

Cardiologia



negli Ospedali

MARZO / APRILE 2024 N° 258

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 di Bergamo
Foto di Giovanni Diffidenti

N. 258
marzo/aprile 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 Marmorata, 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

Women of heart and mind p. 4
di Giuseppe Di Tano

IN QUESTO NUMERO

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

DAL DIRETTIVO

Lipids in Rome 2024 p. 7
di Stefania Angela Di Fusco



**DAL PRESIDENTE DELLA FONDAZIONE
PER IL TUO CUORE**

Fondazione per il Tuo cuore. p.9
Un biennio entusiasmante.
*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. 18
del Centro Studi della Fondazione
per il Tuo cuore
a cura del Centro Studi

DALLE AREE

AREA ARITMIE
Le sfide della Fibrillazione p. 26
Atriale subclinica alla luce dei nuovi
trial: quali novità in arrivo?
*di Andrea Matteucci, Carlo Pignalberi,
Martina Nesi*

AREA CARDIOGERIATRIA

Cardiologia e Geriatria: p. 29
una necessaria contaminazione
per uno screening della Fragilità
*di Donatella Del Sindaco a nome
dell'Area CardioGeriatrics ANMCO*



**AREA CARDIOLOGIA DI GENERE IN
COLLABORAZIONE CON AREA GIOVANI**

Al Ministero della Salute p. 34
si affronta il tema del "Gender Gap"
*di Antonella Spinelli, Maria Teresa
Manes, Antonia Mannarini, Daniela
Aschieri, Noemi Bruno, Sara Cocozza,
Georgette Khowry, Daniela Pavan,
Angela Beatrice Scardovi, Giuseppe
Ciliberti*

AREA CARDIONCOLOGIA

"Chi trova un Collega, p. 37
trova un tesoro":
la multidisciplinarietà in stile ANMCO
di Stefano Oliva





AREA CARDIORENALE E METABOLICA

Six Minute Talking p. 40

CaReMe è online

di Marco Cittar, Manuela Benvenuto, Iliara Battistoni, Emilia D'Elia, Daniele Masarone, Gianluigi Tagliamonte, Geza Halasz, Massimo Iacoviello

AREA GIOVANI

L'Area Giovani 2024 - 2025: p. 43

We Are ANMCO!

di Giuseppe Ciliberti, Federico Fortuni, Luca Franchin, Michele Magnesa, Antonella Spinelli, Enrica Vitale, Stefano Cangemi, Stefano Cornara



AREA MANAGEMENT&QUALITÀ

Due chiacchiere di qualità p. 48

sulla qualità

di Simona Giubilato a nome dell'Area Management&Qualità ANMCO



AREA NURSING E PROFESSIONI SANITARIE

Ruolo dell'infermiere p. 53

specialista nell'aderenza terapeutica post-angioplastica coronarica

di Elisabetta Loverre

AREA PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE

I cardiologi e la prescrizione p. 58

dell'attività fisica

di Stefania Angela Di Fusco, Silvia Castelletti, Vered Gil Ad, Antonio Francesco Amico a nome dell'Area Prevenzione Cardiovascolare ANMCO



GRUPPI DI STUDIO APPROCCIO MULTI-SPECIALISTICO E MULTI-INTEGRATO DEL PAZIENTE CARDIOLOGICO

Multidisciplinarietà p. 63

in cardiologia: l'ultimo nato in ANMCO è il Gruppo di Studio Approccio Multi-specialistico e Multi-integrato del paziente cardiologico

di Fabiana Lucà e Adriano Murrone



RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE E SICUREZZA DELLE CURE

Le raccomandazioni ministeriali p. 67

per la sicurezza dei pazienti

di Giovanni Falsini e Pasquale Caldarola

DALLE REGIONI LOMBARDIA

Linee Guida ESC 2023 p. 73

per il trattamento delle Sindromi Coronariche Acute. Quali sono le ripercussioni e quali i limiti di applicazione nella pratica clinica quotidiana.

di Filippo Russo, Annalisa Turco, Caterina Chiara De Carlini, Annamaria Iorio, Grazia Castelli, Anna Frisinghelli, Niccolò Brenno Grieco, Chiara Roberta Vecchio, Giuseppe Di Tano e Felice Achilli



PIEMONTE E VALLE D'AOSTA

In Piemonte nasce il WARD CLUB: p. 76

il gruppo dei cardiologi di reparto

di Giuseppe Musumeci a nome del

Consiglio Direttivo Regionale,

Fabrizio Delnevo, Brunella Demichelis,

Catia De Rosa, Silvia Muccioli





SICILIA

Congresso Regionale p. 79
ANMCO Sicilia 2024. Ancora un successo nell'armonia tra tradizione e innovazione.

di Giuseppina Maura Francese



PAROLA DI REGIONE

NSTEMI: Caduti nella Rete? p. 83
Ultima puntata del Progetto Regioni 3.0

di Francesca Giordana e Francesca Mantovani



FORUM

Il dibattito sulla lunghezza delle liste di attesa per le prestazioni sanitarie. Fra approccio ideologico e analisi di sistema.

di Gian Luigi Nicolosi

Le Cardiologie e la loro attrattività per i giovani cardiologi. Una riflessione sulle cardiologie dei piccoli ospedali

di Sara Mandorla

Il prollasso della mitrale aritmico p. 92
di Ennio Pisanò e Pasquale Caldarola



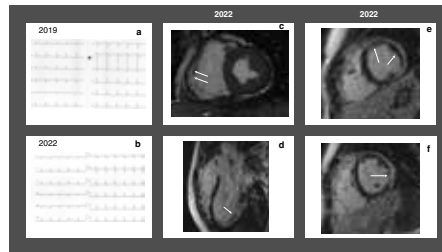
NEXT

Che fine ha fatto la Pecora Dolly? p.95
di Mauro Giacca

CARDIOLOGIA E SPORT

“Luca, la sua cardiomiopatia aritmogena e la consapevolezza dei propri limiti” p. 97

di Patrizio Sarto



AMBIENTE E CUORE

Il fumo passivo rappresenta ancora un pericolo per l'apparato cardiovascolare? p. 101

di Luigi Pollarolo



COME ERAVAMO

Nelle pagine di “Cardiologia negli Ospedali” la memoria storica dell'ANMCO p. 105

Parte undicesima: 2017-2019 I capitolo (2017)

di Sergio Pedè

VIAGGIO INTORNO AL CUORE

Il Mentore, l'Imprinting del Giovane Cardiologo e le Oche di Konrad Lorenz p. 110

di Ciro Indolfi

Il Calderone di Medea p. 112
di Fabio Cavalli

Il tempo speso meglio p. 114
di Mario Calabresi



LETTI PER VOI

“Ospedale” di Franco Arminio p. 117
di Giuseppe Di Tano



IN MEMORIA DI...

In ricordo di Antonio Butera p.119
di Stefania Renne

Un cardiologo dalle alte qualità umane e professionali p.120
di Pasquale Caldarola



Women of heart and mind



Illustrazione di Marta Monteiro

Un signore si reca, preoccupato, dal medico: “Dottore, mia moglie stanotte è stata molto male con forti brividi di freddo!”. Il dottore: “Aggiungete una coperta”. Il signore segue il consiglio, ma il giorno dopo ritorna. “Dottore, mio moglie sta ancora male e ora ha continue vampate di calore!”. “E togliete la coperta!” risponde un po’ infastidito il dottore. Lui obbedisce. Al terzo giorno, il signore è sempre più preoccupato: “Dottore ho tolto la coperta, ma continua a stare male con brividi e calore”. E il dottore: “Signore caro non posso farci niente... tutto quel poteva fare, la scienza l’ha fatto!”. Non è dato di sapere quale fu il destino della donna, dopo il trasporto al PS in codice

rosso! In realtà, non si sa neanche se, e quando, l’episodio sia realmente accaduto. Ma oltre i sottintesi, e senza volerlo, registra un approccio che, specie negli USA viene sempre più, e seriamente, segnalato. Cioè che alcuni pazienti, prevalentemente di sesso femminile, e di colore, hanno maggiori probabilità di essere oggetto di diagnosi errate perché vengono presi meno sul serio quando espongono i propri sintomi al personale sanitario. Tale atteggiamento viene considerato tra i motivi per cui alcune cardiopatie vengono diagnosticate nelle donne con maggior difficoltà e soprattutto ritardo. Secondo una analisi pubblicata su Academic Emergency Medicine, le donne che si sono

recate al Pronto Soccorso con dolore toracico hanno dovuto aspettare circa il 33% in più rispetto ai maschi che presentavano gli stessi sintomi. Raramente ad un uomo con dolore toracico veniva chiesto se soffriva di attacchi di panico rispetto ad una donna.

Il fenomeno è definito “*Medical gaslighting*”, adottandolo dal termine con significato più ampio di abuso-manipolazione psicologica, e si verifica quando si sottovaluta o si attribuisce superficialmente o in modo prevenuto a dei sintomi fisici cause psicosomatiche, senza approfondirli, e ancora più prevaricante, inducendo perfino il paziente stesso a dubitare dell’esistenza dei suoi disturbi, in quanto frutto di immaginazione o causati dall’esagerata emotività. In un recente articolo dal titolo “*The toxic power dynamics of gaslighting in medicine*” si scrive che subire invisibilizzazione medica “può essere simile o perfino peggiore di un abuso fisico”. Il *gaslighting* è stato identificato vocabolo dell’anno nel 2022 dalla casa editrice americana Merriam-Webster, che ha riscontrato come, sul loro noto dizionario, le ricerche del significato di questo termine siano cresciute del 1740%. È bene conoscerlo perché si tratta di una dinamica pericolosa, sempre più comune anche in medicina, che merita da parte nostra grande consapevolezza e massima attenzione.♥



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



Ospedale di Bergamo - Foto di Giovanni Diffidenti

L'Ospedale Papa Giovanni XXIII

è la più importante struttura ospedaliera di Bergamo e uno dei più moderni Ospedali della Lombardia, riferimento per cure specialistiche e interventi di alta complessità in ambito nazionale e internazionale.

Progettato a partire dall'anno 2000 dall'architetto francese, Aymeric Zublena fu inaugurato nel dicembre 2012, sostituendo così di fatto gli

Ospedali Riuniti di Bergamo che dagli anni Settanta aveva unificato le diverse strutture sanitarie della città. È un esempio tra i più riusciti di architettura moderna applicata ad un luogo di cura. È costituito da 7 torri di 5 piani ciascuna delle quali è unita a un'unica piastra centrale. Il grande tetto inclinato che ricopre la piastra medico-tecnica iscrive l'ospedale nel paesaggio circostante in modo che i volumi e la

luce, insieme alla vista di Città Alta, si inseriscono nell'hospital street, il percorso di collegamento tra reparti e servizi. Il nuovo ospedale ospita 70 aree specialistiche, 36 sale operatorie, 226 ambulatori, 1.200 posti letto (massimi accreditati) e un eliporto. Vi prestano servizio al 2023 4.507 dipendenti. Si eseguono 300 trapianti e 4.000 parti /anno. È sede Universitaria della Facoltà di Medicina di Milano Bicocca.



In questo numero

Il numero della rivista di marzo/aprile è storicamente l'edizione che accompagna il Congresso Nazionale ed è donata a tutti i partecipanti. Il nostro carissimo Editor non poteva non dedicare il suo editoriale al fenomeno americano definito “*Medical gaslighting*” che spesso colpisce soprattutto il sesso femminile e che ci ricorda il Dott. Di Tano non bisogna mai sottovalutare... La copertina della rivista è dedicata all'Ospedale ASST Papa Giovanni XXIII di Bergamo, una delle strutture ospedaliere più moderne in Europa. Il Presidente della Fondazione per il Tuo cuore, Domenico Gabrielli, ci sintetizza le numerose attività portate a termine nell'ultimo biennio. Sono di notevole impatto e sempre rivolte ai nostri pazienti, come la Giornata del Cuore, le Cardiologie Aperte, la Banca del Cuore e il Truck Tour. Da sottolineare il successo mediatico che ha avuto la breve intervista sullo scompenso cardiaco del Presidente della Fondazione mandata su TikTok, che ha avuto in due giorni più di 110.000 visualizzazioni! L'evento “Lipids in Rome 2024” ha riscosso molto successo diventando l'appuntamento annuale di riferimento per rimanere aggiornati sulla gestione delle dislipidemie. Le Aree ci tengono sempre informati sulle loro numerose attività in particolare l'Area Aritmie ci sottolinea l'importanza della fibrillazione atriale subclinica, l'Area CardioGeriatrics ci ricorda come la fragilità non sia di per sé una ragione sufficiente per rifiutare una determinata cura, ma piuttosto un mezzo per scegliere una cura personalizzata, mentre l'Area

Cardiologia di Genere in collaborazione con l'Area Giovani ha affrontato un tema molto rilevante come quello del Gender Gap durante l'evento “Cuore di Donna”, organizzato dalla Fondazione per il Tuo cuore in collaborazione con l'ANMCO, svoltosi a Roma nella Sala Auditorium del Ministero della Salute. Inoltre l'Area CardiOncologia sottolinea come la multidisciplinarietà in oncologia sia la chiave del successo terapeutico. Da non dimenticare le iniziative online: la prima dell'Area Cardiorenale e Metabolica denominata “Six Minute Talking CaReMe”, in cui vengono discusse “pillole” di aggiornamento; la seconda dell'Area Giovani, ovvero i PODFast che ci aggiorneranno su recenti articoli di rilevanza scientifica. L'Area Nursing e Professioni Sanitarie affronta il tema del ruolo dell'Infermiere nel migliorare l'aderenza terapeutica nelle fasi post angioplastica coronarica. L'Area Prevenzione Cardiovascolare sottolinea l'importanza del counseling relativo all'attività fisica e la prescrizione della stessa che dovrebbe essere una componente centrale di tutti i programmi di prevenzione cardiovascolare. Infine, l'Area Management&Qualità riporta una interessante intervista ad Aldo Pietro Maggioni, Direttore del Centro Studi ANMCO. Giovanni Falsini e Pasquale Caldarola del Gruppo di Studio Responsabilità Professionale e Sicurezza delle Cure ricordano come la sicurezza del paziente è responsabilità morale e professionale degli operatori sanitari, rappresentando un campo in continua evoluzione, un articolo da leggere con molta attenzione.

Frenetica è stata l'attività delle Regioni in particolare in questo numero della rivista sono state riportate quelle della Regione Lombardia, Sicilia, Piemonte e Valle d'Aosta. Riportato con dovizia di particolari l'ultimo incontro, che si è svolto tramite un Webinar Live, della serie “NSTEMI: Caduti nella Rete?” che fa parte del più ampio Progetto Regioni 3.0. Gian Luigi Nicolosi affronta lo “spinoso” problema delle liste di attesa, ricordando il silenzio assordante delle Istituzioni, sia nazionali che regionali, in tema di progettualità, riforme e visione strategica. Consigliamo inoltre di soffermarsi a leggere due interessanti articoli: il primo di Pasquale Caldarola ed Ennio Pisanò sul rischio aritmico del prolasso della mitrale, argomento affrontato in un recente congresso svoltosi a Bari, e il secondo di Mauro Giacca sull'utilizzo della clonazione somatica in medicina. Patrizio Sarto racconta la storia di un giovane paziente affetto da cardiomiopatia aritmogena ricordando che non possiamo limitarci a fare la diagnosi, definire la miglior terapia e poi “abbandonare” il paziente e la sua famiglia al loro destino. Infine, Stefania Renne e Pasquale Caldarola ricordano Antonio Butera recentemente scomparso, un collega innamorato del suo lavoro sempre capace di trasformare le difficoltà in opportunità. Cari Amici e Colleghi anche questo numero di “*Cardiologia negli Ospedali*” è molto articolato, ricco di spunti interessanti sia di carattere strettamente scientifico che di ordine culturale, e ve lo troverete nelle cartelle congressuali... vi aspettiamo dunque numerosi a Rimini!♥



Un evento per condividere le più recenti conoscenze sul ruolo delle dislipidemie nell'aterosclerosi e i trattamenti più innovativi

Lipids in Rome 2024



Per i tanti appassionati di queste tematiche Lipids by ANMCO è diventato l'appuntamento annuale di riferimento per rimanere aggiornati sulla gestione delle dislipidemie

Giunto alla sua seconda edizione, Lipids in Rome, evento formativo nazionale ANMCO ideato nel 2023 dall'allora Presidente Furio Colivicchi, ha riunito il 22 e 23 Marzo a Roma esperti provenienti da tutta Italia con l'intento di condividere le più recenti conoscenze sul ruolo delle dislipidemie nell'aterosclerosi e nelle malattie ad essa correlata e sui trattamenti più innovativi già disponibili e in via di sviluppo. I responsabili scientifici, Fabrizio Oliva, Presidente ANMCO, e Furio Colivicchi, Past President ANMCO, hanno confezionato un programma ricco di spunti di attualità che hanno destato grande interesse ed avuto eco sulla stampa del web diffusa anche attraverso i Social Media. Anche quest'anno Lipids in Rome è stato realizzato in collaborazione

con la Società Italiana per lo Studio dell'Aterosclerosi (SISA) e l'endorsement dell'American College of Cardiology Italy Chapter. La prima giornata congressuale si è aperta con uno sguardo verso il prossimo futuro. L'attenzione è stata focalizzata sulla lipoproteina(a) come fattore di rischio aterosclerotico e obiettivo terapeutico di agenti farmacologici in via di sviluppo. Con uno sguardo rivolto alla ricerca scientifica attualmente in campo, la discussione è stata poi incentrata all'angiopoietina 3, una proteina la cui mutazione è associata ad un profilo lipidico particolarmente favorevole dal punto di vista clinico con un ridotto rischio di eventi cardiovascolari. Sulla base di queste premesse sono in corso studi per lo sviluppo di interventi farmacologici volti ad inibire questa proteina. Infine, proiettati ancora verso il

futuro si è parlato di gene-editing e del possibile ruolo nella gestione del rischio cardiovascolare associato alle dislipidemie. La successiva sessione è stata dedicata ad un agente ipolipemizzante aggiunto più di recente all'armamentario dei trattamenti per ridurre il colesterolo legato alle lipoproteine a bassa densità (LDL): l'acido bempedoico. Si tratta di un farmaco a somministrazione orale che inibisce la sintesi del colesterolo esclusivamente a livello epatico. Sono stati riportati i principali risultati degli studi clinici e illustrato il posizionamento terapeutico nella pratica clinica.

Il programma ricco di spunti di attualità ha destato grande interesse ed avuto eco sulla stampa del web, diffusa anche attraverso i Social Media



Proiettati verso il futuro si è parlato di gene-editing e del possibile ruolo nella gestione del rischio cardiovascolare associato alle dislipidemie



È stato sottolineato come, per il favorevole rapporto costo/efficacia, rappresenti un'opzione terapeutica particolarmente utile nei pazienti che non riescono a raggiungere il target terapeutico con il trattamento statinico alla massima dose tollerata e l'ezetimibe. A seguire l'attenzione è stata tutta focalizzata sull'inibizione di PCSK9, dal ruolo dei siRNA (small interfering RNA), alle certezze acquisite in merito agli anticorpi monoclonali disponibili in commercio da poco meno di dieci anni, senza tralasciare di discutere della possibilità di interventi terapeutici con inibitori orali di PCSK9. La prima giornata si è conclusa con una lettura che ha messo sotto i riflettori la recente approvazione dell'uso di PCSK9 inibitori a somministrazione mensile. All'apertura della seconda giornata l'attenzione è stata rivolta all'impiego della terapia di combinazione statina-ezetimibe, raccomandata come opzione di prima linea

nei pazienti a più alto rischio. È stata poi la volta di un argomento ancora molto dibattuto, ovvero la gestione dell'ipercolesterolemia in prevenzione primaria. Maggiori certezze e raccomandazioni concrete sono state date nel corso della presentazione dedicata alla gestione dell'ipercolesterolemia dopo una sindrome coronarica acuta. Una lettura è stata poi dedicata all'impiego di inclisiran nel paziente con recente infarto acuto del miocardio. Nella sessione dedicata all'aterosclerosi oltre l'LDL si è parlato di infiammazione ed immunità, facendo riferimento anche al possibile ruolo di trattamenti antinfiammatori come l'uso della colchicina. Altro aspetto discusso è il ruolo dei trigliceridi, come marker di rischio aterosclerotico e possibile obiettivo terapeutico per la riduzione del rischio di eventi cardiovascolari. Anche la seconda giornata si è conclusa con una lettura, questa volta dedicata alla possibilità di

Il messaggio conclusivo del Past President Colivicchi è stato focalizzato sull'importanza di interventi terapeutici precoci poiché, dopo un evento acuto, i pazienti trattati precocemente ed intensamente hanno un significativo beneficio clinico rispetto ai pazienti trattati più tardivamente ed il beneficio persiste nel tempo

ridurre in maniera rapida, intensiva, e consistente i livelli di C-LDL con evolocumab. Il messaggio conclusivo del Past President Colivicchi è stato focalizzato sull'importanza di interventi terapeutici precoci poiché, dopo un evento acuto, i pazienti trattati precocemente ed intensamente hanno un significativo beneficio clinico rispetto ai pazienti trattati più tardivamente, in termini di riduzione di eventi cardiovascolari, ed il beneficio persiste nel tempo. Globalmente i due giorni di lavori scientifici hanno visto una vivace discussione sui vecchi e nuovi target terapeutici e i vecchi e nuovi farmaci ipolipemizzanti. Per i tanti appassionati di queste tematiche Lipids by ANMCO è diventato l'appuntamento annuale di riferimento per rimanere aggiornati sulla gestione delle dislipidemie. Per il prossimo anno, l'appuntamento è a Firenze con Lipids in Florence 2025.♥



Fondazione per il Tuo cuore

Un biennio entusiasmante

Cari Colleghe e Colleghi, il 23 luglio 2022 è iniziato il biennio di Presidenza della Fondazione, un grande onore e un grande onere. In questo breve articolo una sintesi delle attività svolte.

Attività iniziali

La prima attività è stata di condividere con il CDA l'aggiornamento del logo, rendendolo complementare anche graficamente a quello ANMCO, grazie a un pay-off che sintetizza molto bene le principali mission della Fondazione, ricerca e salute, con l'impegno verso gli altri e per noi stessi nel cercare di ottenere sempre il massimo risultato, come abitudine del mondo ANMCO.



Altra preliminare iniziativa è stata, in occasione della presentazione iniziale, effettuare una sorta di call for ideas per il mondo ANMCO, sia cardiologi che laici, onde avere

confezione di quello che ci si aspetta dalla Fondazione ed avere anche proposte per nuove iniziative, la vivace e pronta risposta da parte di tante persone, ha dato il segno di quanto fosse atteso il coinvolgimento nella progettazione della attività della Fondazione.

La collaborazione con AHA ha portato alla stipula di un protocollo d'intesa quinquennale per attività di ANMCO e Fondazione, con la possibilità di attuare anche in Italia la campagna di prevenzione di genere GO RED FOR WOMEN e

American Heart Association.

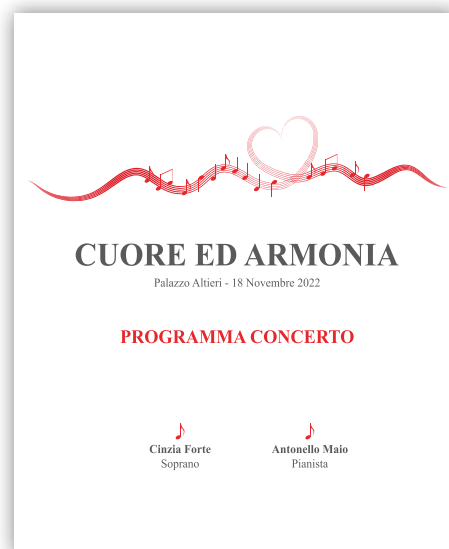


che nel corso di questo anno porterà al primo frutto tangibile, lo studio CANFIB, che esplorerà interessanti ipotesi di applicazione della IA in cardiologia, permettendoci di essere presenti indirettamente nel G8 Sanità nelle Marche.

Altra decisione importante, ratificata dal CDA, è stata quella di nominare un responsabile del Sito Web della Fondazione e dei social-media, nella persona della dottoressa Stefania Di Fusco che tanto bene sta facendo

professionalmente e associativamente e che ha la capacità di rendere più appealing il sito e di sviluppare la comunicazione sui social media, supportata dai nostri esperti di comunicazione. Abbiamo dato impulso all'aggiornamento e allo sviluppo del sito web, coinvolgendo tanti volenterosi colleghi, indicati dalle Aree ANMCO e stiamo procedendo a rivitalizzare il servizio l'Esperto risponde, oltre che aggiornare e implementare la nostra collezione di opuscoli, i cui contenuti saranno resi fruibili anche via web, in maniera dedicata.

Fra le iniziative di recente progettazione, Cuore e Armonia, finalizzata alla diffusione della conoscenza della Fondazione nel mondo laico, presto vedrà ulteriori appuntamenti, dopo il grande successo iniziale.





www.periltuocuore.it



Gli opuscoli della Fondazione



Stiamo programmando altre date della iniziativa Cuore e Armonia, per diffondere sempre di più la conoscenza della nostra Fondazione in settori del mondo laico. In data 20 gennaio 2023, nella prestigiosa cornice del Comando Generale dei Carabinieri, alla presenza del Comandante Generale Luzi e dei principali Direttori di Dipartimento dell'ARMA io e il dr. Napoletano in qualità di rappresentanti di ANMCO e di Fondazione abbiamo avuto modo di firmare il protocollo d'intesa

triennale su attività da svolgere a favore dei Carabinieri, questa intesa ci ha consentito e ci consentirà oltre che di attuare campagne di prevenzione e di informazione a favore dell'ARMA, di portare avanti anche un rilancio delle attività di RCP; così guadagnando ulteriore visibilità istituzionale e promuovendo un importante servizio a favore dei Carabinieri, cosa che a mio modo di vedere ci deve rendere orgogliosi. **Cardiologie Aperte** La settimana dal 12 al 19 febbraio 2023 si sono tenute le Cardiologie

Aperte, che rimangono una delle classiche attività della Fondazione, anche quest'anno sono state proposte in forma da remoto escluse diverse iniziative locali portate avanti in autonomia, seppur aderenti al progetto; più di 200 Cardiologie italiane, più di 600 Cardiologi, ai quali va il nostro più profondo riconoscimento, hanno risposto per più di 1.500 ore complessive dedicate alle domande poste, un segno di presenza e vicinanza molto importante, ci sono poi state iniziative locali molto importanti, lodevoli e significative. Durante la settimana abbiamo avuto modo sui social media e sui media anche televisivi di fare diversi passaggi, che hanno visto impegnate figure di spicco della cardiologia ospedaliera, per sensibilizzare sulla prevenzione cardiovascolare e altri argomenti di interesse e per aumentare la diffusione della conoscenza delle attività di Fondazione e ANMCO, con particolare attenzione alla Ricerca

Il tempo del cuore.

CARDIOLOGIE APERTE 2023

CAMPAGNA NAZIONALE PER IL TUO CUORE PER LA PREVENZIONE DELLE MALATTIE CARDIOVASCOLARI

Dal 12 al 19 febbraio torna la diciassettesima edizione di **CARDIOLOGIE APERTE**, la Campagna Nazionale per la Prevenzione di Malattie Cardiovascolari!

Nel corso della settimana, la Fondazione per il Tuo cuore risponderà al **numero verde dedicato** ai cittadini, che potranno chiamare gratuitamente per porre domande su problemi o dubbi legati alle malattie del cuore.

Per prendere visione delle molteplici iniziative realizzate dalle singole cardiologie aderenti all'iniziativa, visitare il sito www.periltuocuore.it

Per MAGGIORI INFORMAZIONI Inquadra il codice o visita il sito www.periltuocuore.it

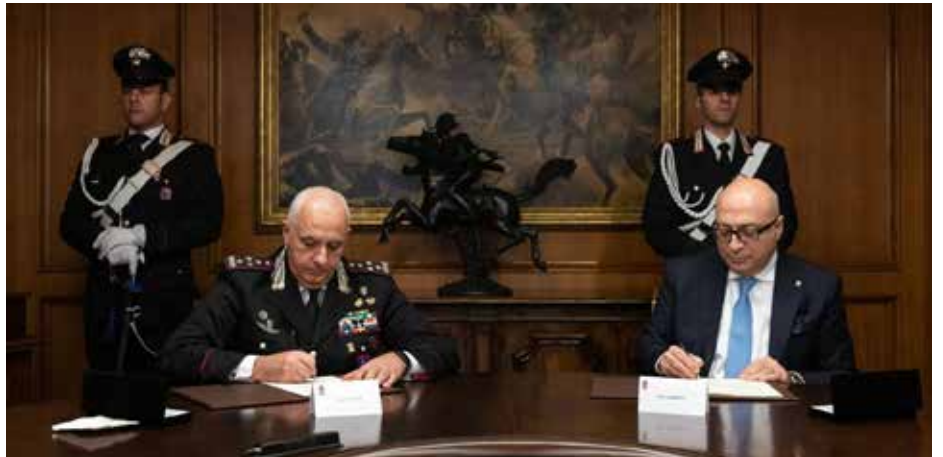
Numero Verde: 800 05 22 33 | Negli orari: 10:00 - 19:00 | 14:00 - 16:00

Hashtag: #scottiamiltuocuore #cardiologieaperte



Clinica tramite il Centro Studi; anche le attività sui social hanno ottenuto grande evidenza con ben 146.000 persone raggiunte nelle prime settimane di aprile.

La 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





CARDIOLOGIE APERTE 2024

IL SAN CAMILLO INCONTRA I CITTADINI

LUNEDÌ 12 FEBBRAIO 2024	SULLA PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE E ILLO SCOMPENSO CARDIACO: SENZA DIMENTICARE LA CARDIOPATIA ISCHEMICA	MOSEBANO P. PIAZZA L. 180 SUGA
ORE 14.30	INTRODUZIONE IN ASSISTENZA G. DE CARO	
ORE 15.30	COSSA SIBONIA SAPERE SULLA PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE (E. NATALI)	
ORE 16.30	COSSA SIBONIA SAPERE SULLO SCOMPENSO CARDIACO (G. CARRETTI)	
ORE 17.30	COSSA SIBONIA SAPERE SULLA CARDIOPATIA ISCHEMICA (M. PIVANICCHI)	
ORE 18.00	COSSA SIBONIA L'IMPATTO CLINICO DELLA MORTE IMPREVEDIBILE CARDIACA (S. PERCICOLI)	
ORE 18.30 - 19.00	DOMANDE APERTE DAL PUBBLICO	
MARTEDÌ 13 FEBBRAIO 2024	CARDIOLOGIA DI GENERE E CARDIONCOLOGIA: SENZA DIMENTICARE LA FIBRILLAZIONE ATRIALE	MOSEBANO P. PIAZZA L. 180 SUGA
ORE 14.30	INTRODUZIONE IN ASSISTENZA G. DE CARO	
ORE 15.30	COSSA SIBONIA SAPERE SULLA CARDIONCOLOGIA (S. BOCCARDI)	
ORE 16.30	COSSA SIBONIA SAPERE SULLA CARDIONCOLOGIA DI GENERE (S. SABBIONI)	
ORE 17.30	COSSA SIBONIA SAPERE SULLA FIBRILLAZIONE ATRIALE (A. PIRELLA)	
ORE 18.00	COLLABORAZIONE (PROCASTRO) DEL SAN CAMILLO QUALI OPZIONI PER QUASI 1000000 DI PERSONE (P. DE A. SERRANO)	
ORE 18.30 - 19.00	DOMANDE APERTE DAL PUBBLICO	

PREZZO ALLA PASTA
ALCUNE MENÙ DEL SAN CAMILLO
PUBBLICITÀ PUBBLICITÀ

NACIONE LAZIO
LABORIO CENTRALE DEL SAN CAMILLO

ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda 6 g

♥ **Cardiologie Aperte 2024: incontra gli specialisti di Niguarda!**
Torna l'appuntamento annuale di prevenzione di "Cardiologie Aperte", iniziativa promossa da Fondazione per il Tuo cuore Onlus e ANMCO, arrivata alla 18esima edizione.
Se hai dubbi o domande su problemi legati alle malattie del cuore e vuoi avere più informazioni su sintomi, prevenzione, controlli e cure incontra i cardiologi del Niguarda.

📍 **Fino al 16 febbraio segui gli incontri tenuti dagli specialisti.** Sono al Blocco Sud dell'Ospedale, settore B, 2° piano, aula est 1 dalle ore 12 alle ore 13.
A seguire, dalle 13.30 alle 16, nell'atrio del Blocco Sud, settore B, piano terra, i professionisti sono a disposizione dei cittadini per rispondere a dubbi e timori su tematiche legate alla salute del cuore.

Ogni giorno verrà affrontato un tema diverso:

- ◆ 12 febbraio: fibrillazione atriale
- ◆ 13 febbraio: cardioncologia e cardioncologia di genere
- ◆ 14 febbraio: cardiologia di genere
- ◆ 15 febbraio: scompenso cardiaco
- ◆ 16 febbraio: prevenzione dei fattori di rischio modificabili

👉 Inoltre dal 12 al 18 febbraio gli specialisti di Niguarda insieme ad altri 600 cardiologi di tutta Italia saranno disponibili al telefono per fornire informazioni e chiarimenti sulle malattie cardiache.
📞 Chiama il numero verde gratuito 800 05 22 33
Il numero è attivo tutti i giorni dalle ore 10 alle ore 12 e dalle 14 alle 16.

[Fondazione per il Tuo cuore Onlus ANMCO](#)
[#cardiologieaperte #ospedaleniguarda](#)

CARDIO WALKING 2024

UN PASSO VERSO LA SALUTE!

PRESENTA:
MARIA FRANCESCA CHIAPPE
CON LA PARTECIPAZIONE DI:
DALIA KADARI
INTERVENGO:
DOTT. MARCO CORDA
DOTT. STEFANO MANELLI

18 FEBBRAIO
2024
ore 9.00
ARENA DI MARINA PICCOLA
CAGLIARI

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 cardiologie 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. In taluni casi si sono organizzate camminate della



Cardiologie Aperte 2024

CARDIOLOGIA DI GENERE
E
CARDIONCOLOGIA DI GENERE

Responsabili Scientifici: P. Caldarola, L.M. Proscia



13 Febbraio 2024 ore 15:00
Sala Convegni
Ospedale San Paolo - Bari


salute.

