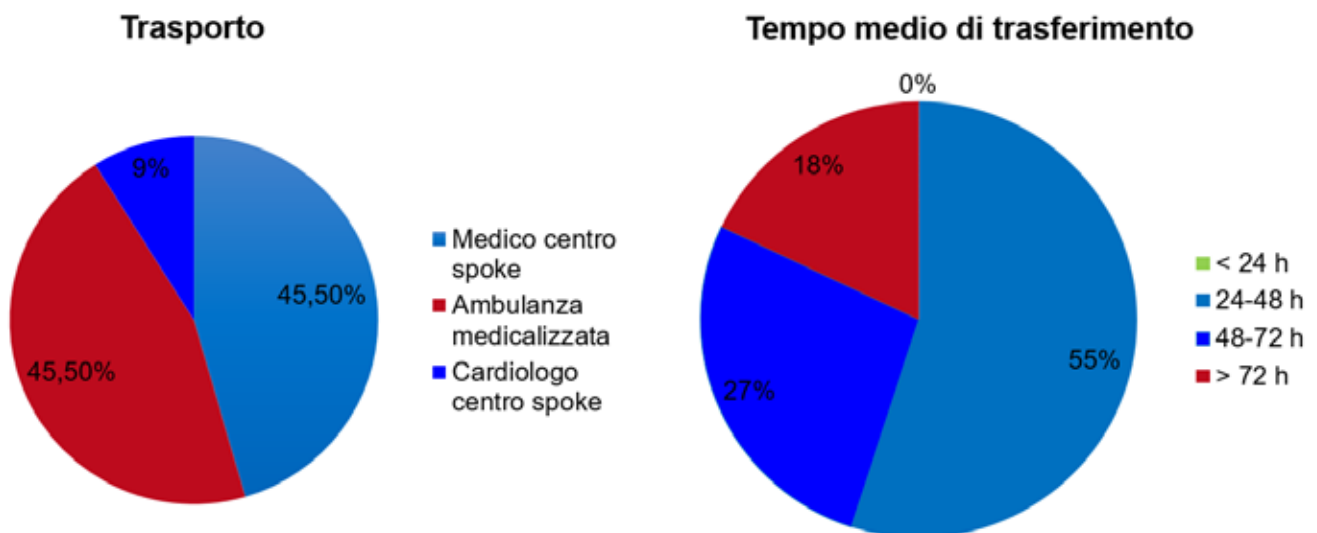


Figura 1 - Trentino Alto Adige



Dati UOC di Cardiologia Ospedale Sandro Pertini - ASL Roma 2



DESCRIZIONE DIAGNOSI	ANNO					
	2017	2018	2019	2020	2021	2022
STEMI	172	173	182	114	156	179
NSTEMI	188	201	196	149	148	179
TOTALE	360	374	378	263	304	358

Figura 2 - Regione Lazio

tra centri Hub e centri Spoke con un raggiungimento della sede Hub in meno di 45 minuti. Il GRACE score è scarsamente utilizzato, come in altre regioni, mentre, molto utilizzata è la telemedicina presente nel territorio, rispetto ad altre regioni. Il trasporto del paziente avviene con medico a bordo e nel 45% con il cardiologo della struttura Spoke, mentre nell'altro 45% è un medico del 118 (Figura 1). In ogni caso il trasporto di questi pazienti è assolutamente dispendioso e depauperava la metà dei centri Spoke di una unità lavorativa per il tempo necessario del trasporto e della procedura. Nella Provincia di Trento ci sono delle criticità sulla limitazione dei posti letto e nel territorio dell'Alto Adige c'è una riduzione della disponibilità dell'emodinamica.

Regione Lazio

La seconda relazione ha riguardato il Lazio con il Presidente Regionale

Dott. Antonio Granatelli, dell'Ospedale Sandro Pertini, ASL 2 Roma. La Regione Lazio con una popolosità 5 volte superiore a quella del Trentino Alto Adige, porta con sé grossi numeri, ma anche grosse criticità. Infatti, dati alla mano, il Dott. Granatelli ci ha mostrato come i ricoveri per STEMI ed NSTEMI abbiano subito una flessione nel periodo COVID, osservata in molte altre regioni, per poi recuperare negli ultimi due anni, ritornando alla incidenza pari in epoca pre-COVID. Nel Lazio, come in altre regioni, ci sono una serie di problematiche: ad esempio, non ha la rete dello NSTEMI, ma solo quella dello STEMI. Non esiste una rete cardiocirurgica, che supporti lo NSTEMI complicato, nonostante le 7 cardiocirurgie presenti sul territorio. La regione risente anche particolarmente del calo di posti letto di terapia intensiva e subintensiva

e mancano strutture ospedaliere periferiche in grado di assicurare un servizio di emodinamica adeguato. Tutto questo si traduce anche in un ritardo della terapia invasiva tempestiva in questi malati, non riuscendo a rispettare i tempi dettati dalle Linee Guida. Il GRACE score non viene utilizzato come score di rischio del NSTEMI, come in altre regioni. Nella regione Lazio il trasferimento del paziente avviene nella maggior parte dei casi con ambulanza senza medico a bordo (Figura 2).

Regione Sardegna

La Presidente Regionale ANMCO Dott.ssa Cristiana Denurra ha esposto i risultati della Survey sulla "rete" NSTEMI della regione Sardegna, un territorio ampio dove vi sono solo 5 centri Hub (di cui 2 con cardiocirurgia), 4 centri Spoke con cardiologia e 6 centri Spoke senza cardiologia. I dati su cui si



Status Cardiologie sarde

- Hub con CCH (2)
- Hub senza CCH (3)
- Spoke Cardio (4)
- Spoke no Cardio (6)



basano i risultati della survey sono ancora più esegui: solo 18 risposte, di cui una da parte di un direttore di Struttura Complessa, gli altri dirigenti medici provengono per la maggior parte da Cardiologie con UTIC. Come già accennato in precedenza, la geografia del territorio caratterizza la prima difficoltà rilevata: le grandi distanze per raggiungere il Centro Hub, dai 50 agli 80 Km con un tempo medio di 50-60 min. In tutta la regione, e nelle varie province, è previsto il sistema della telematica con una rete dell'infarto ben strutturata e funzionante per lo STEMI; il trasporto del paziente NSTEMI da Spoke ad Hub viene affidato in modo variabile a servizi di ambulanza interna ai P.O., con personale medico e infermieristico variamente reclutato ed in assenza di un'univoca codifica da centro a centro. Nei criteri di trasferimento del NSTEMI viene utilizzato il GRACE dal 65% del campione (con un cut off di 140 solo nel 50%), le

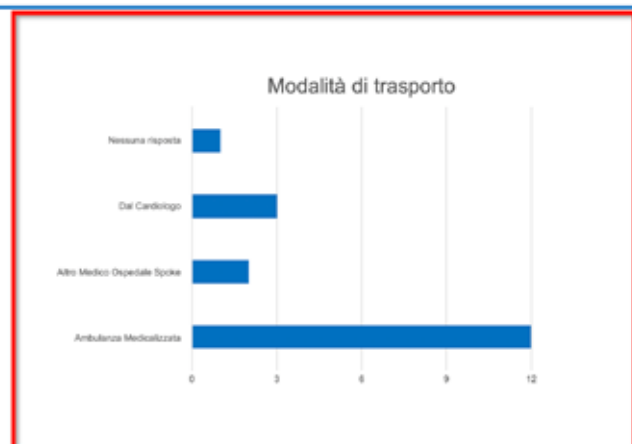
alterazioni ECGrafiche del tratto ST-T sono la variabile maggiormente presa in considerazione, il 100% del campione afferma di dover discutere il caso e l'indicazione al trasferimento di un NSTEMI. La possibilità di avere un sistema che consenta al cardiologo del Centro Spoke, laddove lo desidera, di partecipare alla procedura di emodinamica nel Centro Hub, al fine di acquisire

e/o consolidare una competenza cardiologica, è controversa.

Regione Puglia

I dati sono stati presentati dal Presidente Regionale ANMCO Dott. Ennio C.L. Pisanò, su un campione mediamente rappresentativo: 6 Dirigenti di struttura complessa, 4 Dirigenti di struttura semplice, 30 Dirigenti medici; 17 da Centri Hub e 23 da Centri Spoke. La discussione è cominciata presentando la complessa realtà geografica che caratterizza anche questa regione, dove sono presenti 54 strutture cardiologiche all'interno di 45 Presidi (38 Enti pubblici e 7 Enti privati Accreditati). Di questi il 58% con UTIC, il 40% UTIC con Emodinamica e solo il 18% UTIC con Emodinamica e cardiocirurgia; per un totale di 945 posti letto (196 di UTIC). Un dato nuovo che è emerso, rispetto alla situazione delle Regioni finora esposte, è che in Puglia è presente una rete strutturata con PDTA regionale per lo STEMI e per l'NSTEMI. La distanza media dal Centro Hub all'Emodinamica varia

I pazienti con NSTEMI vengono trasportati al centro Hub





Censimento delle Strutture Cardiologiche 2022 Regione Puglia

54 Strutture Cardiologiche all'interno di 45 Presidi Ospedalieri



dai 10 ai 50 Km, con tempi medi di 10-40 min, ogni Hub riceve pazienti da circa 2-4 ospedali periferici; nella maggior parte dei casi (30 risposte su 40) il trasporto avviene effettuato dal cardiologo. Il criterio utilizzato per il trasferimento dal centro Spoke al centro Hub è l'instabilità Emodinamica, solo 1 degli intervistati utilizza il GRACE Score e le alterazioni dinamiche dell'ST. Riguardo le modalità di accettazione del paziente in pochi hanno risposto (solo 23), la maggior parte ha affermato di dover discutere il caso con il centro Hub; sulla possibilità da parte del cardiologo Spoke di partecipare alla coronarografia hanno risposto solo in 15, e di questi solo 9 hanno espresso opinione favorevole.

Conclusioni e dubbi

La discussione che ne è seguita, dopo le presentazioni dei dati, ha coinvolto i Presidenti Regionali delle 4 regioni coinvolte e i partecipanti al webinar, e ha portato a questi dubbi e considerazioni finali:

- Il campione analizzato e le risposte ricevute sono state esigue, ma il quadro che ne è derivato è congruo con l'analisi fatta dai Presidenti stessi.
- Esiste una rete strutturata per lo NSTEMI sia in Trentino Alto Adige che in Puglia, mentre in Lazio ed in Sardegna non vi è un'organizzazione specifica, con tempistiche e gestioni logistiche che variano da caso a caso. Inoltre, spesso il paziente NSTEMI viene gestito dalla Medicina Interna utilizzando impropriamente la telemedicina, con conseguenti

lunghe discussioni tra colleghi.

- Il trasporto dei pazienti con NSTEMI, per tutte e 4 le Regioni analizzate, è per lo più svolto dal cardiologo impropriamente, sottraendo in tal modo un medico specialista per lungo tempo alla struttura Spoke di riferimento. Ancora una volta, dai dati della SURVEY, è emerso che la definizione di "paziente ad alto rischio" non è uniforme tra i cardiologi del nostro territorio nazionale, vengono presi maggiormente in considerazione criteri clinici di instabilità Emodinamica, piuttosto che GRACE Score e/o altri criteri oggettivi.
- Rimane dibattuta la questione sulla possibilità del cardiologo del Centro Spoke inviante di partecipare alla procedura del paziente nel Centro Hub ricevente.♥



Talk Regioni - NSTEMI: caduti nella rete?

Regioni 3.0

Veneto, Toscana, Campania

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 coinvolgono 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, dal Dott. Mario Chiatto con l’Editor Dott. Giuseppe Di Tano. 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 (NSTEACS) 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’NSTEACS, 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, costituita da 15 item, è emersa sostanziale omogeneità di organizzazione tra centri Hub e Spoke per quanto riguarda il timing della coronarografia, le modalità di trasferimento, la possibilità di trattamento “on service”; tuttavia emergono alcune differenze interregionali. I risultati della survey sono stati presentati dai Presidenti Regionali ANMCO coinvolti nel Talk. La Dott.ssa Lucà introduce il progetto “NSTEMI-REGIONI 3.0” sottolineando che, anche alla luce dei risultati emersi sinora dal confronto derivato dalle survey, è evidente una variabilità tra regioni ed è necessario istituire una rete anche per gli NSTEMI, sulla scorta dello STEMI. Le Linee Guida 2023 declassano a classe II a lo studio emodinamico

entro 24 ore nei casi di NSTEMI ad alto rischio.

Regione Veneto

Il Presidente Dott. Pasquetto sottolinea che tutti i centri sono dotati di sistema di teletrasmissione dell’ECG dall’ambulanza. Quaranta cardiologi hanno risposto alla Survey. I pazienti vengono trasferiti al centro Hub con ambulanza medicalizzata o con il cardiologo. I criteri per il trasferimento a volte non vengono discussi; a volte invece si visiona l’ECG e si discutono gli altri dati clinici prima del trasferimento. Nella maggior parte dei casi non viene usato il GRACE risk score. In media occorrono 30-40 minuti tra Spoke e Hub. Il trasferimento viene eseguito entro 24-48 ore dalla diagnosi. Vi sono alcune Emodinamiche che non lavorano nei giorni festivi o non sono aperte h 24; in questi i casi i pazienti instabili vengono ovviamente centralizzati. Abitualmente la coronarografia on service viene eseguita secondo disponibilità di posto letto.

Regione Toscana

La Presidente Dott.ssa Carluccio introduce il Documento ARS Regione Toscana ad opera della Dott.ssa Valente e altri colleghi, che verrà pubblicato a breve nel quale si tratterà di rete dell’NSTEMI ad alto rischio, in modo da associarlo



alla gestione dello STEMI. La Toscana è divisa in aree vaste che sono dotate di piattaforme per la teletrasmissione ECG, il teleconsulto e la trasmissione di dati radiologici. Sono stati indicatori di processo (rivascolarizzazione miocardica percutanea/chirurgica) e esito (mortalità a 30 giorni). I laboratori di Emodinamica sono 15 (uno ogni 240.000 abitanti, nella media nazionale). Ci sono aree periferiche come Piombino e Volterra per cui sono previsti percorsi ad hoc. 46 cardiologi hanno risposto alla survey: la maggior parte lavora in centri Hub. Ogni centro Hub ha 2-3 centri Spoke. Il trasporto dei pazienti avviene con ambulanza medicalizzata nella maggior parte dei casi (2/3 dei casi); il 7% con cardiologi; il 2% da personale infermieristico addestrato. La tempistica del trasferimento viene decisa in base alla stabilità clinica. Nella maggior parte dei casi non viene usato il GRACE risk score. Le indicazioni sono discusse nel 44% dei casi. I pazienti vengono trasferiti sempre in 24-48 ore. In media occorrono 30-40 minuti tra Spoke e Hub. Abituamente la coronarografia on service viene eseguita secondo disponibilità di posto letto. Una quota significativa di colleghi resterebbe volentieri a seguire la coronarografia del paziente per aumentare le proprie “skills”.

Regione Campania

Il Presidente Dott. Vigorito presenta una survey della Regione Campania tra gennaio e febbraio 2022 (periodo COVID). Hanno risposto poche cardiologia (solo 13 cardiologie di cui 12 centri Hub): nell'80% dei casi la coronarografia veniva eseguita entro le 72 ore e nel 40% dei casi entro le 24 ore. Per quanto riguarda la Survey ANMCO hanno risposto in 44 (prevalentemente colleghi di centri Hub). C'è un rete ben strutturata di telemedicina. In media l'hub ha 32-3 Spoke. In media 30 minuti tra Spoke e Hub. Il tempo medio di trasferimento è 24-48 ore. Nel 58% dei casi si discute circa il trasferimento; nel 42% il trasferimento è principalmente legato alla disponibilità di posto letto. L'82% dei cardiologi crede sia utile partecipare alla coronarografia. Il Dott. Navazio sottolinea come ANMCO consigli di eseguire la coronarografia entro 24 ore nei pazienti con NSTEMI ad alto rischio; viene segnalato che in alcuni casi nei quali il paziente non viene ri-segnalato al proprio centro territoriale dopo la dimissione viene purtroppo perso al follow-up; è necessario perciò che il paziente torni il prima possibile al proprio centro di riferimento anche per essere fidelizzato al momento della dimissione. Viene sottolineato che

nell'ambito della rete pare poco credibile che il caso del centro Spoke venga ridiscusso dal centro Hub anche revisionando l'ECG, quasi a segnalare una mancanza di fiducia che ostacola ovviamente il lavoro di equipe. A volte però “ridiscutere” il caso non è tanto per mancanza di fiducia, quanto per scarsità di posti letto e timore che poi non si abbia disponibilità di assorbire un paziente più grave. In questa ottica la modalità “on service” può contrastare la difficoltà a reperire posti letto. Emerge la necessità di avere piattaforme di teleradiologia ove poter visualizzare gli esami eseguiti, inclusa la coronarografia: in questo modo il medico di centro hub e Spoke hanno davvero la possibilità di discutere i “punti caldi”. In conclusione anche per l'alta prevalenza degli NSTEMI rispetto agli STEMI è necessario che le società scientifiche creino insieme alla Regioni una rete ad hoc, come è stato fatto per gli STEMI. È stato concluso il documento del censimento delle regioni, che verrà a breve pubblicato. A breve partirà uno studio di registro dell'NSTEMI, come sorta di “fotografia” dello stato attuale. In tale ottica, il lavoro svolto nelle survey, i webinar e riassunto in questi articoli, appare ancora più importante!♥



Riappropriarsi del senso pieno della Medicina per rendere più attrattive tutte le organizzazioni cardiologiche


Commento a “Quali caratteristiche possono rendere più attrattiva una Cardiologia per le nuove generazioni di Cardiologi? - Proposte per la Cardiologia del futuro” di Gianluigi Nicolosi (“Cardiologia negli Ospedali” N. 255, settembre - ottobre 2023)

Ho letto con interesse la stimolante riflessione di Gianluigi Nicolosi, su “Cardiologia negli Ospedali”. L'analisi riguarda un tema che preoccupa tutti noi, quali professionisti, docenti e cittadini. La cronica carenza di Cardiologi in Italia è un problema attuale, tanto più sentito per la prevalenza epidemiologica delle malattie cardiovascolari e la molteplicità e capillarità delle strutture cardiologiche che, dentro e fuori gli ospedali, curano le persone e sono chiamate, per vari motivi, a dare risposte a bisogni non sempre pertinenti ad una Cardiologia Specialistica. Come ribadito durante gli Stati Generali dell'ANMCO tenutisi a settembre 2023, nei prossimi anni mancheranno all'appello circa 800 specialisti in Malattie dell'Apparato Cardiovascolare, in un quadro generale allarmante che stima, per il 2025, un deficit di 16.700 medici specialisti su scala nazionale, nell'impossibilità di sostituire i 50.000

pensionati del quinquennio 2020-2025. Le cause sono molteplici: *in primis* l'assenza di un piano nazionale che definisse, negli anni precedenti, una programmazione del numero di specialisti da formare coerente con i bisogni ed il mutare dell'epidemiologia e delle organizzazioni; in secondo luogo, quella che è una vera e propria “fuga dall'Italia”, per cui ogni anno quasi 1.000 medici si trasferiscono all'estero, per fuggire da turni logoranti e non gratificanti e stipendi inadeguati per le competenze e le responsabilità della professione. La conseguenza è una innegabile emergenza sanitaria, con strutture ospedaliere e territoriali costrette a ridurre il numero di prestazioni o a garantirle con tempi d'attesa eccessivi. La Cardiologia risente in modo particolare di questa carenza di organico, soprattutto in quelle realtà territoriali più periferiche che dovrebbero essere gli avamposti della salute ed il cui rafforzamento,

non disgiunto da forti politiche e verifiche sull'appropriatezza, è uno degli obiettivi del piano nazionale di ripresa e resilienza. Non direi che c'è un problema di “attrattività della disciplina”, perché la Cardiologia/Malattie dell'Apparato Cardiovascolare rimane fra le prime 5 discipline selezionate dagli specializzandi (insieme a Chirurgia Plastica, Dermatologia, Oculistica e Neurologia). A fronte di 16.162 posti totali di formazione medica specialistica per l'anno accademico 2023-2024, quelli riservati alla Cardiologia sono stati 684, con tassi di saturazione altissimi (97%) già al primo scorrimento. Ci sono invece, a mio avviso, tre temi sui quali riflettere criticamente.

Il primo riguarda la congruità dei contratti rispetto al turnover e ai cambiamenti dell'epidemiologia e delle organizzazioni. Il secondo riguarda le ragioni “culturali” della scelta di essere Medico e Cardiologo. Ci sono, o meglio ci sono state,



due ragioni fondamentali per operare questa scelta. La prima attiene all'umanità, alla solidarietà e alla relazionalità con il malato e la famiglia, la seconda attiene al metodo scientifico, all'uso ed al fascino delle tecnologie. Da qui, il rapido orientamento alle tecnologie diagnostiche e terapeutiche, al contesto dell'emergenza dove occorre "fare" tempestivamente, rispondendo ad una fetta importante ma parziale del bisogno. Il momento dell'attenzione umana, dell'approccio globale al malato, della capacità di interazione multidisciplinare, del rapporto con caregiver e famiglia, sono invece fondamentali nel setting della cardiologia ambulatoriale e della cronicità. Non è, quindi, solo un problema di "numeri" ma anche di cultura e di obiettivi di una scelta per un esercizio pieno della professione. È un problema di riconquistare il senso vero dell'essere medico e cardiologo, il rispetto per la globalità dei bisogni del malato, la continuità di cure e la collaborazione multidisciplinare come metodo e obiettivo concreto. Il terzo punto riguarda il sistema delle organizzazioni. Dovremmo interrogarci sull'opportunità di indispensabili aggregazioni fra strutture pensate come box rigidi ed autonomi, mentre dalle interazioni in rete e dipartimentali, compensazioni e condivisioni potrebbero derivare valori aggiunti per tutti: per i pazienti, per turni meno demotivanti, per aggregare casistiche ed esperienze e per dare maggiore continuità e sicurezza alla gestione delle cure. Io credo che queste considerazioni, contengano le cause di alcuni dei problemi con i quali ci confrontiamo, ingigantiti dalla carenza oggettiva di risorse

umane. I concorsi per strutture spoke o ambulatoriali che vanno deserti o che vedono partecipare professionisti di discipline equipollenti ne sono una delle conseguenze.