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.

Cardiologie Aperte 2024

LO SCOMPENSO CARDIACO
E
IL TRAPIANTO DI CUORE

Responsabile Scientifico: P. Caldarola



15 Febbraio 2024 ore 15:00
Sala Convegni
Ospedale San Paolo - Bari

Gazzetta del Sud
Reggio 18.2.2024 Chioschetteria www.gazzettadel sud.it

All'ospedale di Melito oltre centocinquanta tra controlli e consulenze

Evento "Cardiologie aperte"

In tanti scelgono la prevenzione

Interessante l'approfondimento sui rischi per le pazienti

Giuseppe Toscano

MELITO

Centocinquanta visite, con controlli strumentali e consulenza medica. Il tutto offerto gratuitamente nell'ambito dell'evento "Cardiologie aperte 2024". Ad avere accesso alla significativa misura di prevenzione sono stati "pazienti" arrivati dal comprensorio dell'Area Grecanica ma anche dalla città di Reggio Calabria. Per l'unità operativa di riabilitazione cardio-respiratoria dell'ospedale "Tiberio Evoli", promotrice dell'evento, la giornata in due tempi, andata in scena ieri, è stata un autentico successo. Ancorato al tema "Le malattie cardiovascolari nelle donne", l'appuntamento ha proposto una fase introduttiva di tre giorni (da mercoledì 14 a venerdì 16 febbraio), nel corso della quale sono state offerte consulenze telefoniche a chiunque abbia chiamato il numero verde ch'era stato messo a disposizione. Ieri, invece, il reparto diretto dalla dottoressa Bruna Miserraffiti ha aperto le porte a chiunque avesse in animo di sottoporsi al test di valutazione del rischio cardiovascolare, con possibilità di approfondimento diagnostico, tipo elettrocardiogramma, misurazione della pressione arteriosa e altro ancora, e colloquio diretto con gli specialisti. A partire dalle 9 e fino alla chiusura scattata intorno alle 13, si è registrato un afflusso continuo di persone.

Nel pomeriggio la seconda parte ha avuto come momento centrale un interessante evento divulgativo, dedi-

cato alla prevenzione delle malattie cardiovascolari nella donna. Introdotti dalla dottoressa Miserraffiti, che ha parlato di "Rischio cardiovascolare nella donna", a prendere la parola sono stati: l'ostetrica Paola Infortuna, la dottoressa Anna Scordo, il dottore Giovanni Perrone e la dottoressa Doriana Crupi, con focus dedicato dalle prime due relatrici a "Donne e menopausa: come promuovere la salute nelle donne in menopausa"; e dagli altri relatori, rispettivamente, al tema "Il rischio cardiovascolare nelle donne con diabete" e "Attività fisica e malattie cardiovascolari".

«Nonostante le nuove scoperte, le cure e i progressi fatti dalla medicina – ha detto la dottoressa Miserraffiti – le

malattie cardiovascolari restano la prima causa di morte al mondo. Di fronte a numeri allarmanti, la prevenzione resta la via privilegiata per mettersi al riparo dall'insorgenza di patologie pericolose per la vita umana. Da questo punto di vista diventa importante far aumentare la presa di coscienza generale, attraverso la divulgazione di consigli e buone pratiche.

Il grazie di Miserraffiti a tutto il personale del reparto, che si è messo a disposizione per il comune benessere

Per questo motivo abbiamo ritenuto di aderire alla giornata delle cardiologie aperte». Sul l'andamento della giornata il giudizio è più che positivo. «Abbiamo ripreso il percorso – ha concluso – dopo i tre anni di inattività che erano stati imposti dalla pandemia. La risposta in termini di partecipazione ottenuta è stata notevole a partire già dall'orario di apertura. Tutto il personale del reparto, che ringrazio, si è messo a disposizione. Così come ringrazio i colleghi che, nel corso del pomeriggio, hanno relazionato su aspetti specifici, aprendo con i presenti un momento di confronto positivo per la crescita di tutti».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Test gratuiti il reparto diretto dalla dott.ssa Bruna Miserraffiti ha accolto una vasta utenza "temporanea"





Ci sono state molte interviste radiofoniche (Radio RAI, Radio in blu etc). La copertura sui social è stata capillare con varie dirette Facebook, plurigiornalieri post su Instagram, Facebook etc, una mia breve intervista sullo scompenso cardiaco mandata su Tik-Tok ha

avuto più 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 credo 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 2024 per lanciare mediaticamente la splendida iniziativa del passaporto cardiologico, che dobbiamo alla eccellente intuizione dell'Area CardiOncologia e in particolare di Irma Bisceglia; l'iter autorizzativo sta procedendo e speriamo di poter partire almeno in forma pilota in alcuni dei centri cardiologici ad alto volume, stiamo provvedendo





a presentare l'iniziativa in sede istituzionale, sperando di ottenere l'endorsement per facilitare il percorso.

Altre Attività 2023-2024

Banca del Cuore / Truck Tour che è una delle iniziative di punta della Fondazione, magistralmente diretta da Michele Gulizia ha ripreso nel 2023 la propria corsa, con ben 27 tappe che hanno raggiunto migliaia di cittadini e implementato Banca del Cuore, da cui speriamo di ricavare dati importanti. Durante il tour 2023 abbiamo avuto poi modo di inserire nello screening un numero consistente di Carabinieri come da protocollo di collaborazione. Ma vi parlerà in dettaglio di questo Michele Gulizia.

Per quanto riguarda il **Centro Studi**, che è il fiore all'occhiello del mondo ANMCO guidato con competenza e dedizione da Aldo Maggioni, nel 2023 si sono avviate una serie di iniziative con egida ANMCO quali mancavano da tempo (BRING UP prevenzione, Bring up scompenso, EYE SHOT 2), e si è dato avvio alle attività preliminari regolatorie del registro europeo che era da tempo in attesa di partire, con un impegno economico importante, ma ritenuto essenziale; anche di queste attività vi parlerà in dettaglio Aldo Maggioni. Abbiamo poi cercato di

dare continuità allo stesso Centro Studi inserendo nell'organico Francesco Orso, che al momento affiancherà e poi sostituirà nelle attività Aldo Maggioni, quando egli, per limiti anagrafici, interromperà la collaborazione con il mondo ANMCO. Nel corso del 2023 è stato completato il Censimento delle Cardiologie italiane, di cui leggerete in altri articoli. Direi che mai come in questo biennio hanno visto la luce Studi ANMCO importanti per la pratica clinica (Bring-up etc) e collaborazione con ESC (orfana di finanziamenti).

Il 14 marzo 2023 abbiamo aderito, insieme con ANMCO, alla **Giornata Nazionale del Cuore**, marcando la nostra appartenenza e fornendo un servizio utile ai cittadini. I contatti con il CNT ci hanno consentito di programmare la Campagna di sensibilizzazione per la donazione/trapianto di cuore, campagna proposta da Pasquale Caldarola su mio impulso, che ha visto varie iniziative la prima delle quali si è tenuta ad aprile 2023 nella giornata della donazione di organi e che ha visto la collaborazione con la Fondazione della Società Italiana di Cardiocirurgia. Il 16 aprile, in collaborazione con il CNT e il Ministero della Salute, insieme con la fondazione cuore domani

della SICCH abbiamo aderito alla **Giornata nazionale della donazione di organi**, mettendo a disposizione al numero verde di nostra competenza cardiologi e cardiocirurghi dei principali centri trapianto di cuore italiani per rispondere ai quesiti dei cittadini, anche questo è stato un grande successo.

Stiamo inoltre proseguendo i contatti per coinvolgere figure laiche di rilievo nelle nostre attività e progetti, sempre ai fini di ottimizzare le future campagne di raccolta fondi utili per la messa in atto sia della ricerca indipendente che delle attività a favore della popolazione precipue della Fondazione (**Ambasciatori e Ambasciatrici della Fondazione per il Tuo cuore**).

Durante il 54° Congresso Nazionale ANMCO diverse sono state le attività di Fondazione, in particolare abbiamo consolidato la partnership con AHA, tenendo in presenza un simposio incentrato sulla ricerca clinica al di qua e al di là

Sei il mio ieri, il mio oggi, il mio domani.

Giornata Nazionale per la donazione di organi e tessuti. **16 aprile 2023**

Scegli di vivere ancora, diventa donatore del tuo cuore

Fondazione per il tuo cuore è da sempre impegnata nella diffusione della cultura per la prevenzione delle malattie cardiovascolari e per la tutela della salute generale. Un dovere verso se stessi, un'opportunità di vita per gli altri, perché cuore, rene, polmone e fegato sono alcuni degli organi che è possibile donare per ridare la vita a chi vive in attesa di trapianto. Destinare i propri organi post mortem è un gesto di grande altruismo e di progresso civile. Ogni anno, grazie al trapianto, migliaia di persone trovano una cura efficace e tornano a una vita piena.

NON CI VUOLE CORAGGIO, SOLO CUORE.

Informazioni per scegliere di diventare donatore al sito: www.periltuocuore.it #UnSiiComune #Sceglididonare



dell'Oceano, approfittando della presenza di prestigiosi colleghi dell'AHA. Abbiamo inoltre tenuto una diretta Facebook aperta alle domande delle persone, che ha riscosso grandissimo successo e che stiamo ripetendo come attività periodica.

Il progetto, di cui vi ho già parlato, **The Tube** in collaborazione con il Rotary distretto 2090, sta vedendo la preparazione degli ultimi preliminari, in particolare la condivisione con altri distretti rotariani, con l'occasione stiamo procedendo a contatti con il MIUR per concordare la possibilità di una campagna di sensibilizzazione nelle scuole sugli effetti cardiovascolari delle sostanze di abuso. Nel mese di giugno 2023 si è tenuto il primo incontro sperimentale del sottoprogetto scuola, con un evento a Fermo, in data 1 giugno abbiamo

tenuto nella splendida cornice dell'Auditorium San Filippo Neri, è stato un incontro molto stimolante e interessante per gli alunni coinvolti (più di 100) in cui io, con la imprescindibile collaborazione del dr. Francesco Cicirillo abbiamo presentato e discusso i vari temi previsti, questo progetto (**un cuore per amico**) è stato proposto al Ministero per essere esteso a tutte le scuole superiori italiane che vogliono aderire. Eventi successivi si sono tenuti a Gubbio e nel maggio 2024 si terrà a Lecce.

Per le attività in essere e in programmazione in data 25 giugno 2023, nel corso del congresso distrettuale Rotary del distretto 2090, la Fondazione è stata insignita della prestigiosa benemerenda rotariana **Paul Harris**, che ho avuto il piacere e l'onore di ritirare personalmente in nome e per conto di HCF, tale

riconoscimento è stato per la prima volta, a mia conoscenza, destinato a una fondazione e non a una persona fisica, questo ci deve riempire di orgoglio e far ulteriormente considerare le potenzialità della nostra fondazione. La collaborazione con il Rotary sarà foriera di importanti progetti e aumenta in maniera esponenziale la visibilità di HCF.

Nel dicembre 2023 abbiamo presentato, presso la Camera dei Deputati, il progetto di **cardiologia di genere**, con attivazione di infopoint dedicato nei mesi successivi, il giorno 8 marzo 2024 poi, nella prestigiosa aula del Ministero della Salute di Roma, si è tenuto il congresso relativo con protagoniste le cardiologhe ANMCO e che si è aggiunto alla conferenza stampa prevista nella stessa sede, in quella occasione abbiamo presentato anche il **passaporto cardiooncologico**, che stiamo portando avanti con le necessarie interlocuzioni istituzionali affinché possa finalmente partire, almeno in maniera sperimentale in qualche regione. In aggiunta vi è stata grande





copertura mediatica sia sui social che i media che in televisione. Stiamo procedendo al necessario rinnovo del CDA di Fondazione successivamente al rinnovo della cariche ANMCO avvenuto durante il nostro ultimo Congresso di Rimini e ho quindi il piacere di dare il benvenuto nel CDA di HCF al dr. Massimo Grimaldi, nostro Presidente designato. Nel dicembre 2023 abbiamo poi dato ulteriore impulso al CDA di Fondazione nominando, per la prima volta, un Presidente onorario laico, il dr. Pirovano, Presidente di Banca Mediolanum, certi che la Sua sensibilità e impegno ci permetteranno di strutturare ulteriori iniziative benefit. Abbiamo coinvolto altre figure del mondo ANMCO nei vari settori operativi, Pasquale Caldarola e Furio Colivicchi. Stiamo poi definendo le persone da coinvolgere nel Comitato d'Onore di HCF, anche questo riteniamo darà ulteriore impulso alle varie attività. Dopo questo breve excursus su alcune delle attività della Fondazione, peraltro non esaustivo per motivi di spazio editoriale, vi saluto cordialmente anche a nome del CDA della Fondazione, ringraziandovi per il contributo che sempre date alle iniziative ed esortandovi a ricordare anche ai vostri familiari e conoscenti l'importanza di devolvere il 5 per mille della dichiarazione dei redditi a favore della nostra Fondazione. Nel corso del prossimo 55° Congresso Nazionale ANMCO sono previste diverse attività dedicate a HCF, inoltre sono allo studio una serie di iniziative di cooperazione internazionale, di cui vi riporterò nei prossimi articoli. ♥



Consiglio di Amministrazione


Prof. Cav. Domenico Gabrielli – Presidente
Prof. Michele Massimo Gulizia – Past President
Dott. Federico Nardi – Vice Presidente

Dott. Fabrizio Oliva - Consigliere Delegato per la Ricerca (Presidente ANMCO)
Dott. Massimo Grimaldi - Consigliere
Dott. Cosimo Napoletano - Consigliere
Prof. Andrea Monorchio - Consigliere
Cav. Lav. Dott. Giampietro Nattino – Consigliere

Responsabili Settori Operativi

Prof. Michele Massimo Gulizia
Responsabile Settore Operativo Autonomo Banca del Cuore
Dott. Pasquale Caldarola
Responsabile Settore Operativo Educazionale
Dott. Aldo Pietro Maggioni
Responsabile Settore Operativo Ricerca
Dott. Carmine Riccio
Responsabile Settore Operativo Scuola
Prof. Furio Colivicchi
Responsabile Settore Operativo Rapporti con Società Scientifiche Internazionali ed RCP



FONDAZIONE PER IL TUO CUORE

CUORE DI DONNA

*Sala Auditorium - Ministero della Salute
 Lungotevere Ripa, 1, 00153 Roma RM*

8 marzo 2024
 dalle ore 9.00 alle ore 13.00

9:00 1ª SESSIONE - CONFERENZA STAMPA

Moderatore: **Michele Karaboue**

- Saluti delle Autorità
- Introduzione
- Domenico Gabrielli**
 Direttore Cardiologia Ospedale San Camillo - Roma
 Presidente Fondazione per il Tuo cuore Onlus
- Fabrizio Oliva**
 Direttore Cardiologia 1 – Emodinamica Asst Ospedale Metropolitan Niguarda - Milano
 Presidente ANMCO

10:00 2ª SESSIONE – CONVEGNO SCIENTIFICO ECM


Moderatore: **Furio Colivicchi**
 Direttore Cardiologia Clinica e Riabilitativa PO San Filippo Neri – Roma
 Past President ANMCO

Maria Laura Canale
 Dirigente Medico SC Cardiologia Nuovo Ospedale Versilia – Lido di Camaiore (LU)
 Chairperson Area Cardioncologia

- Gap di genere in ambito malattie cardiovascolari (20 min)
Maria Teresa Manes
 Direttore Cardiologia Ospedale Spoke - Paola-Cetraro (CS)
 Chairperson Area Cardiologia di Genere ANMCO
- Quali interventi per ridurre il gap di genere nella prevenzione cardiovascolare (20 min)
Antonio Mannarini
 Dirigente Medico Ospedale Bari
 Co-Chairperson Area Cardiologia di Genere ANMCO
- Gap di genere in cardioncologia (20 min)
Irma Bisceglia (Roma)
 UOSD Servizi Cardiologici Integrati Ospedale San Camillo - Roma
 Area Cardioncologia ANMCO
- Tavola Rotonda:
Maria Carluccio, Pasquale Caldarola, Gerardo De Carolis, Antonino Granatelli, Cosimo Napoletano, Federico Nardi, Francesco Orso
- Discussione

Fondazione per il Tuo cuore - HCF Onlus
 riconosciuta dal Decreto del Ministero della Sanità del
 25 Settembre 2000 - Certificata UNI EN ISO 9001:2015
 Istituzione Anagrafe Nazionale Ricche N. 5354102P

Costruita da Associazione Nazionale
 Medici Cardiologi Ospedalieri



Segreteria istituzionale:
 Via A. La Marmora, 36 - 50121 Firenze - Italia
 Tel. + 39 055 5101367 • Fax + 39 055 5101360
 C.F. 04070130482 • P. IVA 05089700487
 segreteria@periltuocuore.it • www.periltuocuore.it



Studi in corso (DATI AGGIORNATI AL 15/04/2024)

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	Dicembre 2025	Arruolamento chiuso Follow-up in corso
<u>BRING-UP 3</u> <u>SCOMPENSO</u> (osservazionale)	186	5.000 per fase 1 5.000 per fase 2	Fase 1: 5.203	1 anno per ogni fase	Arruolamento 1 ^a fase chiuso Follow-up 1 ^a fase in corso
<u>BRING-UP</u> Prevenzione (osservazionale)	197	3.000 per fase 1 3.000 per fase 2	Fase 1: 4.790	1 anno per ogni fase	Arruolamento 1 ^a fase in corso Follow-up 1 ^a fase in corso
<u>EYESHOT-2</u> (osservazionale)	183	3.000	2.806	<i>No follow-up</i>	Arruolamento chiuso
EMPA-KIDNEY In collaborazione con oxford University EMPA-KIDNEY – on treatment Phase	19 (229)	500 (6.000)	246 (6.669)	Event driven	Chiuso
EMPA Kidney – Post Trial Follow-up Phase	17 (229)	NA	246 (6.669)	2 anni	In corso
<u>AFFIRMO</u> (Cluster RCT)	12 (52)	250 (1.250)	1(0)	1 anno	Arruolamento in corso

Studi conclusi (DATI AGGIORNATI AL 15/04/2024)

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 15/04/2024)

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>BRAVE</u> (open label RCT)	4 (50)	120 (2.000)	Event driven
EASI-KIDNEY	30 (400/500)	350 (11.000)	Event driven
EUROHEART SCA	55	5.000	1 ANNO

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



FOCUS ON

Studio BRING-UP Prevenzione

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

Lo Studio BRING-UP-Prevenzione, promosso da Fondazione per il Tuo cuore e ANMCO, è uno studio osservazionale, prospettico e multicentrico, condotto su un campione ampio e rappresentativo di Centri Cardiologici italiani che sta arruolando pazienti con un evento atero-trombotico documentato: malattia coronarica (CAD), malattia cerebrovascolare (CVD), malattia arteriosa periferica (PAD). I pazienti arruolati saranno seguiti in follow-up per 1 anno, con visite a 6 e 12 mesi. L'obiettivo primario dello studio è quello di valutare il livello di aderenza alle raccomandazioni delle linee guida con l'ipotesi di migliorare la percentuale di pazienti che raggiungono il target previsto per i livelli di colesterolo LDL. Gli obiettivi secondari comprendono la valutazione del livello di aderenza alle raccomandazioni delle Linee Guida e la percentuale di pazienti a target per gli altri fattori di rischio rilevanti e modificabili. La Fase Regulatoria è stata attivata a Marzo 2023, a seguito dell'adesione di 219 Centri Cardiologici distribuiti su tutto il territorio nazionale; sono state quindi avviate le pratiche regolatorie che hanno

portato all'attivazione di 197 Centri. Lo studio Bring-UP Prevenzione si articola su diverse fasi di seguito riassunte:

1) Primo intervento educativo con i Ricercatori dei Centri coinvolti per discutere le raccomandazioni delle Linee Guida, i modelli di trattamento in specifici fenotipi di pazienti e gli aspetti più importanti del protocollo dello studio. *Queste attività si sono svolte nel mese di ottobre 2023 nell'ambito di cinque incontri macroregionali distribuiti sul territorio nazionale (Milano, Bologna, Roma, Bari, Catania) che hanno coinvolto due Ricercatori per ciascuno dei Centri aderenti. Le relazioni scientifiche e gli aspetti operativi del protocollo presentati nel corso dei meeting sono stati registrati e messi a disposizione di tutti i Ricercatori dei Centri partecipanti sul Sito web dell'associazione.*

2) Prima fase di arruolamento, per 3 mesi o fino a 30 casi consecutivi, di pazienti con pregresso evento atero-trombotico.

Il primo periodo di arruolamento ha avuto inizio intorno alla metà di settembre 2023 per un primo gruppo selezionato di Centri pilota, poi gradualmente gli altri Centri sono stati attivati quando pronti a partire in base al completamento degli aspetti regolatori. Il 29/02/2024 si è concluso il periodo di arruolamento della Prima Fase, durante la quale sono stati arruolati 4790 pazienti da 189 Centri (dei 197 attivati). Si tratta di un risultato che ha ampiamente superato l'obiettivo di circa 3000 pazienti previsto nel protocollo dello studio. I risultati basali relativi ai pazienti arruolati in questa fase saranno presentati al prossimo Congresso ANMCO.

3) Valutazione degli end-point primari e secondari dello studio a 6 mesi dall'arruolamento.

Il Follow-up a 6 mesi si concluderà per tutti i pazienti il 29/08/2024. L'obiettivo è quello di completare i dati di follow-up entro fine settembre, in modo da poter procedere all'analisi degli stessi in vista della successiva tornata di Investigator Meeting (successivo punto 4).

4) Secondo intervento educativo con i Ricercatori per condividere i risultati del follow-up a 6 mesi del primo periodo di arruolamento dello studio, focalizzando l'attenzione sui divari esistenti tra le raccomandazioni delle Linee Guida e la pratica clinica.

Gli incontri avranno strutturazione analoga a quelli descritti al punto 1 e saranno effettuati nel corso del mese di novembre 2024.

5) Nuovo periodo di arruolamento per altri 3 mesi o fino a 30 pazienti consecutivi non inclusi nella fase precedente con pregresso evento atero-trombotico.

Tali attività saranno svolte tra il 1 dicembre 2024 e il 15 marzo 2025 (i 15 giorni in più permettono di compensare il periodo di festività natalizie).

6) Ulteriore valutazione degli end-point primari e secondari dello studio a 6 mesi dall'arruolamento nel secondo gruppo di pazienti arruolati.

7) Follow-up a 12 mesi per tutti i pazienti inclusi in entrambe le fasi di arruolamento dello studio.

Lo studio si concluderà quindi nel primo trimestre del 2026 con il completamento del follow-up a 12 mesi dei pazienti arruolati nel secondo periodo.

Vista la possibilità di attribuire crediti ECM come Formazione sul campo (FSC) grazie alla partecipazione attiva a progetti di ricerca promossi da enti no profit, le due fasi di arruolamento sono state accreditate.

Il Centro Studi ANMCO della Fondazione per il Tuo cuore si occupa di seguire e supportare i Centri in tutte le attività previste per lo studio.

Studio BRING-UP 3 Scompenso

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

Lo Studio BRING-UP-3 Scompenso, promosso da Fondazione per il Tuo cuore e l'ANMCO, è uno studio osservazionale, prospettico e multicentrico, condotto in un campione ampio e rappresentativo di Centri Cardiologici italiani che arruolerà pazienti con scompenso cronico o scompenso acuto. I pazienti arruolati saranno seguiti in follow-up per 1 anno, con visite a 6 e 12 mesi. Obiettivo primario dello studio è quello di valutare il livello di aderenza alle raccomandazioni delle Linee Guida per la gestione dei pazienti con HFrEF.

Gli obiettivi secondari comprendono la valutazione del profilo di sicurezza dell'implementazione dei trattamenti raccomandati, il monitoraggio dei modelli di trattamento dei pazienti con scompenso acuto e di tutti i pazienti con scompenso cronico, indipendentemente dal livello di frazione di FE.

La Fase Regolatoria è stata attivata a marzo 2023, a seguito dell'adesione di 190 Centri Cardiologici distribuiti su tutto il territorio nazionale; sono state quindi avviate le pratiche regolatorie che hanno portato all'attivazione di 186 Centri.

Lo studio Bring-UP 3 Scompenso si articola su diverse fasi di seguito riassunte:

1) Primo intervento educativo con i Ricercatori dei Centri coinvolti per discutere le raccomandazioni delle Linee Guida, i modelli di trattamento in specifici fenotipi di pazienti e gli aspetti più importanti del protocollo dello studio.

Queste attività si sono svolte nel mese di ottobre 2023 nell'ambito di cinque incontri macroregionali distribuiti sul territorio nazionale (Milano, Bologna, Roma, Bari, Catania) che hanno coinvolto due Ricercatori per ciascuno dei Centri aderenti. Le relazioni scientifiche e gli aspetti operativi del protocollo presentati nel corso dei meeting sono stati registrati e messi a disposizione di tutti i Ricercatori dei Centri partecipanti sul Sito web dell'associazione.

2) Prima fase di arruolamento, per 3 mesi o fino a 30 casi consecutivi, di pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco.

Il primo periodo di arruolamento ha avuto inizio intorno alla metà di settembre 2023 per un primo gruppo selezionato di Centri pilota, poi gradualmente gli altri Centri sono stati attivati quando pronti a partire in base al completamento degli aspetti regolatori. Il 29/02/2024 si è concluso il periodo di arruolamento della Prima Fase, durante la quale sono stati arruolati 5203 pazienti da 179 Centri (dei 186 attivati). Si tratta di un risultato che ha superato l'obiettivo di circa 5000 pazienti previsto nel protocollo dello studio. I risultati basali relativi ai pazienti arruolati in questa fase saranno presentati al prossimo Congresso ANMCO.

3) Valutazione degli end-point primari e secondari dello studio a 6 mesi dall'arruolamento.

Il Follow-up a 6 mesi si concluderà per

tutti i pazienti il 29/08/2024. L'obiettivo è quello di completare i dati di follow-up entro fine settembre, in modo da poter procedere all'analisi degli stessi in vista della successiva tornata di Investigator Meeting (successivo punto 4).

4) Secondo intervento educativo con i Ricercatori per condividere i risultati a 6 mesi del primo periodo di arruolamento dello studio, focalizzando l'attenzione sui divari esistenti tra le raccomandazioni delle Linee Guida e la pratica clinica. *Gli incontri avranno strutturazione analoga a quelli descritti al punto 1 e saranno effettuati nel corso del mese di novembre 2024.*

5) Nuovo periodo di arruolamento per altri 3 mesi o fino a 30 pazienti consecutivi non inclusi nella fase precedente con diagnosi di scompenso cardiaco.

Tali attività saranno svolte tra il 1 dicembre 2024 e il 15 marzo 2025 (i 15 giorni in più permettono di compensare il periodo di festività natalizie).

6) Ulteriore valutazione degli end-point primari e secondari dello studio a 6 mesi dall'arruolamento nel secondo gruppo di pazienti arruolati.

7) Follow-up a 12 mesi per tutti i pazienti inclusi in entrambe le fasi di arruolamento dello studio.

Lo studio si concluderà quindi ad inizio 2026 con il completamento del follow-up a 12 mesi dei pazienti arruolati nel secondo periodo.

Vista la possibilità di attribuire crediti ECM come Formazione sul campo (FSC) grazie alla partecipazione attiva a progetti di ricerca promossi da enti no profit, le due fasi di arruolamento sono state accreditate.

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



PRESIDENTE

FABRIZIO OLIVA

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



VICE PRESIDENTE

LEONARDO DE LUCA

Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo
UOC Cardiologia 1
Piazzale Camillo Golgi 2
27100 Pavia
Tel. 0382/503157, Fax 0382/501279
l.deluca@smatteo.pv.it



VICE PRESIDENTE

ALESSANDRO NAVAZIO

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



PAST PRESIDENT

FURIO COLIVICCHI

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



PRESIDENTE DESIGNATO

MASSIMO GRIMALDI

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



SEGRETARIO GENERALE

MARCO CORDA

Azienda di Rilievo Nazionale ed Alta
Specializzazione "G. Brotzu"
Cardiologia con UTIC
Piazzale Alessandro Ricchi 1
09134 Cagliari
Tel. 070/539510, Fax 070/531400
marcuscorsa70@gmail.com



TESORIERE

CLAUDIO BILATO

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



CONSIGLIERE

MASSIMO DI MARCO

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



CONSIGLIERA

GIOVANNA GERACI

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



CONSIGLIERE

ATTILIO IACOVONI

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



CONSIGLIERE

MASSIMO MILLI

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



CONSIGLIERE

VITTORIO PASCALE

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



CONSIGLIERE

CARMINE RICCIO

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



CONSIGLIERE

PIETRO SCICCHITANO

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



CONSIGLIERE

EMANUELE TIZZANI

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



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



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)
Nicolò Ghionzoli - Siena
Amir Kol - Rieti
Pietro Pieri - Palermo
Consulente
Mauro Pennacchi - 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



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



Iris Parrini

AREA CARDIOGERIATRIA

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



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



Benedetta Carla De Chiara

AREA CARDIOIMAGING

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



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



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



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



**Nuove evidenze dai trial per l'utilizzo della terapia anticoagulante
nella Fibrillazione Atriale subclinica**

Le sfide della Fibrillazione Atriale subclinica alla luce dei nuovi trial: quali novità in arrivo?