Nicolosi si interroga proprio sulla disomogeneità nel reclutamento di Cardiologi fra le grandi realtà ospedaliere ed i centri più periferici, laddove i numeri in alcune aree sono impietosi². Il fascino della disciplina sembra esaurirsi nelle strutture delle grandi città, in cui tradizionalmente i giovani Cardiologi si formano. L'analisi di Nicolosi, alimentata dal racconto della sua autorevole esperienza personale, muove da una premessa condivisibile, che le grandi dimensioni rappresentino di fatto un "indicatore surrogato" di altre caratteristiche strutturali che rendono attrattivo un luogo di lavoro, e che sono più facilmente realizzabili nel grande centro: la dotazione tecnologica, la partecipazione a progetti di ricerca, la continuità col mondo accademico e la facilità nell'aggiornamento che ne deriva, i gruppi di lavoro multidisciplinari, solo per fare qualche esempio. Rappresentazioni di una componente dell'essere medico e cardiologo, con l'altra, quella "relazionale" e "globale", ai margini. Fa bene Nicolosi a ricordare che anche nelle realtà periferiche possono essere esportati e perseguiti principi di rigore, attenzione umana, competenze tecnologiche avanzate. Ma mentre nel grande ospedale il circuito dei bisogni e cure, fatte salve le indispensabili interazioni, si chiude dentro la realtà "protettiva" della struttura cardiologica, in periferia, sul territorio, il buon esercizio della professione deve necessariamente

coniugarsi con l'attitudine a interagire con altri professionisti, di varie strutture, anche fuori dal proprio contesto o struttura. È innegabile che i volumi di casistica generano esperienza e competenze, ma servono pure a questo le condivisioni in rete, i confronti multidisciplinari che sistemi informatici adeguati potrebbero ulteriormente implementare. Sicuramente noi cardiologi abbiamo una quota di responsabilità: abbiamo perseguito isole di autonomia e di iperspecializzazione, vissute fuori da contesti di forte integrazione e condivisione anche all'interno di aree omogenee geograficamente contenute, mentre le connessioni, le infrastrutture, i sistemi di archiviazione ed esportazione d'immagini, gli standard di qualità, sicurezza e rischio clinico mutavano e la spinta ad aggregarsi avrebbe dovuto conseguentemente incrementare. Anche l'Università deve riconoscere sue responsabilità: ha talvolta perso di vista gli obiettivi concreti di formazione di un buon medico al passo con le conoscenze, le aspettative ed i bisogni, con lo sviluppo di nuovi modelli organizzativi, generando una programmazione inadeguata, non integrata con il Ministero della Salute e insufficiente. Sapere, saper fare, saper essere e saper relazionarsi con attenzione ai temi della sostenibilità, queste sono a mio avviso le caratteristiche che definiscono un buon medico e che, insieme allo sviluppo di saperi critici, l'Università moderna deve suscitare e sviluppare. Invece viviamo fin dagli studi universitari la spinta alla compartimentazione e frammentazione dei saperi, generando l'illusione che il buon



medico sia chi si occupa ad altissima specialità di un singolo problema o di una sua parte. Continuiamo ad insegnare la Medicina per malattie e non per problemi, siamo più attenti all'insegnamento che ai processi d'apprendimento. Quanti di noi educano allo sviluppo di sensibilità ed attitudine all'incontro e all'ascolto, al rigore metodologico per un approccio ragionato, alla capacità di visione globale dei problemi e della complessità? Per molti tutto ciò è nostalgia, filosofia e perdita di tempo; invece, a mio giudizio intercetta i temi fondamentali dell'essere Medico. Un'analisi pubblicata nel 2022 su *Circulation*³, ha riportato che sono proprio i giovani specializzandi e specialisti che lavorano nelle grandi strutture universitarie a soffrire in maniera significativa di burn-out e depressione, con un rischio sostanzialmente maggiore rispetto a quello della popolazione generale, a causa di un ambiente di lavoro frenetico e tossico, un carico di lavoro eccessivo, turni troppo lunghi con difficoltà nel conciliare vita lavorativa e vita personale, un sistema accademico non gratificante, poco elastico ed incapace di adattarsi ai cambiamenti generazionali, la cosiddetta "pressure to say yes", che nel lungo termine depriva il soggetto di energie ed autostima. Le conseguenze sono di nocimento non solo per il singolo, ma anche per gli interi sistemi sanitari, per la relazione di proporzionalità diretta fra benessere degli operatori e qualità delle cure, tanto da rendere necessaria, nelle intenzioni degli autori, una call to action di ripensamento del sistema favorendo, tra le altre cose, anche

la decostruzione del pregiudizio per cui l'attività clinica ha un valore maggiore quando praticata in centri di riferimento. Si è assistito ad una metamorfosi delle attività cardiologiche, con un incremento esponenziale del numero e della complessità delle procedure di emodinamica, elettrofisiologia ed interventistica strutturale, la cui acquisizione di competenze richiede una formazione lunga e specifica in strutture ad alto flusso. Difficilmente ad un Direttore di Scuola di Specializzazione lo specializzando chiede di consolidare le proprie conoscenze e competenze cliniche in contesti ambulatoriali o di degenza. Va un po' meglio alla terapia intensiva. Svetano le richieste di formazione su tecnologie di imaging ed invasive. Non deve gratificarci solo la diagnostica avanzata multimodale, l'estinzione di un circuito elettrico, l'impianto di un dispositivo o la dilatazione della stenosi di una valvola o delle coronarie. Queste possibilità costituiscono un indubbio progresso della scienza a vantaggio dell'umanità e per questo vanno riconosciute e valorizzate. Devono però gratificarci anche il rapporto con il malato nel tempo e la globalità di una presa in carico che si alimenta della collaborazione fra professionisti di una stessa area disciplinare e di aree disciplinari diverse. Al lavoro insieme, in squadra, si deve essere educati e ci si deve allenare. C'è anche il tema delle risorse economiche ed opportunità di profitto e ci sono i temi dei contesti sociali ed economici di sviluppo della famiglia. C'è il tema della medicina difensiva. Temo che la soluzione adottata (decreto "Calabria") per

contrastare l'estrema criticità per carenza di professionisti, reclutando specializzandi in formazione fin dal III anno, accentuerà queste componenti critiche, spezzando i percorsi formativi, orientandoli ad aspetti contingenti (le guardie, i turni, l'abbattimento liste), parcellari e ipertecnologici, assecondando la logica delle prestazioni e non della presa in carico. Davvero una grande ipocrisia, per un percorso formativo che andrebbe meglio supportato e che in altri Paesi richiede fra 6 e 8 anni. Il rischio concreto è un Core Curriculum inadeguato, insufficiente, con ambiti di autonomia limitati per anni e forse a vita. Al netto di alcuni fenomeni su ampia scala difficilmente contrastabili, l'atteggiamento auspicabile non deve essere di rassegnazione e tanto meno di ipersemplicizzazione e proposta di soluzioni affrettate. Alcune modifiche strutturali potrebbero rivelarsi utili:

- un'attenta politica di programmazione condivisa ed integrata, che consenta di adeguare il numero di professionisti formati ed assunti a quelli in pensionamento ed a quelli necessari ad organizzazioni che mutano;
- favorire negli specializzandi la riscoperta del senso pieno dell'esser medico e cardiologo e del fascino dell'attività clinica critica;
- ripensare il sistema delle Scuole di Specializzazione, implementando la rete formativa extra-universitaria, in modo che i medici in formazione possano trovare strutture adeguate, ad attività differenziate e volumi congrui, con mentori qualificati, consapevoli della propria missione formativa e generosi nel trasferimento di conoscenza, che concretizzino per lo specializzando



momenti e prospettive di crescita, nella prospettiva di un percorso naturale di turnover rispettoso di bisogni e propensioni; l'università non deve abdicare ai ruoli di educazione e formazione, verificando costantemente gli standard di qualità formativa e ricercando il confronto costante sugli obiettivi di formazione;

- rafforzare i presidi territoriali ed ospedalieri di emergenza-urgenza, in modo da garantire al Cardiologo l'esercizio della sua professione, e ridurre i casi di precettazione per coprire carenze di personale in altre aree disciplinari;
- organizzare dei sistemi efficienti di collaborazione e condivisione d'informazioni ed immagini fra centri spoke e hub, fra territorio ed ospedale, in modo che anche i primi siano coinvolti attivamente nel percorso del paziente, rendendo così responsabilizzante e stimolante il ruolo dello specialista della struttura periferica;
- realizzare un serio processo d'informatizzazione capillare nelle organizzazioni sanitarie per la condivisione di dati in sicurezza;
- implementare forme strutturate di confronto su casistica all'interno di una rete e fra le reti di macroaree;
- favorire un'organizzazione smart del lavoro, con turni declinati in modo più flessibile, anche accorpati, come è stato già suggerito negli USA³;
- incentivare la possibilità che anche gli operatori delle strutture periferiche collaborino attivamente, secondo le loro possibilità, a progetti di ricerca e studi clinici;
- incoraggiare l'acquisizione, da parte dei Direttori di Struttura, di competenze di project management,

team building e leadership, in modo da favorire la creazione di un ambiente di lavoro positivo, sostenibile, attrattivo, gratificante e generoso nel trasferimento di conoscenze e competenze³;

- adeguare le retribuzioni del personale sanitario, anche incrementando gli "scatti di carriera/anzianità" che all'estero hanno cadenza annuale/biennale mentre in Italia ancora cadenza quinquennale; ciò colmerebbe disomogeneità e disuguaglianza, rendendo il SSN ancora competitivo;
- ripensare il principio dell'esclusività nel rapporto con il SSN, attualmente molto svantaggioso rispetto all'attività privata extramoenia;
- iniziare un percorso strutturato con il Legislatore verso la depenalizzazione dell'errore medico e la cancellazione della responsabilità penale; quest'ultimo aspetto è in vigore solo in altri due Paesi oltre all'Italia (Polonia e Messico).

Servono investimenti coraggiosi, direzioni strategiche aziendali capaci e direttori di struttura che sappiano sviluppare innovazioni tecnologiche e modelli organizzativi, inclini ad accogliere bisogni delocalizzati, alimentando l'eterogeneità di casistica, che sappiano sviluppare relazioni costruttive con varie discipline e con la Medicina Generale, che promuovano ricerca collaborativa, rendendo una Cardiologia di piccole dimensioni un posto attrattivo, un contesto non isolato a cui il giovane Cardiologo possa guardare con interesse considerandolo adeguato alle sue aspirazioni in termini di

crescita e gratificazione personale e professionale. Serve un impegno inclusivo ed ampio dell'università. Serve riappropriarsi del senso pieno della medicina e della risposta ai bisogni. Serve valorizzare la cultura ed i saperi critici. Serve rendere parole come prossimità, centralità del malato, continuità ospedale-territorio, lavoro in team, condivisione collegiale, attenzione agli esiti, non slogan demagogici ed opportunistici ma concreti obiettivi formativi e modalità di approccio e risposta ai problemi. In questo modo i malati saranno veramente al Centro, la formazione e la didattica saranno finalizzate a professionisti colti, capaci, dotati di spirito critico, che abbiano prospettive di lavoro e si sentano gratificati nei vari contesti. In questo modo a medicina si riapproprierà del suo valore pieno e la ricerca e la cultura saranno gli strumenti per la costruzione di organizzazioni qualificate e di una società migliore. Questa riflessione è anche il frutto di un confronto critico e franco con Maddalena Rossi, Maria Perotto, Eva Del Mestre, Valentina Allegro, Enrico Fabris, Marco Merlo, Aldostefano Porcari ed Alberto Guarnaccia, che ringrazio.♥

Bibliografia

1. Nicolosi, G. L. Quali caratteristiche possono rendere più attrattiva una Cardiologia per le nuove generazioni di Cardiologi? "Cardiologia negli Ospedali" N. 255 (settembre - ottobre 2023).
2. <https://www.cittadinanzattiva.it/comunicati/15491-desertificazione-sanitaria-ed-aree-interne-presentata-lanalisi-di-cittadinanzattiva-nellambito-del-progetto-ahead.html>
3. Bradley, E. A. et al. Physician Wellness in Academic Cardiovascular Medicine: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation* 146, (2022).

DI GRANIT RABIA, ANTONELLO D'ANDREA, GIOVANNA DI GIANNUARIO, ALESSIA GIMELLI,
GEORGETTE KHOURY, FRANCESCA MANTOVANI, VALERIA PERGOLA, VINCENZO POLIZZI,
MASSIMILIANO RIZZO, MARCO CAMPANA



Il GLS può identificare una disfunzione precoce del miocardio in diverse patologie e in grado di offrirci informazioni diagnostiche e prognostiche aggiuntive rispetto ai parametri tradizionali

Ecocardiografia speckle tracking nella pratica clinica: a che punto siamo?

Nonostante le numerose evidenze scientifiche e le potenzialità della metodica, l'analisi speckle-tracking è ancora sottoutilizzata nella pratica clinica

Introduzione

Da diversi anni è disponibile nell'ecocardiografia clinica lo speckle tracking, metodica ecocardiografica avanzata non-invasiva e semiautomatica in grado di offrire informazioni aggiuntive e di identificare alterazioni precoci della funzione miocardica. Il principio si basa sull'analisi di markers acustici definiti speckles e grazie al loro tracciamento durante il ciclo cardiaco è possibile ottenere informazioni sulla deformazione miocardica. Questa tecnica permette di ottenere la ricostruzione della deformazione del miocardio del ventricolo sinistro in modo angolo indipendente nei vari piani dello spazio: longitudinale, radiale, circonferenziale. Quella più riproducibile e più utilizzata è la deformazione miocardica longitudinale, chiamata GLS (Global Longitudinal Strain) e viene espressa in percentuale

I dati di una survey internazionale mostrano che solo il 39% dei partecipanti utilizzava frequentemente lo speckle-tracking, mentre sembrano migliori i dati italiani provenienti da laboratori accreditati di ecocardiografia, con un utilizzo della metodica intorno all'80% dei casi

negativa, essendo un rapporto tra la lunghezza finale in sistole rispetto la diastole. Per la misurazione del GLS è necessario l'acquisizione di immagini in proiezioni apicali (4, 2 e 3-camere) ottenendo l'analisi dei 17 segmenti miocardici con la successiva ricostruzione del *Bull's eye*. Inizialmente nato per lo studio del

ventricolo sinistro, negli ultimi anni, grazie all'avanzamento tecnologico, lo strain è stato introdotto anche per il ventricolo destro e atrio sinistro con dei dati molto promettenti. **Quali sono le principali applicazioni cliniche dello speckle-tracking?**

Cardio-oncologia

Uno degli ambiti più importanti di utilizzo dello speckle tracking è la cardio-oncologia. Le ultime linee guida raccomandano con una classe I l'utilizzo del GLS in tutti i pazienti oncologici durante le diverse fasi: dalla valutazione iniziale per stratificare il rischio cardiovascolare, al monitoraggio durante la terapia cardiotossica e nel successivo follow-up. Mentre una normale FE non esclude un danno cardiaco iniziale, i parametri di speckle tracking sono in grado di identificare precocemente e con maggiore affidabilità il danno miocardico subclinico. Di fatto le

attuali definizioni di disfunzione cardiaca secondaria a terapia oncologica si basano non solo sulla riduzione della frazione di eiezione, ma anche sulla riduzione solo dei valori di GLS.

Amiloidosi cardiaca

La metodica speckle tracking è particolarmente utile nei pazienti con ipertrofia ventricolare sinistra di sospetta natura infiltrativa. Nei pazienti affetti da amiloidosi cardiaca i valori di GLS risultano significativamente ridotti rispetto ai soggetti sani. Inoltre il pattern di alterazione del GLS “apical sparing” è specifico per l’amiloidosi, mostrando un relativo risparmio dei segmenti apicali, meno interessati dall’infiltrazione amiloide, rispetto alla significativa riduzione del GLS dei segmenti basali e medi precocemente interessati dai depositi amiloidi. Tale pattern, oltre ad avere un’elevata sensibilità e specificità per l’amiloidosi cardiaca, ha un importante impatto prognostico.

Cardiopatia ischemica

Lo strain può essere utile nella sindrome coronarica cronica sia nella fase iniziale diagnostica che nella stratificazione prognostica. Nei pazienti con sindrome coronarica acuta lo speckle tracking risulta essere un buon predittore dell’estensione della lesione infartuale, del rimodellamento ventricolare e delle complicanze post-procedurali.

Scompenso cardiaco

I pazienti affetti da scompenso cardiaco con funzione sistolica ridotta (HFrEF), oltre alla riduzione della FE, presentano dei valori ridotti di GLS in modo diffuso che spesso precedono il calo dell’FE; l’analisi strain può anche identificare le

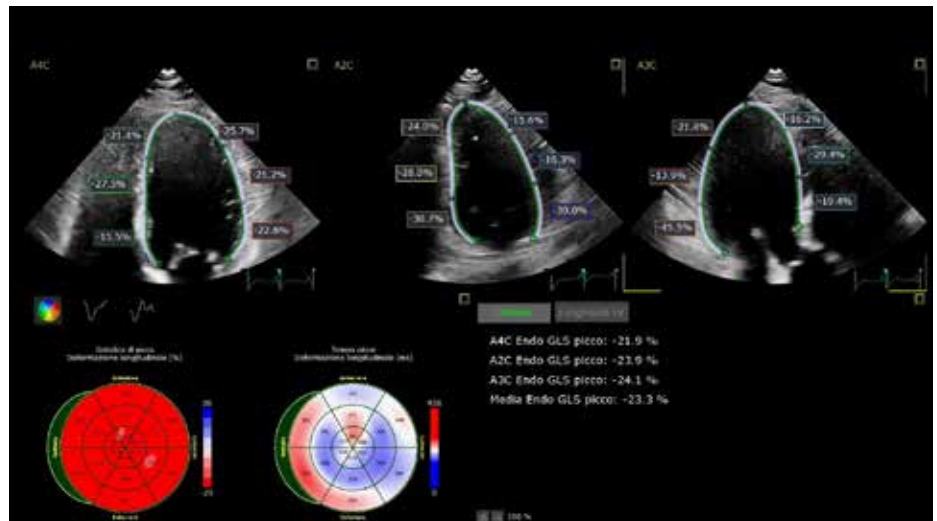


Figura 1 - Analisi speckle-tracking con rappresentazione Bull's eye di paziente con normale GLS = -23,3%

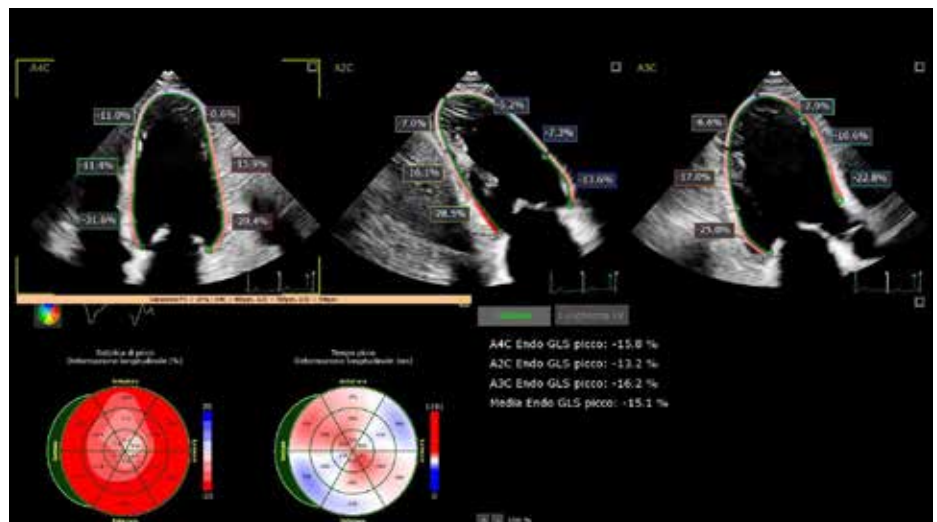


Figura 2 - Paziente con infarto anteriore con ridotti valori di GLS anteriori e apicali

alterazioni della sincronizzazione ventricolare. Inoltre anche i pazienti affetti da scompenso cardiaco con FE preservata (HFpEF) hanno valori più bassi di GLS rispetto alla popolazione generale, indicativo di un alterata funzione longitudinale. Infine, i ridotti valori di GLS possono avere un potere prognostico indipendente di outcome cardiovascolari sfavorevoli.

Patologie del ventricolo destro

L'analisi speckle tracking del

ventricolo destro risulta fattibile, accurata e affidabile con implicazioni diagnostiche e prognostiche nella pratica clinica. Tale metodica è stata standardizzata negli ultimi anni riguardo l’acquisizione e analisi con dei software specifici per il ventricolo destro. Il GLS risulta essere più sensibile ai precoci cambiamenti nella funzione miocardica rispetto ai tradizionali indici ecocardiografici quali TAPSE, S', FAC, o RVEF, e

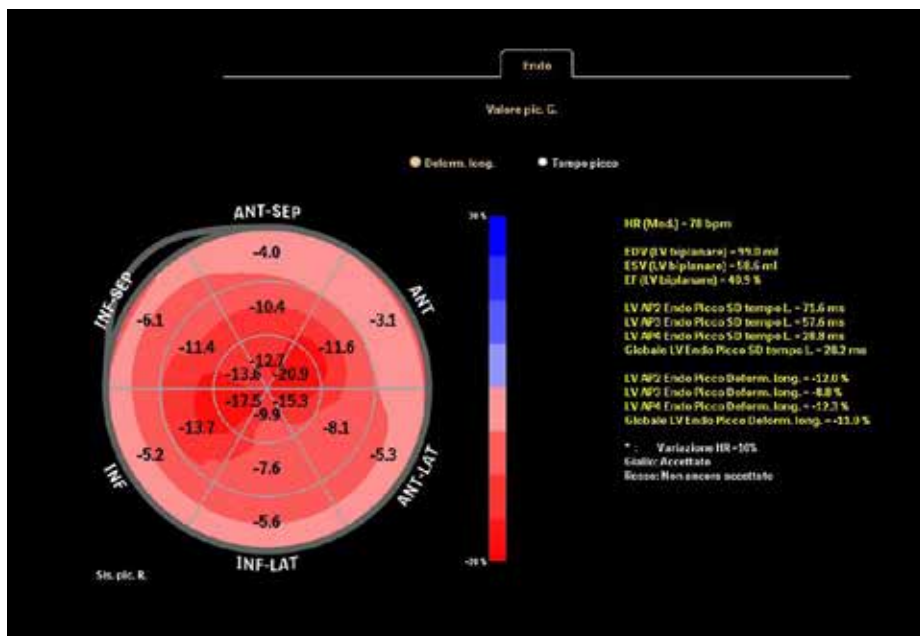


Figura 3 - Pattern Bulls' eye GLS con aspetto apical sparing di paziente affetto da amiloidosi cardiaca.

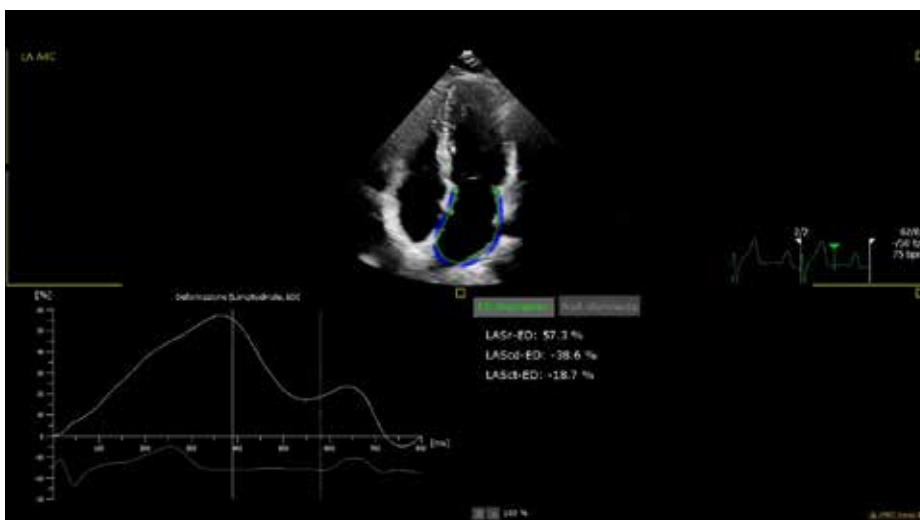


Figura 4 - Analisi speckle-tracking dell'atrio sinistro di paziente con normali valori di strain (LASr-ED: 57,3%).

rappresenta uno strumento sensibile per il follow-up a lungo termine di pazienti affetti da patologie quali cardiopatie congenite, ipertensione polmonare e displasia aritmogena del ventricolo destro.

Atrio sinistro

Recentemente, l'avanzamento

tecnologico della metodica speckle tracking ha permesso l'estensione del suo utilizzo anche per lo studio della funzione atriale sinistra. La funzione di reservoir allo strain dell'atrio sinistro (strain longitudinale atriale di picco rispetto al basale) è considerata la più importante

grazie al suo valore prognostico nelle malattie cardiovascolari. La ridotta funzione di reservoir misurata allo speckle tracking può essere considerato un marker indiretto di fibrosi atriale e può rappresentare il substrato fisiopatologico per la comparsa e recidiva di fibrillazione atriale e conseguentemente di ictus cardioembolico.

Dati promettenti dello strain, ma qual è il vero utilizzo nella pratica clinica?

Nonostante le potenzialità supportata da dati ottenuti da numerosi studi e nonostante le raccomandazioni di società scientifiche come l'EACVI e l'ASE, questa metodica sembrerebbe essere sottoutilizzata nella pratica clinica. Per capire il reale utilizzo clinico di questa metodica ci viene in aiuto un recente articolo pubblicato su European Heart Journal - Cardiovascular Imaging di una importante survey internazionale che ha valutato l'accessibilità, la fattibilità e la frequenza di utilizzo della metodica speckle-tracking. I partecipanti della survey erano 429 da 77 paesi diversi, provenienti da centri di terzo livello

La cardi tossicità e l'amiloidosi cardiaca erano le principali condizioni cliniche di utilizzo dello strain del ventricolo sinistro; mentre i principali scenari clinici dello studio del ventricolo destro erano l'ipertensione polmonare e la displasia aritmogena del ventricolo destro



(46%), cliniche private o ospedali pubblici (54%). Più della metà dei partecipanti al sondaggio erano ecocardiografisti senior (58%) e gli altri erano ecocardiografisti all'inizio della carriera (22%), specialisti in imaging multimodale (16%) e solo il 5% era sonographer. Per quanto riguarda l'accessibilità, il sondaggio evidenziava un accesso quasi totale (98%) alla metodica. La frequenza di utilizzo della metodica è risultata la seguente:

- solo il 39% dei partecipanti ha risposto di utilizzare frequentemente lo speckle-tracking (in più del 50% degli esami ecocardiografici)
- il 28% la utilizzava raramente
- il 22% molto raramente
- il 7% solo per motivi di ricerca
- il 4% non la utilizzava mai.

La maggior parte dei partecipanti alla survey (85%) aveva effettuato un training in strain imaging. L'analisi online dello strain durante l'acquisizione delle immagini era eseguita in circa 2/3 dei casi, mentre il restante dei partecipanti eseguiva l'analisi successivamente offline. Quasi tutti i partecipanti utilizzavano lo speckle tracking per l'analisi del ventricolo sinistro, mentre l'analisi della funzione del ventricolo destro e dell'atrio sinistro veniva effettuata meno frequentemente. La cardiotoxicità e l'amiloidosi cardiaca erano le principali condizioni cliniche di utilizzo dello strain del ventricolo sinistro, mentre i principali scenari clinici di utilizzo dello strain del ventricolo destro erano l'ipertensione polmonare e la displasia aritmogena del ventricolo destro. Infine le indicazioni principali per lo studio strain dell'atrio sinistro erano lo studio della funzione diastolica e la predizione del rischio

Lo speckle tracking è una metodica ecocardiografica avanzata non-invasiva in grado di identificare alterazioni precoci della funzione miocardica

Nonostante la potenzialità della metodica e le raccomandazioni delle linee guida, la metodica strain è ancora sottoutilizzata nella pratica clinica. I principali motivi dello scarso utilizzo routinario dello speckle tracking sembrano essere lo scarso training e i vincoli temporali. Queste barriere possono essere superate grazie a programmi di formazione specifica e l'impiego sempre maggiore dell'avanzamento tecnologico e dell'intelligenza artificiale, permettendo l'ottimizzazione dei tempi di processazione. Infine, ogni laboratorio di ecocardiografia dovrebbe implementare l'esecuzione dello speckle tracking sempre più frequentemente nella pratica clinica, soprattutto laddove questa metodica ha un importante impatto diagnostico, terapeutico e prognostico

di recidiva della fibrillazione atriale. I principali motivi dello scarso utilizzo routinario dello speckle tracking erano i vincoli temporali e lo scarso training. Secondo precedenti studi, mediamente il tempo necessario per l'esecuzione di un'analisi strain varia da 5 ai 10 minuti: tempo non trascurabile che porta spesso alla rinuncia dell'esecuzione dell'analisi. Infine, la survey ha dimostrato che i partecipanti con una formazione più avanzata in strain (formazione da più di una risorsa) impiegavano più frequentemente questa metodica con una maggiore aderenza alle tecniche di imaging ottimali e un'implementazione più appropriata dello strain nella pratica clinica. Anche se la metodica non è rimborsata,

questo non è stato considerato dai partecipanti come un reale motivo di impedimento per la sua esecuzione. Per quanto riguarda la realtà italiana, dati recenti sull'utilizzo della metodica ci vengono forniti da una recente survey della SIECVI, che ha somministrato il questionario a 173 laboratori di ecocardiografia accreditati in tutta Italia, includendo alcuni centri ad elevato volume e standard di qualità. La valutazione è stata eseguita sugli esami effettuati nel mese di novembre 2022 da centri suddivisibili in 3 gruppi sulla base dell'attività: basso volume (<250 esami/mese), volume moderato (250-550 esami/mese) e alto volume (>550 esami/mese). Da questa survey italiana emergono dati incoraggianti:



l'analisi strain è stata utilizzata nella maggior parte dei laboratori di ecocardiografia (80%), con una tendenza di utilizzo maggiore nei centri ad alto volume rispetto ai centri a basso e medio volume. Infine, analogamente ai dati europei, lo strain è stato utilizzato principalmente per lo studio del ventricolo sinistro (80%) e meno frequentemente per il ventricolo destro e per l'atrio destro (rispettivamente 49% e 48%).

Suggerimenti per il futuro...

L'associazione tra il training specifico e la frequenza di utilizzo della metodica strain, suggerisce una maggiore attenzione su programmi di formazione al fine di raggiungere il livello necessario di competenza per l'uso dello strain nella pratica clinica. Per quanto riguarda l'altra barriera, ovvero il fattore tempo, entra in gioco l'avanzamento tecnologico dell'intelligenza artificiale (AI) nell'imaging cardiaco. Grazie ai suoi algoritmi, l'AI permette di velocizzare notevolmente i processi di calcolo, ottenendo un'analisi completa dello strain in pochi secondi e ciò potrebbe eventualmente consentire l'analisi dello strain in tempo reale mentre l'operatore acquisisce le immagini. Infine, l'intelligenza artificiale ha la potenzialità sia di ridurre l'intervento manuale che di migliorare la riproducibilità e l'accuratezza delle misurazioni nell'ecocardiografia clinica. L'incremento della riproducibilità e la standardizzazione dei valori dello strain tra i diversi fornitori sono ulteriori suggerimenti per incrementare l'utilizzo della strain. Pertanto ogni laboratorio di ecocardiografia dovrebbe avere un'organizzazione interna con dei protocolli specifici guidati dalle

Secondo la survey i principali motivi dello scarso utilizzo routinario dello speckle tracking erano lo scarso training e i vincoli temporali. Queste barriere possono essere superate grazie a programmi di formazione specifica e l'impiego sempre maggiore dell'avanzamento tecnologico e dell'intelligenza artificiale, permettendo l'ottimizzazione dei tempi di processazione

linee guida internazionali al fine di garantire sempre più frequentemente l'esecuzione dell'analisi strain nella pratica clinica.

Conclusioni

Lo speckle tracking è una metodica ecocardiografica avanzata non-invasiva utile in diverse patologie cardiovascolari, in grado di offrirci informazioni diagnostiche e prognostiche aggiuntive rispetto ai parametri tradizionali. Nonostante l'accesso quasi universale e la potenzialità della metodica, l'analisi speckle tracking è ancora sottoutilizzata nella pratica clinica. I principali motivi dello scarso utilizzo routinario dello speckle tracking sembrano essere lo scarso training e i vincoli temporali. Le principali barriere possono essere superate grazie a programmi di training specifico e l'uso sempre maggiore dell'avanzamento tecnologico e dell'intelligenza artificiale, che

permette di ottimizzare i tempi di processazione e di automatizzazione. In conclusione, ogni laboratorio di ecocardiografia dovrebbe implementare l'esecuzione dello strain sempre più frequentemente nella pratica clinica, soprattutto laddove questa metodica ha un importante impatto diagnostico, terapeutico e prognostico. ♥

Bibliografia:

1. Definitions for a common standard for 2D speckle tracking echocardiography: consensus document of the EACVI/ASE/Industry Task Force to standardize deformation imaging. Voigt JU et al. J Am Soc Echocardiogr. 2015 Feb;28(2):183-93
2. Standardization of left atrial, right ventricular, and right atrial deformation imaging using two-dimensional speckle tracking echocardiography: a consensus document of the EACVI/ASE/Industry Task Force to standardize deformation imaging. Badano LP, et al. Eur Heart J Cardiovasc Imaging. 2018 Jun 1;19(6):591-600
3. 2022 ESC Guidelines on cardiovascular oncology developed in collaboration with the European Hematology Association (EHA), the European Society for Therapeutic Radiology and Oncology (ESTRO) and the International Cardio-Oncology Society (IC-OS) Alexander R Lyon et al. Eur Heart J. 2022 Nov 1;43(41):4229-4361
4. Current clinical use of speckle-tracking strain imaging: insights from a worldwide survey from the European Association of Cardiovascular Imaging (EACVI), Sade L.E. et al European Heart Journal - Cardiovascular Imaging (2023) 24, 1583–1592.
5. Current national availability of advanced echocardiography imaging: real world data from an Italian Society of Echocardiography and Cardiovascular Imaging survey A.Barbieri et. al on behalf of the Italian Society of Echocardiography and Cardiovascular Imaging (SIECVI) European Heart Journal - Imaging Methods and Practice (2023) 1, 1–9



2024: l'anno della tricuspide Studio TRILUMINATE

Il TRILUMINATE trial è tra i top ten trials annoverati dalla rivista European Heart Journal del 2023. L'insufficienza tricuspidalica isolata o secondaria sappiamo ormai che è una comorbilità che complica lo scompenso cardiaco, specialmente lo scompenso con frazione di eiezione conservata (HFpEF), riducendo la sopravvivenza

oltre che la qualità della vita di chi ne è affetto. A parte i diuretici, le opzioni terapeutiche nello scompenso cardiaco congestizio rimangono limitate, e, l'opzione cardiocirurgica porta con sé un rischio perioperatorio considerevole. Lo studio TRILUMINATE (open-label) ha indagato sul risultato della correzione della tricuspide per via

transcutanea con tecnica edge to edge utilizzando la Triclip (TEER group). Lo studio ha arruolato 350 pazienti in Canada e Stati Uniti d'America. È stato valutato l'endpoint primario composto gerarchico di morte per tutte le cause o chirurgia della tricuspide; ospedalizzazione per scompenso cardiaco e miglioramento della

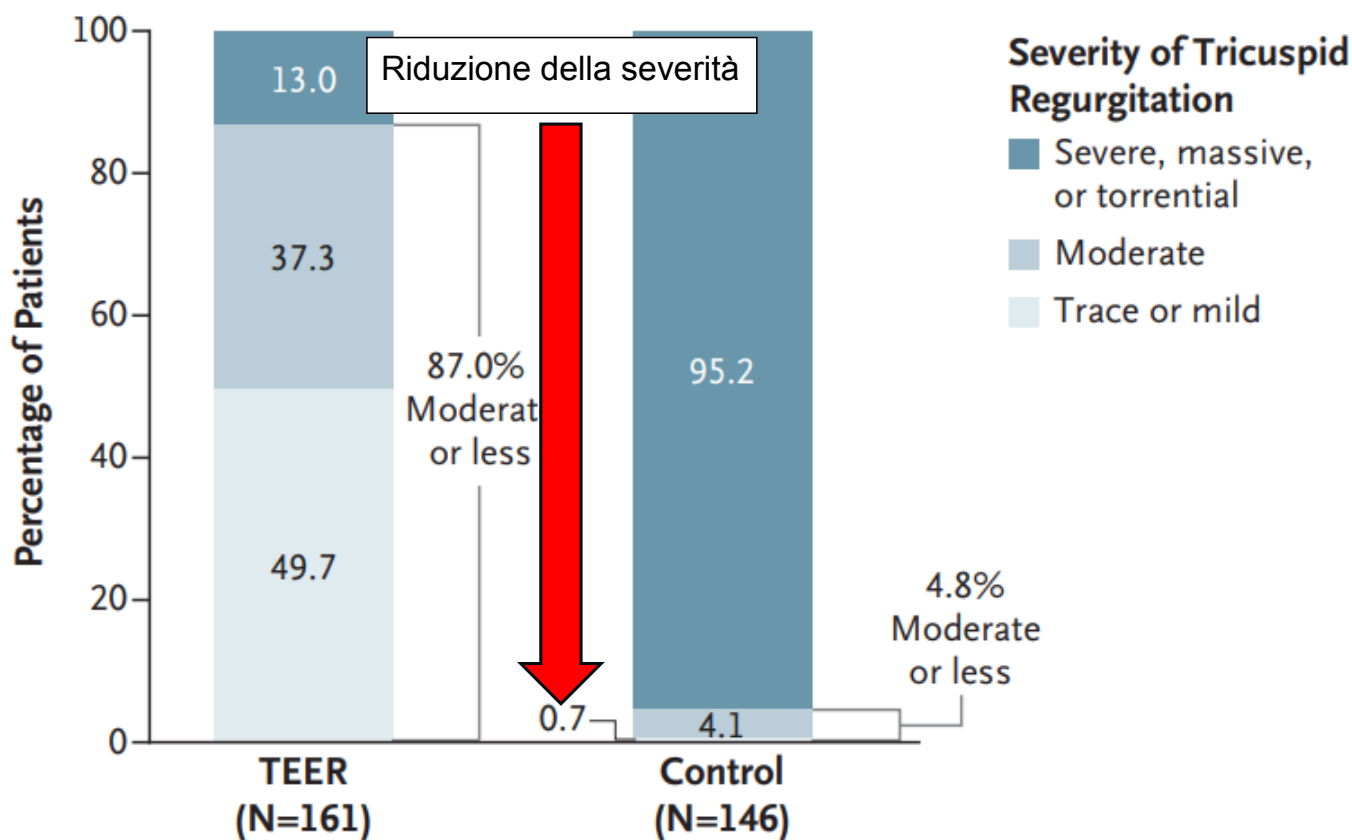


Figura 1 - Rappresentazione della riduzione della severità tricuspidalica a 30 giorni tratto dallo studio TRILUMINATE (N Engl J Med 2023;388:1833-42)

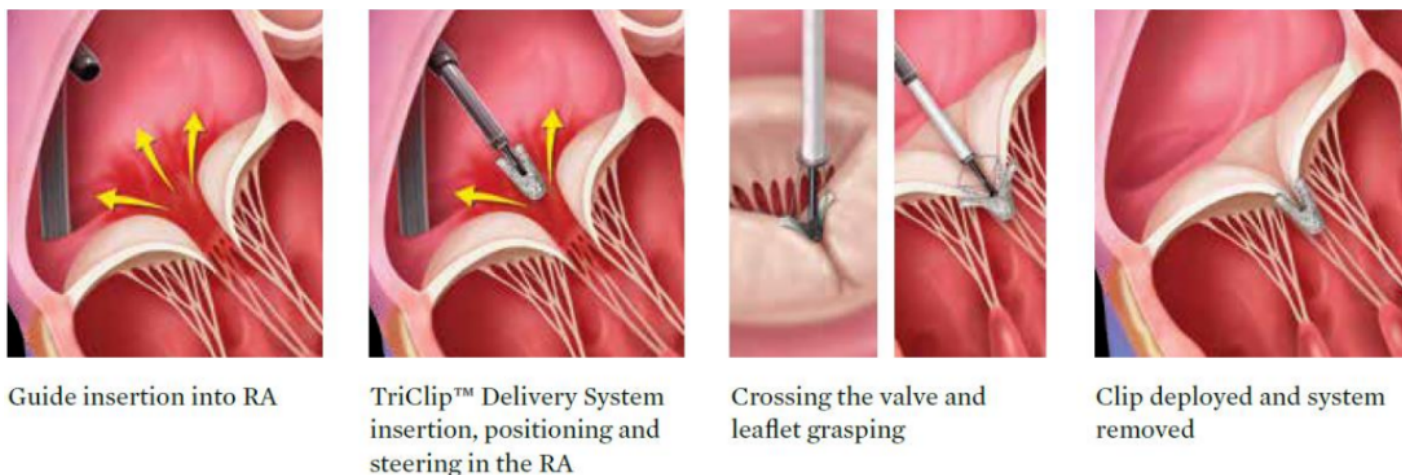


Figura 2 - Sequenza grafica del rilascio della Triclip. Gentilmente concesso da Abbott Medical

qualità di vita (definito come un incremento di 15 punti nel Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire, KCCQ), a 1 anno di follow-up. Gli end point secondari sono stati l'assenza di eventi avversi maggiori nell'anno successivo tra i quali morte per tutte le cause, insufficienza renale acuta, endocardite che necessitasse chirurgia ed intervento cardiocirurgico non elettivo sulla clip per complicanze; miglioramento della qualità della vita misurata con il Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire (KCCQ) score ad 1 anno, riduzione significativa della insufficienza tricuspidaica a 30 giorni ed un miglioramento al test del cammino in 6 minuti (6MWT). Il primo endpoint dopo un anno di follow up è stato a favore del TEER group (win ratio 1.48; 95% CI 1.06–2.13; P = .02) per la variazione della KCCQ score. La tecnica in sé di riparazione della valvola tricuspide è risultata sicura ed efficace nel ridurre l'insufficienza valvolare, con una riduzione del 87% dei casi da una insufficienza tricuspidaica severa a moderata o

lieve (risultati mantenuti ad 1 anno di follow-up). Per quanto riguarda gli hard end point come mortalità, della cardiocirurgia tricuspidaica e le ospedalizzazioni per scompenso cardiaco non c'è stata differenza tra i 2 gruppi. Attualmente, la correzione della insufficienza della tricuspide con la Triclip non ha migliorato la prognosi, ma solo i sintomi. Bisogna però ricordare che il 70% dei pazienti arruolati aveva un'insufficienza tricuspidaica massiva o torrenziale. L'assenza di un impatto su mortalità ed ospedalizzazione per scompenso cardiaco ha deluso le aspettative di clinici ed interventisti. C'è da ricordare, però, che i risultati possono essere stati influenzati dal fatto che il trial fosse open label, dalla pandemia COVID, da un'incidenza di morte e ospedalizzazioni per scompenso inferiori a quanto stimato nella fase di disegno dello studio e da un follow up limitato ad un anno. Sicuramente si può argomentare che il cambiamento della sola qualità della vita in questi pazienti è poco per una tecnica invasiva e che può

essere stata influenzato dall'effetto Hawthorne. Dal TRILUMINATE si aspettano comunque i risultati di follow up di sopravvivenza a 5 anni che ci daranno anche dati più solidi per l'applicazione nella tecnica. Nell'attesa di questi risultati, nei prossimi studi sarà di estrema importanza in questi pazienti valutare in prima battuta la severità del rigurgito tricuspidaico con nuovi metodi che ne definiscano la gradazione, tra i quali l'utilizzo dell'ecocardiografia 3d, ad esempio, che sembra essere un valido aiuto oltre al PISA, in seconda battuta definire la definizione della forma del ventricolo destro e della funzione correlata alla pressione sistolica polmonare; ed infine la caratterizzazione della valvola tricuspide e della eziologia della insufficienza che potrebbero indirizzare verso diverse strategie di approccio.♥

Reference
 1. Sorajja P, Whisenant B, Hamid N, Naik H, Makkar R, Tadros P, et al. Transcatheter repair for patients with tricuspid regurgitation. *N Engl J Med* 2023;388:1833–42.