**Le indicazioni alla terapia anticoagulante rimangono incerte nel campo della fibrillazione
atriale subclinica, in particolare nella finestra di eventi tra 6 minuti e 24 ore
I nuovi trial portano aggiornamenti per colmare il vuoto nelle evidenze cliniche**

La fibrillazione atriale (FA) è l'aritmia più diffusa, soprattutto con l'invecchiamento della popolazione, che può manifestarsi in maniera evidente all'ECG ed essere sintomatica (FA clinica) oppure essere di riscontro occasionale, come accade per gli AHRE (episodi ad alta frequenza atriale) rilevati dai dispositivi cardiaci impiantabili (CIED), in assenza di sintomi (FA subclinica). Gli AHRE, quando confermati da un elettrofisiologo come fasi di FA e non artefatti, sono piuttosto comuni, specialmente nei pazienti anziani e sono associati a un aumento del rischio di ictus e di FA clinica con burden giornaliero elevato. Le attuali linee-guida europee, pubblicate nel 2020, presentano un evidente vuoto sull'indicazione all'anticoagulazione,

I trial quantificano un rischio di ictus/embolia sistemica associato agli AHRE dell'1-1,2% per paziente-anno, pertanto inferiore al rischio associato alla FA clinica

lasciando spesso al clinico la decisione in rapporto al rischio-beneficio in questo contesto. I trial NOAH-AFNET 6 ed ARTESiA, pubblicati negli ultimi mesi, hanno cercato di chiarire l'uso degli anticoagulanti nella FA subclinica. Il trial NOAH-AFNET 6 ha reclutato 2536 soggetti con FA subclinica, con un'età media di 78 anni e durata media degli episodi di FA di 2,8 ore. L'endpoint primario analizzato era

un composito di morte per cause cardiovascolari, ictus o embolia sistemica. Dopo un follow-up medio di 21 mesi, lo studio è stato interrotto prematuramente, a causa di preoccupazioni sulla sicurezza e per la constatazione di futilità dell'efficacia di Edoxaban. Al momento dell'interruzione del trial, l'incidenza di ictus era sovrapponibile nei due gruppi. Il trial ha destato dubbi per la scelta di includere la morte cardiovascolare nell'endpoint primario. Infatti, ciò può aver ridotto le possibilità di un impatto positivo degli anticoagulanti, in quanto l'evento morte cardiovascolare dipende principalmente dalle comorbidità e dalla cardiopatia sottostante, e non solo della FA subclinica. Contemporaneamente a questo dato, si è affiancato un rischio di sanguinamenti maggiori



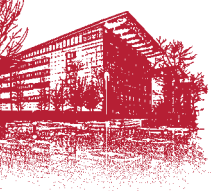
del doppio nel gruppo di pazienti trattati con Edoxaban. In ARTESiA si assiste, invece, a risultati diversi e apparentemente contrastanti. Il trial ha arruolato 4012 pazienti con età media di 77 anni e una durata mediana di AHRE di 1,5 ore (inferiore alla media di NOAH-AFNET 6). In circa un quarto dei casi, al follow up a 18 mesi, siccome erano stati rilevati degli episodi di FA che avevano durata maggiore a 24 ore o il paziente diveniva sintomatico per FA clinica, veniva iniziata la terapia anticoagulante orale, interrompendo il trattamento di assegnazione originario. Dopo un follow-up medio di 3,5 anni, l'endpoint primario di ictus o embolia sistemica era avvenuto in 55 pazienti nel gruppo Apixaban e in 86 nel gruppo Aspirina, con una evidenza di ictus invalidanti o fatali dimezzata nei pazienti trattati con Apixaban. I sanguinamenti maggiori sono stati più frequenti nel gruppo Apixaban, così come i sanguinamenti gastrointestinali. Entrambi i trial hanno confermato come il rischio di ictus/embolia sistemica associato agli AHRE si attesti sull'1-1,2% per paziente-anno, pertanto inferiore al rischio associato alla FA clinica. Per porre un sguardo più approfondito su questi

Gli anticoagulanti riducono il rischio di ictus invalidanti o fatali, aumentando il rischio di sanguinamento grave, tuttavia gestibile in maniera conservativa nella maggior parte dei casi

La capacità di registrare eventi aritmici da parte dei dispositivi impiantabili ha consentito di individuare alcuni pazienti con brevi episodi di fibrillazione atriale (FA) non evidenziati precedentemente. Tali episodi, denominati AHRE (Atrial High Rate Episodes) sono associati ad un aumento del rischio di ictus. Tuttavia, la gestione della terapia anticoagulante in questo contesto è stata per molti anni controversa. I trial NOAH-AFNET 6 e ARTESiA, hanno valutato il rischio-beneficio dell'anticoagulazione in questi pazienti. L'Area Aritmie dell'ANMCO, che aveva già programmato un Webinar sulla diagnosi e gestione della FA, ha intenzione di approfondire questo argomento e di proporre delle indicazioni per il trattamento degli AHRE. In questo articolo si intende condividere alcuni punti centrali, anticipando quelle che, probabilmente, saranno le novità inserite nelle prossime linee guida.

studi, l'Area Aritmie dell'ANMCO sta preparando un Webinar nel quale analizzeremo meglio i motivi per dei risultati apparentemente così contrastati nei due trial, e per facilitare anche i meno esperti nella lettura e nell'interpretazione degli studi, al fine di tradurre il messaggio nella pratica clinica quotidiana. Anticipando quanto emergerà nella nostra presentazione, i pazienti con FA subclinica devono essere attentamente valutati e la decisione di intraprendere una terapia anticoagulante dovrebbe essere individualizzata. Come Area Aritmie è nostro parere iniziare la valutazione innanzitutto dal CHA₂DS₂-VASc: più è alto questo punteggio, più sarà alto il rischio ischemico. Gli anticoagulanti riducono sostanzialmente il rischio

di ictus e, in particolare, il rischio di ictus invalidanti o fatali. Tuttavia, ciò è anche associato ad un aumento del rischio di sanguinamenti gravi, ma questo può essere gestito in maniera conservativa nella maggior parte dei casi (nell'ARTESiA ciò è avvenuto nel 90% dei casi di sanguinamento). Quand'è ragionevole, quindi, consigliare la terapia anticoagulante? A nostro parere, possiamo dire quando il CHA₂DS₂-VASc sia superiore a 3, perché questi pazienti sono potenzialmente ad alto rischio ischemico, anche in presenza di FA subclinica di breve durata. Come dobbiamo invece interpretare il burden di FA subclinica non incluso nel punteggio CHA₂DS₂-VASc? Sappiamo, infatti, che la presenza di un elevato burden risulta essere predittiva dell'evoluzione a FA



clinica, e quindi di un rischio ischemico maggiore della FA subclinica. Il burden, in questo contesto, dovrebbe essere considerato congiuntamente alle altre comorbilità, al fine di individualizzare la scelta della migliore strategia terapeutica, in relazione al rapporto rischio-beneficio della terapia anticoagulante. Questi trial avranno certamente un impatto sulle prossime linee guida della Società Europea di Cardiologia, che vedranno un aggiornamento proprio quest'anno. Siamo quindi fiduciosi di avere indicazioni più precise su come gestire gli AHRE, sempre più frequenti nella nostra pratica clinica. Se esse saranno disponibili, sicuramente saranno oggetto di approfondimento durante il nostro Webinar. Quanto da noi proposto, intanto, può essere una valida applicazione degli insegnamenti appresi dall'ARTESiA e dal NOAH-AFNET 6, da applicare sui nostri pazienti. Torneremo, comunque, presto a parlare di questi trial, degli studi in corso e delle novità in arrivo per approfondire l'argomento AHRE, visto il crescente e comprensibile interesse generale su un tema così importante.♥

**L'analisi dei risultati
dei trial ARTESiA e
NOAH-AFNET 6 mostra
importanti aggiornamenti
per la gestione della
terapia anticoagulante
nella fibrillazione atriale
subclinica**



Foto di Pixabay



La cura dell'Anziano cardiopatico richiede un approccio specifico

Cardiologia e Geriatria: una necessaria contaminazione per uno screening della Fragilità

Proposta di un minimum data set

I WEBINAR ANMCO

Il Lessico della Cardiogeriatrics

fragilità
anziano
delirium
demenza
Instrumental Activities of Daily Living
invecchiamento
autosufficienza
Valutazione multidimensionale
burden di malattia
SINDROMI
anziano
demenza
polipatologia
fragilità
anziano
delirium
demenza
Activities of Daily Living
multimorbilità
disabilità
POLIFARMACIA
disabilità

ANMCO
ASSOCIAZIONE ITALIANA
DEI MEDICI GERIATRI
E GERIATRI
NEXT GENERATION



Tools for assessing Frailty syndrome in various groups of CVD



Coronary artery disease	Frail scale; Frailty Phenotype ; Clinical Frailty Scale ; The Edmonton Frail Scale
Hypertension	Frail scale ; Frailty Index ; Clinical Frailty Scale ; Frailty Phenotype [; Gait speed ; Tilburg Frailty Indicator; The Basic Checklist for Frailty—BCF
Atrial fibrillation	Frailty Phenotype ; Frailty Index ; Clinical Frailty Scale ; The Edmonton Frail Scale ; Tilburg Frailty Indicator ; Frail scale ; Gait speed
Heart Failure	Frailty Phenotype , Gait speed ; Frailty index ; Tilburg Frailty Indicator ; Aging Clinical Frailty Scale ; Handgrip strength
Implantable devices	Gait speed ; Frailty Phenotype ; The Edmonton Frail Scale ; Tilburg Frailty Indicator ;
Cardiac surgery and TAVI	Frailty Phenotype , Gait speed ; The Essential Frailty Toolset ; Frailty index ; Clinical Frailty Scale ; Clinical Frailty Scale; Simplified Comprehensive Assessment of Frailty ; Modified Fried Frailty Criteria ; Frailty scale



Modelli interpretativi della fragilità

Physical Frailty Phenotype

Unintentional weight loss: >5% body weight unintentionally in last year, or BMI < 18.5kg/m²

Exhaustion: felt unusually tired or unusually weak 'all of the time' or 'most of the time' or reported energy level was ≤3

Low Activity: < 128 kcal (men) or <90 kcal (women) of energy expenditure based on 6 self-reported questions

Slowness: Average walking speed over 4-meter course:
Men ≤ 0.65m/s for height ≤173 cm or ≤0.76m/s for height > 173cm.
Women: ≤0.65m/s for height ≤159cm or ≤0.76m/s for height > 159cm

Weakness: Maximal grip strength:
Men: ≤29kg for BMI ≤24; ≤30kg for BMI 24.1-28; ≤32kg for BMI > 28.
Women: ≤17kg for BMI ≤23; ≤17.3kg for BMI 23.1-26; ≤18kg for BMI 26.1-29; ≤21 kg for BMI > 29.

Scoring: Frail = 3+ criteria met; prefrail = 1-2 criteria met; non-frail if 0 criteria met.

Essential Frailty Toolset

Chair stands: 5 rises > 15 seconds (1 point) or unable to complete (2 points)

Cognitive Impairment: MMSE score ≤24 (1 point)

Hemoglobin: < 13.0 (men) or 12.0 (women) g/dL (1 point)

Serum albumin: <3.5 g/dL (1 point)

Scoring: 0 (least frail) to 5 (most frail) points

Deficit Accumulation Index

30-40 deficits - defined as symptoms, signs, disabilities and diseases.

Each deficit is scored as binary (0 or 1) or can be graded (e.g., 0, 0.5, 1)

Examples of deficits include: disability; cognitive or physical impairments, co-morbidities, self-rated health, depression/mood.

Scoring: the ratio of deficits present over the total number of deficits included (e.g., if 10 out of 40 deficits total, the index score = 0.25).

Scoring: A person with frailty index score of >0.2 is deemed frail.





Frailty Consensus: A Call to Action

Scala FRAIL

Dominio	domanda	punteggio
Fatigue Stanchezza	Quanto tempo durante le 4 settimane precedenti ti sei sentito stanco?	(sempre, la maggior parte delle volte = 1 punto)
Resistance Resistenza	Hai difficoltà a salire 10 gradini da solo senza riposarti e senza ausili?	(Sì = 1 punto)
Ambulation Deambulazione	Hai qualche difficoltà a camminare da solo senza ausili?	(Sì = 1 punto)
Illness Malattia	Quante malattie* hai su un elenco di 11 in totale?	(5 o più = 1 punto)
Loss of weight Perdita di peso	Hai avuto una perdita di peso del 5% o più?	(Sì = 1 punto)

*ipertensione, diabete, cancro (no cancro della pelle minore), malattie polmonari croniche, infarto, insufficienza cardiaca congestizia, angina, asma, artrite, ictus e malattie renali
> 3 fragile, 1-2 pre-fragile, 0 robusto.



John E. Morley. *J Am Med Dir Assoc.* 2013 June ; 14(6): 392–397

4

Valutazione multidimensionale in Cardiologia “the busy cardiologist 5-min screening”



	Screening	Approfondimento (Geriatra?)
Fragilità	Velocità di marcia FRAIL (telefonico)	SPPB Fried Scale
Stato Cognitivo	MiniCog	MoCA MMSE
Autosufficienza (Disabilità)	Ha bisogno di aiuto nelle attività?	ADL/IADL
Nutrizione	BMI, albumina	MNA



G.Pulignano, D Del Sindaco

5



Oltre 25 anni fa, W.W. Parmley⁽¹⁾, si poneva la domanda: “*Do we practice Geriatric Cardiology?*” e rispondeva: “*si perché ormai noi cardiologi curiamo una popolazione di età geriatrica, e no perché non siamo ancora preparati a gestire in modo appropriato l’anziano fragile*”. Lo stesso quindi concludeva: “*noi dobbiamo apprendere dai geriatri quegli elementi dell’assistenza all’anziano che ci potranno qualificare pienamente a praticare la Cardiologia Geriatrica.*” La Cardiologia Geriatrica riunisce quindi le competenze per la cura delle malattie cardiovascolari con

La fragilità non di per se una ragione sufficiente per rifiutare una determinata cura, ma piuttosto un mezzo per scegliere una cura personalizzata

quelle per la gestione di aspetti propri dell’invecchiamento quali la fragilità, il declino cognitivo, la multimorbosità, la politerapia, aspetti sociali e psicologici. Essa quindi, fornisce alla pratica cardiologica gli strumenti per la diagnosi, la valutazione dei rischi, il coordinamento dell’assistenza e le abilità comunicative, necessari per gestire al meglio gli anziani cardiopatici.

Come definire la fragilità?

La caratteristica peculiare delle cardiopatie dell’anziano è sintetizzata da due termini: eterogeneità e complessità. Sono queste le

due dimensioni che spiegano le profonde differenze esistenti tra individui anagraficamente coetanei a parità di età e di cardiopatia. In queste due dimensioni convergono dinamicamente gli effetti del processo di invecchiamento cardiovascolare, delle cardiopatie, delle comorbidità, della disabilità e fragilità e dello stile di vita e di fattori socio-ambientali. L’identificazione, la valutazione ed il trattamento dei soggetti anziani fragili rappresentano la pietra angolare su cui si basa la pratica della medicina geriatrica. La fragilità può essere definita, come una condizione *di maggiore vulnerabilità ai fattori di stress a causa della diminuzione delle riserve fisiologiche che porta a scarsi risultati dopo eventi clinici e/o interventi cardiovascolari. Rappresenta un’entità distinta dalla disabilità, di cui precede lo sviluppo e con cui può parzialmente sovrapporsi.* Sebbene non vi sia consenso unanime su come misurare la fragilità, il fenotipo di fragilità e la fragilità da accumulo di deficit sono due modelli interpretativi ampiamente accettati⁽²⁾. Il *fenotipo fragile* definisce la fragilità come una sindrome clinica basata sulla presenza di 3 o più caratteristiche di debolezza muscolare, andatura lenta, inattività fisica, perdita di peso e affaticamento. La *fragilità da accumulo di deficit* definisce invece la fragilità come uno stato di cattiva salute che può essere quantificato utilizzando un indice di fragilità che calcolato come proporzione dei deficit di salute legati all’età.

Fragilità e cardiopatie

A seconda della definizione utilizzata, la prevalenza della fragilità negli adulti di età pari o superiore a 65

anni con malattie cardiovascolari varia dal 15% al 63%. Nelle cardiopatie la fragilità aumenta significativamente la mortalità e l’impatto sulla prognosi è dimostrato in un ampio spettro di condizioni, tra cui scompenso cardiaco, fibrillazione atriale, sindromi coronariche acute e valvulopatie. Tuttavia, in passato, i soggetti molto anziani e/o fragili sono stati esclusi dall’arruolamento nei trial randomizzati, e ciò ha determinato una carenza di evidenze specifiche, rendendo difficile trovare equilibrio nella scelta terapeutica fra il beneficio clinico atteso e i rischi

L’identificazione e la quantificazione della fragilità rappresentano uno strumento utile per una migliore cura dell’Anziano Cardiopatico

delle terapie e delle procedure. Nell’ultimo decennio la ricerca e l’innovazione tecnologica hanno permesso il trattamento con nuovi farmaci (quali anticoagulanti diretti e farmaci per lo scompenso cardiaco) e dispositivi e procedure interventistiche o chirurgiche (quali TAVI, resincronizzazione, clip mitraliche) di pazienti in precedenza considerati incandidabili. In un recente editoriale, Michael Rich⁽³⁾ ha affermato che, differenza del passato è ora possibile - e necessario - includere pazienti di età avanzata nei trial randomizzati e fornire evidenze per la pratica



clinica, e che il rapporto efficacia/sicurezza delle nuove terapie consente di ottimizzare la cura anche in questi pazienti. È tuttavia necessario implementare, a tale scopo, una valutazione della fragilità con uno dei punteggi validati disponibili al fine di migliorare l'appropriatezza degli interventi e gli esiti degli stessi. Nel setting cardiologico è indispensabile identificare il paziente «*né troppo sano né troppo malato*» che si possa giovare delle cure, identificando al tempo stesso quei pazienti in cui tali cure possano rivelarsi futili. La fragilità

La fragilità può essere definita come una condizione di maggiore vulnerabilità ai fattori di stress a causa della diminuzione delle riserve fisiologiche

quindi, non è di per se una ragione sufficiente per rifiutare a un paziente anziano una determinata cura, ma la sua quantificazione è piuttosto un mezzo per selezionare una cura personalizzata e appropriata.

Come identificare e quantificare la fragilità?

Riconoscere i domini della fragilità, le sue componenti e il loro peso relativo è un passo cruciale, al fine di dare una risposta personalizzata su misura ai bisogni peculiari dei pazienti. Sono disponibili in letteratura numerosi strumenti validati, alcuni molto semplici, altri più complessi, ma non vi è consenso

unanime su quale utilizzare in determinate situazioni. La maggior parte di essi si basa sui differenti domini che definiscono il fenotipo della fragilità. È necessario quindi validare uno strumento di screening affidabile in termini di sensibilità e specificità, ma contemporaneamente facile e di veloce somministrazione ed interpretazione anche da parte di non Geriatri. Se dopo lo screening viene identificata la presenza di fragilità, oppure il paziente presenta una forma manifesta di fragilità, è indicata una valutazione più dettagliata del deficit specifico evidenziato, oppure una Valutazione geriatrica completa. Sicuramente i pazienti che afferiscono alle Cardiologie sono in media più robusti e autosufficienti di quelli che afferiscono ad altre discipline quali la Medicina Interna e, ovviamente la Geriatria, ma l'identificazione di una condizione di fragilità o pre-fragilità completano e approfondiscono la conoscenza del paziente. Riteniamo quindi che, alla luce dei cambiamenti demografici ed epidemiologici, i tempi siano maturi per validare in Cardiologia una scheda con un minimum data set semplice e di facile somministrazione basato su strumenti validati in letteratura. Questo progetto è stato presentato nel corso del Webinar a cura dell'Area CardioGeriatrics, "Il lessico della Cardiogeriatrics" che si è tenuto Mercoledì 13 marzo 2024. Per questi motivi l'Area CardioGeriatrics propone l'elaborazione e la validazione di una scheda da utilizzare in ambito cardiologico, sia nella pratica clinica quotidiana che nell'ambito dei progetti di ricerca dell'ANMCO.♥

La fragilità rappresenta una condizione di maggiore vulnerabilità ai fattori di stress a causa della diminuzione delle riserve fisiologiche negli anziani in grado di determinare scarsi risultati dopo eventi e/o interventi cardiovascolari. In Cardiologia lo screening della Fragilità consente di scegliere una cura personalizzata

Bibliografia

- 1) Parmley WW. Do we practice geriatric cardiology? J Am Coll Cardiol 1997 Jan;29(1):217-8.
- 2) Ijaz N, et al J Am Coll Cardiol 2022;79:482-503
- 3) Rich M, et al Journal of Cardiac Failure Vol. 26 No. 3 2020



DI ANTONELLA SPINELLI, MARIA TERESA MANES, ANTONIA MANNARINI,
DANIELA ASCHIERI, NOEMI BRUNO, SARA COCOZZA, GEORGETTE KHOURY, DANIELA PAVAN,
ANGELA BEATRICE SCARDOVI, GIUSEPPE CILIBERTI

“Cuore di Donna”, un progetto di sensibilizzazione e informazione sulla cardiopatia ischemica del genere femminile

Al Ministero della Salute si affronta il tema del “Gender Gap”

Un nuovo paradigma di medicina personalizzata per promuovere la parità di genere nella salute

Progetto “Cuore di Donna”

L'evento “Cuore di Donna”, organizzato dalla Fondazione per il Tuo cuore Onlus in collaborazione con l'ANMCO e svoltosi a Roma nella Sala Auditorium del Ministero della Salute, ha segnato in maniera significativa la data dell'8 marzo dedicata alla giornata Internazionale delle Donne. L'attuale Presidente della Fondazione Prof. Domenico Gabrielli, Direttore della Cardiologia dell'Ospedale San Camillo di Roma, si è fatto promotore del progetto “Cuore di Donna” già presentato in conferenza stampa presso la Camera dei Deputati lo scorso 13/12/2023. “Cuore di Donna” è un progetto di sensibilizzazione e informazione utile per ogni donna del territorio che avrà a disposizione un vademecum informativo, scaricabile gratuitamente online sul sito www.gruppogolgi.it, contenente consigli e pillole di conoscenza legati alla cardiopatia ischemica femminile.

Presentazione dell'evento

Nella parte introduttiva dell'evento l'attuale Presidente ANMCO

Sesso e genere, due componenti fondamentali di cui tener conto nel processo decisionale per promuovere la parità di genere nella salute

Dott. Fabrizio Oliva, Direttore della Cardiologia dell'Ospedale Metropolitano Niguarda di Milano, ha sottolineato la problematica del “gender gap” in vari ambiti, dalla fisiopatologia, ai trattamenti farmacologici, all'arruolamento dei pazienti nei Trial e non per ultimo al coinvolgimento diretto nelle istituzioni. L'evento ha visto anche la partecipazione del capo di gabinetto Dott. Marco Mattei in rappresentanza del ministro della Sanità Dott. Orazio Schillaci. La sessione è proseguita con la presentazione dei lavori che non poteva non essere tutta al femminile, moderata dal Prof. Furio Colivicchi, Direttore della Cardiologia Clinica e Riabilitativa PO San Filippo Neri

di Roma, Past President ANMCO e attuale vicepresidente della FISM (Federazione delle Società Medico-Scientifiche Italiane) e dalla Dott.ssa Maria Laura Canale, dirigente medico della Cardiologia Nuovo Ospedale Versilia, attuale Chairperson dell'Area CardiOncologia ANMCO.

Presentazione dei lavori a cura dell'Area Cardiologia di Genere ANMCO

Il primo lavoro è stato presentato dalla Dott.ssa Maria Teresa Manes, Direttore della Cardiologia Ospedale Spoke di Paola (CS) e attuale Chairperson dell'Area Cardiologia di Genere ANMCO. La Dott.ssa Manes ha sottolineato che il sesso e il genere sono il fondamento della medicina di precisione di cui tener conto nel processo decisionale per promuovere la parità di genere nella salute. L'attenzione al genere nella ricerca biomedica è soprattutto attenzione all'equità nella prevenzione, nella diagnostica e nell'appropriatezza delle cure. Ha inoltre spiegato la differenza concettuale tra sesso e



genere, specificando che il sesso rappresenta un modificatore genetico della fisiopatologia della malattia, della presentazione clinica e della risposta al trattamento, le influenze di genere possono essere considerate un modificatore sociale e psicologico della presentazione della malattia e un fattore in grado di condizionare le stesse cure mediche. Il secondo lavoro ha visto protagonista la Dott.ssa Antonia Mannarini, Dirigente medico dell'Ospedale di Bari e Co-Chairperson dell'Area Cardiologia di Genere ANMCO. La Dott.ssa ha preso spunto da un articolo scientifico promosso dall'American Heart Association (AHA), pubblicato sulla rivista *Circulation* 2022, dal titolo "Call to Action for Cardiovascular Disease in Women". Il documento ha esaminato le sfide persistenti e le opportunità emergenti per raggiungere la salute cardiovascolare e l'equità delle cure per tutte le donne, sottolineando alcune delle possibili azioni pratiche da realizzare quali: campagne di sensibilizzazione culturalmente appropriate (l'80 - 90% delle malattie cardiovascolari sarebbe evitabile se le donne avessero più cura di loro stesse); necessità di collaborazione interdisciplinare (cardiologi, neurologi, vascolari,



medici di base, ginecologi) al fine di migliorare la conoscenza dei fattori di rischio specifici o predominanti nelle donne per ogni fase della vita (dall'infanzia, all'adolescenza, all'età fertile, alla fase menopausale e post menopausale); strategie per aumentare la partecipazione delle donne giovani e anziane negli studi clinici e utilizzare animali da esperimento sesso specifici (ad esempio topi femmine); coinvolgere le comunità per ottimizzare la salute cardiovascolare lungo tutto il corso della vita (ad esempio programmi scolastici che coinvolgono i genitori

e responsabilizzino le famiglie); non per ultimo interventi legislativi volti all'educazione alimentare e alla promozione dell'attività fisica.

L'attenzione al genere nella ricerca biomedica è soprattutto attenzione all'equità nella prevenzione, nella diagnostica e nell'appropriatezza delle cure

Parte conclusiva dei lavori a cura dell'Area CardiOncologia ANMCO

La presentazione dei lavori si è conclusa con l'intervento della Dott.ssa Irma Bisceglia, dirigente medico dell'UOSD Servizi Cardiologici Integrati dell'Ospedale San Camillo di Roma, attuale membro dell'Area Cardioncologia ANMCO. La Dott.ssa Bisceglia ha sottolineato il problema del gender gap in cardioncologia e annunciato l'idea di avviare un progetto pilota intitolato





“passaporto Cardio Oncologico”, che certamente segnerà una svolta importante. I dati infatti evidenziano che negli ultimi anni la sopravvivenza dei pazienti oncologici è incrementata significativamente, ma gli effetti positivi ottenuti in termini di un’ aumentata sopravvivenza e guarigione possono

Sfide persistenti e opportunità emergenti per raggiungere la salute cardiovascolare e l’equità delle cure per tutte le donne

essere controbilanciati da effetti collaterali importanti, tra cui gli effetti cardiovascolari avversi. La Cardioncologia in tal senso, rappresenta una disciplina in pieno sviluppo, dedicata alla prevenzione, alla diagnosi, e al trattamento delle diverse complicanze cardiovascolari delle terapie antitumorali al fine di ridurre al minimo il rischio di tossicità cardio-vascolare.

Tavola rotonda sui temi trattati

La sessione si è conclusa con una tavola rotonda formata dal Presidente dell’associazione Domenico Gabrielli, Marisa Carluccio (Presidente Regionale ANMCO Toscana), Furio Colivicchi, Gerardo De Carolis (direttore sanitario dell’Ospedale San Camillo di Roma), Antonino Granatelli (direttore dell’UOC dell’ospedale Sandro Pertini), Francesco Orso (cardiologo e membro del Centro Studi ANMCO). L’obiettivo finale è quello di avviarsi ad un nuovo paradigma di medicina personalizzata.

Progetti ongoing

L’ANMCO e l’Area Cardiologia di Genere stanno cercando di attuare dei progetti che prevedono la realizzazione di un documento in collaborazione con SIMEU (Società Italiana di medicina di Emergenza-Urgenza) sul “percorso di dolore toracico della donna” in PS e un secondo documento su INOCA: differenze di genere. Inoltre, focalizzeranno l’attenzione

Il progetto “Cuore di Donna”, nato per affrontare la problematica del “gender gap”, ha lo scopo di sensibilizzare e informare tutte le donne del nostro territorio. Attraverso l’utilizzo di un vademecum informativo scaricabile gratuitamente online, si possono ottenere consigli e pillole di conoscenza relativi alla cardiopatia ischemica del genere femminile

su aspetti genere-relati ancora poco conosciuti quali Transgender e rischio cardiovascolare e per ciò che concerne la ricerca scientifica punteranno alla rivisitazione “al femminile” dei risultati di alcuni importanti studi dell’ANMCO.♥



Intervista al Dott. Alessandro Inno, Oncologo e componente dell'Area CardiOncologia ANMCO

“Chi trova un Collega, trova un tesoro”: la multidisciplinarietà in stile ANMCO

La nuova Area CardiOncologia ANMCO si apre alle collaborazioni esterne

A distanza di tre mesi dalla nascita delle nuove Aree di ANMCO, sono già numerose le novità proposte: entusiasmo e voglia di fare non mancano e fanno da volano per le nostre iniziative. Ma fra tutte, ritengo che la più interessante ed innovativa, per un certo verso, sia quella di aver trasferito nel nostro team lo spirito di collaborazione multidisciplinare che è insito nel concetto di Cardioncologia. Del resto la semantica non inganna: la Cardio-Oncologia deriva proprio dalla fusione di due discipline, la Cardiologia e l'Oncologia, che sempre più spesso sono protagonisti principali della presa in carico globale del paziente oncologico. **Il bisogno del confronto multidisciplinare**

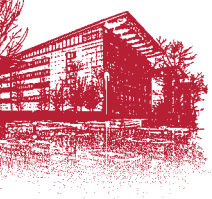
Infatti sin dagli anni '60 il bisogno di multidisciplinarietà nella gestione del paziente oncologico



Dott. Alessandro Inno

Il confronto tra Cardiologo ed Oncologo non deve rappresentare un ostacolo alla terapia oncologica, ma una maggiore sicurezza nell'offrire il miglior trattamento oncologico

ha rappresentato un bisogno clinico assoluto, nel mentre si dimostrava come le antracicline, al di là della loro efficacia nel trattare le malattie oncoematologiche dell'età pediatrica, fossero capaci di aumentare significativamente, a distanza di molti anni, l'incidenza di complicanze proprio a carico dell'apparato cardiovascolare. Purtroppo però fino a pochi anni fa questo bisogno è rimasto inespresso ed ancora oggi in molti Ospedali il dialogo tra specialisti diversi è complicato e non sempre considerato una regola operativa nonostante il numero dei pazienti oncologici lungo-viventi e guariti dal cancro, ce lo dicono i dati AIRTUM derivanti dai Registri Tumori Italiani, sia in costante e notevole incremento. L'Area CardiOncologia ANMCO ha ritenuto di dover tradurre in pratica le indicazioni delle Linee Guida ESC 2022 circa il coinvolgimento degli



oncologi nelle decisioni terapeutiche che spesso ci troviamo ad affrontare per i pazienti più ad alto rischio, invitando nel nostro gruppo un oncologo abituato al dialogo e alla condivisione: il dott. Alessandro Inno.

Presentiamo il nostro Collega

Alessandro lavora all'IRCCS "Ospedale Sacro Cuore Don Calabria" di Negrar di Valpolicella (VR) e si occupa principalmente di neoplasie polmonari. Ho pensato quindi di intervistarlo per conoscere il suo parere sui nostri programmi e

Il dottor Alessandro Inno, Oncologo e componente del Comitato di Coordinamento dell'Area CardiOncologia ANMCO risponde alle domande riguardanti la gestione multidisciplinare in Oncologia

condividere con lui alcuni concetti basilari in Cardioncologia.

Caro Alessandro, prima di tutto benvenuto tra noi. Cosa ne pensi di questa tua presenza in un gruppo di lavoro di un'altra branca specialistica?

Ciao Stefano, per me è un onore essere stato coinvolto nell'Area CardiOncologia ANMCO.

Innanzitutto grazie a voi tutti per la bella accoglienza: fin dalla prima riunione mi avete fatto subito sentire parte di una squadra. Credo e spero che la presenza di un oncologo possa essere un valore aggiunto



perché solo grazie al confronto e alla collaborazione tra Cardiologi ed Oncologi, possibilmente anche con una contaminazione reciproca di alcune competenze proprie delle singole branche specialistiche, si possa realizzare l'interdisciplinarietà che è alla base della cardio-oncologia. Affronto questo incarico desideroso di imparare da voi Cardiologi la

La Cardioncologia è una disciplina nella quale il tema della multidisciplinarietà è centrale

Nel pieno rispetto dalla visione olistica della nostra professione, il Cardioncologo è abituato a confrontarsi quotidianamente con i Colleghi i quali richiedono il suo aiuto per la migliore gestione della salute del paziente oncologico

gestione ottimale delle problematiche cardiovascolari dei pazienti oncologici, ed allo stesso tempo spero di riuscire a portare nel gruppo di lavoro la mia visione di oncologo medico soprattutto in un'epoca nella quale, grazie agli sforzi della ricerca, si stanno rendendo disponibili tanti nuovi farmaci capaci di aumentare significativamente l'aspettativa di

vita dei nostri pazienti, ma di cui dobbiamo saper gestire bene le possibili complicanze, sia precoci che tardive o croniche, incluse quelle cardiovascolari.

Per quale aspetto ritieni che l'approccio multidisciplinare in oncologia sia vincente?

L'approccio multidisciplinare (o, meglio ancora, interdisciplinare) è fondamentale in oncologia. Nella maggior parte degli Ospedali infatti sono ormai consolidati i Gruppi Oncologici Multidisciplinari (GOM) per le diverse neoplasie, che comprendono le principali figure specialistiche impegnate nella gestione dell'iter diagnostico-terapeutico. Diverse evidenze suggeriscono come la discussione dei casi al GOM faciliti il processo decisionale, aumenti l'aderenza alle linee guida e, in definitiva, migliori la qualità dell'assistenza ai nostri pazienti, soprattutto in quei casi in cui è necessario un trattamento multi-modale. In quest'ottica, il confronto tra Cardiologo ed Oncologo non deve rappresentare un ostacolo alla terapia oncologica, ma una maggiore sicurezza nell'offrire a ciascun paziente il miglior trattamento oncologico, gestendo contestualmente le possibili complicanze dal punto di vista cardiovascolare.

Come pensi di poter fornire il tuo contributo alla crescita dell'Area e con quali prospettive?

È la prima volta per me nell'Area, quindi per me è tutto nuovo e sto cercando di capire come poter dare un valido contributo. Fin dalla prima riunione del gruppo ho percepito grande energia e voglia di fare da parte di tutti,

e sono rimasto piacevolmente contagiato da tutto ciò, per cui sono pronto a contribuire a tutte le bellissime iniziative che sono state proposte nel cronoprogramma (in termini di ricerca, attività divulgativa ed editoriale), portando la mia esperienza professionale e l'entusiasmo personale. Grazie Alessandro per la tua preziosa collaborazione. Del resto noi dell'Area CardiOncologia pensiamo che aprirsi al dialogo tra specialisti sia una necessità imprescindibile. Il paziente ha bisogno di essere curato in quanto tale e non in quanto "portatore di malattia" e la sua qualità di vita anche a distanza di anni dalla fine delle terapie, quando la parola "guarigione", prima solo sognata, assume contorni sempre più nitidi, è un nostro preciso obiettivo in quanto

Sin dagli anni '60 il bisogno di multidisciplinarietà nella gestione del paziente oncologico ha rappresentato un bisogno clinico assoluto

Medici. Insieme possiamo fare in modo che la domanda di salute dei pazienti oncologici trovi attuazione in protocolli sempre più condivisi, in visite collegiali, in programmi di follow up personalizzati e rispettosi delle esigenze di una vita dopo il cancro sempre più libera dalle paure non solo del cancro stesso ma anche delle tossicità delle terapie.♥



Aggiornamento rapido

Six Minute Talking CaReMe è online

6-MT CaReMe

La prima “video-pillola” di “Six Minute Talking CaReMe” è disponibile online sul sito ANMCO per tutti gli associati. E' un'iniziativa in linea con gli obiettivi del nuovo biennio dell'Area Cardiorenale e Metabolica, che, sulla scia del precedente, si propone di offrire aggiornamenti ed approfondimenti utili a tutti i cardiologi su tematiche riguardanti l'ambito cardiorenale e metabolico.

Il 6-MT CaReMe è una video-rubrica mensile dell'Area Cardiorenale e Metabolica ANMCO per approfondire con degli esperti le principali tematiche cardio-reno-metaboliche

Il format e gli argomenti

Six-minute Talking CaReMe (6-MT CaReMe), in assonanza al 6-Minute Walking Test, sarà articolata in una serie di brevi video-interviste della



Figura 1

durata di circa sei minuti in cui uno dei componenti del comitato di coordinamento dell'area, di volta in volta, intervisterà un esperto sulle principali tematiche cardiorenali e metaboliche del momento, coinvolgendo non soltanto cardiologi ma anche nefrologi e diabetologi, colleghi con i quali ci si troverà sempre più a collaborare a stretto contatto.

I principali argomenti trattati in questa iniziativa saranno: 1) gli inibitori dei cotrasportatori sodio-glucosio di tipo 2 (*SGLT2i*) dagli aspetti fisiopatologici, al loro meccanismo di azione nello scompenso cardiaco andando anche ad esplorare il punto di vista del diabetologo e del nefrologo; 2) gli agonisti dei recettori GLP1 (*GLP-1 RA*) e il loro razionale utilizzo

nell'obesità, del diabete e nello scompenso cardiaco, la titolazione e le principali differenze tra le varie formulazioni; 3) obesità e scompenso cardiaco a frazione di eiezione preservata (*HFpEF*): interazione tra i due fenomeni, le attuali strategie

Video-pillole per restare sempre aggiornati

terapeutiche farmacologiche e non, e le prospettive future.

La prima video-intervista con Edoardo Gronda

Nella prima videointervista, disponibile online a partire dal 20 marzo scorso, abbiamo avuto il piacere di parlare con il Past Chairman dell'Area Cardiorenale e Metabolica, il Prof. Edoardo Gronda



Six Minute Talking CAREME

A cura dell'Area Cardiorenale e Metabolica ANMCO



IL RUOLO DEL COTRASPORTATORE DI SODIO E GLUCOSIO 2...

Il ruolo del cotrasportatore di sodio e glucosio 2 (SGLT2) renale nell'attivazione e progressione dello scompenso cardiaco

La Dottoressa Manuela Benvenuto intervista il Professor Edoardo Gronda

Figura 2

intervistato da Manuela Benvenuto (Figura 1 e 2).