Mentre riflettevo sulla vita dura del mediano, l'analogia con il mio lavoro da medico dello sport è stata immediata

Il medico dello sport... "Una vita da mediano"

La vita da medico dello sport "anomalo": studio approfondito, umiltà ma consapevolezza delle proprie competenze senza paura riverenziale

Ogni mattina, mentre vado al lavoro, mi lascio accompagnare dalle note delle diverse tracce che riempiono la mia playlist. Dai ritmi dei Modà alla forza di Vasco, dall'energia contagiosa di Lorenzo Jovanotti, alle poesie cantate di Gio Evan, alla delicatezza del piano di Tony Ann. L'altra mattina è stata "Una vita da mediano" di Liga a tracciare la strada per me. Mentre guidavo, riflettevo su questo testo che mi ha sempre colpito molto. Chi ama lo sport comprende bene il significato profondo di questa fenomenale metafora della vita. La canzone è

Sospettare una patologia potenzialmente mortale che si nasconde nei meandri più nascosti del cuore di 3-5 atleti ogni 1.000 valutati si rivela estremamente difficile

Mai distrarsi, potrebbe costare caro

veramente universale perché, attraverso i riferimenti al calcio, richiama valori che fanno parte del nostro vissuto quotidiano: perseveranza, spirito di sacrificio, sofferenza e risultato. "Una vita da mediano" si rivolge, nel contesto calcistico, a Lele Oriali; tuttavia, il testo lascia spazio a diverse interpretazioni. In sostanza, si fa riferimento all' "operaio" dello sport, sia uomo che donna. Sforzo, sudore, fatica e sofferenza hanno un'unica finalità: essere al servizio di qualcun altro. "Una vita da mediano, da chi segna sempre poco, che il pallone devi darlo a chi finalizza il gioco". L'attaccante non dovrebbe mai dimenticare quanto siano importanti i polmoni del mediano; senza di lui, vagherebbe nell'area di rigore ad aspettare la palla che potrebbe non arrivare mai. Lui ha bisogno del suo mediano. E il mediano lo sa bene, ma è anche consapevole che difficilmente verrà "illuminato" dai riflettori, non riceverà applausi, non si godrà il successo in prima persona. Deve correre, corre più degli altri per "recuperare" palloni e, come canta



Il calciatore italiano Gabriele Oriali al Football Club Internazionale Milano nella stagione 1971-72

Fonte: Wikipedia

Liga, dopo tanto sforzo dovrà necessariamente passare la palla. In quasi ogni sport c'è il suo "mediano": il gregario nel ciclismo, la lepre in atletica, il libero nella pallavolo, il pilone nel rugby. Il lavoro "oscuro" dei tanti "mediani" non è evidente,



ma la vittoria in un grande giro, un record, il taglio del traguardo per primo o la sofferta mèta non sarebbero mai stati realizzati senza il loro impegno. E, ironia della sorte, la fatica sembra non finire mai: i “mediani” devono sempre rincorrere per complimentarsi e festeggiare chi è riuscito a fare goal o a tagliare per primo il traguardo. Mentre riflettevo sulla vita dura del mediano, l’analogia con il mio lavoro è stata immediata. Cosa c’entra il mediano con il medico dello sport? Secondo me, le corrispondenze sono molte. Sono medico dello sport fin dal 1996

visione si è consolidata, la mia generazione ha grandi responsabilità. Le Scuole di specializzazione, all’epoca, non son riuscite secondo me, a tracciare un profilo adeguato del medico dello sport. Era una novità assoluta. L’idea comune si limitava, appunto, a far combaciare la valutazione medico-sportiva esclusivamente con la concessione del “lasciapassare” alla pratica sportiva. Inizialmente, tutti erano convinti che fosse l’unica strategia per ridurre la mortalità legata allo sforzo fisico. I risultati sembravano rafforzare questo genere di impostazione.

valutazione medico-sportiva (che include la storia anamnestica, l’ECG, l’esame clinico e il test da sforzo) si procede con l’indagine utilizzando l’ecocardiogramma, ulteriori test da sforzo e l’Holter. Successivamente, quasi sempre si “passa la palla” al cardiologo, diventato via via “il cardiologo dello sport”. È lui che si occupa di approfondire i dubbi sorti durante lo screening. Se continuassimo con la stessa metafora della canzone di Ligabue, il gol sarebbe la diagnosi della patologia a rischio di arresto cardiaco. E il cardiologo dello sport diventa il vero

La medicina dello sport è stata sempre associata esclusivamente alla concessione dell’idoneità medico sportiva agonistica. In realtà, questa disciplina si occupa di screening, ha quindi la principale finalità di fare diagnosi precoce. Nel prossimo futuro sarà necessario immaginare un medico dello sport con competenze diverse, che abbia rispetto dei ruoli, senza timore riverenziale e che grazie al confronto costante con il cardiologo dello sport possa finalizzare il suo operato alla diagnosi precoce di patologie potenzialmente a rischio di arresto cardiaco. Una volta diagnosticata la patologia sarà necessario non abbandonare il paziente-ex atleta a sé stesso, ma dare delle indicazioni chiare su quale attività fisico-sportiva potrà eseguire in sicurezza

con le implicazioni cliniche conseguenti. Purtroppo, nel corso degli anni, la figura del medico dello sport è stata confinata quasi esclusivamente al rilascio di certificati di idoneità per lo sport agonistico. Tutto qui. Non “serve” per le diagnosi. Lo hanno imparato tutti, anche gli atleti. Non si consulta il medico dello sport per capire se c’è un problema. No, dal medico “sportivo” (definizione che non riesco a tollerare) ci si presenta soltanto per ottenere il tanto agognato certificato. Se questa

L’errore è stato perseverare in questa visione. Non si è mai compreso fino in fondo che il medico dello sport non si occupa solo di certificati, ma soprattutto di screening. Il significato di quest’altra prospettiva è universale: controllo sanitario eseguito su una popolazione o su singoli gruppi o categorie per consentire la diagnosi precoce di determinate malattie e condizioni patologiche. Ecco il vero significato del lavoro del medico dello sport: la diagnosi precoce. Di fronte a un sospetto di patologia, dopo la

finalizzatore. Forse, è per questo che mi è sembrata naturale la specializzazione in Cardiologia. Quello che mi ripeto ogni giorno è una piccola grande certezza. Se la cardiologia dello sport in Italia è tanto cresciuta, al punto da ispirare i colleghi europei a seguirne l’esempio, il merito va attribuito al lavoro del medico dello sport. Quando vengo invitato come relatore ai congressi di cardiologia dello sport, prima di gonfiarmi il petto, dovrei pensare: “Attenzione, qui non ci saresti se l’altra parte di te non



avesse resistito alla tentazione di lasciare un lavoro che stanca, che annoia e sembra non avere senso”. Non solo, dovrebbe anche essere chiaro che il 95% degli argomenti trattati in tutti i congressi di cardiologia dello sport sono il frutto del lavoro dello screening. Invece, troppo spesso questo aspetto clinico-scientifico viene dimenticato. I “riflettori” sono puntati altrove. La

**Non molto tempo fa, ho sentito un giovane direttore di Scuola di specializzazione in medicina dello sport definire il medico dello sport come un “medico certificatore”
Non so se abbia causato più disagio o rabbia**

mia parte di cardiologo dello sport non avrebbe ragione di esistere senza il duro lavoro del medico dello sport, le tante valutazioni di routine, accompagnate raramente dalla sensazione adrenalinica della diagnosi. Sospettare una patologia potenzialmente mortale che si nasconde nei meandri più nascosti del cuore di 3-5 atleti ogni 1.000 valutati si rivela estremamente difficile. Mai distrarsi, potrebbe costare caro. In questi anni sembra essere passato tutto in secondo piano, largo ai finalizzatori. Il vero problema è: perché continuare a passare la palla all'altra parte di me? Perché non mi sento abbastanza preparato? O è solo per “comodità”? Lasciare agli altri i casi più “ostici”?

Perché si è sempre fatto così? Questo è il nocciolo della questione, merita una riflessione approfondita anche da parte dei giovani colleghi medici dello sport. Per fortuna, grazie a diverse collaborazioni con alcune Scuole di specializzazione italiane, ho l'opportunità di confrontarmi con molti giovani colleghi che scelgono anche il nostro Centro di Treviso per la loro formazione. Il confronto è importante ed è un'occasione costante di crescita personale.

Tuttavia, trovo ancora troppo spesso lo stesso atteggiamento di fronte a un dubbio. Prima di pensare alla diagnosi, l'interrogativo cruciale resta lo stesso: “Sarà idoneo o no? Dovremmo chiedere una consulenza?” Questo atteggiamento, secondo me, va cambiato a tutti i livelli del sistema. Non molto tempo fa, ho sentito un giovane direttore di Scuola di specializzazione in medicina dello sport definire il medico dello sport come un “medico certificatore”. Non so se abbia causato più disagio o rabbia. A Treviso abbiamo riflettuto molto sul ruolo del medico dello sport come “mediano” ma anche come finalizzatore. E perché no? Ognuno con il suo ruolo, ma con la necessità di crescere senza timore riverenziale. Abbiamo disegnato grazie all'esperienza di tutti un nuovo profilo di medico dello sport: studio approfondito, umiltà ma consapevolezza delle proprie competenze. Screening, approfondimenti, confronto con i colleghi cardiologi, diagnosi precoce e soprattutto non abbandonare il giovane paziente ex-atleta a sé stesso. È anche per questo se il Centro è stato riconosciuto come “Centro di

La mia parte di cardiologo dello sport non avrebbe ragione di esistere senza il duro lavoro del medico dello sport, le tante valutazioni di routine, accompagnate raramente dalla sensazione adrenalinica della diagnosi

riferimento regionale per lo sport nei giovani con cardiopatia”. A questi pazienti dobbiamo una risposta sull'attività fisico-sportiva che possono praticare nonostante la cardiopatia a rischio di arresto cardiaco. Chi potrebbe fornirla se non un medico dello sport “anomalo”? Anche i veri “mediani” si dimostrano “anomali”, come Giovanni Bosi, classe 1969, con 450 partite da professionista in varie squadre, tra cui anche il Bologna. L'ho incontrato a Treviso nel 1999: ero il medico della sua squadra. Correva dal primo minuto, aveva fiato da vendere, recuperava continuamente palloni che servivano a costruire il gioco per la squadra. Passava ogni palla recuperata. Anche a costo di vomitare dalla fatica, non mollava mai il trequartista che ogni domenica il mister gli assegnava cercando così di spegnere il gioco avversario. Nel 2001, durante la partita Treviso-Pisa, salta in cielo fino a superare le torri dei difensori centrali avversari e di testa segna il goal della vittoria. Dimenticavo: Giovanni è alto 170 cm. Lo sport insegna che tutto è possibile, basta volerlo intensamente.♥



Quando il progresso industriale uccide

Right here, right now

«Gridan le leggi è vero; / E Temi bieco guata: / Ma sol di sé pensiero / Ha l'inerzia privata. / Stolto! E mirar non vuoi / Né comun danni i tuoi?»

“La salubrità dell’aria”, Giuseppe Parini - 1759



È fondamentale chiedersi se, e con quale intensità, l'attività fisica condotta all'aria aperta vada incoraggiata anche nelle aree inquinate



Anni, giorni oppure ore? Quanto è stringente, a livello temporale, la connessione tra inquinanti ambientali e incidenza di SCA? Un recente lavoro di Chen et al.⁽¹⁾ ha evidenziato che tale rischio, legato alle concentrazioni di PM 2.5, NO₂, SO₂, e CO, ha un picco di associazione nel corso della prima ora di esposizione senza effetti soglia percepibili. Circa 7 milioni di morti premature l'anno, di cui circa 400.000 in Europa, sono ascrivibili all'inquinamento atmosferico indoor e outdoor⁽²⁾. Vecchie e nuove evidenze epidemiologiche dimostrano infatti che le popolazioni residenti in aree inquinate hanno tassi di mortalità più elevati e maggior incidenza di cardiopatia ischemica, ictus, BPCO, asma e neoplasie. Solo per citare un esempio, uno studio⁽³⁾ presentato nel 2015 in occasione del Congresso annuale della Società Europea di Cardiologia, ha comparato i dati sulla salute cardiovascolare di un gruppo di giovani adulti residenti nella città polacca di Cracovia rispetto a quelli di Lublino. Tali città sono rappresentative di realtà molto differenti in termini di inquinamento atmosferico, in particolare nella prima il livello di inquinamento è circa doppio rispetto alla seconda. Ad esser valutati furono alcuni marcatori di flogosi quali omocisteina, fibrinogeno e PCR. Tale analisi permise di evidenziare che, anche nella fascia di giovani adulti, residenti in zone caratterizzate da forte inquinamento, tali markers erano marcatamente più elevati rispetto ai controlli. In un recente lavoro di Bhatnagar⁽⁴⁾ è stato sottolineato

Gran parte delle patologie, cardiovascolari e non, derivano non soltanto da un malfunzionamento biologico intrinseco all'individuo, bensì dall'interazione tra il singolo ed esposizioni ambientali avverse

come l'inquinamento atmosferico sia correlato ad elevati livelli di stress ossidativo, infiammazione e attivazione del sistema nervoso autonomo. Alterazioni vascolari indotte dagli air pollutants, quali deficit della compliance vascolare, della dilatazione flusso-mediata, aumento della stiffness arteriosa e deficit della riparazione endoteliale, contribuiscono inoltre ad accelerare l'aterogenesi. Nei giovani adulti sani l'esposizione al PM 2,5 è risultata, infatti, associata ad un aumento di microparticelle generate dall'apoptosi delle cellule endoteliali, ciò a conferma di un significativo danno endoteliale correlato sia alla soppressione

Ritengo che noi cardiologi abbiamo un ruolo fondamentale mediante informazione e sensibilizzazione della popolazione sulla stretta correlazione tra inquinamento atmosferico e malattie cardiovascolari

delle cellule proangiogeniche che dei livelli plasmatici di mediatori angiogenici. Tale burden di malattia, elevato e potenzialmente prevenibile, rafforza il concetto che gran parte delle patologie, cardiovascolari e non, derivino non soltanto da un malfunzionamento biologico intrinseco all'individuo, bensì dall'interazione tra singolo ed esposizioni ambientali avverse. Altro aspetto non trascurabile è il seguente: considerando che, sia l'inattività fisica che l'esposizione all'inquinamento atmosferico costituiscono due tra le principali minacce per la salute pubblica, risulta fondamentale chiedersi se, e con quale intensità, l'attività fisica condotta all'aria aperta vada incoraggiata anche nelle aree inquinate. Nello studio di Sun et al.⁽⁵⁾ in un subset di soggetti fisicamente attivi residenti in aree fortemente inquinate, è stato dimostrato che i benefici derivanti dell'attività fisica erano significativamente mitigati dall'aumento del rischio di malattie cerebrovascolari dovuto alla prolungata esposizione ad elevate concentrazioni di PM 2.5. Già uno studio precedente aveva evidenziato come l'attività fisica, in particolare la corsa, condotta in aree poco inquinate risulti cardioprotettiva e, al contrario, dannosa se praticata in aree inquinate⁽⁶⁾. Situazione ancor più critica è quella dei SIN, tra cui purtroppo la mia Augusta, ove, all'inquinamento atmosferico, si aggiungono emissioni nocive legate alla raffinazione di idrocarburi. Si tratta di benzene, NMHC, H₂S, tetraidrotiofene, isobutilmercaptano e molti altri veleni registrati nell'aria cittadina



È ormai noto l'impatto negativo dell'inquinamento atmosferico indoor e outdoor cui sono associate globalmente circa 7 milioni di morti premature all'anno, di cui circa 400.000 in Europa. Le popolazioni che vivono in aree inquinate presentano maggior rischio di cardiopatia ischemica, ictus, BPCO, asma e neoplasie

dall'ARPA, ente regionale preposto alla protezione dell'ambiente. Com'è noto, il benzene è un agente classificato da IARC in classe 1: cancerogeno certo. Nonostante ciò vige un'assoluta inerzia da parte di enti, amministrazioni e istituzioni nei confronti di questo concreto e gravissimo rischio per la salute della popolazione. Il tratto di costa tra Augusta e Siracusa, tristemente ribattezzato "quadrilatero della morte" è sede del più grande impianto petrolchimico italiano.

L'aria è spesso irrespirabile, le centraline continuano a rilevare la presenza di veleni ma tutto tace, alimentando un disastro ambientale senza precedenti nel silenzio complice di chi ha il compito di vigilare e tutelare la salute pubblica. E pensare che Giuseppe Tomasi di Lampedusa definì Augusta come «*il più bel posto della Sicilia [...] dove il mare è del colore dei pavoni; e proprio di fronte, al di là di queste onde cangianti, sale l'Etna; da nessun altro posto è bello come da lì, calmo, possente, davvero divino*». La ricerca di soluzioni per il miglioramento della qualità dell'aria è dunque un processo urgente e indifferibile che richiede un concreto impegno politico-gestionale. Ritengo che noi cardiologi abbiamo un ruolo fondamentale mediante informazione e di sensibilizzazione della popolazione circa le tematiche ambientali: nella nostra azione di promozione di un corretto stile di vita non possiamo, infatti, prescindere dal "fattore ambiente" e dal suo peso nell'eziopatogenesi di malattie non soltanto cardiovascolari ma anche respiratorie e neoplastiche. Obiettivo ampiamente auspicabile è l'adozione di politiche più severe da parte dei governi al fine di

attuare un percorso di riduzione dei livelli di inquinamento, in primis, mediante la cessazione dell'utilizzo dei combustibili fossili con switch ad energie pulite e rinnovabili. Tali strategie necessitano di interventi coordinati e concertati tra governo, amministrazioni locali, comunità scientifica e popolazione, che si tradurrebbero in evidenti vantaggi per la salute pubblica quali una riduzione dei costi sanitari e un aumento della produttività economica di popolazioni più sane e longeve.♥

Bibliografia

1. Chen R, Jiang Y, Hu J, et al. Hourly air pollutants and acute coronary syndrome onset in 1.29 million patients. *Circulation* 2022; 145: 1749-60.
2. <https://www.epicentro.iss.it/ambiente/qualita-aria-linee-guida-oms-2021>
3. Wysokiński, Guzik, Bryniarski et al. Risk of hypertension and chronic low grade inflammation among healthy young subjects living in the cities with different ambient air pollution. ESC Congress, London 2015 – abstract.
4. Bhatnagar A. Cardiovascular Effects of Particulate Air Pollution. *Annu Rev Med.* 2022 Jan 27;73:393-406. doi: 10.1146/annurev-med-042220-011549. Epub 2021 Oct 13. PMID: 34644154; PMCID: PMC10132287.1.
5. Sun D, Liu C, Ding Y, Yu C, Guo Y, Sun D, Pang Y, Pei P, Du H, Yang L, Chen Y, Meng X, Liu Y, Liu J, Sohoni R, Sansome G, Chen J, Chen Z, Lv J, Kan H, Li L; China Kadoorie Biobank Collaborative Group. Long-term exposure to ambient PM2.5, active commuting, and farming activity and cardiovascular disease risk in adults in China: a prospective cohort study. *Lancet Planet Health.* 2023 Apr;7(4):e304-e312. doi: 10.1016/S2542-5196(23)00047-5. PMID: 37019571; PMCID: PMC10104773.
6. Münzel T, Hahad O, Daiber A. Running in polluted air is a two-edged sword-physical exercise in low air pollution areas is cardioprotective but detrimental for the heart in high air pollution areas. *Eur Heart J.* 2021; 42: 2498-2500





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

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

È tempo del **46° Congresso Nazionale ANMCO di Cardiologia (4-6 giugno 2015)**: “*appuntamento annuale ... , collocato nel solco della tradizione della nostra Associazione ma nel contempo segno tangibile di rinnovamento e cambiamento a cominciare dalla sede, che quest’anno non è più la consueta location della Fortezza da Basso di Firenze (città che ospita da 40 anni l’evento) ma il Marriot Hotel a Milano, per avvicinare sempre più l’offerta culturale dell’Associazione ai propri iscritti e agli altri partecipanti di discipline affini e con l’augurio che la concomitante presenza dell’EXPO “Nutrire il pianeta. Energia per la vita”, evento mondiale di massima rilevanza, possa essere di stimolo per un dibattito che travalichi i confini nazionali aprendo scenari cardiologici di rilevanza internazionale. Ma la sede non è che una novità secondaria rispetto al nuovo concetto di Congresso che sperimenterete insieme a noi in questi tre giorni: snello, dinamico, interattivo, stimolante, ricco di nuove formule comunicative e formative, veri eventi nell’evento, tra cui i Village ... , Meet the Expert dentro e fuori le aule congressuali, Face to Face Session la My Congress App ... il 1° Campionato*

di Refertazione ECG ... Oltre 2.300 i partecipanti ...” – Nel mezzo del cammino di nostra ANMCO. Un bilancio ...consolidato – M.M. Gulizia (RIVISTA N. 205 – maggio/ giugno 2015 – pagine 3-13). Intanto la Cardiologia Ospedaliera “deve fare i conti” con il continuo sviluppo delle conoscenze e delle evidenze nel campo della propria attività clinica e per ottemperare a questa necessità ... Muovendo dalle evidenze scientifiche e dalle linee guida internazionali, i Cardiologi ANMCO concorreranno a tracciare delle sintesi condivise, volte alla produzione di documenti di consenso e di position paper su alcuni temi clinici di grande rilievo ... Tali Documenti dovrebbero consentire di trasformare linee guida ed evidenze della letteratura scientifica in piani e percorsi diagnostico terapeutici utili nel contesto complesso del Servizio Sanitario nazionale Italiano. ... “
e tutto questo parallelamente all’impegno
“...per riappropriarci del ruolo che ci è consono, ovvero di riprendere ad essere l’interlocutore naturale e scientificamente più accreditato del decisore pubblico in materia di sanità

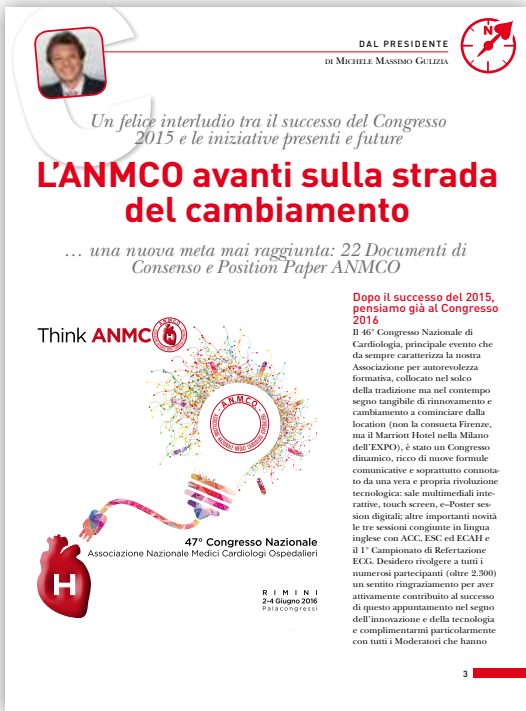
italiana. La rappresentazione ai massimi vertici governativi del nostro documento programmatico “Rapporto ANMCO sugli effetti dell’imminente applicazione del nuovo regolamento sugli standard organizzativi in campo cardiovascolare”,... consegnato a tutti Presidenti Regionali, ha suscitato ampio apprezzamento anche recentemente dal Ministero della Salute nella persona del Direttore Generale della Programmazione sanitaria Dott. Renato Alberto Maria Botti, ...” – L’ANMCO avanti sulla strada del cambiamento – M.M. Gulizia (RIVISTA N. 206-207 – luglio/agosto-settembre/ottobre 2015 – pagine 3-9). Si continua a “fare il punto”, questa volta collegialmente, con la IX edizione degli Stati Generali, che si tiene ancora una volta a Gubbio: “Per il secondo anno consecutivo la suggestiva cittadina di Gubbio ha fatto da cornice, dal 19 al 22 novembre 2015, ad alcuni dei momenti più significativi per la nostra Associazione. Nei primi due giorni la Convention di Approvazione dei Documenti Scientifici ANMCO (Convention Consensus Documents ANMCO) ha dato l’opportunità di partecipare a un innovativo progetto scientifico-editoriale che ha portato alla definitiva approvazione di