Hanno discusso il tema che ha caratterizzato il lavoro del comitato di coordinamento dello scorso biennio, ovvero i principali meccanismi d'azione a livello

Incontro con gli esperti sulle tematiche cardio-reno-metaboliche più attuali

renale degli SGLT2i, una classe di farmaci i cui risultati in termini di protezione cardiovascolare e renale sono straordinari. Un beneficio frutto delle modificazioni nel metabolismo renale, capaci

di ridurre, nel paziente diabetico come nello scompenso cardiaco, la progressione del danno renale ma anche di consentire una riduzione degli eventi cardiovascolari. La fisiologia di autoregolazione renale è, infatti, progettata per preservare la produzione di filtrato mantenendo un regime emodinamico glomerulare stabile. Questo consente di prevenire gli squilibri funzionali che potrebbero alterare la richiesta di ossigeno del nefrone poiché il carico di lavoro tubulare è principalmente legato al consumo di ossigeno del rene. Diabete, obesità, ipertensione essenziale, malattia renale cronica e scompenso cardiaco portano ad un aumento persistente della pressione di filtrazione aumentando la velocità

di filtrazione glomerulare, il carico di lavoro tubulare e il consumo di ossigeno. La sovraesposizione e l'iperattivazione del cotrasportatore sodio-glucosio di tipo 2 (SGLT2) e degli scambiatori sodio-idrogeno di tipo 3 (NHE3) sotto la capsula di Bowman, mediati dall'aumentata attività simpatica, potenziano sinergicamente il riassorbimento del sodio con un aumento sproporzionato del consumo di ossigeno. L'intenso riassorbimento di sodio, inoltre, diminuisce la concentrazione di sodio rilevata dall'apparato iuxtaglomerulare, portando ad una ridotta produzione di adenosina che regola il tono arteriolare afferente e l'inibizione del rilascio di renina. La conseguente



attivazione neuroormonale aumenta ulteriormente il consumo di ossigeno renale, aprendo la strada allo scompenso cardiaco. Questo quadro fisiopatologico fornisce fondamento alla teoria secondo cui l'inibizione di SGLT2 può influenzare rapidamente l'esito dell'insufficienza cardiaca limitando il consumo di ossigeno renale, indipendentemente dai fenotipi della malattia, dalla condizione

pausa estiva, affronteranno altri interessanti argomenti quali:

- Aspetti fisiopatologici e meccanismo d'azione degli GLP-1 RA
- Utilizzo degli SGLT2i nello scompenso cardiaco
- Utilizzo dei GLP-1 RA nel paziente diabetico, aspetti regolatori e differenze tra diverse formulazioni
- SGLT2i nel paziente diabetico con scompenso cardiaco: approccio multidisciplinare cardio-

per tutti gli iscritti all'area cardiorenale e metabolica ANMCO. Una newsletter accompagnerà la pubblicazione di ognuna delle prossime videointerviste segnalando l'argomento e l'esperto intervistato. Le prossime videointerviste saranno disponibili il 15 aprile ed il 10 maggio. Emilia D'Elia e Marco Cittar intervisteranno il Prof. Roberto Trevisan di Bergamo per confrontarsi sugli agonisti

La prima "video-pillola" di "Six Minute Talking CaReMe" è disponibile online sul sito ANMCO per tutti gli associati. Come Area CardioRenale e Metabolica dell'ANMCO (CaReMe) abbiamo promosso questa iniziativa perché pensiamo possa essere uno strumento particolarmente utile per offrire aggiornamenti ed approfondimenti su tematiche riguardanti l'ambito cardiorenale e metabolico. Pochi minuti per ascoltare esperti che, con un taglio estremamente pratico, risponderanno a domande che verteranno principalmente sulle novità in ambito terapeutico quali gli inibitori dei cotrasportatori sodio-glucosio di tipo 2, gli agonisti dei recettori GLP-1 ed i nuovi antagonisti dei mineralcorticoidi non steroidei

La rubrica, che avrà una cadenza mensile, non poteva che iniziare con un'intervista al chairman dello scorso biennio dell'Area CardiloRenale e Metabolica, Edoardo Gronda che discuterà i principali meccanismi alla base del beneficio degli inibitori dei cotrasportatori sodio glucosio di tipo 2. Una newsletter accompagnerà la pubblicazione di ognuna delle prossime videointerviste segnalando l'argomento e l'esperto intervistato.

diabetica e/o dall'insufficienza renale. A conferma di ciò la stretta relazione temporale tra il declino del GFR dopo introduzione di SGLT2i ed il contemporaneo declino degli eventi legati alla progressione dello scompenso cardiaco.

Il cronoprogramma

Le prossime videointerviste che saranno pubblicate con cadenza mensile, ad eccezione di una breve

diabetologico

- Il paziente obeso con scompenso cardiaco: approccio diagnostico-terapeutico
- SGLT2i e malattia renale cronica
- HFpEF, obesità, GLP-1 RA e terapie future.

Come accedere al 6-MT CaReMe

Le video-interviste saranno disponibili online gratuitamente

Vi aspettiamo ...

Speriamo che Six-Minute Talking CaReMe sia un'iniziativa che possa offrire agli associati della nostra società scientifica uno strumento rapido, pratico e facilmente fruibile per approfondire le tematiche cardiorenali e metaboliche più attuali grazie al confronto multidisciplinare tra cardiologi, diabetologi e nefrologi esperti.♥



DI GIUSEPPE CILIBERTI, FEDERICO FORTUNI, LUCA FRANCHIN, MICHELE MAGNESA,
ANTONELLA SPINELLI, ENRICA VITALE, STEFANO CANGEMI, STEFANO CORNARA

**Al via la squadra della Area Giovani ANMCO 2024-2025,
nel segno della continuità e verso il futuro**

L'Area Giovani 2024-2025: We Are ANMCO!

Le "mission" dell'Area saranno principalmente la promozione della partecipazione dei Giovani Cardiologi nelle attività dell'ANMCO e la condivisione delle opportunità di crescita culturale, scientifica e professionale offerte ai Giovani Cardiologi

Sin dalla sua istituzione avvenuta nel 2017, l'Area Giovani ANMCO ha avuto come "mission" la diffusione e condivisione delle opportunità di crescita culturale, scientifica e professionale per i giovani Cardiologi e la promozione della partecipazione dei giovani Soci nelle attività associative. In questo momento molto delicato non solo per la Cardiologia Italiana ma per tutto il Servizio Sanitario Nazionale, per i Cardiologi (giovani e meno giovani) è fondamentale il ruolo di una Società Scientifica come l'ANMCO che agisca da "faro" per orientarsi nella pratica quotidiana e che sia di guida e supporto per fronteggiare le piccole e grandi sfide professionali e scientifiche che la medicina moderna ci impone. In questo scenario, l'ANMCO ha sempre puntato molto sul coinvolgimento e la valorizzazione dei giovani Soci, e l'Area Giovani rappresenta per molti la porta d'ingresso nella

L'ANMCO ha sempre puntato molto sul coinvolgimento e la valorizzazione dei giovani Soci, e l'Area Giovani rappresenta per molti di questi la porta d'ingresso nell'Associazione

Associazione nonché una vera e propria "palestra" di vita associativa per le numerose e entusiasmanti attività che la contraddistinguono. Dal 1° gennaio 2024 è entrata in carica la nuova squadra dell'Area Giovani per il biennio 2024-2025, tra alcune conferme del precedente biennio e delle "new entry" al loro primo incarico ufficiale in ANMCO, ma con alle spalle già un importante background professionale.
In continuità con le Aree precedenti le quali hanno

sempre lasciato il segno e vivacizzato la vita associativa dell'ANMCO, la nuova Area Giovani 2024-2025 si presenta con la seguente formazione:

Giuseppe Ciliberti (Chairperson)
Federico Fortuni (Co-Chairperson)
Comitato di Coordinamento

Luca Franchin
Michele Magnesa
Antonella Spinelli
Enrica Vitale

Consulenti
Stefano Cangemi
Stefano Cornara

Va notato che la composizione dell'Area è ben bilanciata anche da un punto di vista "geografico" a significare la notevole rappresentatività dell'ANMCO su tutto il territorio nazionale anche tra i giovani Soci. Il senso di responsabilità di far parte di un'Area dalla quale l'Associazione si aspetta molto in termini di energie,



idee e operatività, va di pari passo con l'entusiasmo trainato dalla consapevolezza di far parte di un progetto ambizioso e di una squadra con un potenziale "esplosivo"!

Tra i progetti già in corso e quelli di prossima realizzazione si segnalano le seguenti attività:

- Pubblicazione dei PODFast, ovvero riassunti audio e video di articoli scientifici di particolare importanza recentemente usciti sulle maggiori riviste scientifiche, i quali saranno preferenzialmente realizzati da giovani Soci Under 40;
- Promozione dell'utilizzo della simulazione in vari scenari clinici durante i principali momenti associativi ANMCO, sull'onda del

AREA GIOVANI ANMCO 2024-2025

Chairperson
Giuseppe Ciliberti - ANCONA

Co-Chairperson
Federico Fortuni - FOLIGNO (PG)

Comitato di Coordinamento
Luca Franchin - UDINE
Michele Magnesa - BARLETTA
Antonella Spinelli - ROMA
Enrica Vitale - SIENA

Consulenti
Stefano Cangemi - TRAPANI
Stefano Cornara - SAVONA





successo dei simulatori durante i principali eventi associativi e congressuali degli ultimi anni;

- Collaborazione con le sezioni “giovani” di altre Società Scientifiche cardiologiche italiane ed internazionali, nell’ottica di uno scambio costruttivo di esperienze e competenze;
- Promozione dell’attività di “mentoring” da parte dei membri ANMCO di grande esperienza e professionalità, indirizzata ai giovani Cardiologi alle prime armi o che semplicemente vogliono dei consigli su come implementare il proprio percorso professionale, anche attraverso l’irrinunciabile collaborazione con le Aree ANMCO e le Sezioni Regionali;
- Promozione di attività editoriali: sono già in fase di avvio e/o realizzazione, anche in collaborazione con altre Aree, alcune revisioni della letteratura su temi di grande attualità nonché progetti

Essere giovani in ANMCO non è questione di carta di identità, ma di spirito: non esistono infatti vincoli di età per l’iscrizione all’Area, e inoltre l’iscrizione è compatibile con quella ad altre Aree

scientifici e survey su argomenti di interesse cardiologico;

- Aggiornamento continuo delle rubriche “Job Opportunities” ed “International Opportunities” sul sito ANMCO, con particolare attenzione alle offerte di lavoro segnalate direttamente dai Soci ANMCO in modo da permetterne una diffusione su scala nazionale;
- Attività di moderazione durante le dirette social durante la settimana

Dal 1° gennaio 2024 è entrata in carica la nuova Area Giovani 2024-2025, tra alcune conferme del precedente biennio e delle “new entry”

delle Cardiologie Aperte e la Giornata Mondiale delle Malattie Rare;

- Rubrica “ANMCO Talks Young”, ovvero brevi interviste a personalità di spicco dell’Associazione e della Cardiologia Italiana, con particolare interesse a tematiche di interesse per i giovani Cardiologi;
- Dulcis in fundo, l’attuale Area presterà particolare attenzione alla sensibilizzazione e promozione di iniziative a sostegno e inclusione dei Soci/Socie con bambini.

Inoltre, essere giovani in ANMCO non è questione di carta di identità, ma di spirito: non esistono infatti vincoli di età per l’iscrizione all’Area, e inoltre l’iscrizione è compatibile con quella ad altre Aree.

Iscriversi all’Area Giovani è semplicissimo e può essere fatto attraverso due modalità:

- Iscrizione online: <https://www.anmco.it/pages/l-associazione/aree-anmco/area-giovani/iscriviti-all-area> (previo login utilizzando le credenziali di Registrazione al sito web ANMCO)
- Modulo cartaceo (reperibile sul sito ANMCO alla pagina <https://www.anmco.it/pages/l-associazione/aree-anmco/area-giovani/iscriviti-all-area>) da inviare al Dipartimento Comunicazione&Cultura alla e-mail aree@anmco.it

Per essere coinvolti nelle attività dell’Area o semplicemente rimanere aggiornati sulle iniziative e le opportunità della nostra Associazione bisogna essere regolarmente iscritti all’ANMCO e, ovviamente, all’Area Giovani!

Vi aspettiamo numerosi e... We Are ANMCO!♥

Per il biennio 2024-2025 l’Area Giovani, come da tradizione, si propone di agire su tutti i fronti della vita associativa dell’ANMCO, spaziando dall’attività scientifica a quella formativa, editoriale e di comunicazione, nel segno della collaborazione con le altre Aree e Gruppi di Studio della Associazione, nonché con le Sezioni Regionali e la Fondazione per il Tuo cuore



Giuseppe Ciliberti

Chairperson Area Giovani 2024-2025



Classe 1984, Sposato e padre di 3 figli, in ANMCO dal 2013, già membro del Comitato di Coordinamento dell'Area Giovani 2022-23, laureatosi nel 2009 e specializzatosi nel 2016 in Cardiologia presso l'Università degli Studi di Perugia, nel 2015 è stato Research Fellow presso la St. George's University di Londra mentre nel 2020 ha conseguito il Dottorato di Ricerca in Scienze Biomediche presso l'Università Politecnica della Marche. È dirigente Medico di Cardiologia presso il Centro Cardiovascolare Lancisi, SOD Clinica di Cardiologia e Aritmologia, Azienda Ospedaliera Universitaria delle Marche con sede in Ancona.

Campi di principale interesse clinico e scientifico: cardiologia clinica, imaging cardiaco integrato, MINOCA (argomento oggetto di una comunicazione scientifica premiata con il Premio Masini nel corso del congresso nazionale ANMCO 2017), amiloidosi cardiaca.

Federico Fortuni

Co-Chairperson Area Giovani 2024-2025



Classe 1990, specializzatosi in Cardiologia nel 2020 presso l'Università degli Studi di Pavia, negli anni di studio e specializzazione ha maturato esperienza clinica e di ricerca internazionale in Germania presso il centro di ipertensione polmonare Universitätsklinikum Giessen (DE) e il centro specializzato nello studio e trattamento delle valvulopatie di Leiden (NL).

Attualmente lavora come Cardiologo specializzato in imaging cardiovascolare presso l'Ospedale San Giovanni Battista di Foligno. Nel 2020 ha vinto lo Young Investigator Award della Società Europea di Cardiologia. Ha iniziato il suo percorso in ANMCO qualche anno fa e nello scorso biennio è stato membro del Comitato di Coordinamento dell'Area Giovani ANMCO

Luca Franchin

Comitato di Coordinamento Area Giovani 2024-2025



Nato a Camposampiero in provincia di Padova nel 1991, si è laureato nel 2016 in Medicina e Chirurgia presso l'Università di Padova e si è specializzato in Malattie dell'Apparato Cardiovascolare presso l'Università di Torino con Fellowship finale in cardiologia interventistica presso l'Ospedale "San Giovanni Bosco".

Durante il corso di specializzazione l'attività di ricerca si è focalizzata nell'ambito della cardiologia interventistica con particolare interesse per lo studio del danno da ischemia-riperfusion nella sindrome coronarica acuta e nello studio dello shock cardiogeno. Da poco più di un anno lavora come cardiologo interventista presso l'Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale di Udine dove si occupa principalmente di interventistica coronarica e svolge ricerca nell'ambito delle sindromi coronariche acute.

Michele Magnesa

Comitato di Coordinamento Area Giovani 2024-2025



Classe 1992, Laureatosi presso l'Università di Siena e specializzato presso l'Università di Foggia. Durante l'ultimo anno di specializzazione si è trasferito a Roma, dove ha frequentato la Terapia Intensiva dell'Ospedale "S. Pertini" (coordinata dal Dott. P. Trambaiolo) e l'unità di Ecocardiografia avanzata annessa alla Cardiocirurgia dell'Ospedale "San Camillo". Attualmente è cardiologo clinico/ecocardiografista presso l'UOC Cardiologia-UTIC del P.O. "Mons. R. Dimiccoli" di Barletta (BT), dove è responsabile dell'ambulatorio di ecocardiografia di base e avanzata; ha conseguito le certificazioni SIECVI in TTE, TOE ed ecocardiografia advanced ed EACVI in TTE e TOE. Inoltre, ha conseguito il Master Universitario di II livello in Ecocardiografia avanzata nella pratica clinica presso l'Università di Siena. Svolge attività di ricerca, prevalentemente nell'ambito dell'imaging e dello scompenso cardiaco.



Antonella Spinelli

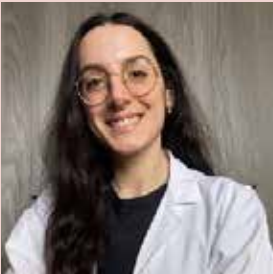
Comitato di Coordinamento Area Giovani 2024-2025



Classe 1981, sposata e madre di tre figli, laureatasi e specializzatasi presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore (UCSC) di Roma. Durante il corso di specializzazione si è interessata di microcircolo e ha approfondito le sue competenze nel campo dell'elettrofisiologia ed elettrostimolazione cardiaca. Successivamente ha conseguito il Master di II livello in elettrofisiologia ed elettrostimolazione cardiaca con discussione della tesi: "Ripolarizzazione precoce, marker di rischio aritmico"? Nel corso della sua attività professionale ha maturato l'interesse in ecocardiografia di base ed avanzata conseguendo la certificazione di competenza SIEC. Lavora attualmente presso il Presidio Ospedaliero San Filippo Neri di Roma occupandosi prevalentemente di clinica e di imaging ecocardiografico con particolare interesse per l'ambulatorio dedicato all'amiloidosi cardiaca.

Enrica Vitale

Comitato di Coordinamento Area Giovani 2024-2025



Nata a L'Aquila nel 1991, si è laureata in Medicina e Chirurgia presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore a Roma e ha ottenuto il diploma di specializzazione in Cardiologia presso l'Università degli Studi di Foggia nel 2022. Durante gli anni della specializzazione ha focalizzato la sua ricerca scientifica nell'ambito della Sindrome Tako-tsubo contribuendo alla compilazione di registri multicentrici internazionali ed ha frequentato, negli ultimi sei mesi di specializzazione, l'Unità di Terapia Intensiva Cardiologica del Policlinico Gemelli. Da poco più di un anno si è trasferita a Siena dove lavora come dirigente medico presso la UOC di Cardiologia dell'Azienda Ospedaliero-universitaria Senese.

Stefano Cangemi

Consulente Area Giovani 2024-2025



Classe 1992, laureatosi a Palermo e specializzatosi presso la Cardiologia dell'Università Cattolica di Roma-Policlinico Universitario Gemelli. Ha frequentato il Visible Heart Laboratories (VHL) presso l'Università del Minnesota diretta dal prof. P.A. Iaizzo. La sua attività di ricerca si è concentrata su TAVI, dispositivi meccanici di supporto al circolo e tecniche di angioplastica coronarica. Attualmente è Cardiologo interventista presso il PO San Antonio Abate di Trapani, centro di riferimento della rete IMA per la provincia di Trapani. La sua attività clinica è prevalentemente dedicata all'esecuzione di coronarografie, angioplastiche coronariche anche complesse, utilizzo di imaging intracoronarico e di dispositivi assistenza meccanica al circolo.

Stefano Cornara

Consulente Area Giovani 2024-2025



Classe 1988, Stefano Cornara si è specializzato in Malattie dell'Apparato Cardiovascolare presso l'Università di Pavia ed ha conseguito il diploma in Scienze Biomediche presso l'Istituto Universitario di Studi Superiori (IUSS) di Pavia, frequentando durante gli anni dell'Università il Collegio Ghislieri. Attualmente lavora come Elettrofisiologo presso l'ospedale San Paolo di Savona. La sua ricerca si è focalizzata principalmente sulle sindromi coronariche acute e la fibrillazione atriale. Nel 2018 ha fatto parte della squadra ANMCO partecipante (e poi vittoriosa) alla "1st national young groups virtual competition 2018" all'interno del Congresso della Società Europea di Cardiologia. Nel biennio precedente è stato membro all'Area Management&Qualità producendo numerosi lavori scientifici.



Due chiacchiere di qualità sulla qualità

Intervista ad Aldo Pietro Maggioni, Direttore Centro Studi ANMCO



*“È la qualità del nostro lavoro che piacerà a Dio e non la quantità”
Mahatma Gandhi*

In un sistema sempre più complesso e di difficile sostenibilità come è oggi quello dei sistemi sanitari pubblici come il nostro, chiamati costantemente a fare scelte difficili nella direzione dell'efficienza e del contenimento delle risorse, come è possibile provare a coniugare il binomio quantità/qualità? Quantità e qualità in sanità non sono e non devono essere considerate in

maniera antitetica, pur tuttavia il concetto di qualità in medicina e non solo non può prescindere da quello di “esito”, ed in tal senso tutti gli atti diagnostico-terapeutici oltre alla loro mera esecuzione dovrebbero avere come fine ultimo quello di contribuire a dare risposte a quesiti clinici. In questa logica di risultato andrebbe ripensato l'impiego delle risorse umane, strutturali e tecnologiche in ambito sanitario. Cosa ne pensi?

Penso che la qualità delle prestazioni

sanitarie sia un elemento essenziale nella organizzazione e gestione di un sistema sanitario. I cittadini devono conoscere non solo come vengono utilizzate le risorse provenienti dalle loro tasse ma anche se vengono utilizzate appropriatamente con qualità. Non è più accettabile che un paese spenda in risorse sanitarie più di 130 miliardi di euro l'anno senza conoscere il livello di qualità delle prestazioni che eroga. Il problema però è come misurare la qualità. In Italia ci sono alcuni tentativi virtuosi da parte del nostro Ministero della Salute di misurare la qualità. I PDTA di patologie croniche rilevanti hanno definito specifici indicatori di processo e di esito. Il Piano Nazionale Esiti prodotto da Agenas è un altro esempio di misura della qualità delle prestazioni in ambito di patologie rilevanti. Questi esempi, che considero comunque

“I cittadini devono conoscere non solo come vengono utilizzate le risorse provenienti dalle loro tasse ma anche se vengono utilizzate appropriatamente con qualità”



molto positivi, hanno una limitazione rilevante: i dati utilizzati per le valutazioni sono quelli generalmente provenienti dai flussi amministrativi, che sono informativi ma che contengono poche variabili cliniche utili a definire la reale severità delle patologie oggetto di valutazione. L'iniziativa della Società Europea di Cardiologia denominata EuroHeart ha la finalità di far crescere una cultura nuova nel miglioramento e valutazione della qualità delle cure. Partendo dall'esempio svedese di SwedeHeart, l'obiettivo è quello di sviluppare registri nazionali focalizzati al miglioramento della qualità delle cure attraverso una raccolta continua di dati clinici in aree cardiovascolari rilevanti come quelle delle sindromi coronariche acute, l'insufficienza cardiaca, la fibrillazione atriale e le malattie valvolari. La cardiologia italiana parteciperà a questa iniziativa con circa 50 centri rappresentativi della realtà nazionale. Spero davvero che questo sforzo possa essere utile anche alle autorità sanitarie nazionali, in particolare ad Agenas, che potranno affiancare alle iniziative già in atto sopra descritte, un modello di valutazione di indicatori di qualità basati sulla conoscenza di tutte le variabili cliniche necessarie a definire il livello di gravità dei pazienti e di conseguenza un confronto più affidabile dei loro outcome.

“La qualità non è mai casuale; è sempre il risultato di uno sforzo intelligente”

John Ruskin

Viviamo nel pieno di una rivoluzione globale e tra le tante sfide del nostro tempo vi è quella di riuscire a governarla con sapienza ed intelligenza... umana ed

artificiale. Una delle più prestigiose riviste internazionali, il NEJM, ha da meno di un anno inaugurato una nuova rivista mensile con lo scopo di esplorare le possibili applicazioni dell'IA (Intelligenza Artificiale) in ambito medico. Come immagini che la reale crescita digitale del nostro SN (vedi Fascicolo SE 2.0) e l'applicazione dell'IA potrebbero aiutarci per rendere più equa su tutto il territorio nazionale la qualità dei nostri servizi sanitari?

“Ora e in futuro una valutazione attenta della costo/efficacia di nuove terapie innovative, generalmente ad alto impatto economico, deve entrare a far parte della nostra cultura”

Relativamente al tentativo di rendere più equa su tutto il territorio nazionale la quantità e qualità dei nostri servizi sanitari mi pare ci siano più passi indietro che avanti. Quello che si legge sulla proposta di Autonomia Differenziata, attualmente in discussione in Parlamento, sembrerebbe aprire ancora di più la forbice delle differenze, e su questo bisognerà vigilare con attenzione. Le differenze esistono purtroppo, anche il nostro Censimento delle Strutture Cardiologiche nazionali, pubblicato da poco nel febbraio 2024, lo documenta chiaramente. La digitalizzazione potrebbe aiutare

a fornire dati sempre più numerosi, completi e affidabili per valutare quantità e qualità delle cure. A mio parere, il fascicolo sanitario elettronico (FSE), che citi nella tua domanda, sarà sicuramente utile per un suo utilizzo così detto primario, cioè per migliorare il livello di informazioni sulla storia clinica di ogni soggetto residente nel nostro paese. Ovunque una persona dovesse avere la necessità di una prestazione sanitaria, in Italia, nell'ambito della Unione Europea o teoricamente nel mondo, potrà avere con sé la possibilità di rendere noto all'operatore sanitario che lo avrà in cura tutta la sua storia clinica, gli esami strumentali o di laboratorio eseguiti nel passato. Più difficile mi sembra un utilizzo di questi dati ai fini epidemiologici o di ricerca in genere. Ostacoli legati alle regole che proteggono la privacy e la tipologia dei FSE stessi, che sono spesso contenitori di documenti in formato pdf, che sono diversi da regione a regione, rendono molto improbabile, a breve, un utilizzo cosiddetto secondario dei dati raccolti nei FSE. Il problema non è solo italiano ma europeo. Le iniziative della Unione Europea (Darwin e EHDS) hanno di fronte problemi analoghi che si sono proposti di risolvere entro al fine del 2026.

È stato appena pubblicato su Circulation un importante Scientific Statement dell'American Heart Association sull'impiego dell'IA in cardiologia. Quanto già oggi IA e machine learning fanno parte della nostra pratica clinica in ambito cardiologico? Quanto della ricerca cardiologica presente e futura?

Ad oggi IA e machine learning sono



ancora in una fase più sperimentale che di utilizzazione diffusa e concreta nella pratica clinica, per lo meno nel nostro paese. Allo stato attuale ci sono eccellenti esempi di utilizzo di questi strumenti soprattutto nell'ambito dell'imaging. Saranno sicuramente strumenti che verranno utilizzati nella pratica quotidiana come supporto alle decisioni cliniche dopo una loro valutazione formale in termini di reale affidabilità. Lo spirito critico va ovviamente sempre mantenuto.

Chi controllerà la qualità dell'applicazione degli algoritmi di IA in ambito sanitario? La comunità scientifica è adeguatamente coinvolta? Possiede gli strumenti culturali e "tecnici" per governarla e regolamentarla con qualità?

Non sarà facile controllare la qualità degli algoritmi di IA perché spesso non sono noti, ma una valutazione degli esiti derivanti dal loro utilizzo è possibile utilizzando le metodologie scientifiche anche tradizionali. Un problema rilevante è legato al fatto che per valutare affidabilmente il profilo

di beneficio/rischio di questi strumenti serve tempo e l'evoluzione tecnologica è così rapida che nel momento in cui si ottiene una risposta affidabile sulla qualità di una applicazione di IA o machine learning, questa potrebbe essere considerata già obsoleta. Si ripropongono le difficoltà esistenti per la valutazione dei device in genere. Anche in questo caso la digitalizzazione, offrendo dati in misura molto rilevante e tempestiva, potrebbe aiutare a fare valutazioni efficienti in tempi ridotti rispetto agli standard attuali.





“Oggi produciamo una grande quantità di conoscenza, qualitativamente elevata, ma non siamo in grado di trasformarla in un valore economico e sociale” Rita Levi Montalcini

Nell’ambito delle patologie CV, che anche nel nostro Paese continuano purtroppo a mantenere il primato per prevalenza e causa di mortalità, le scelte diagnostico-terapeutiche hanno seguito/seguono prevalentemente logiche di costo/efficacia basate sull’Evidence Based Medicine (EBM)? Qual è il rischio che corriamo in termini di qualità se non correggiamo i risultati di costo/efficacia ottenuti su campioni di individui per risultati per paziente, come si prefigge di fare la medicina personalizzata e di precisione?

La EBM e i principi di applicazione che frequentemente hanno guidato le scelte cliniche hanno portato a risultati straordinari in ambito cardiovascolare e non solo. È vero che l’approccio della EBM è rivolto più alle popolazioni di pazienti che non al mio paziente che è diverso da tutti gli altri ma, dall’inizio degli anni ‘90, quando cominciò a diffondersi il concetto di EBM si è assistito, a livello globale, a un miglioramento degli outcome cardiovascolari. In Italia la mortalità per infarto miocardico e scompenso cardiaco si è più che dimezzata da allora. La medicina personalizzata e di precisione è la nuova sfida, senza però che venga abbandonato il principio fondante della EBM e cioè quello di utilizzare metodologie diagnostiche o terapeutiche con alle spalle una dimostrazione affidabile di efficacia. L’utilizzo di biomarcatori sempre più specifici, della genetica ed anche di IA, machine learning

applicati a big data potranno essere utili per definire nuovi fenotipi di pazienti sempre più specifici sui quali sperimentare nuove soluzioni terapeutiche. Ora e in futuro una valutazione attenta della costo/efficacia di nuove terapie innovative, generalmente ad alto impatto economico, deve entrare a far parte della nostra cultura. Il cardiologo clinico si trova sempre più spesso di fronte a pazienti molto anziani con molteplici comorbidità e pluritrattati per i quali una applicazione acritica delle linee guida può portare ad alti costi con una probabilità di beneficio estremamente bassa. In questo contesto la valutazione del costo/efficacia di nuovi o consolidati trattamenti deve essere svolta utilizzando dati che provengono dal mondo reale, ricco di situazioni cliniche che raramente sono incluse nei classici *randomized clinical trial*.

La medicina traslazionale, che ha come obiettivo la trasformazione dei risultati ottenuti dalla ricerca di base in applicazioni cliniche (from bench to bedside), può essere la strada da perseguire per ottenere un miglioramento complessivo, e pertanto oltre che clinico, anche economico e sociale dell’assistenza sanitaria dei pazienti cardiologici?

La ricerca traslazionale in cardiologia ha come obiettivo il trasferimento dei risultati ottenuti dalla ricerca di base in applicazioni cliniche (from *bench to bedside*), al fine di migliorare ed implementare i metodi di prevenzione, diagnosi e terapia delle patologie cardiovascolari. Ma non sempre il percorso è stato *from bench to bedside* ma in molti casi è avvenuto l’esatto contrario *from bedside to bench* e poi nuovamente *to bedside*. Pensa

all’esempio degli ACE-inibitori nello scompenso cardiaco. Furono testati in quanto vasodilatatori e antiipertensivi, ma quando si osservò che determinavano un beneficio rilevante in termini di riduzione di eventi clinici che altri vasodilatatori, anche più potenti, non determinavano si ritornò al laboratorio di ricerca che aprì la strada al concetto e al ruolo dei meccanismi neuro-ormonali nello scompenso cardiaco a frazione di eiezione ridotta. Più recentemente con gli SGLT2 inibitori si sta configurando lo stesso fenomeno, da farmaci antidiabetici allo studio e scoperta di meccanismi di azione capaci di giustificare il beneficio di questa classe di farmaci in diverse condizioni cliniche ed anche in soggetti non diabetici. Sarebbe bello che ANMCO potesse allargare il suo interesse scientifico da studi di tipo epidemiologico e randomizzati di grande dimensione anche a studi di tipo fisiopatologico, di più piccola dimensione e con necessità di tecnologie più sofisticate. La creazione di gruppi limitati di centri clinici capaci di condurre affidabilmente studi di tipo fisiopatologico sarebbe davvero auspicabile. La tradizione di ricerca ANMCO ha solo un numero di esempi molto limitato in questo senso. Il prossimo futuro potrebbe aprirsi anche a queste esperienze. La Next Generation ANMCO potrebbe essere il volano e il terreno fertile per questo tipo di iniziative.

“Tu farai bene a non prendere in considerazione costoro che badano, nei loro discorsi, alla quantità, e non alla qualità delle cose dette” Seneca, Lettere a Lucilio



Le diverse società scientifiche internazionali, come l'ESC per le patologie CV, hanno stabilito degli standard/indicatori di qualità sulla base delle attuali raccomandazioni delle linee guida. Fermo restando l'importanza della conoscenza e del rispetto delle linee guida nella pratica clinica, tutti coloro che si sforzano giornalmente di tradurre il "Verbo" in vita vissuta nelle corsie delle nostre U.O. Cardiologiche conoscono benissimo i gap tra il mondo dei trial ed il real world. Quanto i sistemi attualmente vigenti di controllo della qualità sanitaria hanno poi come obiettivo quello di agire sulle ragioni profonde organizzativo/gestionali che possano consentire una crescita reale sulla strada della qualità e dell'equità di trattamento dalle Alpi a Lampedusa, come la nostra Costituzione vorrebbe?

Il "Verbo" contenuto nelle linee guida deve essere trasferito, come e quando è possibile, al singolo paziente della pratica clinica che molto spesso non rientra nelle categorizzazioni inevitabilmente rigide delle linee guida. I gap che ne emergono possono essere dovuti a varie ragioni, il paziente non rientra per i motivi più vari nelle categorie descritte nelle linee guida, esistono carenze conoscitive da parte degli operatori sanitari, c'è una loro inerzia prescrittiva anche a fronte di una accettabile conoscenza della materia. Qui il ruolo delle Società Scientifiche diventa molto rilevante perché possono creare la cultura della osservazione e miglioramento continuo della qualità. Non credo che, in questo ambito, programmi di tipo educativo/formativo

siano sufficienti. La raccolta del dato nel singolo paziente in maniera continuativa, collegato con una valutazione in tempo reale della aderenza agli indicatori di qualità può servire a ricordare le raccomandazioni più rilevanti delle linee guida, evidenziare quali sono le principali ragioni di non aderenza alle linee guida, gli ostacoli di tipo clinico e/o organizzativo nell'applicarle, definire quali ambiti necessitano di risposte che i trial clinici non hanno ancora fornito e quindi possano essere il terreno di ricerche future. Se i trial randomizzati sono lo strumento più adatto per definire il profilo di beneficio/rischio di un trattamento, la metodologia osservazionale ha in questo ambito di promozione del miglioramento della qualità delle cure un ruolo essenziale. I progetti BRING-UP Scopenso e BRING-UP Prevenzione che ANMCO sta conducendo in un larghissimo e rappresentativo numero di strutture cardiologiche italiane vanno in questo senso. Ancora più efficace potrebbe essere la metodologia proposta dalla Società Europea di Cardiologia con il progetto EuroHeart che abbiamo accennato prima. Il contesto di EuroHeart potrebbe anche essere l'ambito nel quale, a livello internazionale, con un basso costo ed una elevata rappresentatività dei pazienti coinvolti, potrebbero essere pianificati e condotti *registry-based randomized trials*, per rispondere a quelle domande cliniche che non trovano ancora risposta all'interno delle linee guida e che emergono come bisogni inevasi dalla raccolta continuativa dei dati all'interno della pratica clinica.

"Il nostro errore più grave è quello di cercare di destare in ciascuno proprio quelle qualità che non possiede, trascurando di coltivare quelle che ha"
Marguerite Yourcenar, Memorie di Adriano

Last but not least, quanto ridare qualità alla professionalità degli operatori sanitari conta per poter sperare nella qualità oltre che nella resistenza del nostro sistema sanitario? Forse dopo le tante parole e promesse della pandemia da SARSCOV2, il cuore della qualità della sanità italiana meritava ben altro.

Effettivamente i buoni propositi generatisi durante la pandemia sono stati quasi completamente dimenticati. Il Servizio Sanitario universalistico va difeso a tutti i costi, è una delle ricchezze più preziose del nostro paese. L'evoluzione tecnologica tenderà sempre di più a modificare i rapporti medico paziente una volta basati fondamentalmente sul rapporto di fiducia. Questi rapporti vanno ripensati, riscritti e contestualizzati in una realtà diversa dove le fonti di informazione sono sempre più presenti e in qualche caso invadenti e fallaci. In sanità le *fake news* abbondano più che in altri ambiti della conoscenza umana. Autorità Sanitarie, Università e Società Scientifiche hanno ed avranno una responsabilità fondamentale in questa ridefinizione del ruolo e della percezione sociale della figura del medico e dell'operatore sanitario in genere.♥



I programmi di prevenzione secondaria e di riabilitazione nella fase post - infarto miocardico

Ruolo dell'infermiere specialista nell'aderenza terapeutica post-angioplastica coronarica

Supporto infermieristico come predittore di aderenza terapeutica ottimale

La fase post-acuta dell'infarto miocardico acuto (IMA)

L'epidemiologia clinica dell'infarto miocardico ha subito delle notevoli variazioni in termini prognostici negli ultimi decenni. La tempestività delle procedure emodinamiche ha permesso una notevole riduzione della mortalità nella fase acuta, comportando di contro un aumento della mortalità nella fase post-acuta e soprattutto nel periodo post-dimissione. Alcuni studi infatti, hanno evidenziato un aumento della mortalità nella fase di post-ospedalizzazione, con un progressivo aumento delle riospedalizzazioni dal primo mese fino ad un anno dopo la dimissione⁽¹⁾. La ragione di questi dati è legata a diversi fattori, ma sicuramente associabile alla complessità del quadro clinico che si presenta nel post-infarto miocardico. Uno dei

È opportuno incentivare programmi ambulatoriali nella fase post-acuta che prevedano un monitoraggio periodico dello stato clinico del paziente

fattori prognostici sfavorevoli è attribuibile all'insorgenza dello scompenso cardiaco (primo predittore prognostico negativo di mortalità post-IMA)⁽²⁾⁽³⁾. Tra il rimodellamento ventricolare e il peggioramento della prognosi esiste una diretta correlazione nota ormai da tempo, che induce i clinici a non abbassare l'attenzione sugli interventi farmacologici mirati in questi pazienti. Un altro importante fattore prognostico negativo nella fase post-IMA è rappresentato dal

rischio ischemico e trombotico a breve-medio termine. Il trattamento farmacologico nella fase post-acuta della SCA va dal periodo di dimissione fino al primo anno e coinvolge diverse classi di farmaci che nel tempo si sono dimostrati fondamentali per la prevenzione dei fattori di rimodellamento ventricolare e di rischio trombotico. Questi farmaci hanno ridotto in maniera sostanziale il rischio di insorgenza di scompenso cardiaco post-IMA e l'insorgenza di nuovi fenomeni trombotici post-SCA e quindi di conseguenza hanno ridotto i numeri di riospedalizzazione e di incidenza di re-infarto. Tra questi farmaci troviamo i betabloccanti, gli ACE-inibitori, gli anti-tiaggreganti piastrinici, le statine, ecc.
La prevenzione secondaria nei pazienti cardiopatici nella fase post-dimissione e



L'importanza dei programmi di riabilitazione cardiologica

La prevenzione secondaria nei pazienti affetti da cardiopatia ischemica è in grado di ritardare la progressione della malattia miocardica e l'insorgenza di nuovi eventi clinici anche fatali. La gestione della prevenzione secondaria dei pazienti nella fase post-acuta avviene in un contesto ideale che permette un intervento strutturato e dei percorsi specifici e mirati: **la cardiologia riabilitativa**. Spesso però il percorso del paziente cardiopatico nella fase post-acuta non è sempre efficace e uniforme. Questo è spesso causato sia dalla disomogeneità numerica di strutture cardiologiche riabilitative preposte all'assistenza post-IMA su tutto il territorio nazionale, che dalle ridotte risorse economiche e umane dedicate alla gestione di un elevato numero di pazienti che necessita di assistenza. Nel nostro Paese la percentuale di pazienti che vengono trasferiti in strutture di riabilitazione cardiologica dopo una SCA è collocata tra il 12-18%, percentuali nettamente inferiori agli standard Europei⁽¹⁾. Di qui nasce la necessità di individuare efficacemente i pazienti ad alto rischio tramite **criteri di priorità di accesso** ai percorsi e ai programmi di prevenzione secondaria. Definire correttamente i pazienti con alto rischio trombotico già nella fase post-dimissione rappresenta una enorme potenzialità nella riduzione dei rischi, in quanto permette di avviare prontamente un percorso di prevenzione secondaria intensiva e un percorso assistenziale mirato. È fondamentale ricordare che le strategie di prevenzione secondaria

devono essere applicate nella fase post-acuta e nel periodo dopo la dimissione in quanto intervenire in questo determinato lasso di tempo, può portare una riduzione nella progressione della malattia, una riduzione nella mortalità e nell'incidenza di nuovi eventi clinici, migliorandone la qualità di vita del paziente e nel contempo porta a una riduzione dell'ospedalizzazione e delle recidive ischemiche. I programmi di prevenzione secondaria e di riabilitazione coinvolgono molte figure professionali e permettono l'integrazione tra strutture ospedaliere e territoriali, in attività complementari e sinergiche: cardiologi, infermieri, medici di medicina generale in contesti ospedalieri, in strutture riabilitative territoriali, ambulatori cardiologici. Data la difficoltà nella gestione territoriale e le poche risorse presenti per avviare un percorso riabilitativo nel post-IMA, è opportuno incentivare **programmi ambulatoriali** nella fase post-acuta che prevedano un monitoraggio periodico dello stato clinico del paziente. Un aspetto importante che riguarda i programmi di prevenzione secondaria è sicuramente la valutazione dell'**aderenza terapeutica** alla terapia post-IMA. Infatti proprio per ridurre l'andamento verso fattori prognostici negativi come lo scompenso cardiaco e il rischio trombotico post-acuto, in questi pazienti è fondamentale assicurare degli obiettivi terapeutici mirati e duraturi.

La complessità della terapia post-angioplastica e il ruolo dell'infermiere specialista

nell'aderenza terapeutica

I trattamenti farmacologici in ambito cardiovascolare sono numerosi e negli ultimi anni hanno dimostrato una capacità di ridurre morbilità e mortalità nei pazienti. In Italia però l'Osservatorio ARNO ha evidenziato una scarsa aderenza alle prescrizioni terapeutiche più importanti, come ad esempio i farmaci utilizzati per la doppia antiaggregazione piastrinica⁽¹⁾. L'aderenza alla terapia è un fenomeno secondo il quale il paziente assume la terapia seguendo le indicazioni ricevute dal clinico. Per aderenza ad un trattamento farmacologico si intende: il raggiungimento di due diversi obiettivi come la corretta assunzione, secondo le modalità prescritte e la corretta implementazione del trattamento (farmaci, tempi, dosi, modalità di assunzione), nonché la persistenza (costanza e continuità nell'assunzione del farmaco)⁽⁴⁾. Il fenomeno della scarsa aderenza ha certamente un'eziologia complessa ed è sicuramente causato da numerosi fattori che coinvolgono aspetti legati alla sfera intenzionale del paziente e a quella non intenzionale. La non aderenza **intenzionale** è influenzata da convinzioni sbagliate della propria malattia, dalla negazione della stessa, dalla scarsa informazione dei trattamenti, dalla paura degli effetti collaterali, dall'asintomaticità della malattia. La non aderenza **NON intenzionale** invece è legata a fattori socio-economici come i costi dei farmaci o il basso livello di istruzione del paziente, la dimenticanza del farmaco, la non comprensione dell'importanza terapeutica e del rischio legato alla non assunzione. Quest'ultimo



fattore e strettamente correlato al grado di efficienza comunicativa medico-paziente soprattutto nella fase di dimissione dopo il ricovero per SCA e alla relazione assistenziale intra e post-ospedaliera. Il **personale infermieristico** potrebbe svolgere un ruolo fondamentale per contrastare questo fenomeno soprattutto se coinvolto in una rete di progetti mirati all'ottimizzazione dell'aderenza terapeutica. Il professionista sanitario specializzato è in grado, grazie a una relazione di fiducia instaurata con il paziente e ad una comunicazione adeguata al paziente e/o al suo caregiver, di fornire informazioni corrette riguardo le prescrizioni terapeutiche e in questo modo di ridurre i dubbi derivanti da incertezza prognostica e paura della terapia. Il supporto infermieristico risulta essere un predittore di aderenza terapeutica ottimale⁽⁵⁾. La scarsa aderenza ai trattamenti farmacologici cardiovascolari merita un'attenzione particolare per l'impatto clinico e organizzativo che esso comporta. Infatti la scarsa aderenza terapeutica rappresenta un problema di forte rilevanza per la salute pubblica secondo l'OMS ed è stata associata a un aumento del rischio di morbilità e mortalità, nonché dei costi sanitari con aumento delle ospedalizzazioni. Nel tempo sono stati sviluppati diversi metodi e strumenti di misurazione dell'aderenza terapeutica (misurazione del livello del farmaco nel sangue o nelle urine, conteggio delle pillole, revisione dei rifornimenti in farmacia, uso di portapillole elettronici (MEMS) ecc.) Tuttavia questi indicatori di aderenza e persistenza sono

La prognosi dell'infarto miocardico acuto (IMA) nel periodo post-ospedaliero è in parte associata all'inadeguatezza di percorsi assistenziali cardiologici post-dimissione. Ed è per questo che bisogna mirare a identificare i pazienti ad alto rischio in maniera standardizzata, così da garantire un'appropriatezza erogativa dell'intervento di prevenzione secondaria e di riabilitazione cardiologica, sfruttando al meglio le risorse territoriali presenti

L'assistenza infermieristica al paziente nella fase post-acuta dell'infarto miocardico deve essere orientata verso la promozione di comportamenti di autocura, finalizzati al mantenimento di un buono stato di salute e al miglioramento dell'empowerment e dell'auto-efficacia sia del paziente che della sua famiglia (teoria del self-care)

Considerando che la scarsa aderenza ai trattamenti farmacologici è uno dei fattori che maggiormente incide sulla prognosi post-IMA, è fondamentale implementare interventi mirati a favorire un'ottimale aderenza terapeutica

L'efficacia dell'assistenza infermieristica rivolta al paziente cardiologico nel post-infarto miocardico attraverso l'utilizzo di follow-up intensivi e attuati tramite protocolli standardizzati, potrebbe migliorare la prognosi post-infartuale


risultati estremamente inefficaci e di poca praticità, oltre che dispendiosi. Sebbene non esista un "gold standard" tra i diversi indicatori di valutazione, i metodi più utilizzati, soprattutto per la maggiore praticità in termini di raccolta dati, rimangono le scale di valutazione del grado di aderenza terapeutica dei pazienti, le quali si

basano sulle risposte dei pazienti a specifiche domande. La prima scala, Morisky Medication Adherence Scale (MMAS), di cui esiste una versione italiana validata, valuta l'ambito relativo al trattamento farmacologico; la seconda, Hill-Bone Compliance Scale (HBCS) analizza anche ambiti comportamentali. Entrambe le scale quindi prendono in considerazione



Qualche volta dimentica di prendere le pillole per...?	SI	NO
Nelle ultime 2 settimane, ci sono stati dei giorni in cui non ha preso le medicine per...?	SI	NO
Ha mai ridotto o smesso di prendere le medicine senza dirlo al suo medico, perché si sentiva male quando le prendeva?	SI	NO
Quando viaggia o esce di casa, a volte si dimentica di portare con se i farmaci?	SI	NO
Ha preso ieri le sue medicine per...?	SI	NO
Quando sente che la sua malattia (es. pressione sanguigna) è sotto controllo, a volte smette di prendere le sue medicine?	SI	NO
L'assunzione quotidiana dei farmaci è un vero e proprio disagio per alcune persone. Si sente mai infastidito o sente di avere delle difficoltà nell'attenersi al piano di trattamento della sua malattia (es. pressione sanguigna)?	SI	NO
Le capita di avere difficoltà a ricordarsi di prendere tutti i suoi farmaci per la sua malattia?	SI	NO

Ogni risposta positiva ha un punteggio di 0 ed ogni risposta negativa di 1:
 punteggio < 6 : poco aderenti;
 punteggio di 6-8 : mediamente aderenti;
 punteggio = 8 : molto aderenti.

(Morisky, Ang et al., 2008) 

Ogni risposta positiva ha un punteggio di 0 ed ogni risposta negativa di 1. I pazienti con punteggio 0-2 sono considerati non-aderenti; quelli con punteggio 3-4 sono considerati aderenti.

i due aspetti caratterizzanti il fenomeno in questione, la sua natura multidisciplinare e anche la sua natura fortemente comportamentale. Queste scale sono facilmente implementabili, semplici ed economiche, anche se come tutti i questionari sono soggetti a rischio di poca oggettività e inaffidabilità. Per questo la loro efficacia aumenta solamente con un corretto utilizzo da parte di personale sanitario che deve essere adeguatamente formato a riguardo. Oltre alla corretta conoscenza della scala di valutazione, il personale infermieristico deve saper instaurare con il paziente un rapporto di fiducia e deve avere un'adeguata capacità di comunicazione, tale da poter ottenere dalle risposte del paziente, informazioni in merito all'assunzione

della terapia e conseguentemente avere la possibilità di riconoscere le motivazioni che hanno portato il paziente a non assumere correttamente la terapia prescritta, così da poter intervenire con piani strategici mirati. **Strategie di intervento per migliorare l'aderenza terapeutica: inserimento del personale infermieristico nei progetti ambulatoriali post-dimissione** È fondamentale una **gestione multidisciplinare** che possiamo definire come "Medication Adherence Stewardship program", ossia un programma di gestione che coinvolga tutte le figure professionali come il cardiologo, il medico di medicina generale e il personale infermieristico in maniera

multidisciplinare. Queste figure hanno la responsabilità di definire gli strumenti per il monitoraggio all'aderenza terapeutica sulla base dei dati acquisiti tramite varie metodologie come le scale di Morisky e di promuovere programmi di *audit e feedback* sull'appropriatezza dell'assunzione. L'assistenza infermieristica al paziente nella fase post-acuta dell'infarto miocardico deve essere orientata verso la promozione di comportamenti di autocura, finalizzati al mantenimento di un buono stato di salute e al miglioramento dell'*empowerment* e dell'auto-efficacia sia del paziente che della sua famiglia (teoria del *self-care*). Un approccio personalizzato facilita l'identificazione e la gestione delle condizioni di rischio e migliora l'efficacia delle strategie di intervento⁽⁶⁾. Considerando l'impatto

La scarsa aderenza terapeutica dei pazienti rappresenta un problema di forte rilevanza per la salute pubblica secondo l'OMS, in quanto il fenomeno è associato a un aumento del rischio di morbidità e mortalità, nonché dei costi sanitari

negativo della scarsa aderenza ai trattamenti farmacologici, è fondamentale implementare interventi mirati a favorire un'ottimale aderenza terapeutica. La



qualità comunicativa tra operatore sanitario medico/infermiere e paziente rappresenta l'elemento di maggiore rilievo nel condizionare l'effettiva aderenza terapeutica. Per questa ragione bisognerebbe iniziare la comunicazione sulla natura della malattia e sulla terapia prevista dopo la dimissione, immediatamente dopo il ricovero. L'infermiere ha un ruolo fondamentale nel fornire indicazioni sulla terapia prescritta. Il paziente indirizzato verso percorsi ambulatoriali nella fase post-acuta deve essere preso in carico dal personale infermieristico specializzato e inserito in programmi di prevenzione secondaria e in percorsi formativi personalizzati. Gli interventi da attuare sono molteplici. L'infermiere all'interno dei progetti ambulatoriali dovrebbe:

- Individuare pazienti a rischio tramite l'utilizzo di scale di valutazione validate (scala di Morisky).
- Prevedere un primo colloquio post-dimissione dopo 30 giorni.
- Prevedere una comunicazione semplice con il paziente tramite recall telefonici soprattutto con soggetti ad alto rischio trombotico o quelli individuati a rischio tramite le scale di valutazione come la scala di Morisky.
- Individuare i principali fattori che contribuiscono alla non aderenza intenzionale e non intenzionale.
- Promuovere interventi formativi semplici adeguati al paziente.
- Prevedere follow-up costanti nel tempo, così da contribuire a una maggiore aderenza e continuità terapeutica.
- Costruire un rapporto di fiducia con il paziente e i suoi familiari.

- Promuovere cambiamenti nello stile di vita del paziente (fumo di sigaretta, attività fisica, alimentazione) tramite percorsi educativi personalizzati. Numerosi studi e linee guida cliniche evidenziano l'efficacia dei percorsi riabilitativi e dei programmi ambulatoriali gestiti dagli infermieri rispetto a quelli convenzionali. È cruciale che i programmi di riabilitazione cardiologica e quelli di monitoraggio ambulatoriale, siano implementati il prima possibile dopo la dimissione ospedaliera, in quanto incidono efficacemente sulla qualità di vita del paziente e riducono la mortalità e la riospedalizzazione⁽⁷⁾. L'efficacia dell'assistenza infermieristica rivolta al paziente cardiologico nel post-infarto miocardico attraverso l'utilizzo di follow-up intensivi e attuati tramite protocolli standardizzati, potrebbe migliorare la prognosi post-infartuale.♥

È fondamentale un programma di gestione multidisciplinare (Medication Adherence Stewardship program) che coinvolga tutte le figure professionali come il cardiologo, il medico di medicina generale e il personale infermieristico in maniera multidisciplinare

Bibliografia:

1. Greco C. et al. Documento ANMCO / GICR-IACPR / GISE "L'organizzazione dell'assistenza nella fase post-acuta delle sindromi coronariche." *Giornale Italiano di Cardiologia*. 2014
2. McDonagh T.A, et al. 2023 "Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure Developed by the task force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology" *European Society of Cardiology* 2023.
3. Bolognese L. et al. "Impact of Microvascular Dysfunction on Left Ventricular Remodeling and Long-Term Clinical Outcome after Primary Coronary Angioplasty for Acute Myocardial Infarction. *Circulation*", 2004.
4. Di Fusco S.A. et al., "Aderenza ai trattamenti farmacologici: alla ricerca di nuove soluzioni" *Giornale Italiano di Cardiologia* 2024;25(1):15–21.
5. Kähkönen O. et al. "Support from next of kin and nurses are significant predictors of long-term adherence to treatment in post-PCI patients" *European Journal of Cardiovascular Nursing* 2020; 19(4):339–50.
6. Lizcano-Álvarez Á. et al., "Intensive nurse-led follow-up in primary care to improve self-management and compliance behaviour after myocardial infarction." *Nursing Open* 2023;10(8):5211–24.
7. Zakeri M.A. et al. "The effect of the Continuous Care Model on treatment adherence in patients with myocardial infarction: a randomised controlled trial." *Journal of Research in Nursing* 2020;25(1):54–65.



I Cardiologi e la prescrizione dell'attività fisica



L'attività fisica è un caposaldo della prevenzione e del trattamento delle malattie cardiovascolari poiché correla con riduzione degli eventi, riduzione delle ospedalizzazioni, miglioramento del profilo di rischio, della qualità della vita e della attesa di vita. Le linee guida della Società Europea di Cardiologia (ESC) sulla prevenzione includono la scarsa attività fisica tra i fattori di rischio cardiovascolare

L'obiettivo è quello di registrare l'atteggiamento dei Cardiologi italiani nei confronti di questa importante prescrizione ed individuare le difficoltà concrete che limitano l'implementazione della prescrizione dell'attività fisica nella pratica clinica

modificabili e sottolineano come l'impatto prognostico favorevole dell'attività fisica regolare sia stato dimostrato in entrambi i sessi ed in tutte le fasce d'età (1). Il counseling relativo all'attività fisica e la prescrizione della stessa dovrebbe essere il componente centrale di tutti i programmi di prevenzione cardiovascolare (2). Tuttavia, la prescrizione dell'esercizio fisico risulta spesso difficoltosa per il Cardiologo clinico

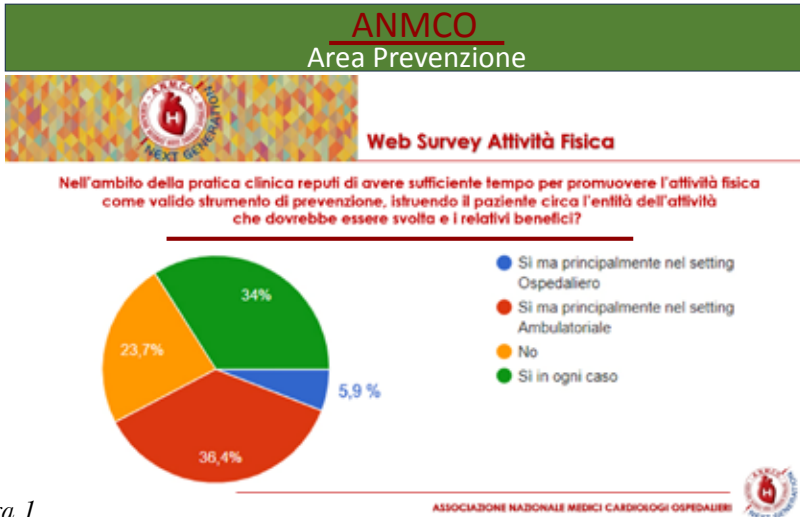


Figura 1

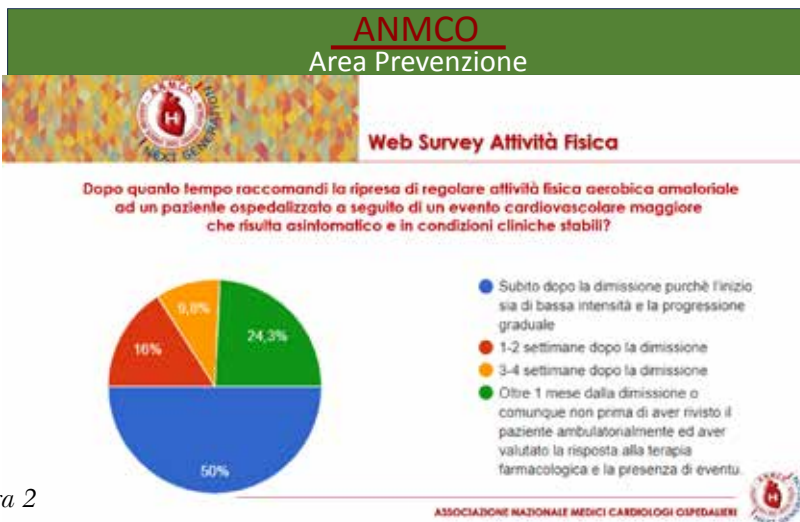


Figura 2

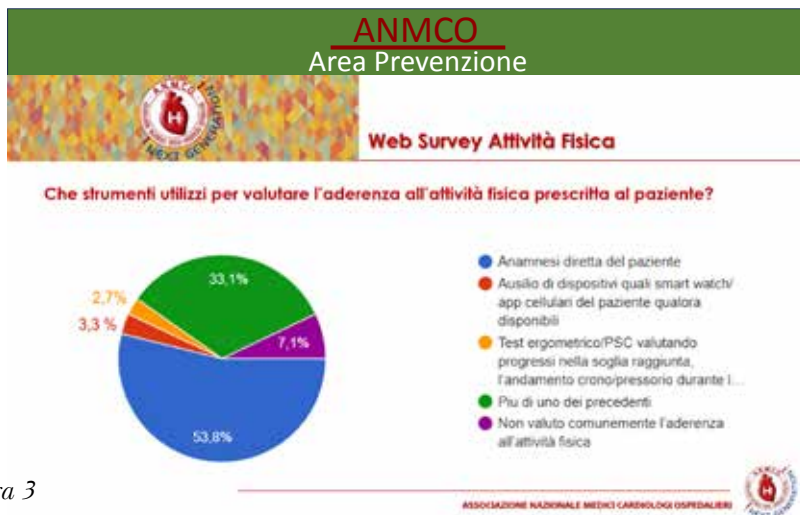
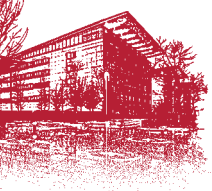


Figura 3

Il counseling relativo all'attività fisica e la prescrizione della stessa dovrebbe essere una componente centrale di tutti i programmi di prevenzione cardiovascolare

In considerazione della necessità di adattarla alle caratteristiche di ciascun paziente, degli obiettivi individuali che possono essere variabili (obesi, diabetici), delle comorbidità eventualmente presenti (malattie vascolari periferiche, malattie polmonari), e della attitudine, aderenza e motivazione del paziente stesso. Le linee guida raccomandano una prescrizione che sia individualizzata in termini di frequenza, intensità, tempo (durata), tipo e progressione (1). Di conseguenza la prescrizione dell'esercizio fisico è spesso trascurata, eccessivamente semplificata o al contrario estremamente eterogenea nella pratica clinica. Partendo da queste premesse l'Area Prevenzione Cardiovascolare ha proposto una Survey sulla prescrizione dell'attività fisica. L'obiettivo è stato quello di registrare l'atteggiamento dei Cardiologi italiani nei confronti di questa importante prescrizione ed individuare le difficoltà concrete che limitano l'implementazione della prescrizione dell'attività fisica nella pratica clinica. Il campione analizzato è costituito da 338 risposte ad un questionario inviato a 4.300 cardiologi. La stragrande maggioranza dei Cardiologi che ha



partecipato al sondaggio (72,8%) ritiene fondamentale il regolare svolgimento di attività fisica quale strumento di prevenzione e l'89,6% promuove regolarmente fra i propri pazienti lo svolgimento di attività fisica. Un aspetto particolarmente importante è che oltre un quinto degli intervistati dichiara di non avere sufficiente tempo per promuovere l'attività fisica come valido strumento di prevenzione, istruire il paziente circa l'entità dell'attività che dovrebbe essere svolta e i relativi benefici (Figura 1). Un terzo di quanti hanno risposto al sondaggio ritiene che sia preferibile l'ambiente ospedaliero per questo tipo di comunicazione e un terzo privilegierebbe invece il setting ambulatoriale. Poco più della metà del campione (59,6%) considera importante l'attività fisica quanto il trattamento farmacologico ai fini della prevenzione e il 33,1% addirittura più importante. Prevedibilmente più di tre quarti del campione (77,2%) conosce le linee guida sulla entità di attività fisica consigliabile a fini preventivi (da 150 a 300 minuti la settimana di attività moderata o 75-150 minuti la settimana di attività intensa). Alla domanda "Dopo quanto tempo raccomandi la regolare ripresa dell'attività fisica aerobica amatoriale ad un paziente ospedalizzato a seguito di un evento cardiovascolare maggiore che risulta asintomatico e in condizioni cliniche stabili" il campione si è diviso sostanzialmente a metà fra due posizioni: "coraggiosa" o "attendista" (Figura 2). Il 50% ha risposto "subito dopo la dimissione purché l'inizio sia di bassa intensità e la progressione graduale".

Un complessivo 34,1% ha preferito un più prudente dopo 3-4 settimane, la minoranza (circa 16%) si è attestato su un intermedio 1-2 settimane. Più variabili sono le opinioni riguardo gli effetti ascrivibili alla quantità di attività fisica praticata: ben il 53% ritiene che una attività fisica intensa si associ a una mortalità maggiore rispetto all'attività fisica moderata mentre solo il 22,8% è convinto che l'effetto benefico sul sistema cardiovascolare è tendenzialmente crescente con l'aumentare delle ore di allenamento. Solo il 52,1% poi è a conoscenza che il rischio di fibrillazione atriale è 5 volte maggiore negli atleti di resistenza con più di 2000 ore di attività. Infine, ben il 53,8% del campione ritiene sufficiente "fidarsi" di quanto riferito dal paziente riguardo all'aderenza alla prescrizione dell'attività fisica, mentre solo il 3,3% utilizza dispositivi indossabili a questo scopo e il 2,7% sui avvale del test ergometrico per valutare oggettivamente gli effetti del training sulla capacità fisica del paziente (Figura 3). Il 33,1% afferma di associare all'anamnesi un altro metodo oggettivo/strumentale di valutazione. Dai risultati della Survey emerge dunque come vi sia una generale conoscenza delle raccomandazioni delle linee guida

Vi è una quota ancora troppo alta di clinici che non considera l'attività fisica come un intervento preventivo di importanza almeno pari ai trattamenti farmacologici

ESC sull'entità dell'attività fisica da praticare per ridurre il rischio cardiovascolare. Vi è però una quota ancora troppo alta di clinici (circa l'8%) che non considera l'attività fisica come un intervento preventivo di importanza almeno pari ai trattamenti farmacologici. Questo aspetto va certamente riconosciuto e corretto perché solo partendo dalla consapevolezza da parte del clinico del ruolo imprescindibile dell'attività fisica nell'ambito della prevenzione che si possono mettere in atto strategie mirate a implementarne la pratica. Tra gli interventi suggeriti dalle linee guida ESC vi è il ricorso a dispositivi indossabili (es smartwatch) come rilevatori di attività finalizzati proprio a favorire un incremento dell'attività fisica praticata. In accordo con i risultati della nostra Survey, tali strumenti risultano ancora poco usati nella pratica clinica. Un altro aspetto da considerare è l'incoraggiamento a praticare un'attività che i pazienti fanno con piacere e possono includere facilmente nella routine quotidiana, in maniera tale che vi sia una maggiore probabilità che poi venga praticata con costanza nel tempo. È inoltre da sottolineare che per gli individui sedentari anche un'attività di lieve intensità (1.1-2.9 Met, come camminare ad una velocità < 4.5 km/h o praticare faccende domestiche leggere), della durata più breve di quanto raccomandato (ad es 15 minuti al giorno), può apportare dei benefici. È dunque proprio arrivato il momento di muoversi e fare muovere i nostri pazienti!♥



FELLOW ANMCO 2024

Nome	Ospedale	Reparto	Città	Prov.
ALBERTO AIMO	FTGM - STABILIMENTO DI PISA	CARDIOLOGIA E MEDICINA CARDIOVASCOLARE	PISA	PI
SIMONE BART OLINI	OSPEDALE SAN GIOVANNI DI DIO	S.O.S CARDIOLOGIA	FIRENZE	FI
ANTONIO BRACCO	A.O.R. VILLA SOFIA-CERVELLO PO VILLA SOFIA	U.O.C. CARDIOLOGIA E UTIC E EMODINAMICA -VILLA SOFIA	PALERMO	PA
DARIO BUCCHERI	P.O. S. ANTONIO ABATE DI TRAPANI	U.O.C. DI CARDIOLOGIA, UTIC ED EMODINAMICA	ERICE	TP
AGOSTINO BUONAURO	PRESIDIO OSPEDALIERO S. MARIA DELLA PIETA'	U.O. CARDIOLOGIA E UTIC	NOLA	NA
RAIMONDO CALVANESE	OSPEDALE DEL MARE	U.O. CARDIOLOGIA CON UTIC- EMODINAMICA	NAPOLI	NA
ADA CUTOLO	OSPEDALE DELL'ANGELO	U.O.C. CARDIOLOGIA	VENEZIA- MESTRE	VE
PIERLUIGI DEMOLA	OSPEDALE DELLA MURGIA - FABIO PERINEI	S.C. CARDIOLOGIA-UTIC	ALTAMURA	BA
IRENE DI MATTEO	ASST OSPEDALE METROPOLITANO NIGUARDA	CARDIOLOGIA 1 - EMODINAMICA	MILANO	MI
FRANCESCO GALLO	OSPEDALE DELL'ANGELO	U.O.C. CARDIOLOGIA	VENEZIA- MESTRE	VE
MARGHERITA ILARIA GIOIA	OSPEDALE PERRINO	U.O.C. DI CARDIOLOGIA	BRINDISI	BR
GABRIELE GRIPPO	OSPEDALE SANTO STEFANO	U.O. CARDIOLOGIA	PRATO	PO
BIAGIO LICCARDO	A.O.R.N, OSPEDALE DEI COLLI - P.O. MONALDI	U.O.C. CARDIOLOGIA E UTIC 'VANVITELLI'	NAPOLI	NA
ANTONIO LUPO	PRESIDIO OSPEDALIERO DI MIRANO	U.O.C. DI CARDIOLOGIA	MIRANO	VE
PAOLO MANCA	ISMETT	U.O. CARDIOLOGIA	PALERMO	PA
MASSIMO MAPELLI	CENTRO CARDIOLOGICO MONZINO IRCCS	SCOMPENSO,CARDIOLOGIA CLINICA	MILANO	MI
ANTONINO MIGNANO	A.O.R. VILLA SOFIA-CERVELLO PO VILLA SOFIA	U.O.C. CARDIOLOGIA E UTIC E EMODINAMICA -VILLA SOFIA	PALERMO	PA
MARCO ALBERTO MOJOLI	OSPEDALE DI PORDENONE	S.O.C. CARDIOLOGIA	PORDENONE	PN
VINCENZO NUZZI	ISMETT	U.O. CARDIOLOGIA	PALERMO	PA
VITTORIO PAZZANESE	IRCCS OSPEDALE SAN RAFFAELE	AREA UNICA DI TERAPIA INTENSIVA CARDIOLOGICA E CCH	MILANO	MI
CLAUDIO PICARIELLO	OSPEDALE SANTA MARIA DELLA MISERICORDIA	U.O.C. CARDIOLOGIA	ROVIGO	RO
GIUSEPPE SGARITO	ARNAS P.O. CIVICO E BENFRATELLI	U.O.S.D. ELETTROFISIOLOGIA	PALERMO	PA
ANNALISA TURCO	FONDAZIONE IRCCS POLICLINICO SAN MATTEO	U.O.C. CARDIOLOGIA 1	PAVIA	PV

GRUPPO DI STUDIO APPROCCIO MULTI-SPECIALISTICO E MULTI-INTEGRATO DEL PAZIENTE CARDIOLOGICO



Coordinatore

FABIANA LUCÀ

Grande Ospedale Metropolitano - Ospedali Riuniti Bianchi Melacrino - Reggio Calabria



Componente

ADRIANO MURRONE

Ambulatorio Cardiologico - Perugia

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

GIOVANNI FALSINI

Ospedale Valdarno S. Maria della Gruccia - Arezzo



Componente

LORIS RONCON

Casa di Cura Città di Rovigo



Multidisciplinarietà in cardiologia: l'ultimo nato in ANMCO è il Gruppo di Studio Approccio Multi-specialistico e Multi-integrato del paziente cardiologico

Negli ultimi anni si è verificata, in ambito cardiologico, una significativa evoluzione nel campo dei Team Cardiovascolari Multidisciplinari. La gestione multi-integrata del paziente cardiologico ha assunto un ruolo fondamentale nella gestione di una vasta gamma di patologie cardiovascolari che spaziano dalla cardiologia interventistica, alla cardiochirurgia, al trattamento dell'insufficienza cardiaca avanzata, alle cardiopatie congenite, alla cardio-oncologia, alla cardio-ostetricia, ai team cardio-renali, cardio-neurologici e cardio-geriatrici. L'introduzione nella pratica clinica dei team cardiovascolari multidisciplinari si è resa necessaria per affrontare le specifiche esigenze dei pazienti e le strategie terapeutiche con comorbidità. La gestione dei pazienti con patologie cardiovascolari implica infatti oggi un modello

di lavoro integrato tra specialisti che preveda un interscambio di competenze fondamentale per ottimizzare gli outcome, e utilizzare in modo razionale e mirato le risorse. Per favorire il raggiungimento di obiettivi clinici sempre più ambiziosi sono state sviluppate nuove strategie terapeutiche che agiscono su molteplici target. Questo, pur consentendo un approccio terapeutico sempre più personalizzato, fa sì tuttavia che il cardiologo sconfini nel continuum clinico di altre patologie e nella gestione di setting specifici. In tal senso si determina la necessità emergente di team multidisciplinari ad hoc nella gestione di patologie cardiovascolari acute e croniche e nell'ottimizzazione terapeutica. Ad oggi le pratiche ottimali per il funzionamento di tali team tuttavia rimangono subottimali nella maggior parte delle realtà ospedaliere e territoriali e le evidenze a sostegno

della loro efficacia sono ancora limitate.