Rivista N. 205



Rivista N. 205 - maggio / giugno 2015, pag. 3



Rivista N. 206 / 207
luglio / agosto - settembre / ottobre 2015, pag. 3



Rivista N. 208
novembre / dicembre 2015, pag. 4



DAL PRESIDENTE

1	POSITION PAPER ANMCO - I nuovi anticoagulanti orali (NAO) nella prevenzione del trombo-embolismo nella fibrillazione atriale (FA): scenari clinici e prospettive future
2	DOCUMENTO DI CONSENSO - ANMCO - GICRIACPR - GISE - La gestione clinica del paziente con cardiopatia ischemica cronica (CIC)
3	DOCUMENTO DI CONSENSO - ANMCO - SIC - Telemedicina e scompenso cardiaco
4	POSITION PAPER ANMCO - Percorso diagnostico-terapeutico nel paziente con dislipidemia e intolleranza alla terapia con statine
5	DOCUMENTO DI CONSENSO - ANMCO - SIAC - GISE - SICCH - Chiusura percutanea auricolare sinistra
6	DOCUMENTO DI CONSENSO - ANMCO - SIC - SIMEL - Clinical pathways and management of antithrombotic therapy in patients with acute coronary syndrome (ACS) - Percorsi assistenziali e strategie per la terapia antitrombotica delle sindromi coronariche acute
7	POSITION PAPER ANMCO - Ambulatori scompenso cardiaco. linee guida, classificazione e organizzazione
8	POSITION PAPER ANMCO - Nuove prospettive per il trattamento delle dislipidemie: il ruolo degli inibitori della proteina PCSK9
9	POSITION PAPER ANMCO - Definizione, precisione e appropriatezza del segnale elettrocardiografico di elettrocardiografi, ergometri, holter e monitor posti letto
10	DOCUMENTO DI CONSENSO - ANMCO - SICP - SIGD - Gravidanza e cardiopatie congenite
11	DOCUMENTO DI CONSENSO - ANMCO - SIC - GISE - SICCH - Approccio clinico-pratico al pretrattamento farmacologico in occasione di procedure di rivascolarizzazione miocardica
12	POSITION PAPER ANMCO - Uso dei nuovi anticoagulanti orali nella terapia e nella prevenzione della trombo-embolia polmonare
13	DOCUMENTO DI CONSENSO - ANMCO - SIMEL - Gestione intra-ospedaliera dei pazienti che si presentano con dolore toracico
14	POSITION PAPER ANMCO - Gestione clinica della ipercolesterolemia dopo sindrome coronarica acuta
15	POSITION PAPER ANMCO - Gestione della dimissione ospedaliera
16	DOCUMENTO DI CONSENSO - ANMCO - SIC - GISE - SICCH - Stratificazione del rischio in chirurgia cardiaca e tavi specifico per il paziente anziano
17	DOCUMENTO DI CONSENSO - ANMCO - AIOM - AICO - Snodi clinico-gestionali in ambito cardiologico
18	POSITION PAPER ANMCO - Raccomandazioni sull'impiego dei biomarcatori cardiaci nello scompenso cardiaco
19	DOCUMENTO DI CONSENSO - ANMCO - GICRIACPR - GISE - L'organizzazione dell'assistenza nella fase post-acute delle sindromi coronariche
20	POSITION PAPER ANMCO - Telemedicina e rete dell'emergenza-urgenza
21	POSITION PAPER ANMCO - Considerazioni su una valutazione poliparametrica nella stratificazione del rischio di morte improvvisa per l'indicazione all'impianto di cardioverter-defibrillatore in prevenzione primaria, nella distorsione ventricolare sinistra di origine ischemica e non ischemica
22	POSITION PAPER ANMCO - Raccomandazioni per il follow up del paziente con trombo-embolia polmonare

Tabella 1 - 1-22 Documenti di Consenso e Position Paper ANMCO

sanitaria, nel rallentare il processo di disaffezione di molti, che minava le basi stesse della nostra Associazione e nel ristabilire il senso di coesione di tutte le Cardiologie italiane, da sempre vera forza dell'ANMCO. La forte risposta partecipativa da parte degli Organi e delle più alte Cariche Associative ANMCO e il plauso e il consenso coralmente espresso da tutti gli intervenuti hanno confermato la bontà dell'azione intrapresa dal Consiglio Direttivo volta a rafforzare il rinnovamento del concetto di associazionismo. Credo che questa esperienza, fortemente voluta da ANMCO, e condivisa appieno, di cui troverete una più approfondita disamina ad opera di Maurizio Giuseppe Arrighiani in questo stesso numero della nostra Rivista, contribuirà a far scrivere nuove pagine della Cardiologia

mantenendo forte la sua capacità di essere al contempo propositiva e punto di riferimento per noi medici, nonché attenta ai bisogni assistenziali dei nostri concittadini e dei pazienti in un contesto normativo di una Sanità in continua evoluzione. Ancora una volta, la preziosa e faticosa collaborazione di tutti è stata segno tangibile e vivace del forte spirito che da sempre ci anima e che ci porterà al raggiungimento di sempre più rilevanti risultati scientifico-formativi. Ricordando i colori e i sapori di queste giornate vorrei esprimere sentitamente grande stima e gratitudine per tutti i partecipanti, complimentandomi con loro per aver preso attivamente parte a un costruttivo dibattito che ha saputo stimolare un approfondito quanto interessante confronto e, soprattutto, per avere dimostrato im-

pegno e fidelizzazione alla nostra Associazione oltre ogni ostacolo. Spero che questi 4 giorni di intensi lavori scientifici e di momenti associativi per eccellenza, con i loro interessanti spunti di riflessione e con i loro vivaci confronti, abbiano pienamente corrisposto alle loro aspettative, ma ancor più che possano contribuire a rendere tutti i nostri Soci veri protagonisti di questa ANMCO che va "avanti sulla strada del cambiamento". In ultimo, ma non per ultimo, desidero approfittare di questo spazio editoriale per rivolgere a tutti Voi, alle Vostre famiglie e ai Vostri cari il mio caloroso augurio di un sereno Santo Natale e di un felice e prospero 2016, augurio che ho spedito anche al vostro domicilio perché il vostro Natale abbia un cuore grande e rosso che vi scaldi. Buon ANMCO... nuovo a tutti! ♥

Rivista N. 208 - novembre / dicembre 2015, pag. 6

22 Documenti di Consenso e Position Paper e che si è perfettamente coniugato con la necessità di un'azione di approfondimento critico su temi di grande impatto per l'attività clinica della Cardiologia Ospedaliera. ... **“La Convention Consensus Documents e gli Stati Generali ANMCO 2015 – M.M. Gulizia (RIVISTA N. 208 – novembre/dicembre 2015 – pagine 4-6); “Gli Stati Generali hanno invece affrontato tutti i risvolti del mondo ANMCO, ... ANMCO e il nuovo panorama Strutturale Organizzativo e Funzionale della Cardiologia in Italia ... Bisogna passare dal modello tradizionale, o da quello di intensità di cura, i cui outcome**

non sono mai stati scientificamente provati, a un modello incentrato, in una innovativa logica programmatoria, sul dipartimento cardiovascolare e sulle reti (e non solo quelle dell'emergenza urgenza e dell'infarto ma anche dello scompenso cardiaco, dell'elettrostimolazione, della prevenzione e riabilitazione e delle nuove cronicità) per rispondere con dimostrata efficienza alle esigenze del paziente con cardiopatia razionalizzando le risorse esistenti. ... L'ANMCO propone ... un nuovo assetto organizzativo per complessità assistenziale cardiologica, che tiene conto della transizione epidemiologica clinica attuale e che vede al suo top l'UACC, Unità ad Alta Complessità Cardiologica, ... Un

DAGLI STATI GENERALI 2015
DI MAURIZIO GIUSEPPE ARRIGHIANI



Gli Stati Generali ANMCO 2015

Reportage da Gubbio

*“Mettersi insieme è un inizio,
rimanere insieme è un progresso,
lavorare insieme un successo”*

(Henry Ford)

Gli Stati Generali dell'ANMCO, occasione unica di confronto e riflessione a 360° su tutte le più rilevanti tematiche associate, che si prefigge lo scopo di stendere bilanci e fornire idee nuove, sono stati ospitati, come lo scorso anno, da Gubbio, nel cuore verde d'Italia. A differenza dell'evento del 2014, gli Stati Generali sono stati preceduti quest'anno da un'eccezionale ouverture, la Convention Consensus su 22 documenti e position paper di ANMCO, riguarda di un laborioso percorso collaborativo ma nel contempo punto di partenza per offrire ai soci e a tutto il mondo cardiologico italiano solide evidenze su cui fondare la attività clinica quotidiana. Se pensiamo che ogni anno l'European Society of Cardiology, che conta decine di migliaia di associati, riesce ad emanare non più di 4-5 linee guida, è facile rendersi conto delle proporzioni dello sforzo immane compiuto dalla nostra ANMCO, di cui potrete leggere ulteriori notizie nell'articolo del nostro Presidente in questo nu-

mero. Gli Stati Generali hanno invece affrontato tutti i risvolti del mondo ANMCO, dal nuovo panorama strutturale Organizzativo e Funzionale della Cardiologia ai rapporti con le Istituzioni, le Società Scientifiche Nazionali e Internazionali, alle novità associative, allo Statuto, al Congresso e alla Formazione. In questo articolo mi sono posto l'ambizioso obiettivo di fornire a tutti i lettori una sintesi ragionata di quanto discusso, avaleandomi anche di alcune mini-interviste al nostro Presidente Michele Massimo Gulizia. **ANMCO e il nuovo panorama Strutturale Organizzativo e Funzionale della Cardiologia in Italia**

MODERATORE: Alessandro Boccanelli e Marino Scherillo

Negli ultimi tre anni importanti stravolgimenti normativi, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, al Patto per la Salute 2014-2016 della Conferenza Stato-Regioni del 5 luglio 2014, al decreto 2 aprile 2015, n. 70 del Ministero della Salute, contenente il “Reg-

lamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera”, hanno ridisegnato un nuovo volto, ma per nulla rassicurante, della organizzazione ospedaliera nel nostro paese, con la definizione di nuovi bacini di utenza e di indicatori di volumi di attività ed esiti, ma, soprattutto, con una drastica riduzione del numero delle strutture cardiologiche esistenti, fino al punto che negli ospedali di base, sedi di Pronto Soccorso, non è più prevista la Cardiologia. In tutte le regioni il numero delle strutture cardiologiche, di UTIC, di emodinamica e cardiocirurgia risulta in esubero, mentre non sono del tutto previste strutture di elettrofisiologia o cardiologia riabilitativa. Manca del tutto la contestualizzazione nell'area geosanitaria di riferimento e la previsione di una governance forte, fondata su criteri di valutazione sanitari e non su furbesche di comessi contabile. L'ANMCO, pur consapevole della grave carenza di risorse, non poteva accettare questa situazione e, con una

7

Rivista N. 208 - novembre / dicembre 2015, pag. 7

altro campo dove il cardiologo deve trovare il suo giusto ruolo ... sta nella definizione e applicazione dei percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA) Ospedale-Territorio e/o Territoriali, personalizzati, prioritizzati, multidisciplinari, multiprofessionali e multidimensionali. ... ANMCO e i rapporti con le Istituzioni, le Società Scientifiche Nazionali e Internazionali ... rapporti sempre più proficui con Age.Na.S., ... collaborazione con la Federazione delle Società Medico-Scientifiche Italiane (FISM), titolari dello sviluppo di linee guida, elemento di riferimento per la valutazione di good clinical practice e responsabilità professionale, ... Documenti ANMCO ...,



AREA - MALATTIE DEL CIRCOLO POLMONARE
DI IOLANDA ENEA



Specialisti a confronto nella Scuola della Pubblica Amministrazione a Caserta sui temi dell'Embolia Polmonare e dell'Ipertensione Polmonare

Report sul Corso Formativo ANMCO "Embolia Polmonare e Ipertensione Polmonare dalle Linee Guida ai percorsi diagnostico-terapeutici"

Il Comitato di Coordinamento dell'Area Malattie del Circolo Polmonare raccoglie l'esigenza degli specialisti del settore di confrontarsi sui temi Embolia Polmonare e Ipertensione Polmonare e pone le basi per i Percorsi Diagnostico-Terapeutici (PDT) per le patologie del circolo polmonare



www.anmco.it/pages/entra-in-anmco/aree-anmco/area-malattie-circolo-cardiopulmonare 31

DAL PRESIDENTE



abbiamo predisposto, inoltre, una serie di strumenti educazionali utili e di facile accesso per i cittadini ovvero:

- un sito web (www.amicodecuore.it) in cui si possono trovare, come pure nei nostri siti istituzionali (www.anmco.it; www.periltuocuore.it) informazioni su patologia, controlli da eseguire, terapie disponibili, corretto stile di vita;
- un video educativo, scaricabile dal sito internet, per sensibilizzare i pazienti sulle regole principali del "vero amico del cuore";
- un semplice regolo per il calcolo del colesterolo LDL, da distribuire a medici e pazienti per aumentare la consapevolezza del rischio cardiovascolare da elevati valori colesterolemici LDL;
- un manuale informativo per i pazienti, che verrà distribuito attraverso le Cardiologie, che saranno il fulcro delle attività educazionali del progetto, in considerazione del ruolo chiave che svolgono nel delicato percorso che va dalla gestione dell'evento acuto alla fase della dimissione, fino all'eventuale ricomparsa di successivi episodi. Le cardiologie italiane informeranno i pazienti sull'importanza di cambiare il proprio stile di vita, controllare regolarmente i valori del colesterolo, assumere con costanza le terapie prescritte e, se non si riescono a raggiungere i target terapeutici, rivolgersi al medico che valuterà terapie alternative.

Abbiamo deciso di promuovere questo progetto educativo per ricordare che i veri amici del cuore siamo noi stessi, che dobbiamo voler bene al cuore e prendercene cura.

assistenziali necessari alla riduzione del rischio residuo dopo sindrome coronarica acuta nella pratica quotidiana. Le più recenti evidenze scientifiche e le buone pratiche cliniche sono state analizzate per la realizzazione di opportuni piani di implementazione di un'efficace azione di prevenzione secondaria nella pratica quotidiana. Nella seconda parte della mattinata l'iniziativa si è aperta, come Open Day,

con la collaborazione di Conacuore, anche al pubblico laico, con la tavola rotonda "La vita dopo l'infarto: cosa è importante sapere" nella quale gli specialisti coinvolti si sono messi a disposizione dei pazienti e dei loro familiari per rispondere alle domande su aspetti chiave come i livelli di colesterolo LDL da raggiungere, gli esami e controlli, alimentazione e attività fisica, terapie ed aderenza. Per il progetto "Amico del cuore"

6 | Cardiologia negli Ospedali | duecentodieci

Rivista N. 209 - gennaio / febbraio 2016, pag. 31

Rivista N. 210 - marzo / aprile 2016, pag. 6

in ben dieci casi, sono anche un esempio di collaborazione con le altre società scientifiche cardiologiche. ... stesura del nuovo Statuto FIC ... rapporti con le società internazionali, come ACC e AHA, con cui sono state realizzate e sono in programma diverse joint session, e in particolare con l'ESC, con cui sono in fase di realizzazione diversi registri, mentre diversi membri FIC hanno cariche di rilievo nei "constituent bodies" della Società Europea, ... Le società scientifiche e in particolare l'ANMCO, stanno facendo la loro parte, anche aderendo a iniziative come Choosing Wisely e Slow Medicine ... per contribuire ad individuare le procedure ad alto rischio di inappropriatelyzza ... il

riconoscimento dell'innovazione tecnologica attraverso il monitoraggio degli esteri (benchmarking) e degli ingressi (omogeneità di codifica) e la razionalizzazione delle risorse (disinvestimenti su tecnologie obsolete a favore di investimenti su quelle efficaci e costo-eficaci) ... proposta di un indice di valutazione dei cardiologi, misurabile e oggettivo, in analogia all'impact factor scientifico ...

La nuova ANMCO: guardiamo al futuro partendo dal presente ... L'Area Giovani, creata ne marzo 2015, ... ha il mandato ... di rendere la nostra associazione "appetibile" per un giovane collega ... Anche la figura dei Fellow, istituita nel 1997, è in evoluzione ... Per

quanto riguarda i mezzi di comunicazione, la Home Page ANMCO ... ha subito un ulteriore "ritocco" per migliorarne look&feel e navigabilità ... A proposito del Giornale Italiano di Cardiologia, la linea editoriale, presentata da Maria Frigerio, sta riscuotendo sempre più successo ... Cardiologia negli Ospedali contribuisce a diffondere la voce di tutti gli organi e organismi ANMCO, ma anche di tutti i singoli soci ... Continuano i graditi successi della Ricerca ANMCO ... numerose iniziative rivolte alla scuola ...

L'Associazione e lo Statuto: è tempo per una revisione strutturale? ... proposte di modifiche dello Statuto ANMCO approvate dal Direttivo del primo novembre 2015,



AREA - GIOVANI

DI EMILIA BESCOTTINI, GABRIELE VIANELLO, FABIANA LECA, GIORGIO CABBETA, VINCENZA PROCCACCINI, LETIZIA RIVA, ALBERTO LAVIDORICA, LECA POGGIO, FABIO VAGNARELLI, RENATA DE MARIA E MARCO MARINI

I giovani Cardiologi devono riappropriarsi della propria identità di clinici pur continuando a guardare alle continue innovazioni scientifiche, solo così potranno sentirsi completi dal punto di vista professionale

Come sarà il Cardiologo del futuro?

Nella Cardiologia del futuro, esiste ancora un ruolo per il Cardiologo clinico?

Un terribile dubbio occupa la mente dei giovani Cardiologi: apparteniamo ad una specie in via di estinzione? Il Cardiologo clinico chi c'è? Chi siamo diventati, dopo un lungo iter di studi ed anni di specializzazione? Dal sondaggio on-line, cui abbiamo recentemente sottoposto i giovani colleghi under 40, è emersa una terribile verità: ci sentiamo privi di una precisa identità professionale perché costretti a diventare il prima possibile degli "ultra" specialisti in una Cardiologia sempre più interventistica, perdendo così di vista le nostre "origini". Molti di noi sono praticamente nati aritmologi, emodinamisti o super specialisti

dell'imaging e hanno dedicato una minima parte della propria formazione a frequentare corsie, auscultare cuori e toccare con mano il paziente: solo pochi hanno avuto la fortuna di potersi affiancare ad un collega più "anziano", detentore di cultura ed esperienza e raro esemplare di Cardiologo clinico, che volesse condividere passione e conoscenze. Non a caso, capita ogni giorno nei nostri reparti che di fronte ad un paziente ricoverato si trovino a discutere diversi specialisti, ciascuno con le proprie competenze e conoscenze, con il rischio di perdere la visione d'insieme tra gli insidiosi meandri della polipatologia. Non possiamo mai dimenticare che i nostri pazienti, oltre ad essere cardiopatici, sono spesso diabetici, broncopatici, nefropatici ed affetti da vasculopatia polifattoriale, condizioni complesse che si intrecciano tra loro rendendo le nostre scelte delicate e rivolte alla continua ricerca di un labile equilibrio tra

rischio trombotico ed emorragico. Nella pratica clinica si riscontra quotidianamente quanto sia raro il tipico "paziente del trial", nel quale la condizione patologica in studio è spesso deprivata da comorbidità e politerapie interferenti; quando, nella realtà quotidiana, ci troviamo nel "banco clinico" l'unica soluzione è il "buon senso", cioè quel mix di cultura, esperienza e senso clinico che l'iperspecializzazione nega per definizione. La sensazione è che negli ultimi anni si sia davvero perso il contatto con la clinica e ora i giovani Cardiologi sentono questa carenza all'interno di un percorso di formazione che li ha proiettati, volenti o non, verso le conoscenze più recenti e innovative della Cardiologia moderna; ma sentono anche che questa carenza va colmata per sentirsi davvero completi dal punto di vista professionale. Non a caso, tra i campi di interesse dei giovani Cardiologi italiani, emersi dal sondaggio, spicca la volontà di partecipare a corsi di clinici

Rivista N. 210 - marzo / aprile 2016, pag. 24

DAL PRESIDENTE DEL 47° CONGRESSO NAZIONALE ANMCO
DI MICHELE MASSIMO GULLIZIA, PAST PRESIDENT ANMCO

Il Congresso 2016 un evento internazionale

L evento per eccellenza, il momento di sintesi e di rilancio di una complessa attività portata avanti nel corso dell'anno, l'appuntamento indubbiamente più atteso per la nostra Associazione è il Congresso Nazionale. Quest'anno si è tenuto

dal 2 al 4 giugno e tra i tantissimi messaggi e le gradite lettere che ho ricevuto, molti riportano il piacere di non essere mancati ad un momento "davvero speciale e indimenticabile". Non nego che la programmazione di questo evento nel suo complesso, nei mesi precedenti, a partire dalla fine della edizione di Milano, ha richiesto una impegnativa pianificazione e una costante supervisione con attenta

Michele Massimo Gullizia inaugura il 47° Congresso Nazionale ANMCO

BENVENUTI AL CONGRESSO ANMCO

Con l'ANMCO non mi stanco!

14 | Cardiologia negli Ospedali | duecentodici-duecentotredici

Rivista N. 212 / 213
luglio / agosto - settembre / ottobre 2016, pag. 14

OSSERVATORIO DI DIRITTO SANITARIO
MARIO CHIATTO INTERVISTA MARIA GIOVANNA MURRORE

Diritto alla salute, terapie migliorative della vita del paziente ed evidenze scientifiche

Nelle nostre conversazioni abbiamo avuto modo di ricordare più volte come la Costituzione, all'art. 32, riconosca il diritto alla salute come diritto fondamentale. Si tratta di un'affermazione particolarmente significativa e che non ha uguali nel nostro ordinamento in forza della quale si attribuisce al diritto alla salute una valenza quanto mai ampia. Il diritto alla salute si attinge infatti alla stregua di Giusto Baffronte: esso opera sia nei rapporti interpartiti, sia in ambito pubblicistico. È di un peculiare aspetto connesso a tale ultimo ambito che ci occuperemo oggi: ossia del diritto alle cure, con specifico riferimento al diritto di poter avvalere di terapie "alternative" per così dire rispetto a quelle accreditate ed erogate dal SSN. Si tratta di una questione particolarmente delicata che, come anche recenti casi di cronaca (spesso diventati giudiziari) insegnano, impone soluzioni quanto mai caute in ragione della duplice necessità di garantire l'erogazione di cure e terapie adeguate per il singolo cittadino e di tutelare lo stesso da quelle che talvolta si rivelano essere vere e proprie truffe, tanto più deprecabili in quanto realizzate in danno di persone che per le loro condizioni di salute molto spesso vivono vere e proprie condizioni di angoscia e disperazione.

Iniziamo! Dunque diritto alla salute significa anche diritto alla scelta terapeutica?

Certo e comporta la garanzia in favore del cittadino di accedere a livelli essenziali di prestazioni sanitarie di prevenzione e cura, dirette al mantenimento o al recupero delle piene condizioni di benessere fisico e psichico. **Qual è la fonte di tale diritto?**

Come si diceva inizialmente, è lo stesso art. 32, Coe. Bisogna però ricordare che soltanto con la legge istitutiva del SSN (la l. n. 833 del 1978) si è riconosciuto la natura immediatamente preterita e non soltanto programmatica di tale disposizione costituzionale e quindi la sua immediata efficacia. Un ulteriore riconoscimento si è poi avuto con il d.lgs. n. 502 del 1992 che ha rappresentato un organico intervento di riforma della materia sanitaria. Proprio tale ultima riforma ha in qualche modo consentito di "precisare" la portata di tale diritto, introducendo limiti e condizioni per così dire.

Cosa afferma l'intervento legislativo del 1992?