Ruolo delle società scientifiche è quello di accrescere sempre di più il bagaglio di competenze dei soci, e di soddisfare bisogni culturali più ampi, approfondendo le modalità di approccio terapeutico plurispecialistico. In ANMCO è nato a questo proposito un nuovo gruppo di studio, con focus sull'approfondimento del tema della multidisciplinarietà in cardiologia. Presentiamo brevemente i punti focali che verranno sviluppati nel prossimo biennio:

1. L'Heart Team è composto da un insieme di specialisti (cardiologi clinici, emodinamisti, cardiocirurghi, cardiologi con competenze ultra specialistiche d'imaging e anestesisti) che, attraverso un interscambio di competenze, collaborano, attraverso un approccio interdisciplinare allo scopo di individuare la migliore



Patient Education and Self Support

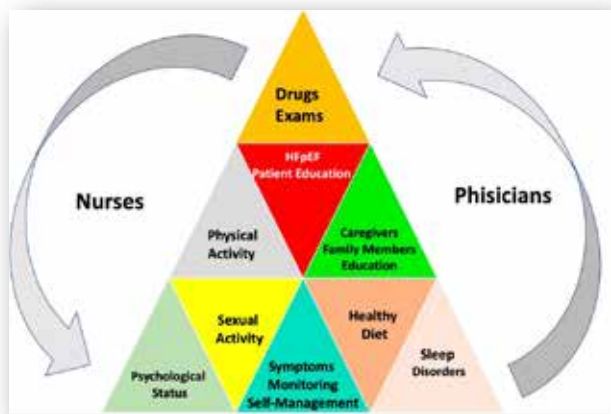


Figura 1 - Lucà F, Oliva F et al. *Journal of Clinical Medicine* 13.5 (2024): 1375.

opzione di trattamento per ciascun paziente. La prevalenza della CAD multivasale complessa, la malattia del tronco comune e la coronaropatia trivasale è oggi in aumento e le decisioni terapeutiche che devono fondarsi su una vasta gamma di fattori (età, comorbidità, rischi procedurali, scelte dei pazienti), lasciano ancora zone di incertezza in cui l'Heart Team riveste un ruolo fondamentale nella gestione degli equilibri clinici tra PCI e CABG, fornendo degli input aggiuntivi prima o dopo la rivascolarizzazione. Nella valutazione del paziente con malattia valvolare cardiaca, il team ha un ruolo focale nella valutazione di

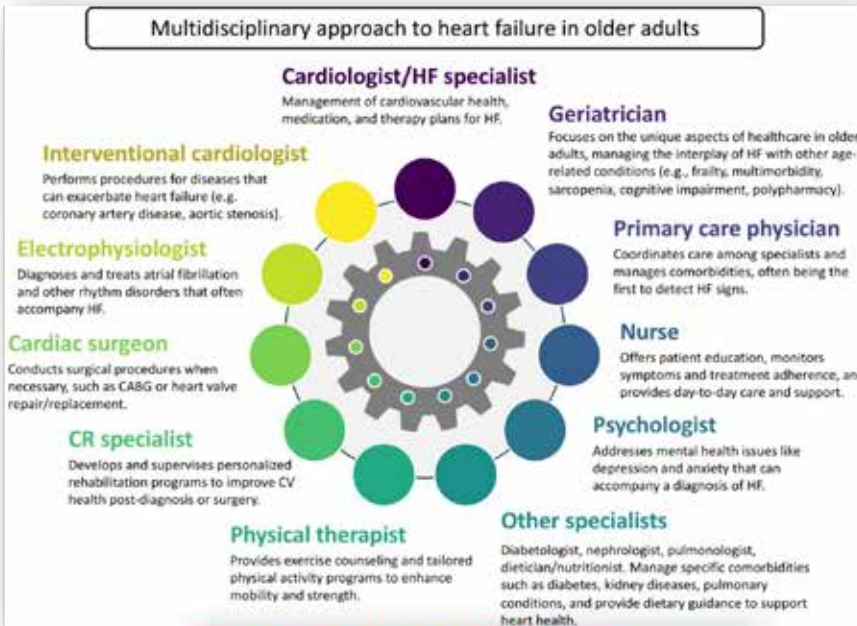
Pregnancy Heart Team

Preconception counseling
Risk assessment tools
Rising awareness about maternal and fetal risks in women with CVD who are considering pregnancy or in pregnancy
Up-and-coming areas for counseling and management of CVD, including cardiomyopathies, amyloidosis, rare cardiac diseases, inherited channelopathies (long QT syndrome, Brugada syndrome, catecholaminergic polymorphic ventricular tachycardia, and short QT syndrome), other inherited genetic disorders, Long Covid, Cancer
Evaluation of hemodynamic parameters (volume status, BP, HR)
Early detection of CVD RED FLAGS
Echocardiogram, EGG, and/or Biomarkers parameters evaluation
Timing and Mode of delivery
Anesthesia Type and Efficacy
Face CV complications of pregnancy, labor, delivery, and the postpartum period
Evaluation of drugs safety and potential teratogenic effects
Postpartum care
Long term follow-up
Explore the latest advancements in management of CVD for pregnant women

Figura 2 - Lucà F, Colivicchi C et al. *Front Cardiovasc Med.* 2023



Cardio-Geriatric Team



quale sia la procedura maggiormente appropriata discutendo rischi, benefici e alternative, con l'aiuto del multimodality imaging.

2. Team Multidisciplinare dello Scompenso Cardiaco

Nello scompenso cardiaco avanzato in cui, nonostante i progressi in ambito terapeutico e dei device, i risultati rimangono scarsi poiché le opzioni di trattamento diventano sempre più complesse, è necessaria un'assistenza basata su team multidisciplinari per fornire terapie efficaci al fine di migliorare la qualità complessiva dell'assistenza, la sicurezza e l'autoconsapevolezza del paziente (Figura 1), riducendo la durata e la frequenza dei ricoveri ospedalieri, con complesse valutazioni nei pazienti candidati a trapianto cardiaco e ad impianto dei dispositivi di assistenza ventricolare sinistra.

Figura 3 - Parrini I, Lucà F, et al. *Journal of Clinical Medicine* 13.7 (2024): 2119.



Figura 4



3. Team ACHD (Adult Congenital Heart Diseases)

I pazienti con difetti cardiaci congeniti richiedono cure sanitarie specializzate da parte di cardiocirurghi, cardiologi interventisti, elettrofisiologi, specialisti in insufficienza cardiaca, anestesisti, infermieri, medici esperti in medicina riproduttiva, imaging avanzato, specialisti in medicina polmonare, e in ostetricia e ginecologia, per affrontare adeguatamente le complesse esigenze dei pazienti con ACHD.

4. Team Cardioncologico, composto da cardiologi, oncologi, chirurghi oncologici, cardiocirurghi, anestesisti, radioterapisti, nutrizionisti, volto alla valutazione dello stato cardiovascolare e funzionale del paziente oncologico, con particolare attenzione al rischio di interazioni farmacologiche, sanguinamenti e tromboembolismo.

5. Pregnancy Heart Team. I cambiamenti emodinamici durante la gravidanza, incluso l'aumento della frequenza cardiaca e della volemia, possono esacerbare le condizioni preesistenti di malattia cardiovascolare. Le malattie cardiovascolari che si verificano prima della gravidanza, durante la gravidanza o nella fase peripartum possono richiedere l'expertise di un Team Cardio-Ostetrico (Figura 2).

6. I team cardiometabolico focalizzato sui fattori di rischio quali dislipidemie, diabete, obesità e sui nuovi farmaci finalizzati a ridurre il rischio cardiovascolare e migliorare l'outcome del paziente cardiologico incidendo su meccanismi cardiometabolici.

7. Team Cardiogeriatrico con particolare attenzione sugli adulti anziani con malattie cardiovascolari, multimorbilità, polifarmacoterapia, declino cognitivo, capacità funzionale ridotta e fragilità (Figura 3).

8. Heart-Brain Team. Le molteplici connessioni tra cuore e cervello sono state ampiamente studiate a livello anatomico, fisiopatologico e clinico. Nella gestione di varie patologie cardiovascolari e neurologiche è necessario un approccio congiunto tra cardiologi e neurologi, con la creazione di un team cuore-cervello, di sostanziale importanza nella gestione dell'ictus, della fibrillazione atriale, della malattia carotidea e del forame ovale pervio.

9. Team multidisciplinari nella gestione dell'endocardite infettiva che rappresenta uno scenario clinico complesso che spesso richiede l'esperienza di vari specialisti per una gestione ottimale di aspetti chiave come la scelta di terapie antimicrobiche adeguate, la gestione di complicanze extracardiache e il timing interventi chirurgici che richiedono la collaborazione tra cardiologi, cardiocirurghi cardiaci, infettivologi e microbiologi e specialisti in imaging.

10. Lo shock team che si associa ad un miglioramento della sopravvivenza dei pazienti.

Gli obiettivi del gruppo di Studio sono:
1) **La formazione dei Cardiologi ANMCO su tematiche qualificanti la multidisciplinarietà in Cardiologia.**
2) L'elaborazione di contenuti finalizzati alla creazione di team multidisciplinari in Cardiologia. La comunicazione attraverso **Progetto Anmknow, che vede la**

realizzazione di una serie di Webinar, in collaborazione di super-esperti e "Shed light on" Rubrica online con una serie di mini-interviste ad opinion leader nazionali e internazionali (Figura 4). Già andata in onda la prima puntata di "Shed Light On" al Prof. Francesco Gabrielli (aggiungere notizie).

3) Collaborazione con altre Aree ANMCO su tematiche di interesse comune con la realizzazione di numerosi progetti editoriali in italiano e in inglese.

Ad oggi abbiamo già pubblicato un paper in collaborazione con l'Area di CardioGeriatrics, "How to Manage Beta-Blockade in Older Heart Failure Patients: A Scoping Review", DOI:10.3390/jcm13072119, sottomesso e sottomesso un paper in inglese "Exploring the Peri-Operative Use of DOACs, off the beaten track". In fase di submission a rivista internazionale un paper in inglese sulla gestione multidisciplinare della fibrillazione atriale in collaborazione con l'Area Aritmie, un paper sulla gestione della TAVI nel paziente anziano e uno sulla rivascolarizzazione miocardica nel paziente anziano in collaborazione con l'Area di CardioGeriatrics e un paper in inglese sulle metastasi cardiache in collaborazione con l'Area CardioOncologia e uno su Long Covid e Cardiovascular Disorders in collaborazione con l'Epidemiologia. In cantiere sono inoltre collaborazioni con l'Area Prevenzione Cardiovascolare, con l'Area Cardiologia Intensiva ed Interventistica e con l'Area Cardiologia di Genere. Siamo quindi carichi e visionari, animati da uno spirito entusiastico ed entusiasmante, per fare sempre meglio, sempre insieme.♥



La sicurezza del paziente è responsabilità morale e professionale degli operatori sanitari, rappresentando un campo in continua evoluzione

Le raccomandazioni ministeriali per la sicurezza dei pazienti

Strumento di prevenzione degli eventi avversi

Il 5 gennaio 2005 in un reparto di Pediatria dell'Ospedale Carmagnola (TO), moriva il piccolo Enrico Mellano, di 2 anni, a cui venne somministrata terapia antibiotica diluita con cloruro di potassio invece che con soluzione fisiologica. Una miscela simile a quella impiegata per i condannati alla pena capitale. Era già successo: nel 2002, presso l'Ospedale di Faenza, una donna di 72 anni era deceduta dopo risonanza magnetica, per uso di cloruro di potassio in flebo; stessa cosa nel 2004, presso una casa di cura privata in provincia di Bologna per un paziente di 80 anni. Molte sono le segnalazioni di questo tipo, generalmente negli articoli di giornale per casi di malasanità. Fu per questo che il Ministero della Salute emanò nel 2008 la raccomandazione ministeriale n. 1 sul "Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di Cloruro di Potassio". Nello stesso mese di marzo 2008 il Ministero della Salute, Direzione generale

della programmazione sanitaria, emana altre sei raccomandazioni ministeriali: n. 2 "Prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico"; n. 3. "Corretta

Gli eventi sentinella sono eventi avversi di particolare gravità, potenzialmente indicativi di un serio malfunzionamento del sistema

identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura"; n. 4 "Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale; 5. "Prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità AB0"; n. 6 "Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto"; n. 7 "Prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da

errori in terapia farmacologica". Successivamente sono state prodotte altre raccomandazioni ministeriali, l'ultima, la 19ma nel 2019 (Tabella 1). Le raccomandazioni ministeriali rappresentano un mezzo per prevenire gli eventi avversi, promuovere l'assunzione di responsabilità e favorire il cambiamento di sistema⁽³⁾. Il mancato rispetto di queste ha ricadute anche sul piano legale come sancito recentemente dalla 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" che prevede che i sanitari si attengano alle linee guida e/o raccomandazioni elaborate da società scientifiche e enti pubblici e privati depositate in apposito elenco definito dalla legge. Il tema della sicurezza del paziente, intesa come la "prevenzione di danni ai pazienti"⁽⁴⁻⁵⁻⁶⁾ era venuto drammaticamente alla ribalta internazionale dopo la pubblicazione



N.	Titolo raccomandazione	Pubblicazione	Spiegazione/elementi essenziali	Evento sentinella collegato
19	Raccomandazione per la manipolazione delle forme farmaceutiche orali solide	novembre 2019	Per manipolazione si intende: la divisione di compresse; la triturazione/frantumazione/ polverizzazione di compresse; l'apertura di capsule.	Morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica (evento sentinella n.6)
18	Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli	settembre 2018	Per "standardizzare" l'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli, le Regioni e le Province Autonome coordinano l'elaborazione di una procedura da far adottare ad ogni Azienda sanitaria e ne monitorano l'applicazione.	Morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica (evento sentinella n.6)
17	Raccomandazione per la riconciliazione farmacologica	dicembre 2014	Ogni struttura sanitaria provvede ad elaborare una procedura per effettuare la Riconciliazione farmacologica. Prevista scheda dedicata (cartacea o informatica)	Morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica (evento sentinella n.6)
16	Raccomandazione per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita	aprile 2014	NP	Morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500gr non correlata a malattia congenita (evento sentinella n.8)
15	Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto soccorso	febbraio 2013	NP (la cardiologia dovrebbe comunque avere un protocollo condiviso con il 118/PS per la gestione delle sindromi coronariche acute e delle emergenze cardiovascolari)	Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto Soccorso (evento sentinella n.14)
14	Prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici	novembre 2012	NP	Morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica (evento sentinella n.6)
13	Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie	novembre 2011	1.Utilizzo di appropriate modalità di valutazione del rischio di caduta del paziente contenute nella documentazione clinico - assistenziale; 2.Valutazione ambientale periodica, in collaborazione con i servizi di prevenzione e sicurezza della struttura; 3. Uso di strumenti di integrazione tra la struttura sanitaria e il territorio.	Morte o grave danno per caduta di paziente (evento sentinella n.9)
12	Prevenzione degli errori in terapia con farmaci "Look-alike/sound-alike" (in aggiornamento)	agosto 2010	1. Dotarsi di una lista di reparto per farmaci LASA. 2. disporre separatamente, in Farmacia, in reparto, negli ambulatori, i farmaci LASA utilizzando metodi e strumenti (anche contrassegni supplementari, codici colore, "allerte") condivisi tra Farmacia e reparti e diffusi dalla Direzione sanitaria. 3. Evitare l'uso di abbreviazioni	Morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica (evento sentinella n.6)
11	Morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)	gennaio 2010	Le Aziende/strutture sanitarie devono: 1. Promuovere l'adozione di linee guida e/o di regolamenti per il trasporto in emergenza e di quello ordinario dei pazienti; 2. Formare e addestrare il personale addetto al trasporto di pazienti; 3. Assicurare l'idoneità, l'utilizzo in sicurezza e la manutenzione dei mezzi di trasporto; 4. Promuovere un clima collaborativo tra gli operatori coinvolti.	Morte o grave danno conseguente ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero) (evento sentinella n.13)
10	Prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati	settembre 2009	NP	Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente (evento sentinella n.16)
9	Prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali (in aggiornamento)	aprile 2009	1. Istituzionalizzazione di una funzione aziendale specificatamente preposta al governo del patrimonio tecnologico biomedico. 2. Centralizzazione di tutte le richieste di intervento tecnico sugli apparecchi elettromedicali per guasti e/o malfunzionamenti. 3. Attività di manutenzione e delle verifiche periodiche di sicurezza e dei controlli di qualità e prove funzionali. 4. Monitoraggio eventi sentinella.	Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente (evento sentinella n.16)
8	Prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari (in aggiornamento)	novembre 2007	1. Elaborazione di un programma di prevenzione aziendale. 2. Analisi delle situazioni operative, al fine della identificazione di quelle a maggiore vulnerabilità; 3. Esame degli episodi di violenza verificatisi nella struttura; 4. Definizione delle misure di prevenzione e protezione da adottare.	Atti di violenza a danno di operatore (evento sentinella n.12)
7	Prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica (in aggiornamento)	marzo 2008	La Raccomandazione si applica a tutti i farmaci usati in ospedale e in particolare ai "farmaci ad alto livello di attenzione. La gestione comprende le varie fasi della terapia: 1. Approvvigionamento; 2. immagazzinamento, conservazione, gestione delle scorte; 3.Prescrizione; 4. Trascrizione e interpretazione; 5. Preparazione; 6. Distribuzione. Incentivate le procedure informatizzate.	Morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica (evento sentinella n.6)
6	Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto	marzo 2008	NP	Morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto (evento sentinella n.7)
5	Prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità AB0	marzo 2008	Strumenti di prevenzione: 1. Una dettagliata valutazione di tutte le tappe del processo trasfusionale per identificare i punti critici; 2. Messa in atto di misure di controllo; 3. Procedure e i programmi di formazione del personale; 4. Utilizzare tecnologie informatiche per automatizzare le procedure.	Reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità AB0 (evento sentinella n.5)
4	Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale	marzo 2008 2° ed. 2020	Presa in carico del paziente all'ingresso, rilevazione del rischio, attenzione ai pazienti a rischio elevato (adozione di misure preventive adeguate, supporto psichiatrico)	Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale (evento sentinella n.10)
3	Corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura	marzo 2008	Pertinente per procedure di cardiologia interventistica. Impiego di braccialetto identificativo	Procedura in paziente sbagliato (evento sentinella n.1) - Procedura chirurgica in parte del corpo sbagliata (lato, o parte) (evento sentinella n.2) - Errata procedura su paziente corretto (evento sentinella n.3)
2	Prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico	marzo 2008	Check list di sala di emodinamica e aritmologia interventistica.	Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richiede un successivo intervento o ulteriori procedure (evento sentinella n.4)
1	Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di Cloruro di Potassio -KCL- ed altre soluzioni concentrate contenenti Potassio (in aggiornamento)	marzo 2008	Adozione di una procedura operativa specifica (di azienda e/o di UO); 2. Corretta tenuta fiale di KCl in reparto (separate da altri farmaci - segnalazione di pericolo); 3. Prescrizione corretta (indicare "potassio cloruri" e non "KCl"; 4. Non superare la concentrazione di 20mEq di potassio in 500 ml in vena periferica e di 30mEq per 500 ml in vena centrale; 5. Impiego di Checklist con doppio controllo in caso di uso di soluzioni di potassio.	Morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica (evento sentinella n.6)

Tabella 1



Le raccomandazioni ministeriali, sono uno strumento di prevenzione degli errori e pertanto sono strettamente collegate agli eventi sentinella. Gli scopi sono: mettere in guardia gli operatori sanitari riguardo a procedure potenzialmente pericolose, fornire strumenti efficaci per ridurre i rischi, migliorare la sicurezza delle cure

di “To err is human: buinding a safer system” da parte dell’Institute of Medicine degli USA. La sicurezza delle cure diventa sia una disciplina che una responsabilità personale e professionale con una particolare attenzione all’identificazione (segnalazione degli eventi avversi, reclami e denunce, dati clinico-amministrativi, media), all’analisi (reattiva mediante gli audit e le rassegne di morbilità & mortalità e proattiva ad es. con la Failure Mode Effect Analysis) e alla prevenzione di errori medici mediante applicazione delle buone pratiche, cui appartengono le raccomandazioni ministeriali per la sicurezza⁽⁷⁾. Gli obiettivi delle

raccomandazioni ministeriali sono: mettere in guardia gli operatori sanitari riguardo a procedure potenzialmente pericolose; fornire strumenti efficaci per mettere in atto azioni che siano in grado di ridurre i rischi; promuovere l’assunzione di responsabilità da parte degli operatori per favorire il cambiamento di sistema. Gli eventi sentinella sono eventi avversi di particolare gravità, potenzialmente indicativi di un serio malfunzionamento del sistema, che possono comportare morte o grave danno al paziente e che portano ad una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario⁽⁸⁾. Le raccomandazioni ministeriali,

come strumento di prevenzione degli errori, sono strettamente collegate agli eventi sentinella.

La sorveglianza degli Eventi Sentinella, istituita in Italia nel 2003 (Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità-SIMES) rappresenta pertanto un’importante azione di sanità pubblica perché rappresenta uno strumento indispensabile per la prevenzione di tali evenienze e per la promozione della sicurezza dei pazienti (Figura 1). La reale entità delle problematiche connesse con le raccomandazioni ministeriali e gli eventi sentinella la possiamo trarre dal 6° rapporto “Protocollo di monitoraggio degli eventi sentinella” riferito al periodo gennaio 2005-dicembre 2020⁽⁹⁾. La Tabella 2 mostra il numero di eventi sentinella per tipologia: al primo posto troviamo la morte o grave danno per caduta del paziente (33,25% degli eventi avversi segnalati). È fondamentale sottolineare a tal proposito che il dato delle segnalazioni è sottostimato rispetto al numero reale di eventi sentinella e che il fatto che le cadute siano al primo posto è da intendersi come evento più segnalato non più frequente. Da sottolineare inoltre come il tema delle segnalazioni debba essere correlato al tema



Figura 1 - La prevenzione degli eventi avversi mediante l’applicazione di pratiche per la sicurezza

Le raccomandazioni rappresentano un obbligo per i professionisti sanitari come contenuto nella Legge 8 marzo 2017 (Gelli-Bianco)



Tipologia di Evento Sentinella	N.	%
Morte o grave danno per caduta di paziente	2984	33.25
Ogni altro Evento avverso che causa morte o grave danno al paziente	1253	13.96
Atti di violenza a danno di operatore	1245	13.87
Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale	967	10.78
Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richiede un successivo intervento o ulteriori procedure	507	5.65
Morte o grave danno impreveduto conseguente ad intervento chirurgico	473	5.27
Morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita	337	3.76
Morte, coma o gravi alterazioni funzionali derivati da errori in terapia farmacologica	287	3.20
Reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità ABO	168	1.87
Morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto	168	1.87
Errata procedura su paziente corretto	164	1.83
Violenza su paziente in ospedale	100	1.11
Procedura chirurgica in parte del corpo sbagliata (lato, organo o parte)	94	1.05
Procedura in paziente sbagliato	91	1.01
Morte o grave danno conseguente ad inadeguata attribuzione del codice triage nella centrale operativa 118 e/o all'interno del pronto soccorso	80	0.89
Morte o grave danno conseguente ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)	56	0.62
Totale	8974	100

Tabella 2 - Eventi sentinella come risulta dal 6° rapporto nazionale (2005-2020)

della sicurezza e della qualità delle cure erogate. Chi segnala di più, cura meglio! A tal proposito è incoraggiante il fatto che tra le discipline ospedaliere la Cardiologia è al 6° posto tra quelle che segnalano maggiormente, con il 3% di tutti gli eventi sentinella segnalati. In conclusione le raccomandazioni ministeriali rappresentano un importante strumento di prevenzione del rischio clinico in generale e

Le raccomandazioni ministeriali rappresentano un importante strumento di prevenzione del rischio clinico anche in cardiologia

anche in cardiologia la cui aderenza fornisce una guida per la messa in atto di azioni efficaci.♥

Bibliografia

1. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, eds. To Err Is Human: Building a Safer Health System. Institute of Medicine (U.S.) Committee on Quality of Health Care in America. Washington, DC: National Academies Press, 2000. <https://nap.nationalacademies.org/catalog/9728/to-err-is-human-building-a-safer-health-system>.
2. Schiff G, Shojania KG. Looking back on the history of patient safety: an opportunity to reflect and ponder future challenges, *BMJ Qual Saf*. 2022 Feb;31(2):148-152. doi: 10.1136/bmjqs-2021-014163. Epub 2021 Oct 8. <https://www.salute.gov.it/portale/sicurezzaCure/dettaglioContenutiSicurezzaCure.jsp?lingua=italiano&id=250&area=qualita&menu=lineeguida>.

4. Vincens Charles. La sicurezza del paziente. Springer-Verlag Italia 2011. DOI 10.1007/978-88-470-1875-4
5. Leape Lucian L. Making Healthcare Safe. The Story of Patient Safety Movement. Springer 2021. <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2F978-3-030-71123-8.pdf>
6. Giovanni Falsini, Michela Barisone, Dorianna Frongillo, Tullio Usmiani. Clinical risk management: a new frontier for Italian Cardiology. *G Ital Cardiol (Rome)*. 2023 Dec;24(12):952-959.
7. Sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico Manuale per la formazione degli operatori sanitari. Ministero della Salute. https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_640_allegato.pdf
8. <https://www.agenas.gov.it/aree-tematiche/qualita-e-sicurezza/rischio-clinico-e-sicurezza-del-paziente/monitoraggio-delle-raccomandazioni/elenco-eventi-sentinella>.
9. https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3356_allegato.pdf



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
Viviana Oliva - 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 FILIPPO RUSSO, ANNALISA TURCO, CATERINA CHIARA DE CARLINI, ANNAMARIA IORIO,
GRAZIA CASTELLI, ANNA FRISINGHELLI, NICCOLÒ BRENNO GRIECO, CHIARA ROBERTA VECCHIO,
GIUSEPPE DI TANO E FELICE ACHILLI

L'ANMCO Lombardia ha offerto un momento di confronto e riflessione sulle Linee Guida ESC 2023 per il trattamento delle Sindromi Coronariche Acute

Linee Guida della ESC 2023 per il trattamento delle Sindromi Coronariche Acute

Quali sono le ripercussioni e quali i limiti di applicazione nella pratica clinica quotidiana

I Cardiologi della Lombardia si confrontano nell'applicazione delle nuove raccomandazioni delle Linee Guida nel "real world"





Gli “Eventi Residenziali” di ANMCO Lombardia, partendo da casi clinici, affrontano e discutono le raccomandazioni delle nuove Linee Guida ESC 2023 sul trattamento delle sindromi coronariche acute con lo scopo di condividere i trattamenti più appropriati per migliorare l’outcome dei nostri pazienti

al pari del paziente post-arresto in assenza di shock cardiogeno o alterazioni persistenti del tratto ST all’elettrocardiogramma. È lasciata la possibilità di trattamento della “lesione non colpevole” nel paziente con coronaropatia multivasale a una procedura differita e si riconosce un ruolo crescente dell’imaging intra-coronarico (OCT e IVUS) nella fase diagnostica soprattutto in caso di

Le Linee Guida ESC 2023 affrontano per la prima volta il tema della diagnosi e del trattamento della prima causa di morte cardiovascolare attraverso un documento unico, interpretando le sindromi coronariche acute come un *continuum* clinico che comprende un ampio spettro di manifestazioni che vanno dall’angina pectoris instabile fino allo shock cardiogeno ischemico. Se da un lato le sindromi coronariche acute condividono il medesimo substrato fisiopatologico, dall’altro esse possono differire grandemente in stadio acuto per caratteristiche clinico-gestionali e intensità di trattamento farmacologico e interventistico. Le principali novità sul trattamento delle sindromi coronariche acute riguardano aspetti organizzativi, farmacologici e

interventistici. La strategia invasiva precoce nel paziente con NSTEMI high risk non è più mandatoria vista l’assenza di solidi dati di letteratura associati a un significativo beneficio rispetto alla strategia differita,

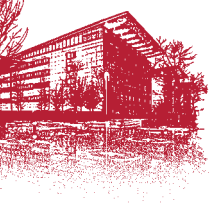




assenza di coronaropatia ostruttiva e nell'ottimizzazione del risultato della rivascolarizzazione percutanea. Dal punto di vista della terapia anti-trombotica, non è più raccomandato il pretrattamento con inibitore del recettore P2Y12 prima che sia nota l'anatomia coronarica e si riconosce la possibilità di modulare la durata e l'intensità della terapia anti-trombotica, sia essa duplice o triplice, nella fase post-acuta in scenari clinici specifici. Maggior rilievo viene poi dato al paziente pluri-comorbido e soprattutto al paziente oncologico raccomandando comunque una strategia invasiva precoce in caso di prognosi favorevole a sei mesi. ANMCO Lombardia ha scelto di affrontare le novità proposte dalle Linee Guida 2023 organizzando quattro eventi residenziali nel febbraio 2024, ciascuno proposto in una delle quattro macro-aree individuate all'interno della regione Lombardia: area delle province di

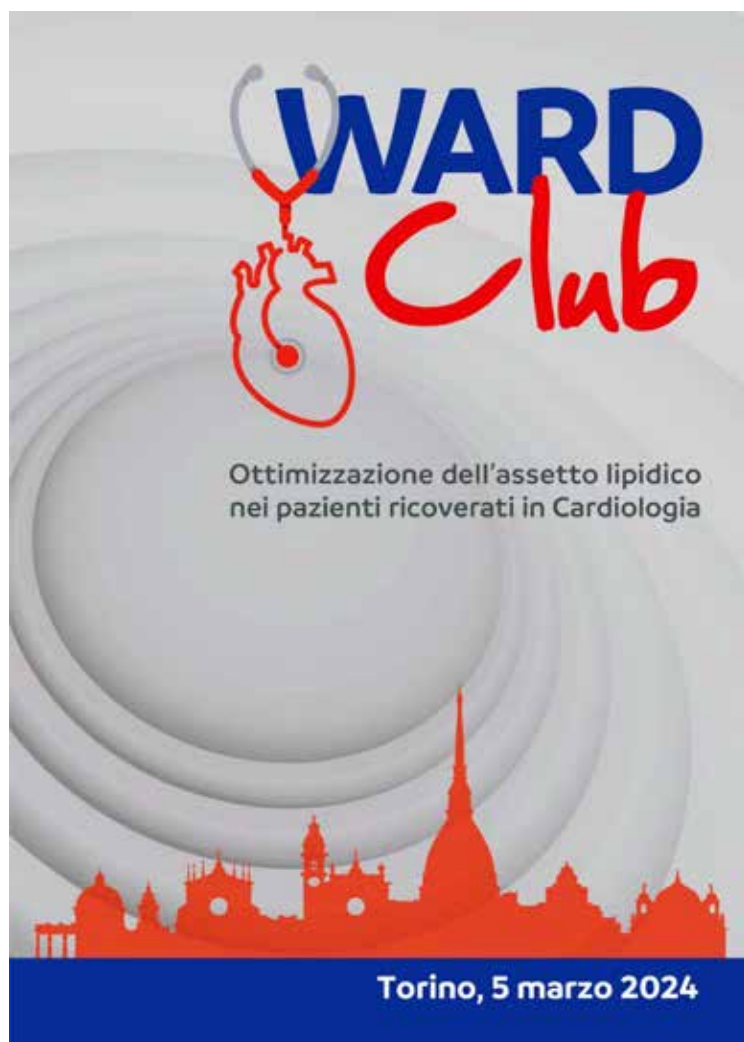
Milano e Monza-Brianza, area delle province di Bergamo e Brescia, area Pedemontana (province di Varese, Como, Lecco e Sondrio) e area Padana (province di Pavia, Lodi, Cremona e Mantova). Circa 200 i Cardiologi che complessivamente hanno partecipato agli eventi e che, in base all'afferenza alle rispettive aree, partendo da quattro casi clinici proposti di pazienti con NSTEMI low-risk, high-risk, very high-risk e STEMI complicato da shock cardiogeno, si sono confrontati su come applicare le raccomandazioni delle Linee Guida nella pratica clinica quotidiana. Ciascun caso veniva presentato da due specialisti, solitamente un Cardiologo Clinico e un Cardiologo Interventista, che motivavano la strategia nella gestione del caso con le evidenze scientifiche alla base delle raccomandazioni delle Linee Guida, facendone emergere potenziali limiti e criticità di applicazione. Il

taglio estremamente pratico che il format degli eventi prevedeva, ha facilitato il confronto diretto tra tutti gli specialisti coinvolti, facendo emergere interessanti differenze in termini di approccio e di visione ai casi proposti, spesso come diretta conseguenza dell'eterogeneità organizzativa e logistica in cui operano le diverse Cardiologie nella regione Lombardia. A fronte di diagnosi precoci, trattamenti farmacologici raccomandati e terapie interventistiche tecnicamente complesse e condotte con competenza, maggiori criticità sono emerse nella gestione dei casi più complessi, con instabilità clinica ed emodinamica alla presentazione, derivanti da difficoltà logistiche nel sottoporre i pazienti a una strategia invasiva precoce o nel rapido accesso a dispositivi di supporto al circolo o ancora nel riferire i pazienti a Centri di secondo livello, nonostante esista una consolidata rete di patologia. Il confronto e le riflessioni su questi e tanti altri aspetti, hanno fatto emergere ancora una volta quanto possa essere difficile applicare nella realtà quotidiana delle raccomandazioni che spesso derivano da studi clinici randomizzati condotti su popolazioni estremamente selezionate e non sempre specchio del "real world". L'esperienza degli eventi residenziali ha chiaramente evidenziato come nella stessa regione Lombardia continuino a convivere realtà ospedaliere molto eterogenee per aspetti organizzativi e logistici e quanto questo possa condizionare la diversità di approccio ai nostri pazienti, per quanto le Linee Guida debbano rappresentare la traccia fondamentale da seguire.♥



Il Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Piemonte e Valle D'Aosta crea il primo gruppo di lavoro in Italia dei Cardiologi impegnati nelle degenze cardiologiche

In Piemonte nasce il WARD CLUB: il gruppo dei cardiologi di reparto



L'iniziativa più importante del Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Piemonte e Valle D'Aosta è stata quella di creare il "Ward Club" cioè un gruppo di lavoro composto dai Cardiologi che operano prevalentemente nel reparto di degenza cardiologica. L'esperienza del WARD CLUB "club dei Cardiologi che lavorano prevalentemente nel reparto degenza di Cardiologia" nasce da un'idea di 4 colleghi: Fabrizio Delnevo, Catia De Rosa, Silvia Muccioli (degenza di Cardiologia dell'Ospedale Mauriziano di Torino) e Brunella Demichelis (UTIC dell'Ospedale Maria Vittoria e componente del Consiglio Direttivo Regionale ANMCO) che hanno presentato al Consiglio Direttivo ANMCO Piemonte e Valle d'Aosta la proposta di coinvolgere i Cardiologi ospedalieri che lavorano in degenza, in incontri scientifici periodici finalizzati all'ottimizzazione dei percorsi terapeutici dei pazienti ricoverati ed alla discussione di problemi pratici spesso non considerati ma che impattano





notevolmente sull'attività quotidiana (piani terapeutici, prenotazioni esami e visite di follow up...). Tutto nasce dall'idea che i Cardiologi che lavorano in degenza non hanno avuto sino ad ora la possibilità di riunirsi per condividere i percorsi di cura dei pazienti che vengono dimessi; ognuno agisce come pensa sia giusto ma mancando il confronto con le altre realtà, per vari motivi, non ultimo la carenza di tempo, non viene sfruttata appieno la possibilità di incidere in maniera efficace sulla prognosi dei pazienti dimessi. La mancanza di confronto può portare a limitarsi a fare il minimo e dimettere il paziente rapidamente senza perdere tempo a variare od ottimizzare la terapia in atto (ci penserà il curante!). Sulla base di questa premessa va ricordato che il ruolo del Cardiologo clinico di reparto è vitale in quanto è colui che deve dimettere il paziente con la migliore terapia farmacologica dimostratasi efficace nel ridurre il rischio residuo dopo un evento acuto e programmare un percorso adeguato per il paziente. Il momento del ricovero e della dimissione è spesso l'unico momento in cui la terapia può essere ottimizzata; i dati di letteratura ci mostrano come ai controlli successivi le scelte terapeutiche intraprese in ospedale non vengano sostanzialmente più modificate. Tutto questo richiede tempo ma è tempo che ci aiuta a ridurre il rischio di nuovi eventi e a ridurre i ricoveri ripetuti. Il Consiglio Direttivo Regionale ha quindi promosso la creazione del gruppo dando al WARD CLUB ANMCO Piemonte e Valle D'Aosta. È stato istituito un comitato

scientifico composto da Giuseppe Musumeci, Brunella Demichelis e Fabrizio Delnevo che con l'aiuto dei direttori delle 25 Cardiologie Piemontesi e 1 di Aosta ha costituito il gruppo di lavoro; sono stati inseriti nel gruppo due Cardiologi che lavorano prevalentemente in degenza per ogni Cardiologia per un totale di 52 Cardiologi. È stata indetta una prima riunione il 20 settembre 2023 dove erano rappresentate sostanzialmente tutte le Cardiologie Piemontesi e di Aosta oltre al Consiglio Direttivo Regionale ANMCO. In questa riunione è stata discussa la finalità del progetto e la sua modalità di esecuzione e con il consenso di tutti i partecipanti è stata ufficializzata la nascita del WARD Club. Si è deciso di organizzare tre scientifiche monotematiche che approfondissero i principali snodi clinici che i cardiologi impegnati in reparto affrontano quotidianamente ed in particolare:

- Ottimizzazione dell'assetto lipidico (5 marzo 2024).

- Ottimizzazione delle strategie terapeutiche nello scompenso cardiaco (10 giugno 2024).

- Ottimizzazione della terapia antidiabetica nei pazienti con cardiopatia ischemica (settembre 2024).

Il modello scelto per ogni riunione prevede:

- una relazione frontale "core" dell'argomento della riunione;

- **presentazione** dei dati della **Survey del WARD Club: come gestiamo i pazienti.**

Prima della riunione ogni partecipante ha ricevuto e compilato, le domande della survey costituita da 6 casi clinici con molteplici risposte

di scelta terapeutica per avere una fotografia reale di quello che succede nelle diverse realtà della regione. Ogni scelta terapeutica viene portata in discussione collegiale. In questo modo si affronteranno anche i vari problemi pratici (follow-up pazienti, organizzazione rinnovi piani terapeutici, difficoltà prescrittiva di alcuni farmaci).

- Presentazione di 4 casi clinici con discussione collegiale fra i membri del WARD Club su scelte di gestione clinica e terapeutica correlati al tema della riunione.

La prima riunione sull'ottimizzazione della terapia ipolipemizzante è stata un grande successo in termini di partecipazione e discussione. Erano presenti i rappresentanti di tutte le Cardiologie della regione oltre al Consiglio Direttivo Regionale e a diversi primari invitati al meeting. La discussione è stata molto vivace e partecipata ed è emerso un quadro regionale in grande evoluzione che vede il Piemonte sempre più portato ad ottimizzare il quadro lipidico dei pazienti post SCA con una strategia di fast track in linea con il recente indicatore AGENAS di LDL < 55 mg/dl a sei mesi (in accordo con le Linee Guida ESC 2019).

Peraltro proprio da Gennaio la Regione Piemonte ha recepito il nuovo indicatore AGENAS e il suo monitoraggio è diventato un obiettivo strategico per 13 Cardiologie Piemontesi.♥



Il Congresso si è proposto di svolgere un programma di interscambio di tematiche formative sui progressi ottenuti nelle varie linee di sviluppo della Cardiologia e di condividere strategie ottimali sugli aspetti organizzativi legati agli obiettivi di salute

Congresso Regionale ANMCO Sicilia 2024

Ancora un successo nell'armonia tra tradizione e innovazione

Informazione, partecipazione e condivisione delle principali novità cardiologiche

Le conoscenze scientifiche e tecnologiche aumentano in modo rapido ed esponenziale, tanto che si stima, per difetto, che ormai esse raddoppino ogni sei anni. Questo fenomeno globale non lascia certamente da parte la disciplina cardiologica, tutt'altro. I costanti avanzamenti nel campo della diagnosi e della terapia delle malattie cardiovascolari hanno portato, nell'ultimo mezzo secolo, ad aumentare l'aspettativa di vita di oltre dieci anni, molto più di tante altre branche della medicina, ed hanno contribuito in modo sostanziale al miglioramento della qualità della vita dei pazienti cardiopatici. Questo,

tuttavia, non è e non può essere motivo per adagiarsi sugli allori, perché mantenersi costantemente aggiornato, per ogni professionista che operi nel campo cardiovascolare, è un preciso dovere etico, morale, deontologico e giuridico, cui fa da contraltare il diritto dei cittadini ad essere curati da figure competenti ed edotte sulle più recenti innovazioni della Cardiologia, dovere che travalica i meri obblighi formali legati alla normativa ECM. Alla luce di queste considerazioni, come ogni anno, nella nuova edizione 2024 del Congresso Regionale ANMCO Sicilia, tenutosi nell'ormai tradizionale cornice dell'Hotel

Sheraton Four Points di Acì Castello dal 26 al 28 marzo, questo Consiglio Direttivo si è sforzato di offrire un percorso formativo molto vario, che ha fornito la possibilità di un confronto costruttivo e di un fattivo interscambio di esperienze su numerosi temi di attualità nel campo delle malattie cardiovascolari, allo scopo di colmare tutti gli eventuali gap formativi dei Cardiologi siciliani, rappresentando un'opportunità di condivisione del processo di aggiornamento su questi argomenti di ampio respiro. Ci è sembrato corretto e opportuno, nella sua città, attribuire la Presidenza Onoraria del Congresso a Michele M. Gulizia, già



Presidente Nazionale dell'ANMCO e della Fondazione per il Tuo cuore, in riconoscimento di tutte le energie da lui spese per fare crescere la nostra Associazione e la Cardiologia siciliana. Nella seduta inaugurale, la Dott.ssa G. Maura Francese, Presidente Regionale ANMCO Sicilia, ha salutato e ringraziato tutti i Presenti ed i Relatori che con grande entusiasmo hanno dato la loro disponibilità a partecipare al Congresso. Hanno fatto seguito gli interventi delle Autorità, a cominciare dal Dott. Salvatore Requirez, Direttore del DASOE, che ha portato i saluti dell'Assessore Regionale alla Salute Dott.ssa Volo, impossibilitata a partecipare, riconoscendo la grande rilevanza del

Congresso ANMCO ed il contributo offerto dalla nostra Associazione alla Sanità Regionale anche nella condivisione di diversi tavoli tecnici e documenti programmatici. Hanno preso inoltre la parola il Sindaco, il Presidente dell'Ordine dei Medici di Catania, Monsignor Emerito Gristina fino all'intervento finale del padrone di casa, il Commissario Straordinario dell'ARNAS Garibaldi Dott. Giuseppe Giammanco. Il Congresso si è sviluppato in maniera dinamica ed eterogenea, articolandosi su ben 20 sessioni frontali, spesso su sale parallele, 3 tavole rotonde, 5 letture magistrali, 2 originali sessioni "botta e risposta" con gli esperti, rispettivamente su "Chronic total occlusion" e "Forame

ovale pervio", coronate da pillole di saggezza ed infine 2 luncheon panel ("Empaglifozin: tutto ciò che dobbiamo sapere" e "Prevenzione oggi del rischio cardiovascolare nel paziente con diabete mellito tipo 2"). Gli spazi di discussione si sono estesi alle patologie di maggior rilievo epidemiologico che da sempre hanno focalizzato l'attenzione del Cardiologo ospedaliero (cardiopatía ischemica, scompenso cardiaco, con le importanti novità conseguenti alla introduzione delle glicofine e dei potassium binders, fibrillazione atriale ed altre aritmie, valvulopatie), ma anche alla prevenzione (dislipidemie, obesità, diabete, ipertensione arteriosa), agli strumenti volti alla ottimizzazione



delle cure (telemedicina, aderenza farmacologica), alle tecnologie moderne e alla loro corretta applicazione (device, procedure interventistiche, imaging, in cui è chiaramente emerso il concetto che la RM sia ormai uno strumento diagnostico anche prettamente cardiologico, al pari dell'ecocardiogramma, e che pertanto ogni Cardiologo debba conoscerne le applicazioni ed interpretarne i risultati). Prendendo spunto dai risultati dei principali trial clinici, è stata approfondita la loro applicabilità nella pratica clinica quotidiana, secondo i principi ormai irrinunciabili della personalizzazione delle cure e della sostenibilità economica delle

stesse. Non è mancato lo spazio per gli aspetti diagnostici, terapeutici e organizzativi su patologie oggi oggetto di importanti novità (ipertensione polmonare, amiloidosi, di cui si è affrontato il tema del percorso clinico-assistenziale in rete, miocarditi) e su tematiche di grande attualità come la Cardiologia di genere, in cui si è sottolineato come sia necessario sviluppare dei percorsi dedicati alle donne con l'obiettivo di diffondere la cultura della prevenzione e della diagnosi precoce, la cardioncologia e la cardiologia digitale, e a contesti clinici multidisciplinari, nonché per la gestione delle principali emergenze cardiologiche. Non è stata trascurata la popolazione pediatrica,

con una apposita sessione dedicata allo scompenso cardiaco in età infantile. Di particolare rilevanza le letture magistrali, in seduta plenaria, che hanno visto coinvolti il Prof. Furio Colivicchi, il Prof. Michele M. Gulizia, il Dott. Fabrizio G. Oliva, il Dott. Massimo Grimaldi, Presidente eletto ANMCO ed il Dott. Domenico Gabrielli. Letture affidate a personalità di grande rilievo in ambito ANMCO e non solo, ma soprattutto professionisti che hanno contribuito, da protagonisti, allo sviluppo di queste tematiche. Grande successo anche per le tavole rotonde su "Presente e futuro in tema di sostituzione valvolare aortica transcateretere: prospettive assistenziali e follow-up territoriale



in Sicilia”, coordinate da Giovanni De Luca, Michele M. Gulizia e Salvatore Requirez, centrata su un tavolo tecnico recentemente istituito in Assessorato, “Scompenso cardiaco cronico: gestione integrata ospedale-territorio” e “update sulle valvulopatie”. Come è consuetudine ormai del Consiglio Direttivo, è stato dato molto spazio ai giovani, le “nuove leve” dell’ANMCO Regionale, abilmente e attentamente guidati e introdotti da Cardiologi “diversamente giovani”. Momento clou dell’evento è stata l’Assemblea societaria, tenuta il 27 marzo e molto partecipata, aperta dalla dott.ssa G. Maura Francese, che ha esposto le nuove iniziative già realizzate dal nuovo Consiglio Direttivo, e in particolare la creazione dei gruppi di lavoro, che si sono rivelati molto attrattivi per i giovani ed estremamente attivi, portando alla elaborazione di diverse videoconferenze, webinar e survey, nonché di quelle in itinere e di prossima realizzazione. Un lavoro intenso, fondato su frequenti

riunioni del Consiglio Direttivo ed attivo coinvolgimento dei Soci, anche con newsletter, che ha portato frutti rigogliosi come la richiesta di iscrizione all’ANMCO di numerosi giovani colleghi (a tale proposito evidenziamo con piacere che l’età media dei soci siciliani è inferiore a quella nazionale). La relazione del Presidente è stata approvata all’unanimità, segno di armonia e riconoscimento dei Soci siciliani nel nostro Consiglio Direttivo. L’ANMCO, la più grande associazione cardiologica nazionale, ha a cuore la crescita culturale e professionale non solo dei propri associati ma di ogni altro operatore sanitario, perché tutti abbiamo a cuore la salute dei nostri pazienti. Da sempre ANMCO Sicilia è fortemente motivata alle attività del mondo nursing, anche grazie al lavoro svolto in passato dalla Dott.ssa G. M. Francese. È questo il tradizionale motivo ispiratore del Cardionursing, tradizionalmente associato al nostro congresso regionale e svoltosi nel corso della prima giornata, che

anche quest’anno ha riscosso uno straordinario successo, con una sala gremita dalla presenza di infermieri provenienti da tutte le realtà ospedaliere della nostra isola. In conclusione, un grande successo di sentita e nutrita partecipazione (oltre 270 persone tra Faculty, medici Cardiologi ANMCO e 100 infermieri, che ringraziamo tutti, uno per uno) per un congresso, preziosa occasione di condivisione di cultura, esperienze sul campo, percorsi diagnostici terapeutici e nuove evidenze, ricco di materiale scientifico di qualità, attorno a cui si è animata la discussione della nostra vivacissima comunità cardiologica, la “famiglia ANMCO Sicilia”, che è tornata a riunirsi con il piacere di ritrovarsi insieme, in scienza e convivialità, in un clima di condivisione della nostra mission, quella di prenderci cura dei cardiopatici siciliani e contribuire a creare all’interno della nostra Regione un eccellente ed uniforme livello di assistenza clinica. ♥



NSTEMI: timing per la coronarografia, reti regionali e rapporto Centri Hub e Spoke

NSTEMI: Caduti nella Rete? Ultima puntata del Progetto Regioni 3.0

I Presidenti ANMCO di Friuli Venezia Giulia, Liguria, Abruzzo e Basilicata hanno presentato i risultati della Survey "NSTEMI: caduti nella rete?", portando alla luce le principali criticità delle singole Regioni



Nell'ultimo degli incontri web dedicati all'organizzazione delle reti per la sindrome coronarica acuta senza sopraslivellamento del tratto ST-T (NSTEMI), facente parte del Progetto Regioni 3.0, Fabiana Lucà e Alessandro Navazio hanno condotto il dibattito tra i Presidenti delle regioni Friuli Venezia Giulia, Liguria,

Abruzzo e Basilicata. Il primo a prendere la parola è stato Claudio Fresco che ha evidenziato come il Friuli sia una regione a statuto speciale e per questo soggetta a normative e finanziamenti peculiari. In particolare, Trieste è dotata di due UTIC come centro Spoke, mentre Udine e Pordenone non hanno UTIC Spoke, ma solo

Cardiologie ambulatoriali sprovviste di degenza cardiologica, pertanto i pazienti vengono ricoverati in altri reparti (principalmente Medicina d'Urgenza). A Trieste il percorso cardiologico della sindrome coronarica acuta è molto ben strutturato, mentre nelle altre realtà friulane fare la coronarografia entro 72h, in assenza di criteri di



elevato rischio, è molto complesso e difficilmente effettuabile, in particolare per la carenza dei posti letto. Il prossimo anno è prevista l'inaugurazione del nuovo Ospedale di Udine, e ci si auspica un miglioramento in termini di accessibilità alle sale di emodinamica. L'obiettivo regionale è che almeno il 75% dei pazienti con sindrome coronarica acuta che arrivano nei centri spoke delle aree di Udine e Pordenone abbiano accesso alla coronarografia.

Luca Olivotti ha descritto la realtà della regione Liguria dove un terzo della popolazione supera i 65 anni. Sono presenti otto emodinamiche per 1.5 milioni di abitanti, e questo storicamente è giustificato in base alla realtà geografica che determina oggettive difficoltà di spostamento sulla rete stradale. Le Unità Coronariche sono dieci, di cui solo due sono spoke sprovviste di emodinamica (Ospedale di Imperia e Ospedale Padre Antero Micone di Genova). Dalla regione Liguria sono arrivate poche risposte alla survey, nel 75% dei casi da Cardiologi che lavorano nei Centri Hub. La teletrasmissione dell'ECG funziona sia a livello provinciale che regionale. I trasporti dei pazienti sono gestiti in modo eterogeneo, principalmente con ambulanza medicalizzata ma non sempre con medico Cardiologo a bordo. Uno dei punti critici è la Cardiologia di Imperia per carenza di personale, motivo per cui il trasporto malati con NSTEMI è gestito in collaborazione con il 118. La tempistica del trasferimento si basa principalmente sull'instabilità emodinamica, risulta invece poco utilizzato il GRACE score. Per chi

lavora nei centri Hub, l'accoglienza del malato proveniente da un centro Spoke è condizionata principalmente dalla disponibilità dei posti letto, e

I Presidenti delle regioni Friuli Venezia Giulia, Liguria, Abruzzo e Basilicata presentano le realtà delle loro reti per NSTEMI anche alla luce delle risposte alla recente Survey ANMCO a riguardo

il tempo medio per il trasferimento è di 24-48 h. In sintesi, la rete dell'NSTEMI in Liguria formalmente non esiste, e si basa principalmente su rapporti interpersonali, e l'accoglienza del malato dipende dalla disponibilità dei posti letto e di

La realtà delle reti Cardiologiche per la gestione dell'NSTEMI è quanto mai varia sul territorio italiano ed è stata recentemente "catturata" dalla Survey ANMCO

personale. Successivamente Gianserafino Gregori ha presentato la realtà emersa dalla Survey relativa alla regione Abruzzo, dove sono presenti quattro ospedali Hub, 3 ospedali Spoke, nei restanti casi di tratta di

Cardiologie sprovviste di UTIC o di degenza. Alla Survey hanno risposto in tutto 17 Cardiologi. Il 75% del territorio regionale è organizzato su una rete SCA-NSTEMI, anche se non sempre è disponibile la trasmissione telematica dell'ECG e per il trasporto dei malati non sempre è presente un Cardiologo a bordo. I criteri per trasferimento sono rappresentati dall'instabilità emodinamica, mentre il GRACE score risulta poco utilizzato. A Teramo i pazienti sono gestiti principalmente "in service" con tempi di accesso alla coronarografia di circa 24-48 nell'80% dei casi. Spesso il Cardiologo del Centro Spoke partecipa alla procedura di coronarografia e viene coinvolto nella gestione clinica del paziente nel centro Hub.

Infine Marco Fabio Costantino ha descritto la realtà della Basilicata, altra regione a statuto speciale, dove sono presenti due centri Hub a Potenza e a Matera, il primo dei quali è provvisto anche di Cardiochirurgia. Potenza ha tre centri Spoke, Matera solamente uno. L'indicazione al trasferimento dei pazienti con NSTEMI non viene fatto sulla base dei criteri di GRACE score, ma piuttosto sulla base dell'entità dei marker di miocardionecrosi (troponina). Il sistema di trasporto è molto efficiente e basato sul 118. È stato fatto negli anni precedenti un tentativo di coinvolgere i Collegi dei centri Spoke nel trasferimento e nella partecipazione alla procedura di Emodinamica, ma senza successo. Alla Survey hanno risposto soprattutto Cardiologi di centri Hub. E' in atto un sistema di telemedicina e di rete per lo STEMI, in merito



all'NSTEMI anche in questa realtà guidano i rapporti interpersonali. La tempistica di trasferimento dipende soprattutto dalla stabilità emodinamica e la coronarografia viene garantita entro 48-72h. Anche in questa regione è un problema molto sentito la carenza di personale. La discussione finale si è concentrata sulle tematiche pratico-organizzative delle varie regioni, che condizionano la logistica dei trasporti e la gestione dei pazienti. Inoltre si è sottolineato come la procedura di coronarografia "in service" sia ancora poco diffusa, nella maggior parte dei casi il paziente viene ricoverato nel Centro Hub. Inoltre spesso ci si scontra con la volontà del paziente che richiede la permanenza nel centro Hub e talora anche di essere seguito lì per i controlli clinici successivi. Altra tematica emersa è il rapporto tra il personale dei centri Hub e degli Spoke, tra cui sarebbe auspicabile fiducia e collaborazione, che tuttavia in alcune realtà risulta mancante. Da considerare inoltre, come emerso anche in altri webinar, le problematiche geografiche e orografiche dei singoli territori, e la disponibilità di personale per il trasferimento. La partecipazione del medico del centro Spoke alla procedura, sebbene sia interessante in linea teorica, risulta di difficile realizzazione nella realtà, soprattutto per un discorso di mantenimento della clinical competence e della qualità dell'assistenza. Il Presidente della regione Friuli Venezia Giulia sottolinea che dal punto di vista organizzativo, un problema che può presentarsi è quello del paziente con NSTEMI con indicazione cardiocirurgica,

che spesso ha tempi di intervento lunghi e rimane ad occupare il posto letto in UTIC. Il Presidente della Basilicata ha poi sottolineato come il coinvolgimento dei colleghi del centro Spoke possa aumentare l'attrattività di tali centri per i giovani Cardiologi, spesso demotivati a lavorare nei Centri Periferici. Il Presidente del Friuli Venezia Giulia, infine, evidenzia come una strategia vincente potrebbe essere

Nell'ambito del progetto Regioni 3.0 è stata organizzata una Survey rivolta ai Soci ANMCO che lavorano nell'ambito della rete Emergenza - Urgenza, con lo scopo di approfondire gli aspetti legati alla rete degli NSTEMI in termini logistici e organizzativi

quella di creare nei centri Spoke delle specificità diverse rispetto alle procedure interventistiche (es. nell'ambito dell'imaging), che possano raggiungere un livello alto e diventare di riferimento a livello territoriale, al fine di valorizzare il personale. I moderatori concludono ricordando che sia al "Club delle UTIC" che al Congresso Nazionale ANMCO verranno presentati estesamente i dati della Survey e del Progetto Regioni 3.0, in attesa che l'EYESHOT 2 ci fornisca evidenza scientifica in merito.♥



Il nostro Servizio Sanitario Nazionale sta attraversando una crisi profonda, dopo essere stato posto sotto tremendo stress test organizzativo e strutturale dalla recente pandemia di COVID 19

Il dibattito sulla lunghezza delle liste di attesa per le prestazioni sanitarie Fra approccio ideologico e analisi di sistema

Pensieri “eretici” in libertà sul problema del liste di attesa

Il Servizio Sanitario Nazionale è sotto stress: rischi e opportunità

Come cardiologo, la mia formazione è nata e si è consolidata all'interno del Servizio Sanitario Nazionale, Ospedaliero e Universitario. Questa lunga consuetudine, articolata e ricca di stimoli scientifici e professionali, è stata ed è entusiasmante. Mi ha permesso di apprezzare nel profondo gli straordinari elementi positivi di una copertura sanitaria universale, da considerare bene prezioso per i cittadini, da salvaguardare e potenziare. Il nostro Servizio Sanitario Nazionale sta attraversando però una crisi profonda, dopo essere stato posto sotto tremendo stress test organizzativo e strutturale dalla recente pandemia di COVID 19.

In questo contesto sbalordisce però il silenzio assordante delle Istituzioni, sia nazionali che regionali, in tema di progettualità, riforme e visione strategica

Questa situazione di difficoltà può rappresentare però una grande opportunità di rinnovamento e adeguamento ai nuovi tempi, alle nuove tecnologie, inclusa l'intelligenza artificiale, e alle nuove esigenze di salute dei cittadini, più specifiche per la demografia in rapido mutamento. Occorre quindi un grande dibattito che possa portare a uno sforzo sinergico e condiviso da parte di tutti gli attori coinvolti,

al fine di produrre una nuova progettualità e organizzazione del sistema sanitario nel suo complesso, in rete funzionale dall'ospedale, al territorio e fino al domicilio del paziente. Occorre in definitiva identificare chiaramente chi fa che cosa e con quali protocolli e modalità organizzative, confezionate su misura dei diversi territori, ciascuno spesso con differenti bisogni e diverse orografie e difficoltà logistiche.

Il silenzio assordante delle Istituzioni in tema di progettualità e riforme

In questo contesto sbalordisce però il silenzio assordante delle Istituzioni, sia nazionali che regionali, in tema di progettualità, riforme e visione strategica, affrontati solo occasionalmente tramite qualche superficiale trafiletto giornalistico



Occorre un grande dibattito che possa portare a uno sforzo sinergico e condiviso da parte di tutti gli attori coinvolti, al fine di produrre una nuova progettualità e organizzazione del sistema sanitario nel suo complesso, in rete funzionale dall'Ospedale, al territorio e fino al domicilio dei paziente

sulla carenza di figure professionali sanitarie, non solo mediche, e sulla lunghezza esasperante delle liste di attesa per le prestazioni sanitarie. Risulta invece totalmente carente il dibattito sulle possibilità di sviluppare nuovi modelli organizzativi e progettualità che possano rispondere anche alle nuove emergenti esigenze di appropriatezza, priorità, tempestività e accessibilità delle prestazioni sanitarie, considerate in un contesto di assistenza socio sanitaria integrata, capace di fornire nuove soluzioni di salute capillari a livello territoriale e fino al domicilio dei pazienti. Strisciante appare anche il tentativo di rappresentare il problema delle lunghezze delle liste di attesa al di fuori di ogni contesto organizzativo, quasi come se il tutto fosse determinato anche da una scarsa volontà da parte degli erogatori sanitari pubblici, oltre che da una carenza di personale. Viene spesso propagandato che la soluzione possa venire raggiunta

rapidamente, tramite nuovi regolamenti e disposizioni vincolanti e il finanziamento a pioggia per l'acquisto di pacchetti di nuove prestazioni fuori budget, sia nelle strutture pubbliche che private convenzionate, così da produrre un efficiente "prestazionificio" che accontenti la demagogia. Successive verifiche dimostrano però, dopo breve tempo, che tutto rimane sostanzialmente come prima e che le misure messe in campo sono poco efficaci nella pratica, consolidando invece un accesso sempre più frequente alle strutture private.

Il significato intrinseco delle prestazioni sanitarie nel contesto di un personalizzato progetto di salute

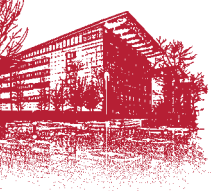
Una parte del problema nasce dal significato equivoco spesso attribuito agli stessi esami specialistici e alle prestazioni sanitarie, che vengono richiesti talora direttamente dagli stessi cittadini in maniera inappropriata e spesso senza indicazioni specifiche formulate dal Medico. Gli "esami" vengono considerati in qualche modo equivalenti al concetto stesso di salute, come se le prestazioni potessero fornire esse stesse "salute" al cittadino e fossero quindi, in qualche modo, "terapeutiche". Si

dimentica quindi che le prestazioni sanitarie devono servire a trovare soluzioni per problemi di salute e che devono venire indirizzate a risolvere il bisogno sanitario del singolo soggetto, nel contesto di un ragionamento medico di analisi, presa in carico e gestione di quello specifico problema di salute. Prestazioni richieste in maniera ridondante, al di fuori di questa logica di progetto, rischiano di risultare inutili, superflue, ripetitive, se non addirittura talora inappropriate, dannose, inefficaci e comunque costose per la comunità che se ne assume l'onere. Le prestazioni sanitarie non devono quindi diventare l'unico obiettivo di salute, ma rappresentare invece una delle modalità e degli strumenti utili per raggiungere gli obiettivi di salute per quel cittadino, sotto la regia del Medico di Medicina Generale.

Monitorare obiettivi di salute o numero di prestazioni erogate?

Le Istituzioni sanitarie dovrebbero perciò misurare e monitorare proprio gli obiettivi di salute e non solo le prestazioni, per non far diventare un fine quello che è solo un mezzo e uno strumento per definire e scegliere le cure più appropriate. Considerando poi che le risorse sanitarie pubbliche

È ancora possibile che una Istituzione Scientifica come l'ANMCO possa intraprendere una ricognizione nazionale e regionale su queste problematiche, così da generare un dibattito aperto e approfondito, e farsi promotrice presso le Istituzioni di una nuova visione strategica per un nuovo Servizio Sanitario Nazionale a copertura universale che guardi fiduciosamente al futuro



Per superare il concetto del “prestazionifico” occorre una nuova campagna di formazione ed educazione, sia per il personale sanitario che per i cittadini, che possa riportare le richieste di prestazioni di un sistema sanitario pubblico con risorse definite a ciò che è corretto ed appropriato, nell’ambito di progetti personalizzati e condivisi di salute, con care manager facilmente identificabili e accessibili e all’interno di percorsi diagnostico-terapeutici predefiniti, consolidati, condivisi e continuamente aggiornabili, secondo priorità cliniche

non sono infinite, e quindi con una definita capacità “produttiva” di prestazioni, è necessario che l’accesso alle prestazioni soggette a copertura sanitaria universale possa avvenire attraverso criteri di priorità, di appropriatezza e secondo tempi ritenuti adeguati. Ciò deve avvenire attraverso una approfondita analisi dei bisogni sanitari da parte del Medico che prende in carico il problema sanitario e del Medico prescrittore. Risulta chiaro, anche dal punto di vista normativo, che il primo e più importante attore di tale organizzazione virtuosa sia il Medico di Medicina Generale, ancor più in vista delle nuove aggregazioni professionali fra Medici che verranno poste in essere sul territorio. È anche evidente che il Medico che prende in carico una determinata problematica di salute deve poter usufruire, fin dal suo primo approccio al problema, di adeguato supporto alle proprie decisioni, anche prevedendo e istituzionalizzando il ricorso a facili, agevoli e tempestive metodologie e protocolli di teleconsulto in contatto con specialisti di riferimento, in modo che il percorso sanitario

diagnostico e terapeutico possa venire condiviso fin dai suoi esordi, con evidenti maggiori garanzie di appropriatezza e tempestività delle cure ed efficacia ed efficienza nei risultati. Al di fuori di operatività e contesti organizzativi di questo tipo è facile incorrere in scarsa appropriatezza delle richieste di prestazioni e in sforzi atti ad incrementare continuamente il numero delle prestazioni stesse, oltre che nell’adozione del numero di prestazioni quale giudice e misura della bontà di un sistema sanitario. Tutto ciò può portare facilmente ad un consumismo esasperato, alla automedicalizzazione e alla autoprescrizione da parte del cittadino e ad un decadimento generalizzato della efficacia ed efficienza del sistema sanitario pubblico in generale.