Ovviamente anche questa legge riconosce e garantisce il diritto alla salute nelle sue varie declinazioni e, quindi, anche nel senso del

diritto alle terapie. Tuttavia occorre tener in considerazione il contesto economico che accompagna l'emanazione di tale riforma. La crisi degli anni '90 e le esigenze di contenimento della spesa pubblica hanno infatti determinato l'esigenza di ridurre gli oneri a carico del SSN e, di conseguenza, di rinvenire un criterio che consentisse per un verso di perseguire le succennate esigenze di contenimento della spesa pubblica con l'altra, indifferibile e costituzionalmente rilevante, di mantenimento dei livelli quantitativi e qualitativi delle prestazioni onde garantire in ogni caso effettività alla tutela della salute. Di tale nuova esigenza si fa portatore per l'appunto il d.lgs. 502 del 1992, ove i livelli essenziali ed uniformi delle prestazioni assistenziali assicurate dallo stato sono fissati non più solo in relazione ai bisogni di salute, ma anche "dell'economicità nell'impiego delle risorse" e contestualmente alla individuazione delle risorse assegnate al SSN nel rispetto delle compatibilità finanziarie definite per l'intero sistema di finanza pubblica nel documento di programmazione economica e finanziaria. Pur in tale ottica viene ad essere riconosciuto il diritto di scelta. ▽

81

Rivista N. 211 - maggio / giugno 2016, pag. 81

DALL'INCOMING PRESIDENT
DI ANDREA DI LENARDA

Alcuni spunti di discussione entrando nel prossimo biennio

L'ANMCO del coinvolgimento, della ricerca, dell'aggregazione e dell'innovazione

Perseguire nella strada del rinnovamento, lavorando insieme per la crescita della cardiologia e dei cardiologi

I due anni passati sono stati indubbiamente pervasi di energia e segnati da molti successi. In un momento di crisi dell'associazionismo, agli occhi del mondo sanitario e di quello laico, l'ANMCO negli ultimi anni è cresciuta in termini di attività e di visibilità. Gli ultimi mesi sono stati frenetici nella preparazione dei numerosi documenti di consenso che stanno venendo alla luce. Non sarà per nulla facile continuare a crescere su questo terreno. Cercheremo allora di lavorare su alcune tematiche complementari che ritengo altrettanto importanti per i cardiologi e la cardiologia, privilegiando la partecipazione, il confronto ed il lavoro di squadra. L'analisi rigorosa delle informazioni, puntando sulla ricerca osservazionale della nostra associazione e sull'analisi dei dati del mondo reale, non solo per fare formazione sulle più recenti novità terapeutiche ma anche sulle tante zone grigie che ancora popolano le linee guida e sulla appropriatezza, efficacia e sostenibilità dei percorsi di cura diagnostici e terapeutici.

Una Associazione unita ed aperta al dialogo

Non so se all'interno della Federazione Italiana di Cardiologia decidemmo di riscrivere una nuova edizione del documento "Struttura ed Organizzazione delle Cardiologie italiane", ma certamente con tutti i mutamenti cui stiamo assistendo dentro gli ospedali (a partire dalla ristrutturazione per necessità di cura e dalla presenza messa in dubbio dei cardiologi negli ospedali spoke...) e fuori (omnizzazione di FIDEA ospedale-territoio efficaci, sostenibili e se

Confronto e lavoro di squadra, analisi rigorosa delle informazioni, ricerca osservazionale e analisi dei dati del mondo reale, formazione sulle tante zone grigie che popolano le linee guida, su appropriatezza, efficacia e sostenibilità dei percorsi di cura diagnostici e terapeutici

23

Rivista N. 211 - maggio / giugno 2016, pag. 23



che si prefiggono di rendere più giovane la nostra Associazione. ... futuro dell'Area Nursing ... con trasformazione quindi in Area funzionale e trasversale. ...Altra novità introdotta sono i cronoprogrammi delle Aree, visti come un incentivo a fare meglio... Con le 5 nuove Task Force ... ANMCO ... vuole aprirsi a settori clinici emergenti e marcare stretto la nascita di piccole società di settore. ... il ruolo del Presidente Regionale è difficile perché deve sapersi districare fra varie necessità ... per tale motivo si prospetta la necessità di una vera e propria formazione, un corso di preparazione per coloro che si apprestano a rivestire questo delicato ruolo ... Per il futuro sarebbe utile valorizzare esperienze di aggregazioni macroregionali – come ad es. il MUMA- garantendo così una rappresentatività di tutte o quasi le regioni nell'ambito del CD ...

Il Congresso e la Formazione

ANMCO ... Congresso Nazionale ... abbiamo assistito ad un progressivo recupero del numero dei medici iscritti ma, contemporaneamente, a un calo di quello degli infermieri ... Farindustria ha ritenuto, in via eccezionale e una tantum, di concedere una specifica deroga che renderà possibile il nostro Congresso Nazionale a Rimini, dal 2 al 4 giugno. Il Palacongressi di Rimini vi stupirà con innovazioni tecnologiche ancora superiori a quelle osservate nel precedente Congresso Nazionale. ... La Formazione è da sempre uno dei punti di forza della nostra Associazione ...: Le Campagne Educazionali Nazionali "I bisogni insoddisfatti della cardiopatia ischemica cronica. Siamo in linea con le linee guida: possiamo fare meglio?" ... "AF-NAO SHOT" ... "CardioMab" ...; l'evento "Food Science&Food ingredients: The need for reliable scientific approaches an correct communication" ... a Firenze ... la Campagna con ANSF (Agenzia

Nazionale per la Sicurezza delle Ferrovie) e POLIFER (Polizia Ferroviaria di Stato) ... I Congressi regionali ANMCO, infine, ... rappresentano un momento di aggiornamento scientifico più capillare ... Tra le loro criticità sono stati menzionati i budget sempre più ridotti ... Le proposte per migliorarli prevedono: maggiori interazioni intersocietarie e interregionali, un partecipazione interattiva ... maggio spazio ai giovani, presentazione di PDTA ..., discussione di Organizzazione sanitaria regionale ..., presentazioni di casi clinici ..., confronti dei dati locali con quelli nazionali o internazionali" - **Gli Stati Generali ANMCO 2015. Reportage da Gubbio** – M.G. Abbrignani (RIVISTA N. 208 – novembre/dicembre 2015 – pagine 7-18). E mentre in Parlamento si discute di **responsabilità medica**, valutando il disegno di legge 2224, relatore Federico Gelli, "Disposizioni in materia di responsabilità professionale del personale sanitario" con lo scopo di ricreare un nuovo equilibrio nel rapporto medico-paziente, pervenendo alla risoluzione di due problematiche: la mole del contezioso medico-legale e il fenomeno della medicina difensiva, nella **primavera del 2016** l'attività associativa si arricchisce di iniziative: -nella Ricerca: -**BLITZ-HF, BLITZ-AF, START, IN-PROGRESS, POSTER**; -nella Formazione: fra gli altri, il Corso "Embolia Polmonare e Ipertensione Polmonare dalle Linee Guida ai percorsi diagnostico-terapeutici" (Area Malattie del Circolo Polmonare) (RIVISTA N. 209); -nella Comunicazione: fra gli altri, il Progetto Educazionale "Amico del cuore – Dopo l'infarto il colesterolo conta" (ANMCO, Fondazione "per il Tuo cuore, Conacuore) (RIVISTA N. 210); -nel Dibattito: tra gli altri, "Come sarà

il Cardiologo del futuro?" (Area Giovani) (RIVISTA N. 210); -nel Confronto: tra gli altri, l'Intervento "Diritto alla salute, terapie migliorative della vita del paziente ed evidenze scientifiche" (Osservatorio di Diritto Sanitario) (RIVISTA N. 211). Per poi arrivare alla **47.ma Edizione del Congresso Nazionale**, che sancisce la rimodulazione avviata con il Congresso di Milano: sede diversa da quella tradizionale di Firenze e innovazione organizzativa. Dal 2 al 4 giugno 2016 al Palacongressi di Rimini i lavori congressuali si svolgono all'insegna della "rivoluzione tecnologica". Tra le novità: le "sessioni interattive ViPEcho e Vi.P. Clinical Session". Tra gli eventi di rilievo: la Main Session in sala plenaria "**CardioFrontex: la cardiologia attraverso il mar Mediterraneo. Punti di forza e criticità di un modello assistenziale che accoglie e non rifiuta nell'interesse del paziente cardiopatico**". Tra i corsi: il "Clinical Competence Nursing". Tra le Sessioni: quelle con ACC, AHA, ESC, ECAH. Tra gli Ospiti: il giornalista Francesco Giorgino. E poi: i 25 anni della costituzione del Centro Studi, il riconoscimento della Presidenza del Consiglio dei Ministri al Progetto "Banca del Cuore", "il grande onore della lettera di sensibilità e benedizione pervenuta da Sua Santità Papa Francesco" – **Il Congresso 2016 un evento internazionale** – M.M. Gulizia (RIVISTA N. 212-213 – luglio/agosto-settembre-ottobre 2016 – pagine 14-20). Tante, dunque, le novità che stanno attualmente connotando la "vita" dell'Associazione; tra queste risalta quella più recente della "... preparazione dei numerosi **documenti di consenso** che stanno venendo alla luce.



Non sarà per nulla facile continuare a crescere su questo terreno. Cercheremo allora di lavorare su alcune tematiche complementari che ritengo altrettanto importanti per i cardiologi e la cardiologia, privilegiando la partecipazione, il confronto ed il lavoro di squadra, l'analisi rigorosa delle informazioni, puntando sulla ricerca osservazionale della nostra associazione e sull'analisi dei dati del mondo reale, non solo per fare formazione sulle più recenti novità terapeutiche ma anche sulle tante zone grigie, che ancora popolano le linee guida, e sulla appropriatezza, efficacia e sostenibilità dei percorsi di cura diagnostici e terapeutici.

... L'ANMCO del coinvolgimento, della ricerca, dell'aggregazione e dell'innovazione – A. Di Lenarda (RIVISTA N. 211 – maggio/giugno 2016 – pagine 23-26).

“...È iniziato il nostro biennio. Proseguiamo in continuità con il precedente Direttivo sulle iniziative in corso, le Campagne e i Documenti in pubblicazione. Parallelamente abbiamo iniziato l'organizzazione della V Conferenza Nazionale sulla Prevenzione delle Malattie Cardiovascolari Siamo infine lavorando nelle commissioni istituzionali sullo scompenso cardiaco e sindromi coronariche acute per la ridefinizione delle reti e degli indicatori di performance da testare e monitorare a livello nazionale e nelle singole regioni. ...” – A fianco delle Istituzioni ...

Verso grandi risultati – A. Di Lenarda (RIVISTA N. 212-213 – luglio/agosto-settembre-ottobre 2016 – pagine 10-13).

Con questa dichiarazione e questo impegno, Un intenso 2016 cede il passo al 2017 – A. Di Lenarda (RIVISTA N. 214 – novembre/dicembre 2016 – pagine 5-8).♥

DAL PRESIDENTE
DI ANDREA DI LENARDA



La dimostrazione della qualità delle nostre strutture è la via maestra per sostenere la Cardiologia italiana

A fianco delle Istituzioni ... Verso grandi risultati

È iniziato un impegnativo biennio, il cui primo salda l'accesso all'interno della nostra Associazione è uno stimolo in più a trovare equilibri ed obiettivi sempre più elevati nell'interesse associativo. Un augurio di buon lavoro alla nuova squadra di "Cardiologia negli Ospedali" dal confermato Direttore Responsabile, Mario Chiatto, a Guertino Zini (Editore), Giovanna Geraci (Co - Editore) e al Comitato di Redazione (Ada Canolo, Stefania Angela Di Fusco, Fortunato Scotto di Uccio, Calogero Geraci, Daniele Grossi, Giulia Russo e Chiara Dino in qualità di Consulente). Un ringraziamento al Presidente della Federazione Italiana di Cardiologia, Leonardo Bolognese, che ha terminato il suo mandato, per il lavoro condotto sempre con impegno, precisione ed equilibrio, pur nelle obiettive difficoltà. Un benvenuto ed augurio di buon lavoro al nuovo Presidente FIC Francesco Fedele. All'interno dell'ANMCO siamo in un momento di transizione con molte attività precedenti ancora in corso (la pubblicazione dei Documenti di Consenso sul "Giornale Italiano di Cardiologia" e sul Supplemento delle "European Heart Journal" o

in fase di pianificazione (Campagna Nazionale sul "Colesterolo e Rischio Cardiovascolare" e sulla "Cardiopatía Ischemica Cronica") ed altre in partenza.

V Conferenza Nazionale sulla Prevenzione delle Malattie Cardiovascolari

La V Conferenza Nazionale sulla Prevenzione delle Malattie Cardiovascolari è prevista per il primo trimestre del 2017, nell'Aula Focchiarini dell'Istituto Superiore di Sanità a Roma, nell'ambito delle attività di collaborazione promosse da ANMCO, Fondazione "per il

percorso di collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità, iniziato dal Prof. Giorgio Feoglio nel 1987 e proseguito con le edizioni del 1999, 2004 e 2010. Vorremmo dare alla Conferenza un taglio pratico e costruttivo, puntando da un lato sull'analisi delle criticità, su come attuare in modo efficace e sostenibile il Piano Nazionale della Prevenzione, sullo stato di salute cardiovascolare del nostro paese e sulle strategie per una valutazione sistematica del rischio cardiovascolare a breve e lungo termine, sulle

La V Conferenza Nazionale sulla Prevenzione delle Malattie Cardiovascolari sarà a Roma nel primo trimestre del 2017 in collaborazione tra ANMCO, Fondazione "per il Tuo cuore" e Istituto Superiore di Sanità

Tuo cuore" e Istituto Superiore di Sanità. Siamo quindi alla quinta edizione di questo importante

barriere che si incontrano di fronte a particolari target di popolazione. Partire da questa

10 | Cardiologia negli Ospedali | duecentododici-duedecentodici

Rivista N. 212 / 213
luglio / agosto - settembre / ottobre 2016, pag. 10

DAL PRESIDENTE
DI ANDREA DI LENARDA



Stiamo lavorando ad un 2017 ricco di conferme e novità

Un intenso 2016 cede il passo al 2017



L'evento di promozione della salute cardiovascolare con le scuole al Teatro Rossotti a Trieste il 6 ottobre 2016

È finisce il 2016, anno complesso, ricco di lavoro, alcune decisioni, indubbiamente molti successi. Facciamo il punto sulle attività completate ed in corso. **Il Congresso ANMCO 2017 e la V Conferenza Nazionale sulla Prevenzione** il Congresso 2017 è ormai alle porte, sono state caricate sul tavolo gestionale dell'ANMCO circa 600 proposte di simposi dalle regioni, Arce e Task Force e dai nostri Soci, numero di posti inferiore a quello dello scorso anno. Globalmente le proposte per numero e qualità sono state di ottimo livello. Nel corso dei due Consigli Direttivi di novembre abbiamo fatto un grosso lavoro di revisione, selezione, ricomposizione e sintesi per costruire il programma avanzato del Congresso che è andato in stampa in queste settimane. Il titolo del Congresso "Percorsi di cambiamento: dalle linee guida alla cura personalizzata" è indicativo del processo clinico in corso che tiene in grande rilievo le indicazioni delle Linee Guida (anche nella proposta di legge sulla responsabilità dei medici) ma come punto di partenza per confermare un vecchio su misura sul singolo paziente. Il Consiglio Direttivo ha deliberato che il Congresso quest'anno avrà un Presidente del Comitato Organizzatore, il Prof. Presidente Michele Massimo Gullotta, che ha dimostrato in questi due anni ed in particolare negli ultimi due Congressi indubbe capacità manageriali ed organizzative. Alla cerimonia inaugurale ha assicurato la sua presenza Robert Bonese, Professore di Cardiologia alla

5

Rivista N. 214 - novembre dicembre 2016, pag. 5



Proseguiamo, come anticipato nel precedente numero, con la pubblicazione dei racconti, scritti da Maria Frigerio e premiati nella 16° edizione del Premio Cronin 2023, Concorso Letterario nazionale rivolto a medici fondato dalla sezione di Savona “G. B. Parodi” della Associazione Medici Cattolici Italiani. Al racconto dal titolo “*Giustizia divina*” è stato assegnato il Premio Speciale “Giuseppe Moscati” relativo alla Sezione Narrativa.

Giuseppe Di Tano e Mario Chiatto

Giustizia Divina

Tra gli esseri fantastici che Alice incontra nel Paese delle meraviglie, il mio preferito da bambina era il gatto del Cheshire, un grosso gatto che se ne stava appollaiato su un ramo, poi sorrideva e spariva, e dopo che era sparito ne restava per un po' di tempo, sospeso nell'aria, il sorriso. Anni dopo pensai che di Giovanni, invece, sarebbe rimasto lo sguardo. Per noi che l'avevamo conosciuto prima del trapianto di cuore bastava dire “quello con gli occhi verdi” (il paziente con gli occhi verdi, quel signore con gli occhi verdi) per sapere che si stava parlando di lui. A quel tempo i suoi occhi, grandi per natura e resi sporgenti da un ipertiroidismo causato dal trattamento prolungato con un farmaco necessario per controllare il ritmo del cuore, risaltavano nel volto smagrito e parevano voler uscire, scappare da lì (dalla camera, da quei muri) per tornare alla sua campagna, alle sue colline, al suo orto. Ma il corpo, svuotato di muscoli e di energia dall'immobilità cui

l'insufficienza cardiaca l'aveva costretto da mesi, non avrebbe potuto seguirli. Dopo il trapianto quel farmaco era stato sospeso, la funzione della tiroide si era normalizzata, e gli occhi erano rientrati disciplinatamente nelle orbite. In poche settimane Giovanni aveva recuperato peso e col tempo, purtroppo, ne aveva accumulato ben oltre il desiderabile. Con i chili in eccesso, il cortisone, e il passare degli anni, i lineamenti si erano fatti più grossolani, la palpebra più spessa e cadente, e forse per questo gli occhi si notavano di meno. O forse anche le iridi invecchiano, e invecchiando cambiano colore (quelle scure a volte sbiadiscono ai bordi, le più chiare non so). Col tempo il numero dei trapiantati seguiti dall'ospedale aumenta, e diventa difficile ricordarsi tutti uno per uno. Inoltre, da quando la documentazione clinica è stata informatizzata, il computer restituisce tutti i dati del paziente – a patto però che qualcuno quei dati ce li abbia messi, e ci vuole tempo. Più

tempo si passa a scrivere e a leggere guardando uno schermo, meno ne resta per guardare in faccia i pazienti. Insomma, per una ragione o per l'altra o per tutte insieme, i nuovi medici e i nuovi infermieri non erano così sicuri che Giovanni avesse gli occhi verdi: chi li ricordava azzurri, chi azzurro-verdi, chi verdi ma anche un po' nocciola, chi striati di giallo come quelli di un gatto, qualcuno non aveva proprio idea del loro colore. Ma siccome ciascuno di noi ricorda con i meccanismi con i quali ha imparato, per me Giovanni restava e resta il paziente con gli occhi verdi. Giovanni poteva sembrare impressionabile, emotivo e brontolone, tuttavia aveva sopportato e superato un lungo ricovero in terapia intensiva durante l'attesa del trapianto, un post-operatorio inizialmente difficile, e un primo anno punteggiato da una serie di complicazioni non sempre gravi o minacciose, ma comunque fastidiose e impegnative. Aveva resistito, non si era mai lasciato andare, non aveva mai perso la speranza: lamentarsi,



brontolare -o forse, per meglio dire, protestare- era probabilmente il suo modo di reagire, di farsi forza. Avevo notato che anche nei momenti peggiori Giovanni non sembrava preoccuparsi per sé, ma difendeva principi o interessi comuni. Non recriminava per il peso della malattia e delle cure, non criticava gli infermieri se non rispondevano all'istante al suono del campanello, non si lamentava neppure del vitto dell'ospedale. Aveva invece da ridire sui ticket, sui criteri e le procedure per ottenerne l'esenzione, sulle differenze tra regioni nell'organizzazione del servizio sanitario (perché Giovanni risiedeva in un territorio che, benché al di là dei confini della nostra regione, per ragioni logistiche e per tradizione preferiva riferirsi alla nostra città, specie per le patologie più gravi e complesse; inoltre era abbastanza anziano da aver sperimentato il passaggio della responsabilità del servizio sanitario dallo Stato alle Regioni). Nei lunghi giorni del ricovero ebbi modo di apprendere che Giovanni era contrario anche all'abolizione della scala mobile, alla privatizzazione delle ferrovie e dei servizi idrici, all'equiparazione delle scuole confessionali a quelle pubbliche, e a molto altro. Quando si accalorava per la buona causa del momento Giovanni spalancava gli occhi, verdi e grandi com'erano sembravano ingrandirsi ancora di più, e mandare come dei lampi, fatti in realtà più di acqua che di fuoco, perché la luce si rifletteva su un velo sottile di lacrime che si affacciavano tra le palpebre senza varcarne il confine (lacrime, bisogna dire, non dovute all'emozione ma, più

banalmente, alla particolare sensibilità alla luce dei soggetti con gli occhi chiari, che per difesa stimola la lacrimazione). A prescindere dalle mie opinioni sull'oggetto delle sue battaglie, ero contenta di vedere come la vita di fuori occupasse i pensieri di Giovanni. Non di rado le persone malate, specie se in condizioni gravi, si concentrano esclusivamente su se stesse, cosa che non aiuta a guarire più in fretta, anzi: mantenere interesse per quello che succede agli altri, a quelli di fuori, può accelerare il recupero. Per contro, occuparsi di temi generali può essere una strategia più o meno inconscia per sviare l'attenzione dalle proprie condizioni, il che può alleviare i timori e le preoccupazioni per il proprio presente e il proprio destino, a scapito però di una piena consapevolezza del sé e della propria malattia. Intorno al primo anniversario del trapianto le condizioni di Giovanni si erano stabilizzate, e per parecchi anni l'avevamo visto esclusivamente in occasione dei controlli ambulatoriali programmati. Ai quali Giovanni si presentava regolarmente con qualche chilo in più, con "L'Unità" sottobraccio, e con un'immutata tendenza a lamentarsi, o meglio a protestare. Si lamentava perché non riusciva a trovare un lavoro -essendo giudicato, a sua detta, troppo sano perché gli fosse riconosciuta un'invalidità sufficiente alla sopravvivenza, e allo stesso tempo troppo malato per competere in un mercato del lavoro affollato da soggetti più sani e più giovani di lui. Poi era stata la volta del lavoro nero, si lamentava di non aver trovato

altro, ma gli sembrava ingiusto (infatti dopo un paio d'anni aveva lasciato perdere, preferiva dedicarsi al suo orto e accontentarsi della sua piccola pensione). Più avanti si era lamentato delle vessazioni che i lavoratori erano costretti a subire sotto la minaccia della delocalizzazione (come a suo dire accadeva alla figlia, operaia in una delle poche fabbriche superstiti della zona), e poi ancora delle discriminazioni di genere da cui dipendeva buona parte della disoccupazione femminile (e questo era quanto aveva capito dal racconto della nuova vicina di casa). Senza dubbio l'uomo era tornato alla vita reale, dove il politico diventa personale, e viceversa - del resto era stato giovane negli anni '70. Giovanni passava da fatti e ricordi personali alla Dichiarazione dei diritti dell'uomo, alla Costituzione Italiana, allo Statuto dei lavoratori, citava Marx Berlinguer il papa e il segretario della CGIL del momento per poi tornare alla storia della figlia, o della sua nuova vicina, ed ecco che i suoi occhi verdi si accendevano, al punto che sembrava di vederli per un po' anche dopo che se n'era andato, come succede con le luci che abbagliano, ti fanno socchiudere gli occhi, e ti sembra che continuino a lampeggiare dietro le palpebre chiuse. Poi Giovanni venne ricoverato per una sepsi dovuta a un'infezione delle vie urinarie. Il quadro all'inizio era piuttosto preoccupante (febbre molto alta, calo di pressione, peggioramento della funzione renale), ma fin dai primi giorni aveva dato segni di miglioramento: erano necessarie una sorveglianza accurata e una terapia complessa, non si



potavano escludere ricadute o complicazioni, tuttavia ci sentivamo abbastanza ottimisti. Invece Giovanni appariva cupo, spaventato più di quanto fosse mai stato nelle settimane, quelle sì veramente difficili, che avevano preceduto il trapianto. In più, stranamente, non aveva voglia di parlare. Sembrava pessimista, negativo, o -peggio ancora- distaccato dal mondo che lo circondava, indifferente a sé e al proprio destino, come se questo fosse irrimediabilmente segnato, e fosse più conveniente abbandonarsi senza sprecare ulteriori energie.

Rispondeva a monosillabi, con voce fragile e remota, senza nemmeno aprire gli occhi. Di più: un paio di volte, entrando nella sua camera, avevo avuto l'impressione che fingesse di dormire per evitare qualunque contatto. Ero seriamente preoccupata: nei primi tempi del mio lavoro nel team dedicato al trapianto di cuore, mi stupiva il fatto che alcuni pazienti che avevano superato periodi molto duri, nei quali erano stati, consapevolmente, in serio pericolo di vita, e in più per rimanere in vita avevano dovuto sopportare cure esami e controlli anche molto intrusivi e invasivi, si dimostrassero poi deboli e impauriti di fronte a complicanze o eventi minori, che richiedevano attenzioni e controlli, ma molto probabilmente sarebbero stati superati senza danno: di colpo diventavano pessimisti, oppositivi, si faticava a convincerli ad accettare un solo esame diagnostico in più, un paio di giorni di ricovero... Un giorno, a un paziente recalcitrante alla proposta di sottoporsi a una broncoscopia, mi capitò di dire: "Certo è un esame fastidioso, ma non

dura molto, le fanno l'anestesia, le danno l'ossigeno... insomma non è poi così terribile - specie a fronte di tutto quello che ha passato". La risposta era stata fulminante: "È proprio per tutto quello che ho passato: le scorte sono finite". Quel giorno avevo capito che, indipendentemente dal grado di soddisfazione delle sue aspettative, dalla fiducia residua nel futuro, e dal giudizio sulla qualità delle cure, la disponibilità a sopportare di un essere umano non può essere infinita. Se ne ha consumata molta, può restargliene troppo poca per affrontare difficoltà anche molto più piccole di quelle superate in precedenza. Al minimo, può aver bisogno di tempo per ricostituire le sue riserve. Però di tempo Giovanni ne aveva avuto. Doveva seguire regolarmente una terapia abbastanza complessa, ma non si poteva dire che negli ultimi anni la sua condizione fosse pesantemente medicalizzata. Doveva esserci qualcos'altro. Dopo qualche giorno, nonostante il progressivo miglioramento del quadro clinico, Giovanni continuava ad essere taciturno, passivo, depresso. Tornai a trovarlo. Stavolta dormiva davvero. Sotto il lenzuolo, il busto si alzava e si abbassava regolarmente con il respiro. Non potevo fare a meno di notare la differenza rispetto al ricovero pre-trapianto, quando era così deperito che il suo corpo sembrava non riuscire ad emergere dalla superficie del materasso. Eppure, allora aveva trovato da qualche parte, nel suo corpo, nello spirito, o al di fuori di sé, la forza per riprendersi. E ora? Perché non ne era capace? Mentre mi domandavo se svegliarlo o uscire cercando di

non far rumore, Giovanni aveva aperto gli occhi, si era guardato intorno, e aveva detto "Oh, é lei, dottoressa". "Buongiorno", gli dissi. "Buongiorno" rispose. Si era mezzo girato sul fianco per mettersi seduto, mentre cercava la pulsantiera che comandava i movimenti del letto, che come sempre durante la notte era scivolata dal cuscino, la sua mano destra aveva urtato qualcosa sul piano del comodino, e qualcosa era caduto per terra: era un portadocumenti di plastica blu, di quelli che si usavano per la patente o per la carta d'identità nel vecchio formato cartaceo. Lo raccolsi e vidi che conteneva le fotografie di due bambini, quello a sinistra poteva avere circa due anni, l'altro pochi mesi. Entrambi avevano i capelli scuri e gli occhi chiari, occhi verdi grandi e luminosi. "Belli," dissi mentre gli restituivo le foto, "sono i suoi nipoti?" Giovanni teneva il portadocumenti aperto tra le mani giunte, i pollici incrociati, come i fedeli in chiesa tengono il libro delle preghiere. Lo sguardo oscillava da un bambino all'altro, e gli occhi si erano riempiti di lacrime. "Questo é mio nipote", disse rivolto al bimbo ritratto nella foto a sinistra, "e questo ..." tirò su col naso, accennò al piccolino della foto a destra, ispirò profondamente, e con un filo di voce esalò "... questo é mio figlio". Le lacrime accumulate sull'orlo della palpebra inferiore cominciarono a traboccare. Era la prima volta che vedevo Giovanni piangere per davvero. Spostai la sedia accanto al letto e mi sedetti ad ascoltare. Quando aveva smesso di lavorare in nero, Giovanni si era dedicato al suo orto, poi



anche a quello dei vicini di casa (due anziani, a detta di Giovanni, all'epoca ultrasessantenne): lo faceva per passione, gli davano qualcosa giusto a Natale Pasqua e Ferragosto e solo se si ricordavano, se ne avevano la possibilità. Dopo il matrimonio della figlia, Giovanni e sua moglie, rimasti soli in casa, avevano dovuto ammettere che il loro matrimonio non esisteva più. La moglie era andata a vivere con sua madre in un paese del nord Europa. Quando la figlia dopo il parto era tornata al lavoro, Giovanni si era dato disponibile a occuparsi del nipotino: passavano molto tempo all'aperto, il nonno si sedeva sotto l'albero, prendeva il bambino sulle ginocchia e gli leggeva una storia, lo guardava cercare lombrichi nella terra e gli lavava le mani con il tubo per innaffiare prima della merenda, aveva spianato il vialetto che collegava l'orto alla casa perché non cadesse dal triciclo. Poi l'anziano vicino era morto, la vedova si era trasferita in città, e al loro posto era arrivata una giovane coppia. Passata qualche settimana, e avendo visto che il loro orto era del tutto trascurato, Giovanni si era presentato ai nuovi vicini, offrendosi di riprendere il suo lavoro di manutenzione. Così si erano conosciuti. Ma mentre l'uomo non si vedeva quasi mai, andava al lavoro la mattina presto e tornava verso sera, lei (la donna, la signora - la sposina, come la chiamava Giovanni) stava a casa, e per quanto avesse da fare per tenerla pulita, fare la spesa e cucinare, di tempo libero gliene restava. E quel tempo libero sempre più spesso si incrociava con il tempo di Giovanni: avevano cominciato a parlare, e un

po' alla volta tra loro era nata una certa confidenza, una simpatia, poi un affetto, un'attrazione, e poi... Poi lei era rimasta incinta, e in qualche modo si era allontanata da lui. Il marito si era presentato una sera sulla porta di casa di Giovanni per dirgli che da lì in avanti dell'orto si sarebbero occupati i suoi genitori, venuti dal sud per aiutarli in vista della nascita del bambino. (In effetti gli era capitato di vedere questa coppia più o meno della sua età affacciarsi nell'orto). Lei usciva raramente di casa, e sempre accompagnata da qualcuno. L'aveva vista da sola una volta soltanto, qualche settimana prima della data prevista per il parto. Non avevano avuto molto tempo. Gli aveva detto che era stata una gravidanza difficile, per mesi aveva dovuto stare ferma il più possibile, per non perdere il bambino. Non le interessava sapere se il padre fosse Giovanni o suo marito, che comunque non aveva intenzione di lasciare, e che sperava non dubitasse della paternità. Temeva però che sospettasse qualcosa, perché con il procedere della gravidanza sembrava più asciutto, distaccato, quasi che il bambino lo riguardasse sempre di meno. Giovanni non aveva potuto replicare. Lei gli aveva posato la mano sull'avambraccio, gli aveva dato una leggera stretta. Aveva abbassato la voce: "Dimmi solo che tutto andrà bene. Prega che vada tutto bene". Non l'aveva più vista, non l'aveva sentita, non aveva saputo nulla del bambino. Dal giorno che erano andati in ospedale per il parto la villetta dei vicini sembrava disabitata. Qualche settimana dopo era arrivato un furgone, e due uomini avevano

cominciato a portar via i mobili. Giovanni, appoggiato alla recinzione, era rimasto a guardare finché uno dei due traslocatori si era avvicinato, l'aveva squadrato dalla testa ai piedi, e gli aveva detto "Cos'hai da guardare, vecchio? Non tornano, e tu non la cercare". Una minaccia? Un avvertimento? Era rientrato in casa. Con il passare dei mesi aveva cercato di convincersi che tutto andasse bene, per lei e per il bambino. Che il piccolo fosse davvero figlio del marito, e che quell'uomo non coltivasse sospetti. Che ancora si volessero bene, insomma. Almeno, che vivessero in pace. Stava cominciando a dimenticare. Poi sul telefonino gli era arrivata quella foto, inviata da un numero che non conosceva e che avrebbe chiamato per per mille e mille volte, senza mai ricevere risposta. E più guardava quella foto, più scrutava quel faccino rotondo con la fossetta sul mento, il ciuffo di capelli lisci che sfuggiva dall'orlo del cappellino, gli occhi verdi e luminosi, più era sicuro che quello fosse il suo bambino, suo figlio, il figlio maschio che in gioventù aveva sempre desiderato e non era arrivato. Adesso invece esisteva, e adesso che esisteva era chissà dove, lontano da lui. Perché era così sicuro che fosse suo figlio? Prima di tutto per gli occhi verdi: nella famiglia della donna, e a detta di lei anche in quella del marito, erano tutti neri (che nel linguaggio di Giovanni significava che avevano i capelli e gli occhi scuri). Poi c'era dell'altro: quel bambino di cui non sapeva neppure il nome era identico alle vecchie fotografie di lui, di Giovanni, da piccolino. Le avesse avute lì da potermele mostrare,



sicuramente gli avrei dato ragione, aveva detto.

Da quando aveva ricevuto la fotografia Giovanni si era convinto di essere il padre di quel bambino, ed era disperato. Non riusciva a smettere di pensare di aver sbagliato, di aver rovinato la sua e altre vite, per quello sbaglio. Sì, era stato un errore generare un figlio che non poteva vedere né toccare, cui non poteva parlare né scrivere. Ma mai, in nessuna circostanza, avrebbe potuto considerare un errore l'esistenza di quel bambino. Eppure era il piccolo che rischiava di pagare le maggiori conseguenze: se quell'uomo dubitava di esserne il padre, il bambino e la madre potevano avere una vita difficile – addirittura, avrebbero potuto essere in pericolo. Giovanni si sentiva colpevole, pensava di meritare di essere condannato e punito, ma essere privato per sempre del figlio e al contempo immaginarlo infelice era una punizione peggiore della morte. Quando gli era venuta la febbre (febbre alta con dolori tremendi alla schiena, nausea, capogiri, e difficoltà a urinare) aveva creduto che fosse arrivato il momento: il momento della punizione, dell'espiazione -ma anche dell'uscita, della risoluzione. Se a questa corrispondeva la morte era disposto ad accettarla, come se fosse stata decretata da una giustizia superiore, dal verdetto di un Dio nel quale aveva smesso di credere dall'adolescenza, quel Dio che non aveva saputo pregare quando lei glielo aveva chiesto, ma che ora si trovava a invocare, suo malgrado, perché portasse a compimento quel che era cominciato. Ma Giovanni alla fine era un uomo concreto, capace

di capire la realtà. Per la prima volta da quando aveva cominciato a raccontarmi questa storia mi guardò dritto negli occhi e disse: “Invece mi sa che non muoio neanche stavolta, vero, dottoressa?” Annuii. “Era meglio se morivo,” disse distogliendo lo sguardo. “Non per sua figlia e suo nipote,” replicai, “e neppure per le nostre statistiche”. Mi accorsi subito di aver fatto un errore, ma cos'altro avrei potuto dire per offrirgli una via d'uscita? Avevo fatto un rapido schema nella mia mente, mi era chiaro che c'erano cose da non dire assolutamente (esempio: “Se fosse lei a fargli da padre, quel bambino rimarrebbe orfano più presto”), cose che forse avrei potuto dire ma in fondo non erano così importanti (esempio: “a quell'uomo conviene trattare il bambino come figlio suo, diversamente tutti sapranno che la moglie gli ha preferito un altro”), o che sarebbero potute tornare utili in altre circostanze (tipo “se proprio vuole scoprire dove si trovano, potrebbe provare a sentire un investigatore privato”). Perché la figlia e il nipote, che almeno erano persone vere, non solo fotografie, e che contavano su di lui, non bastavano a smuoverlo, a fargli desiderare di guarire, di uscire di lì, come pensavo che sarebbe dovuto accadere? Nei pazienti con insufficienza cardiaca che definiamo estrema o refrattaria, abbiamo imparato che i farmaci che stimolano la capacità contrattile del muscolo cardiaco possono perdere di efficacia, non essendo più in grado di migliorare la funzione del cuore, e a volte addirittura peggiorandola: in queste circostanze, continuare a somministrarli é come

frustare un cavallo caduto a terra, stremato dalla stanchezza. Forse rischiavo di fare, su un altro piano, qualcosa di altrettanto inutile se non potenzialmente dannoso: probabilmente non aveva più senso far leva sulle sue responsabilità nei confronti della figlia e del nipote, quando già si sentiva carico di un peso insostenibile. La frase sulle nostre statistiche, poi, proprio non avrei dovuto dirla.

Era stata una leggerezza, un tentativo maldestro di attenuare la tensione, ma anche quella frase lo richiamava a una responsabilità, la cosiddetta responsabilità sociale dei riceventi di un trapianto, che dovrebbe indurli a voler sempre vivere il più a lungo possibile... (Ma seppure mossi dalle migliori intenzioni, davvero ci possiamo illudere di essere capaci di governare la volontà altrui? E, ammettendo di esserne capaci, questo basterebbe a rendere giusto il farlo?). Guardai Giovanni ma lui non mi guardava. Non guardava neppure le fotografie. Si era sdraiato di nuovo, teneva gli occhi aperti e guardava il soffitto. Gli occhi, pensai. Gli occhi verdi. “Si sieda, Giovanni. Mi ascolti. Le voglio spiegare una cosa.” Così quel giorno, in quella stanza d'ospedale, passai mezz'ora a spiegare a Giovanni i rudimenti dell'ereditarietà, cosa sono i geni dominanti e quelli recessivi, e come si trasmette il colore degli occhi. Per concludere che un uomo e una donna con gli occhi scuri, con i genitori i nonni e tutti i parenti di cui vi sia memoria pure con gli occhi scuri, lo stesso possono mettere al mondo un figlio o una figlia con gli occhi chiari – se il gene “occhi chiari” dopo aver viaggiato lungo



la discendenza materna coperto, mascherato, dominato dal suo corrispettivo “occhi scuri”, si abbina finalmente a un altro gene “occhi chiari” che fino ad allora aveva avuto il suo stesso destino nella discendenza paterna. (Invece non può accadere il contrario: tutti i figli di due persone con gli occhi chiari avranno gli occhi chiari). Quindi, ammesso che la foto ne restituisse fedelmente il colore (cosa neppure del tutto sicura), e ammesso che il colore si fosse già stabilizzato (cosa pure opinabile: il colore degli occhi può cambiare, generalmente virando verso tonalità più scure, nel corso del primo anno di vita), ammesso dunque che davvero il bambino avesse gli occhi verdi, questo non significava che dovesse essere sicuramente figlio di Giovanni, e soprattutto non escludeva che potesse essere figlio del marito della donna. Quanto alla somiglianza dei lineamenti con quelli di Giovanni da piccolo, ero sicura che lui stesso neppure l'avrebbe notata, se non fosse stato influenzato dal colore degli occhi. Quando sono così piccoli, i bambini possono assomigliare a chiunque vogliamo credere che assomiglino, per verificarlo basta sentire le

opinioni dei parenti del lato materno e di quello paterno di un qualunque bambino. A ripensarci, a distanza di anni, ancora mi meraviglio che alla fine avesse funzionato. Quello che non mi era riuscito evocando gli affetti familiari e la responsabilità sociale, l'avevo ottenuto con il linguaggio della scienza. Del resto non ero e non sono uno psicologo né un filosofo né un confessore, ma solo un medico. Le regole della trasmissione del colore degli occhi erano qualcosa di provato, di oggettivo, di vero, rappresentavano una certezza sulla quale gli uomini concreti, gli uomini con i piedi nella realtà come Giovanni, potevano contare. Quelle semplici regole avevano dato a Giovanni l'appiglio di cui aveva bisogno per uscire dalla trappola della certezza di una paternità impossibile da agire, una condizione per lui insopportabile al punto che era arrivato a pensare di preferirle la morte, e lo avevano riportato nella regione del dubbio. Il dubbio, l'incertezza, gli erano più tollerabili, un po' come il purgatorio a confronto con l'inferno. Del resto lui stesso ammetteva di meritare una qualche forma di punizione: non sarebbe stato facile, ma almeno gli sarebbe stato permesso

di immaginare un ventaglio di eventualità (quell'uomo era un padre affettuoso, lui avrebbe dimenticato, lei sarebbe potuta tornare...), qualche prospettiva, un'evoluzione, insomma. Giovanni era stato dimesso dopo una settimana, era venuta a prenderlo la figlia. Il nipotino, troppo piccolo per entrare in corsia, li aspettava nell'atrio. Appena aveva visto il nonno gli era corso incontro e gli si era avvinghiato alle gambe, lui l'aveva sollevato fino all'altezza del suo viso, gli aveva detto qualcosa in un orecchio ed entrambi si erano messi a ridere. Mi domandai cosa sarebbe successo di lì a un anno, quando quel bambino sarebbe andato alla scuola materna, ma per il momento andava bene così. Non c'è da meravigliarsi se la scienza, che pure riteniamo oggettiva, talvolta porta più incertezze che certezze. Perché è nell'incertezza che si aprono nuove possibilità, da cui potranno derivare nuove ricerche che produrranno nuove verità e nuove certezze. (Il che significa anche che alcune certezze della scienza, alla lunga, si possono rivelare provvisorie. Questo però, quel giorno, pensai fosse meglio non dirlo a Giovanni).♥



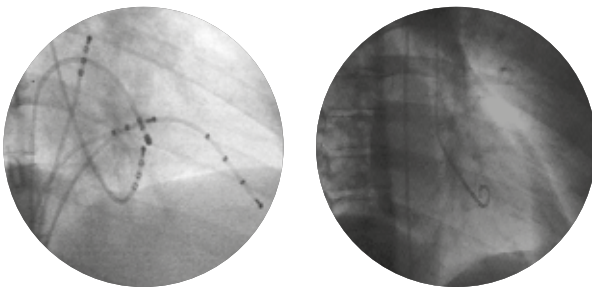
Navigare fin dentro al cuore



Giuseppe Vergara

Navigare fin dentro al cuore

Storia del cateterismo cardiaco e delle procedure correlate



Scripta edizioni

Publicato dalla Accademia roveretana degli Agiati

Se siete appassionati di Storia della Medicina vi consigliamo “Navigare fin dentro al cuore”, di Giuseppe Vergara, che tratta del cateterismo cardiaco e delle procedure correlate. Qual è la premessa da cui muove l’autore? *«Che la mente umana tratta una nuova idea allo stesso modo con cui il corpo tratta una proteina estranea: la rigetta»*. Così Peter Brian Medawar, premio Nobel per la medicina nel 1960 spiega come *«Una nuova idea, forse proprio perché brillante ed innovativa, viene ignorata dai contemporanei e riesce ad affermarsi e a dare i propri frutti a decenni di distanza»*. Paura? Spirito di conservazione? Per Medawar, che definiremmo ai tempi nostri un antesignano dei “divulgatori scientifici” la spiegazione sarebbe da ascrivere provocatoriamente ad un meccanismo di difesa biologico contro il quale si scontrano le idee innovative in campo medico. Secondo questo assioma l’essere troppo in anticipo per le conoscenze, le esigenze cliniche e le possibilità tecnologiche del tempo le avvolge quasi di una carica antigenica che provoca nella comunità medico-scientifica una reazione anticorpale volta ad isolarle e ad eliminarle dalla scena, salvo poi risorgere, con tutta la loro carica innovativa, a decenni di distanza. È il caso del cateterismo cardiaco nell’uomo, che effettuato in modo “avventuroso” nel 1929, riceverà la consacrazione a procedura

cardine nella diagnosi e nella cura delle cardiopatie solo ventisette anni dopo, con l'assegnazione del premio Nobel, nel 1956, ad André Cournand, Dickinson Richards e Werner Forssmann per le loro "scoperte riguardanti il cateterismo cardiaco ed i mutamenti patologici del sistema circolatorio". La nostra storia è divisa in tre parti: quella dei precursori, dal 1733 al 1929. La seconda parte, incentrata sulla vicenda professionale ed umana di Werner Forssman riguarderà

lo sviluppo graduale ad opera soprattutto dei cardiologi americani, delle idee che Forssmann, travolto dalle vicende della vita, non aveva potuto realizzare e va dal 1929, data del primo cateterismo cardiaco nell'uomo ad opera dello stesso Forssmann (su se stesso!), alla consacrazione con il Premio Nobel nel 1956 del cateterismo cardiaco come procedura fondamentale in cardiologia. Ci soffermeremo prevalentemente sulla vicenda umana di Forssmann. L'idea di giungere con

una sonda dentro al cuore cominciò ad albergare presto, forse fin da quando era studente di medicina, nella testa di Forssmann. Il dottor Schneider, Direttore dell'Ospedale e Primario di Chirurgia, pur intimamente apprezzando il progetto, fu irremovibile nel vietare la procedura su un malato. E quando Forssmann gli dichiarò la intenzione di provare la procedura su sé stesso, egli, amico di famiglia e "nobile" responsabile del giovane medico il cui padre era morto



Il Dottor Mario Chiatto mentre consegna la Targa d'Oro ANMCO 2009 al Dottor Giuseppe Vergara al tempo Primario di Cardiologia dell'Ospedale S. Maria del Carmine di Rovereto e Direttore del Dipartimento Cardiovascolare del Trentino.



durante la prima guerra mondiale, rimase sempre irremovibile, ma con una nota dal grande significato umano: «Cosa potrei dire a tua madre se ti trovassimo morto nella stanza dei raggi X?» Tuttavia per non deludere il giovane, il cui progetto condivideva in toto, tranne che per la sede di svolgimento, gli consigliò di sperimentare la procedura sugli animali per documentarne la fattibilità e la sicurezza. Ma Forssmann era già avanti: non c'era nulla da provare o da aggiungere con altri esperimenti su animali dopo quelli noti e consacrati alla storia fatti dai fisiologi francesi Chauveau, Marey e Bernard nella seconda metà dell'Ottocento che oltre alla fattibilità del cateterismo cardiaco ne avevano plasticamente immortalato la innocuità con la famosa fotografia che ritrae il cavallo tranquillo in piedi e con il catetere dentro il cuore. Certamente nell'uomo la via di accesso "più facile" era una vena del braccio piuttosto che la vena giugulare (come negli esperimenti sul cavallo dei fisiologi francesi) e, convinto che un catetere inserito in una vena antecubitale del braccio «avrebbe inevitabilmente trovato la strada verso il cuore» (con questa motivazione aveva cercato di "convincere" Schneider) e che i tempi fossero maturi per dimostrare la fattibilità del cateterismo cardiaco nell'uomo, Forssmann decise, disobbedendo al suo Primario, di sperimentare la procedura su sé stesso. Con l'aiuto di un collega, il Dott. Peter Romeis, incise la sua vena ante-cubitale sinistra e vi inserì il catetere per una lunghezza di circa 35 cm. A questo punto, il Dottor Romeis, preso dal panico e ritenendo pericoloso il

proseguo della procedura, sfilò via il catetere dalla vena nonostante le proteste di Forssmann. Bisognava trovare un nuovo alleato. E la scelta di Forssmann cadde sulla infermiera ferrista della sala operatoria, Miss Gerda Ditzen, una quarantacinquenne con una grande passione per la medicina. Egli racconta i particolari nelle sue memorie «Cominciai ad aggirarmi intorno alla infermiera Gerda Ditzen (infermiera ferrista della sala operatoria, N.d.A.) come un gatto goloso intorno a un brocca di panna [...] gironzolavo nella sala mensa sperando di incontrarla quando lei lasciava la sala. Noi ci prestavamo vicendevolmente dei libri e quindi era facile trovare motivo per fare quattro chiacchiere [...] Quando, dopo circa due settimane dalla mia conversazione con Schneider, lei mi disse sospirando "che peccato non poter fare l'esperimento insieme", decisi che era giunto il momento». Il giorno successivo Forssmann passò all'azione e la convinse a collaborare lasciandole intendere che sarebbe stata lei il primo essere umano ad essere sottoposto a cateterismo cardiaco. Era questa la condizione posta da Miss Gerda, affascinata dall'idea di entrare nella storia della medicina. Ma mai Forssmann ha pensato di sottoporre a cateterismo cardiaco la infermiera, ma su sé stesso. «Quando l'anestesia cominciò a farmi effetto, praticai una piccola incisione sulla mia pelle, inserii un ago di Dechamp per aneurismi sotto la vena, praticai una incisione su di essa e introdussi il catetere per circa un piede (30 cm circa, N.d.A.). Lo fissai con garza e vi stesi su un telino sterile. Quindi liberai la mano destra della infermiera Gerda ed allentai le cinghie intorno alle

sue ginocchia. (Le dissi allora, N.d.A.): "Ecco, ci siamo, ora è tutto pronto, per favore chiama la infermiera della radiologia". Solo allora lei capì cosa era successo. Lei iniziò ad urlare contro di me per averla ingannata. La sala di radiologia non era lontana, ma dovevo scendere nel seminterrato. L'infermiera Eva ci stava aspettando. Seguendo le mie istruzioni lei mi mise davanti allo schermo fluoroscopio [...] (poi Forssmann spinse il catetere per fin dentro il cuore, e ordinò di fare la radiografia poi divenuta storica. Le notizie si diffondono come un incendio nell'ospedale. All'improvviso irruppe (nella sala di radiologia, N.d.A.). Romeis (allertato dal tecnico di radiologia, N.d.A.) mezzo addormentato e con i capelli arruffati. (Esclamò, N.d.A.): "Idiota, che diavolo stai facendo?". Era così disperato che quasi tentò di tirar fuori il catetere dal mio braccio. Io ho dovuto dargli alcuni calci nello stinco per calmarlo». La terza parte della nostra "saga" ha visto passare il cuore da organo "intoccabile" a sistema idraulico completo con pompa, tubi e sistema elettrico, congeniale per essere esplorato e riparato, in caso di disfunzione, con un catetere o con presidi portati in loco per mezzo di un catetere (tanto da far dire, a qualche cardiologo visionario, che l'uomo è un insieme di tubi da visionare, dilatare o da percorrere per portare dentro al cuore presidi di tipo meccanico o elettrico per aiutarlo). Va dagli anni cinquanta alla fine del secolo scorso e riguarda la storia delle principali procedure basate sul cateterismo cardiaco (coronarografia, angioplastica, studio elettrofisiologico, ablazione transcatetere, impianto di pace makers e defibrillatori). Non siete curiosi di addentrarvi in "Navigare fin dentro al cuore"?♥



IN MEMORIA DI...

DI CIRO INDOLFI

Ci ha lasciati il Prof. Francesco Romeo, per me e per quanti l'hanno conosciuto, è motivo di grande dolore e di sincera commozione.

Se ne va un amico, una persona perbene, un grande calabrese, una persona ancorata alle sue radici, sempre a difesa delle sue origini, un cardiologo che ha portato in alto nella comunità cardiologica l'orgoglio dell'appartenenza alla sua terra.

Ciao caro Franco, resterai sempre vivo nei ricordi di quanti ti hanno stimato.

Mario Chiatto

È scomparso il Prof. Francesco Romeo





L 11 gennaio 2024 il Prof. Francesco Romeo, uno dei padri accademici della cardiologia italiana, è morto all'età di 73 anni.

Francesco Romeo, Franco come veniva chiamato dagli amici, nacque a Fiumara di Muro, in provincia di Reggio Calabria, un piccolo borgo alle falde dell'Aspromonte, formatosi da comunità che dal litorale cercarono riparo dalle continue scorrerie e saccheggi ad opera di pirati saraceni. Dal suo paese natio e dalla sua Calabria, Francesco in realtà non si è mai veramente allontanato. L'amava in modo viscerale. Un giorno mi disse, con una frase che ancora ricordo, che viveva a Roma ma che la sera ritornava a dormire a Fiumara, il paese dove oggi riposano le sue spoglie insieme alla sua amata e dolce moglie Ginetta.

Purtuttavia, Francesco Romeo è riuscito ad entrare nel difficile mondo romano come pochi nostri colleghi sono riusciti a fare. Nella Roma "santa e dannata" era amico di tutti, frequentava i circoli e i salotti più esclusivi, partecipava alle cene di élite del mondo accademico, della cultura e della politica.

Francesco è rimasto a Roma perché all'epoca, siamo nel 1968, non essendoci una Facoltà di medicina in Calabria si iscrisse all'Università la Sapienza dove si laureò nel 1974. Nel 1977 si è specializzato in Cardiologia ed è diventato successivamente ricercatore nella stessa Università. La sua attività accademica inizia a Catania dove viene chiamato come professore associato nel 1988. Undici anni dopo viene chiamato come professore associato all'Università di Roma "Tor Vergata" dove nel

2001 diventa professore ordinario di Cardiologia e direttore della Scuola di Specializzazione in Cardiologia. Di Francesco voglio innanzitutto ricordare il suo amore e la sua passione per l'emodinamica e per la cardiologia interventistica. Francesco è stato fortunato testimone dell'evoluzione di questa importante branca della cardiologia da quando iniziò a frequentare la clinica del Prof. Attilio Reale. Era l'inizio della nascita dell'emodinamica che serviva essenzialmente per la valutazione della severità delle valvulopatie, per la diagnosi di cardiomiopatia ipertrofica (non c'era ancora l'ecocardiografia) e per le coronarografie a servizio della cardiocirurgia. È stato attore dell'importante transizione dell'emodinamica da servizio esclusivamente diagnostico a importante strategia terapeutica. Ha assistito alla nascita dell'angioplastica coronarica nel 1977 con Andreas Gruentzig. All'epoca l'angioplastica coronarica veniva effettuata per via femorale, accesso che Francesco anche in epoca di approccio radiale, ancora prediligeva. Francesco Romeo capì subito l'importanza del trattamento percutaneo della stenosi aortica e dell'insufficienza mitralica, metodiche che iniziò in modo pionieristico nella divisione di Cardiologia dell'Università Tor Vergata di Roma. Era un conservatore ma credeva nelle grandi innovazioni e nel 2015 impiantò la prima valvola mitralica biologica per via percutanea.

Francesco Romeo capì l'importanza di confrontarsi con la cardiologia straniera, e nel 1981 si trasferì all'Hammersmith di Londra come

Research Fellow, successivamente, nel 1984, a Monaco nella medicina nucleare dell'Ospedale Universitario, nel 1986 nell'Hospital Cardiologique de Lille ed infine nel 1997 nel Service de Cardiologie Interventionelle di Parigi. Negli anni ha sempre mantenuto una stretta collaborazione con il Dr. J. Mehta prima a Gainesville poi a Little Rock negli USA con il quale ha pubblicato importanti lavori scientifici. Mi piace ricordare il suo interesse sui meccanismi fondamentali del colesterolo, dello stress ossidativo e dell'espressione del recettore LOX-1 nel determinismo della placca coronarica. Ha coperto numerosi ruoli nelle società scientifiche italiane come presidente della Società Italiana di Cardiologia, della Fondazione Italiana Cuore e Circolazione, della FINSIC e della Federazione Italiana di Cardiologia. *Gran parte della sua attività professionale è legata al Policlinico e all'Università di Tor Vergata di Roma, dove ha diretto l'UOC di Cardiologia e Cardiologia Interventistica, la cattedra e la scuola di specializzazione in Cardiologia. Nel 2013 è stato insignito dal Presidente della Repubblica Giorgio Napolitano della medaglia d'oro al merito della Sanità Pubblica.*

Con la perdita di Franco Romeo possiamo dire che scompare un'epoca della cardiologia accademica, col le sue contraddizioni, ma soprattutto con i meriti giganteschi di professori universitari leali, culturalmente avanzati, genuinamente interessati alla Ricerca, alle Società Scientifiche, fedeli alle Istituzioni, e che hanno creato dal nulla reparti di eccellenza.♥



Il 24 novembre scorso è mancato Giuseppe Oreto. Con i suoi famosi libri e corsi didattici ha contribuito ad accrescere e stimolare non solo l'interesse ma soprattutto la cultura cardiologica sull'ECG, specie sul riconoscimento ed interpretazione elettrocardiografica delle aritmie, diventando un riconosciuto punto di riferimento per diverse generazioni di cardiologi. Uno dei suoi corsi più apprezzati fu quello itinerante ANMCO - SIC organizzato nel 2008 assieme a Claudio Rapezzi, dal titolo solo apparentemente provocatorio "Una nuova metodica diagnostica in Cardiologia: l'elettrocardiografia".

Chi scrive lo ha avuto come Professore durante gli anni di internato e di specializzazione in Cardiologia all'Università di Messina. Assistendo così a tante sue descrizioni approfondite, con aggiunta di informazioni impensabili su tracciate a prima vista considerati semplici, o a soluzioni diagnostiche, sempre lucidamente motivate, di aritmie "difficili", considerate, anche dopo lunga osservazione, inspiegabili ai più. Con il ricorrente invito a non essere affrettati, a non lasciarsi fuorviare dalla prima impressione e prestare sempre attenzione... anche nel guardare tra i "rifiuti" dei cestini per la carta degli ambulatori: perché, come ripeteva, "proprio lì si trovano gli ECG più particolari e interessanti". Con piacere pubblichiamo il personale e vivo ricordo di Franco De Rosa, Direttore della Cardiologia dell'Ospedale Annunziata di Cosenza.

Giuseppe Di Tano

**"Non invisibile, caro Watson: Lei non sapeva dove guardare
e così le è sfuggito l'importante"**

In ricordo del Prof. Giuseppe Oreto

**Perdiamo neuroni insostituibili per la cardiologia,
nell'ultimo periodo un po' assopiti ma mai spenti**

Il Prof. Giuseppe Oreto ci ha lasciati. Perdiamo neuroni insostituibili per la cardiologia, nell'ultimo periodo un po' assopiti da una irrispettosa malattia ma non spenti. Nel corso di uno dei tanti convegni didattici da Lui organizzati, molti anni fa, a ridosso della scomparsa di Leo Schamroth, il Professor Eligio Piccolo, altra mente elettrocardiografica e non solo, ebbe a dire: "I grandi sanno

**Aver migliorato il nostro
sapere vuol dire aver
migliorato le condizioni
di diagnosi e cura della
classe cardiologica
italiana e di riflesso la
sopravvivenza stessa dei
nostri pazienti**

quando lasciarci. Ci lasciano quando sono sicuri che c'è un loro epigono in grado di proseguire il loro cammino. Tu, caro Peppe, hai il gravoso compito di continuare il cammino di Leo". Ed il cammino è continuato sempre con rispetto del Suo maestro che citava e mostrava in foto in tutte le Sue iniziative didattiche. Oggi, ma forse è un mio limite conoscitivo, purtroppo non conosco una figura che possa sostituirlo,



sebbene abbia avuto sempre eccellenti collaboratori. Il perimetro dell'uomo era enorme: poeta, letterato, musicologo, anche se i più, compreso me, hanno conosciuto prevalentemente il suo perimetro professionale, anche questo difficile da aggettivare compiutamente: colto, modesto, ironico, coinvolgente, preciso, elegante, semplice e... generoso. Prestava le Sue conoscenze, il Suo tempo e la Sua non formale attenzione a tutti, trasferendo il suo sapere senza tenere nessun segreto per se. Le Sue pubblicazioni sulla parasistolia richiedevano attenzione, tempo, pazienza, conoscenze e compasso, un groviglio elettrocardiografico manifesto ed occulto che alla fine Lui dipanava. Riusciva a rendere comprensibili ai più fenomeni elettrocardiografici complessi: il

suo occhio riusciva a vedere tratti elettrocardiografici invisibili a noi "normali". E le sue ricostruzioni/ deduzioni "matematiche" degli eventi elettrocardiografici lasciavano incantati e stupiti come a dire "perché non ci ho pensato?". "Non invisibile Watson: Lei non sapeva dove guardare e così le è sfuggito

**Giuseppe Oreto ci ha lasciati
Perdiamo un Maestro
che ha insegnato
l'elettrocardiografia a
schiere di cardiologi Grazie
Prof. a mio nome ed a nome
di tutti quei cardiologi che
da Te e dai Tuoi libri hanno
imparato qualcosa**

**Se puoi da lassù mandaci un
Tuo epigono che possa dare
alle nuove generazioni quello
che Tu hai dato alla mia**

l'importante", questo un aforisma di Sherlock Holmes che ricorreva nei suoi insuperabili testi di Elettrocardiografia e che voleva essere un invito a vedere i tracciati e non solo a guardarli. Ho conosciuto Giuseppe Oreto nel lontano 1988 a Giardini Naxos, in occasione del suo Convegno "L'analisi dell'ecg di superficie nella diagnosi delle aritmie cardiache": rimasi folgorato non solo dal suo sapere e dalla sua genialità ma anche dal garbo con cui si rapportava ai discenti. Durante le interpretazioni plenarie dei Suoi complessi ECG, collezionati con cura, di fronte ad una interpretazione errata - e di strafalcioni se ne sentivano in quelle aule gremite - non diceva mai al suo autore "hai sbagliato" ma lo invitava con garbo a riflettere "potrebbe essere certo, ma pensa a qualcos'altro" e Lui sapeva perfettamente che l'interpretazione data non era quella giusta. Nei rari casi in cui l'autore si ostinava a difendere la propria interpretazione, sempre con eleganza e voce pacata, per non ferirlo, chiudeva il caso mostrando una diapositiva con una frase di Leo Schamroth "un'aritmia si può definire complessa se si presta ad almeno tre interpretazioni". Non è stato mio Professore, ho preso Laurea e specializzazione altrove, ma da allora ho potuto sempre contare sulla Sua paziente disponibilità ed i Suoi insegnamenti per dipanare i miei dubbi su tracciati elettrocardiografici complessi.

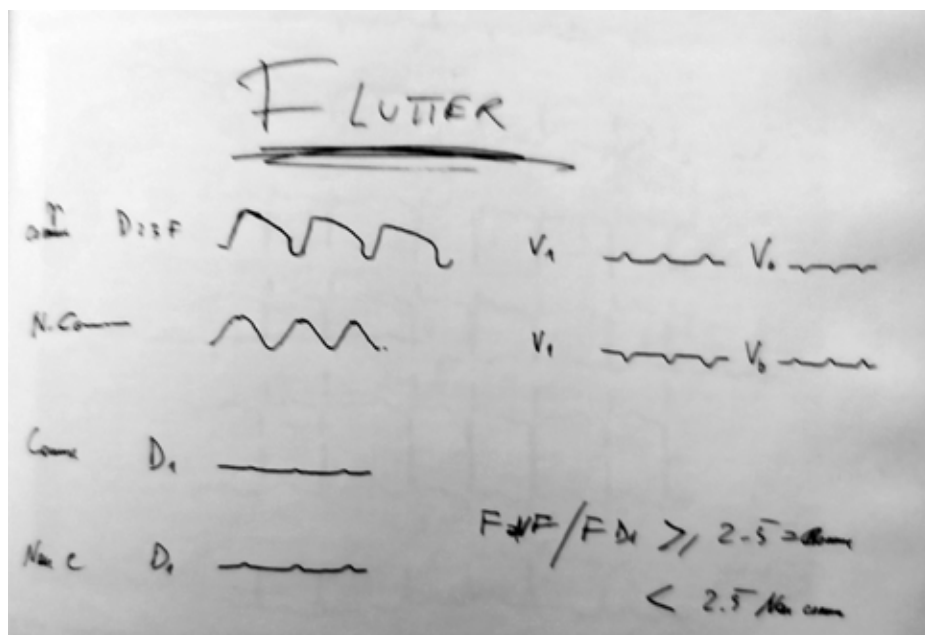


Sono sicuro che le Tue lezioni/pubblicazioni sul “Dilemma del QRS largo” siano state preziose nei momenti decisionali di molti cardiologi

Mi invitò una volta a casa Sua per la revisione di un mio lavoro inviato al “Giornale Italiano di Cardiologia” di cui Lui era attento ed intransigente revisore. Durante la garbata correzione del lavoro, per apporre delle correzioni, cercava una penna. Io per fare bella figura avevo portato con me una stilografica con inchiostro verde (ispirandomi al mio vecchio professore di Patologia medica che ne portava sempre una con sé) e subito, contento di potergliela mostrare, gliela porsi prendendola dalla tasca applicata della mia camicia. Maledettamente la penna però non voleva scrivere. Dopo alcuni garbati tentativi, il

Prof. mi guardò con tenerezza ed accennando un sorriso disse: “Certo sono belle... ma spesso non scrivono. Ecco perché io uso le Bic”. Continuai ad usare poi l’inchiostro verde ma con penne Bic. Oltre alla preziosa correzione del lavoro, ritenendo le foto allegate allo stesso non presentabili, si incaricò di applicare i numeri (allora si faceva con i trasferibili) sugli intervalli elettrocardiografici, necessari per una loro corretta interpretazione, e di farle rifare dal Suo fotografo personale, un altro genio del mestiere che trasformava tracciati su carta in foto con una nitidezza millimetrica. Gesto unico ed indimenticabile. Ho poi trascorso, dopo alcuni anni, insieme a Lui un lungo periodo nel reparto di Carlo Pappone al S. Raffaele, dove eravamo entrambi per approfondire la tecnica ablativa - era anche un meticoloso ed eccellente cardiologo interventista - e dove Lui collaborava anche alla notevole e tumultuosa produzione

scientifica del Centro milanese. Anche lì, nei frammenti di tempo, si prodigava con momenti didattici di cui ancora conservo le tracce (Figura 1). Tutti, compreso Carlo, lo trattavano con rispetto e tutti, compreso me, erano meravigliati ed ammirati per la sua irrefrenabile voglia di imparare, conoscere e per la naturalezza con cui indossava i panni ora di Maestro ora di scolaro e viceversa. Ricordo che durante un momento di relax chiesi a Carlo, curioso di conoscere il parere di un “grande” su un altro “grande”, cosa pensasse del Prof. Oreto. Non esitò nella risposta che fu per me esaustiva “Un uomo dell’ottocento” tradotto “un Signore” nel termine più ampio del termine, giudizio che andava ben oltre quello professionale, troppo scontato. Ho avuto il privilegio di ottenere la Sua presentazione del mio libro sulle Tachicardie e ricordo che l’editore dopo avergli comunicato la notizia decise di pubblicarlo senza ulteriori revisioni. Grazie Prof. a mio nome ed a nome di tutti quei cardiologi che da Te e dai Tuoi libri hanno imparato l’elettrocardiografia complessa. Aver migliorato il nostro sapere vuol dire aver migliorato le condizioni di diagnosi e cura della classe cardiologica italiana e di riflesso la sopravvivenza stessa dei nostri pazienti. Sono sicuro che le tue lezioni/pubblicazioni sul “Dilemma del QRS largo” siano state preziose nei momenti decisionali di molti cardiologi di fronte ad una tachicardia a QRS largo, a tutto vantaggio dei pazienti. Se puoi da lassù mandaci un Tuo epigono che possa dare alle nuove generazioni quello che Tu hai dato alla mia.♥



IL SEGRETO È NEL CUORE

CARDIOLOGIE APERTE 2024
CAMPAGNA NAZIONALE PER IL TUO CUORE
PER LA PREVENZIONE DELLE MALATTIE
CARDIOVASCOLARI

DICIOTTESIMA EDIZIONE DI CARDIOLOGIE APERTE

Dal 12 al 18 febbraio, i **Medici Cardiologi di Fondazione per il Tuo cuore** saranno a tua disposizione per darti informazioni o chiarimenti sulle malattie cardiache attraverso un numero verde gratuito, appositamente dedicato per rispondere alle tue domande. Inoltre, questa nuova edizione propone anche un approfondimento tematico giornaliero, dal lunedì al venerdì, dei seguenti argomenti:

- **Fibrillazione atriale** Lunedì 12 febbraio
- **Cardioncologia e Cardioncologia di genere** Martedì 13 febbraio
- **Cardiologia di genere** Mercoledì 14 febbraio
- **Scompenso Cardiaco** Giovedì 15 febbraio
- **Prevenzione dei fattori di rischio modificabili** Venerdì 16 febbraio



Per conoscere le iniziative realizzate dalle singole cardiologie aderenti all'iniziativa, scansiona il codice o visita il sito www.periltuocuore.it



Hai problemi cardiovascolari o domande sul tuo cuore?
CHIAMA ORA IL NUMERO VERDE della Fondazione per il Tuo cuore!

Numero Verde
800 05 22 33

nelle ore 10-12 e 14-16

#cardiologieaperte2024



INSIEME, PER LA TUA SALUTE.