Quali le possibili soluzioni?

È possibile trovare soluzioni a tali problematiche soltanto se si supera il concetto del “prestazionifico” attraverso un responsabile salto di qualità culturale di tutti gli operatori sanitari coinvolti, delle istituzioni, nazionali e regionali, ma anche di

tutti i cittadini. Occorre anche una nuova campagna di formazione ed educazione, sia per il personale sanitario che per i cittadini, che possa riportare le richieste di prestazioni di un sistema sanitario pubblico con risorse definite a ciò che è corretto ed appropriato, nell’ambito di progetti personalizzati e condivisi di salute, con care manager facilmente identificabili e accessibili e all’interno di percorsi diagnostico-terapeutici predefiniti, consolidati, condivisi e continuamente aggiornabili, secondo priorità cliniche. È anche essenziale che ogni soluzione venga implementata, consolidata e monitorata costantemente mediante la compartecipazione di tutti gli operatori sanitari coinvolti e la legittimazione delle Istituzioni nell’ambito concreto e definito di un determinato bacino d’utenza geografico. Ogni realtà geografica può aver infatti bisogni e soluzioni diversificate e personalizzate, dove le istituzioni e la committenza dovranno farsi garanti della realizzazione dei progetti stessi, del loro monitoraggio nel tempo e del loro adeguamento ai cambiamenti di sistema, nonché della pertinente diffusione di una adeguata e completa informazione ai cittadini, che garantisca il loro coinvolgimento. È ancora possibile che una Istituzione Scientifica come l’ANMCO possa intraprendere una ricognizione nazionale e regionale su queste problematiche, così da generare un dibattito aperto e approfondito, e farsi promotrice presso le Istituzioni di una nuova visione strategica per un nuovo Servizio Sanitario Nazionale a copertura universale che guardi fiduciosamente al futuro.♥



Commento agli articoli del Dott. Gian Luigi Nicolosi “Quali caratteristiche possono rendere più attrattiva una Cardiologia per le nuove generazioni di Cardiologi?” e del Prof. Gianfranco Sinagra “Riappropriarsi del senso pieno della Medicina per rendere più attrattive tutte le organizzazioni cardiologiche”

Le Cardiologie e la loro attrattività per i giovani Cardiologi

Una riflessione sulle cardiologie dei piccoli Ospedali

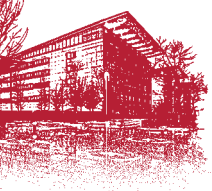
Le Cardiologie di piccole dimensioni scontano maggiori difficoltà a mantenere la loro attrattività

L'integrazione con altre strutture e gli investimenti del PNRR possono aiutarle

Ho letto l'articolo del Dott. Gian Luigi Nicolosi (“Quali caratteristiche possono rendere più attrattiva una Cardiologia per le nuove generazioni di Cardiologi?”) e il successivo commento del Prof. Gianfranco Sinagra (“Riappropriarsi del senso pieno della Medicina per rendere più attrattive tutte le organizzazioni cardiologiche”, pubblicati su “Cardiologia degli Ospedali” di settembre-ottobre 2023 e di gennaio-febbraio 2024, rispettivamente^(1,2)). L'articolo di

Nicolosi individua quali elementi attrattivi fondamentali per le nuove generazioni di Cardiologi le dotazioni tecnologiche aggiornate e le offerte di crescita formativa strutturata, nonché il clima lavorativo interno; aspetti che sono al centro anche della più ampia riflessione del Prof. Sinagra, che inoltre approfondisce la questione della maggiore difficoltà che incontrano le Cardiologie di piccole dimensioni a dotarsi di adeguate tecnologie e a strutturare percorsi formativi e di ricerca

particolarmente necessari alla crescita professionale dei giovani Cardiologi. Su quest'ultimo aspetto, e sulla scorta della mia personale esperienza nelle Cardiologie dell'Umbria, vorrei portare il mio piccolo contributo a questo interessante dibattito avviato dai due illustri Cardiologi dell'Ospedale di Pordenone, e del Dipartimento Cardiotoracico dell'Università di Trieste. Primo punto, le tecnologie avanzate. In passato molte delle tecnologie cardiologiche - ecocardiografia,



Il divario delle piccole Cardiologie rispetto alle strutture maggiori sembra destinato ad aumentare ancora, sia riguardo alle dotazioni tecnologiche che alla offerta di percorsi formativi strutturati. Gli investimenti del PNRR e l'integrazione nelle reti locali delle strutture cardiologiche possono aiutarle, ma il drammatico sottofinanziamento della sanità pubblica non lascia molte speranze

ultrasuonografia vascolare, Holter ECG e pressorio, test da sforzo, ecostress - erano abbastanza diffuse sul territorio (si parlava di democratizzazione delle tecniche) e non penalizzavano le piccole Cardiologie, mentre erano ovviamente più concentrate nei centri maggiori la cardiocirurgia e la elettrofisiologia. In Umbria la cardiocirurgia è arrivata negli anni '90, insieme alla emodinamica e alla elettrostimolazione. Procedure di Cardiologia interventistica più complesse come la TAVI sono molto più recenti e fino all'inizio degli anni 2000 erano di esclusiva competenza cardiocirurgica. Successivamente il decreto 70/2015 e la definizione dei presidi, la istituzione della rete E/U e la classificazione tra Hub e Spoke, la cardiocirurgia, la rete del

neonato critico hanno differenziato sempre di più le strutture per bacino di utenza, alta specialità e qualità delle prestazioni. L'Umbria con i suoi poco più di 850 mila abitanti è ora organizzata in 2 DEA di II° livello, nei capoluoghi Perugia e Terni (in questo secondo caso con popolazione limitata rispetto agli standard previsti), ma dotati anche di tecniche interventistiche, 5 DEA di I° livello e 12 Ospedali di base, di cui 4 dedicati alla riabilitazione. La forte riduzione della spesa sanitaria ha riguardato anche gli investimenti in macchinari e tecnologia, con effetti negativi su tutte le componenti della Cardiologia regionale, ma ne hanno risentito soprattutto le piccole Cardiologie, le cui dotazioni tecnologiche di conseguenza spesso non riescono a tenere il passo della sempre più rapida innovazione. In definitiva, quanto ad adeguatezza delle dotazioni tecnologiche si sta indubbiamente ampliando il divario delle piccole Cardiologie rispetto ai centri principali della regione. Il PNRR può essere l'occasione per recuperare almeno una parte degli investimenti non fatti nella sanità italiana e quindi anche nella nostra regione. Come è noto, la Missione 6 propone investimenti per realizzare una organizzazione complessa, fatta di accordi con i MMG, rete del cronico e dell'ospedale-territorio, attivazione dei vari setting assistenziali previsti - degenziale, ambulatoriale, domiciliare - sviluppo della riabilitazione e perseguimento dell'obiettivo della multidisciplinarietà; il tutto legato e sostenuto da un forte investimento nella digitalizzazione. L'obiettivo centrale è realizzare le condizioni

per prendersi cura delle persone affette da "malattie non trasmissibili" dopo dimissione da Ospedali per acuti, e in questo senso può essere considerato un completamento della riforma sanitaria della legge 833/78. In Umbria il PNRR sanità prevede molti interventi diffusi, oltre che nella medicina del territorio, anche nei piccoli e medi Ospedali. Il che può indubbiamente costituire una opportunità di sviluppo anche di tutto l'ambiente cardiologico territoriale e delle sue connessioni con le Cardiologie ospedaliere, rendendole più attrattive per i giovani Cardiologi. E forse non solo per quei Cardiologi che, come dice il Prof. Sinagra, tendono (o tendevano) a privilegiare la capacità di interazione multidisciplinare e l'approccio globale al malato, che sono fondamentali nella Cardiologia ambulatoriale e della cronicità. Il PNRR potrebbe favorire un modello alternativo di attrattiva per i giovani Cardiologi fondato anche sulle tecnologie della digitalizzazione e l'impulso che esse possono dare alla conoscenza dei dati epidemiologici, delle patologie prevalenti e relativi outcome, dei trattamenti e recidive, di abitudini e comportamenti, e alle relative attività di ricerca.

Il PNRR può costituire una opportunità di crescita di tutto l'ambiente cardiologico territoriale e delle sue connessioni con le cardiologie ospedaliere, anche di piccole dimensioni



Secondo punto, l'offerta di crescita formativa strutturata. Su questo mi permetto anch'io di fare riferimento alla mia esperienza personale, sia lontana nel tempo come giovane Cardiologa negli anni iniziali della mia carriera, sia più recente, quando ho avuto la responsabilità di una delle attuali 5 DEA di 1° livello. Da giovane Cardiologa ho potuto fare numerose esperienze formative, più o meno lunghe. Dopo il tirocinio specialistico all'Ospedale Lancisi di Ancona, ho frequentato la Cardiologia di Firenze, il "Bambino Gesù" di Roma, uno stage di sei mesi a Rochester (NY) per l'ecocardiografia e uno a Londra per il neonato. Tutto a mie spese, naturalmente. Ma ciò che va sottolineato non è tanto che il Sistema Sanitario non finanziava già allora queste fondamentali attività, ma soprattutto che, allora, era almeno possibile prendere delle aspettative allo scopo, anche non brevi, perché le Cardiologie, come tutte le specialità ospedaliere, erano dotate di sufficiente personale. Più di recente, dieci o quindici anni fa, come Primario di una Cardiologia (Gubbio-Gualdo Tadino) - e per due anni anche di quella di Città di Castello - proprio a causa della già carente disponibilità di personale, è stato molto più difficile far ripetere ai giovani Cardiologi che collaboravano con me esperienze formative simili alla mia. E tuttavia, qualcosa è stato possibile fare: un congedo formativo in ecostress, una formazione sullo scompenso cardiaco promosso dall'ANMCO, uno presso il Bambino Gesù per la Cardiopatie Congenite, uno per aritmologia e PMK, uno presso l'emodinamica di Perugia. Oggi che le carenze di personale

Con questo ridimensionamento della spesa e del personale sanitario è difficile immaginare che le nostre cardiologie pubbliche, grandi e piccole, possano diventare più attrattive per i giovani Cardiologi

sono quelle drammaticamente evidenziate negli articoli di cui parliamo, è evidente che le difficoltà di organizzare percorsi formativi sono enormemente aumentate. Ed è altrettanto evidente che chi ne risente di più sono le piccole Cardiologie, che non hanno la possibilità di organizzarle al proprio interno ma devono necessariamente rivolgersi ai centri maggiori. Il che richiede, come sottolinea il Prof. Sinagra, l'attitudine a integrarsi con professionisti di diverse strutture, anche fuori dal proprio contesto territoriale. Una più forte integrazione, orizzontale e verticale, tra le diverse strutture della rete è indubbiamente uno strumento importante per rendere vitali e attrattive per i giovani Cardiologi anche le piccole Cardiologie. Ma è chiaro che con gli attuali problemi di personale e di generale drammatico sottofinanziamento della sanità pubblica non c'è integrazione che tenga. E non è questione di piccole o grandi Cardiologie, ma di tenuta del sistema nel suo complesso, cardiologico e no. Basti pensare che la Francia, con una popolazione di poco più del 10% maggiore dell'Italia, ma mediamente molto più giovane (l'età

media è di 43,9 anni contro i nostri 48,4) e quindi con un fabbisogno di cure probabilmente minore del nostro, spende per la sanità più del doppio dei 134 miliardi dell'Italia. La Fondazione Gimbe⁽³⁾ peraltro nella sua recente analisi dei dati OSCE ha calcolato che per colmare il divario di spesa pro capite rispetto alla media europea il fondo sanitario nazionale italiano dovrebbe aumentare di quasi 50 miliardi, per non parlare dei divari con la Francia e con la Germania (che è ancora maggiore), per colmare i quali non basterebbe raddoppiarlo. In quanti anni, con l'enorme debito pubblico del paese e con il rapporto deficit-Pil di recente balzato al 7%? In questa situazione, ormai compromessa, in cui il Sistema Sanitario pubblico si trova oggi dopo due decenni di ridimensionamento della spesa sanitaria - avvenuta mentre altri paesi al contrario la espandevano decisamente - per quanta buona volontà ci si possa mettere da parte degli operatori sanitari, mi sembra difficile pensare che le nostre Cardiologie pubbliche, grandi e piccole, possano diventare più attrattive per i giovani Cardiologi. È molto più probabile che diventino sempre più attrattive quelle private. ♥

Bibliografia:

1. Nicolosi GL: Quali caratteristiche possono rendere più attrattive una Cardiologia per le nuove generazioni di Cardiologi? *Cardiologia negli Ospedali*. N. 255. Settembre -ottobre 2023.
2. Sinagra GF: Riappropriarsi del senso pieno della Medicina per rendere più attrattive tutte le organizzazioni cardiologiche. *Cardiologia negli Ospedali*. N. 257. Gennaio-febbraio 2024.
3. Fondazione Gimbe, 6° Rapporto sul sistema sanitario nazionale, Roma 10 ottobre 2023.



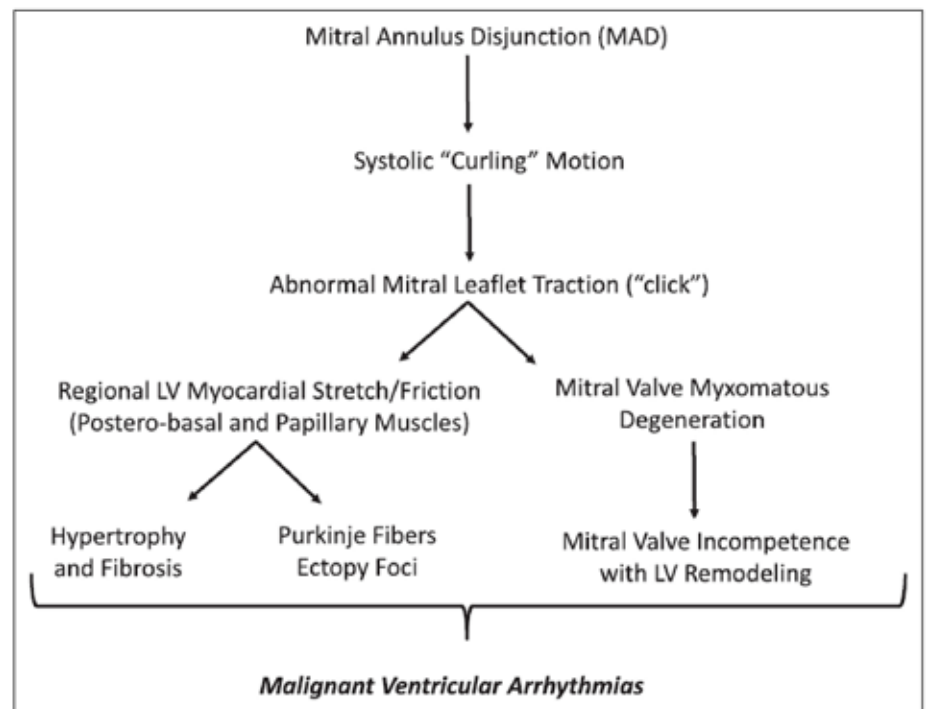
Il prollasso della mitrale aritmico

Il 27 gennaio 2024 si è svolto presso il Nicolaus Hotel in Bari, con il patrocinio di ANMCO, il Convegno dedicato a “Nuove prospettive diagnostico-terapeutiche: il prollasso mitralico e l’insufficienza cardiaca” (Comitato Scientifico: S. Iliceto, P. Caldarola, M. Ciccone, M. Grimaldi, D. Maselli, V. Pestrinchella). Il Prollasso Mitralico è una condizione frequente, con una prevalenza stimata tra il 2 e il 3% nella popolazione generale; oggetto dell’evento è stata una approfondita disamina degli aspetti anatomo-funzionali, epidemiologici e fisiopatologici che definiscono il “Prollasso Valvolare Mitralico Aritmico”, causa non rara di Morte Improvvisa, in particolare tra i giovani adulti (età minore di 40 anni) di sesso femminile, in cui rappresenterebbe la genesi nel 13% dei casi. Il Prollasso Valvolare Mitralico Aritmico si caratterizza per la associazione della nota condizione anatomica della valvola stessa con la presenza di Ectopia Ventricolare con morfologia indicativa di origine dall’Anello Valvolare Mitralico e/o dai Muscoli Papillari, frequente (> 5% dei battiti/24 ore) e/o ripetitiva. La fisiopatologia di tale condizione è stata oggetto di studio approfondito in Italia da parte dei ricercatori della Università di Padova. Secondo quella che è stata definita la “Padua Hypothesis”, il momento iniziale

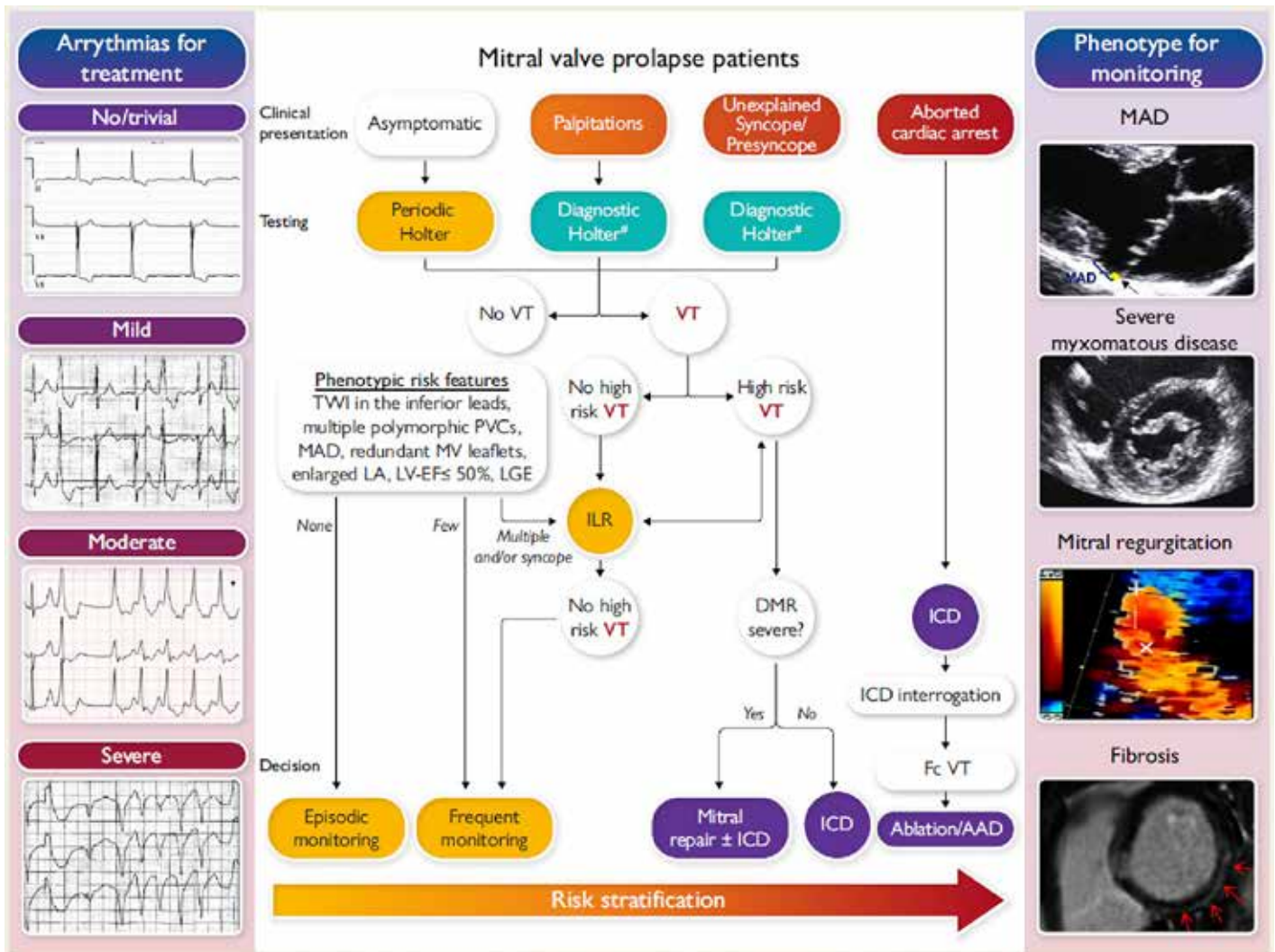
sarebbe rappresentato dalla presenza di una Disgiunzione dell’Anello Mitralico che attraverso il tipico “curling” sistolico determinerebbe una anormale trazione sulle cuspidi valvolari mitraliche, causando nel tempo la degenerazione mixomatosa delle stesse e gradi variabili di fibrosi dei Muscoli Papillari e della parete postero-basale del ventricolo sinistro; tale fibrosi, unitamente ad un esaltato automatismo della Fibre del Purkinje sarebbe alla base delle aritmie ventricolari minacciose. Pathophysiology of ventricular

arrhythmias in MVP patients: the combination of mechanical trigger and abnormal substrate (the Padua Hypothesis)

Gli attuali approcci terapeutici per la prevenzione della Morte Improvvisa nel Prollasso Valvolare Mitralico Aritmico si avvalgono della terapia farmacologica (beta bloccanti, flecainide), della Ablazione Transcatetere e in casi selezionati dell’impianto di Defibrillatore Automatico; per la scarsa consistenza numerica e la natura retrospettiva delle casistiche pubblicate, al



Da: Basso C., Iliceto S., Thiene G., Perazzolo Marra M. *Circulation* (2019); 140:952–964



Da: Essayagh B., Sabbag A., El-Am A. et al. *European Heart Journal* (2023); 44(33):3121-3135

momento mancano Linee Guida e raccomandazioni definite; secondo la recente “Consensus” della European Heart Rhythm Association (EHRA) pubblicata nel 2022, un approccio “aggressivo” con impianto di Defibrillatore in Prevenzione Primaria appare giustificato in casi selezionati, caratterizzati da sintomatologia minacciosa (Sincope) associata ad Aritmie Ventricolari complesse (come sopra definite) e particolari caratteristiche

fenotipiche desumibili da ECG, Ecocardiogramma e Risonanza Magnetica Cardiaca; tra le metodiche di imaging, quest’ultima assume un ruolo di assoluta preminenza.

Pathophysiology, risk stratification and management of arrhythmic mitral valve prolapse and mitral annular disjunction

In base alle ipotesi fisiopatologiche sopra enunciate, un approccio alternativo potrebbe essere rappresentato dalla Stabilizzazione

dell’Anello Mitralico con tecnica cardiocirurgica mini-invasiva. Durante l’evento è stata consegnata una Targa al Prof. Paolo Rizzon, maestro della maggior parte dei cardiologi pugliesi e lucani, che tra i primi al mondo ha affrontato il tema della stratificazione prognostica del prolasso della mitrale e che, già negli anni ‘70, in una sua simpatica “filastrocca” ne aveva preannunciato gli aspetti fisiopatologici, diagnostici e terapeutici. ♥



LA BALLATA DEL CLICK E DEL SOFFIO TELESISTOLICO

Scritta nel 1977, al ritorno da Sud Africa, da un giovane ricercatore di belle speranze
Paolo Rizzon

Eccomi qui
 io sono il click mesosistolico
 che annuncia il soffio telesistolico
 e qualche volta il grande honk.
 Se sgonfi il petto
 o salti in giù in piedi dal letto
 lo mi rinforzo.
 Mi faccio piccino
 se t'accovacci o riempi i polmoni.
 Se poi inali il nitrito d'amile
 perdo la testa, non so quel che faccio.
 Fui maltrattato dai grandi Francesi,
 e Mc Kusick non fu da meno
 quando mi dissero extracardiaco,
 figlio di pleura e pericardio.
 Poi venne un certo Reid dal Sud Africa
 e poco dopo il gran Barlow
 che discopersero i miei natali.
 Fui presentato con risonanza
 alla gran corte dei maghi del cuore
 In Nuova Delthy
 Come il figliuolo della mitrale
 che si prolassa molle nell'atrio
 ove si apre insufficiente
 verso la fine della sistole.
 L'angio lo dice,
 conferma è l'eco.
 Ancor non è del tutto chiaro
 se mi sia padre o sol padrino

Il gran ventricolo, quel di sinistra
 che par contrarsi in modo strano.
 Do il batticuore e un po' d'affanno
 e se mi arrabbio qualche dolore
 Alla punta del cuore delle fanciulle,
 specie se bionde,
 ma non disdegno l'adulto o il vecchietto.
 Al mio cospetto le onde T diventan piatte
 e, qualche volta, anche invertite,
 Come soffrissero di un po' d'angina.
 E c'è qualcuno, un po' sprovveduto,
 che grida allarmato: all'infarto, all'infarto!!!
 Ma com'è noto, generalmente,
 sono innocente.
 Solo di rado, per colpa mia,
 Vien la febbriola verde, ma mite,
 che non s'inchina alla penicillina.
 E se si rompe qualche cordina
 Posso anche dare un certo scompenso.
 Di tanto in tanto,
 qualche maligno osa insinuare
 che mi diverto sadicamente
 a far brillare subitamente i due ventricoli
 con conseguenze piuttosto funeste.
 Questa è, signori, la mia vera storia
 Detta con rime di poco valore,
 ma io mi affido
 al vostro buon cuore



L'utilizzo della clonazione somatica in medicina

Che fine ha fatto la Pecora Dolly?

In questo editoriale della serie NEXT, parliamo di come lo sviluppo delle tecnologie di trasferimento nucleare per la clonazione somatica, le stesse che hanno portato alla generazione della Pecora Dolly nel 1997, stiano rivoluzionando molti settori della ricerca biomedica e delle sue applicazioni cliniche, inclusi i trapianti di organo xenogenici

Era il 5 luglio del 1996. Alle 4.30 del pomeriggio, in una delle stalle del Roslin Institute, nella Scuola Reale di Veterinaria dell'Università di Edimburgo, c'era molta eccitazione. Una pecora con il muso nero, della razza Scottish blackface, aveva appena dato alla luce un agnellino Finn Dorset, completamente bianco. Entro un'ora dal parto, l'agnello si era alzato da solo sulle zampe, segno di salute. Era una femmina, e fu chiamata Dolly, da Dolly Parton, una cantautrice americana che piaceva molto in Scozia negli anni '90. Fu l'inizio di una nuova era in biologia e medicina. Guidati da Ian Wilmut, cinque mesi prima i ricercatori del Roslin avevano recuperato una cellula uovo da una pecora, con la tecnica che si usa nel processo di fecondazione in vitro. Da questa avevano poi succhiato via il nucleo, e quindi l'informazione

genetica, sostituendolo con il nucleo di una cellula adulta e specializzata, derivata dalla mammella di un'altra pecora. In maniera sorprendente, l'uovo ricostruito aveva iniziato a comportarsi come fa un uovo fecondato da uno spermatozoo, generando quindi un embrione. Questo era stato impiantato nell'utero di una terza pecora, una madre surrogata. Di 29 tentativi, Dolly fu l'unica ad arrivare alla nascita: era un clone dell'animale da cui era stata originariamente isolata la cellula della mammella. Quando la storia fu pubblicata su Nature nel febbraio del 1997 lasciò tutti a bocca aperta: veniva cancellato un dogma della biologia, quello che la specializzazione delle cellule durante lo sviluppo embrionale dei mammiferi fosse un processo irreversibile. Grazie al trasferimento nucleare, furono poi clonati cani,

gatti, conigli, topi, maiali, pecore e vitelli. Nel 2013, un laboratorio di ricerca sui primati nell'Oregon, negli Stati Uniti, mostrò come la clonazione possa anche essere utilizzata per creare embrioni umani. Perché la creazione della pecora Dolly fu così sensazionale? Per almeno due motivi. Primo, perché Dolly fu la dimostrazione eclatante che l'identità di qualsiasi cellula, comprese quelle dell'embrione, non è determinata dalla sequenza del DNA contenuto nel nucleo, che è uguale in tutte le cellule, ma dal programma biologico con cui questa informazione viene utilizzata. Secondo, perché Dolly indicò che il processo di sviluppo che parte dall'embrione per arrivare a un organismo adulto può essere riprogrammato. Questo concetto di riprogrammazione vale anche per l'invecchiamento: al contrario

delle voci che erano circolate dopo l'annuncio della clonazione di Dolly, il trasferimento nucleare azzera anche l'invecchiamento: Dolly di fatto fu sottoposta a eutanasia quando aveva 6 anni e mezzo perché soffriva di artrite e di un tumore polmonare frequente nelle pecore, ma altre pecore clonate gemelle di Dolly sono vissute fino a 10-11 anni, l'età massima normale per questa specie.

Oltre a questa rivoluzione concettuale, cosa ci resta di Dolly dopo quasi 30 anni? Molto, e in diversi campi della biologia e della medicina. Mentre l'utilizzo esteso in zootecnica rimane ancora limitato a causa della bassa efficienza della riprogrammazione (nelle diverse specie, la percentuale di successo con cui si ottengono animali clonati varia dallo 0,5% al 20%), la clonazione viene utilizzata per ottenere animali geneticamente modificati per la ricerca. Ad esempio, se si desidera ottenere un maiale o un altro animale di grande taglia che porti una mutazione umana su cui poi sperimentare nuove terapie, la maniera più semplice per farlo è quella di inserire la mutazione all'interno di una cellula coltivata in laboratorio e poi utilizzare la clonazione per trasferire il nucleo di questa cellula dentro una cellula uovo. Il trasferimento nucleare poi, è diventato anche fonte di business. Se volete generare un clone del vostro cane o gatto, potete rivolgervi all'azienda nordamericana ViaGen Pets and Equine. Vi darà istruzioni su come rivolgervi a un veterinario per eseguire una piccola biopsia, che poi dovrete spedire all'azienda per la clonazione. Il

costo è di 50mila dollari. Un settore in larga espansione è la clonazione dei cavalli. Qui competono, oltre a Viagen, anche aziende specializzate come Cryozootech in Francia, Replica Farm negli Stati Uniti, Gemini Genetics nel Regno Unito, e Kheiron in Argentina, quest'ultima specializzata nel fiorente mercato dei cavalli per il polo. Il costo di clonare un cavallo può arrivare anche a 200-300 mila euro, ed esistono molteplici esempi di cavalli famosi clonati, compresi diversi vincitori di medaglie olimpiche. Il tutto non senza proteste delle associazioni animaliste, visto che la bassa efficienza della tecnica obbliga a molteplici prelievi di oociti e di gravidanze surrogate per ottenere ogni singolo individuo, di cui peraltro la salute spesso non è garantita. In medicina, la clonazione somatica consente di ottenere maiali geneticamente modificati da cui ottenere organi per i trapianti. Nel gennaio del 2022, un'equipe del Medical Center dell'Università del Maryland a Baltimora ha prelevato il cuore di un maiale e l'ha impiantato nel torace di un uomo di 57 anni, David Bennett, condannato altrimenti a morire a causa di una insufficienza cardiaca in stato avanzato. Mr Bennett era stato bene nei primi giorni dopo il trapianto, anche grazie al trattamento con un nuovo cocktail di farmaci che sopprimevano il rigetto, ma era poi peggiorato, fino a morire dopo un paio di mesi. Questo xenotrapianto ha rappresentato il culmine di una ricerca biotecnologica durata decenni per abbattere le barriere molecolari tra le specie. Per ottenere il maiale usato a Baltimora, Revivicor, l'azienda biotech di Blacksburg,

in Virginia che l'ha prodotto, ha dovuto introdurre 10 modificazioni genetiche nel DNA, rimuovendo 4 geni suini che potevano scatenare il rigetto e inserendo 6 geni umani che regolano la coagulazione e l'infiammazione. Questi maiali sono talmente preziosi che non possono essere fatti riprodurre tramite accoppiamento, ma sono generati utilizzando appunto la clonazione, in modo da evitare qualsiasi riassortimento genetico che possa avvenire durante la riproduzione naturale. La eGenesis, un'altra azienda biotech basata a Cambridge nel Massachusetts, ha generato altri maiali, che portano ben 70 modificazioni genetiche, in modo da diminuire la probabilità di rigetto e aumentare la compatibilità, anche questi ottenuti grazie alla clonazione. La eGenesis ne ha circa 400 di questi maiali geneticamente modificati e clonati, mantenuti in una struttura la cui località viene mantenuta segreta per motivi di sicurezza. I cuori di alcuni di questi maiali vengono attualmente trapiantati, a scopo sperimentale, in giovani esemplari di babbuino. Non appena la sperimentazione su 12 animali sarà completata, l'azienda inizierà quella nei bambini con malattie congenite del cuore, una condizione in cui il tasso di mortalità arriva al 50%. Il trapianto di cuore di maiale dovrebbe perlomeno consentire la sopravvivenza di questi bambini in attesa dell'arrivo di un cuore umano. Alla sua morte, Dolly fu imbalsamata e fa ora bella mostra di sé al National Museum of Scotland a Edimburgo, in Scozia. Una visita emozionante, assolutamente da non perdere.♥



«Luca, nostro figlio di 13 anni, è affetto da cardiomiopatia aritmogena del ventricolo destro»

“Luca, la sua cardiomiopatia aritmogena e la consapevolezza dei propri limiti”

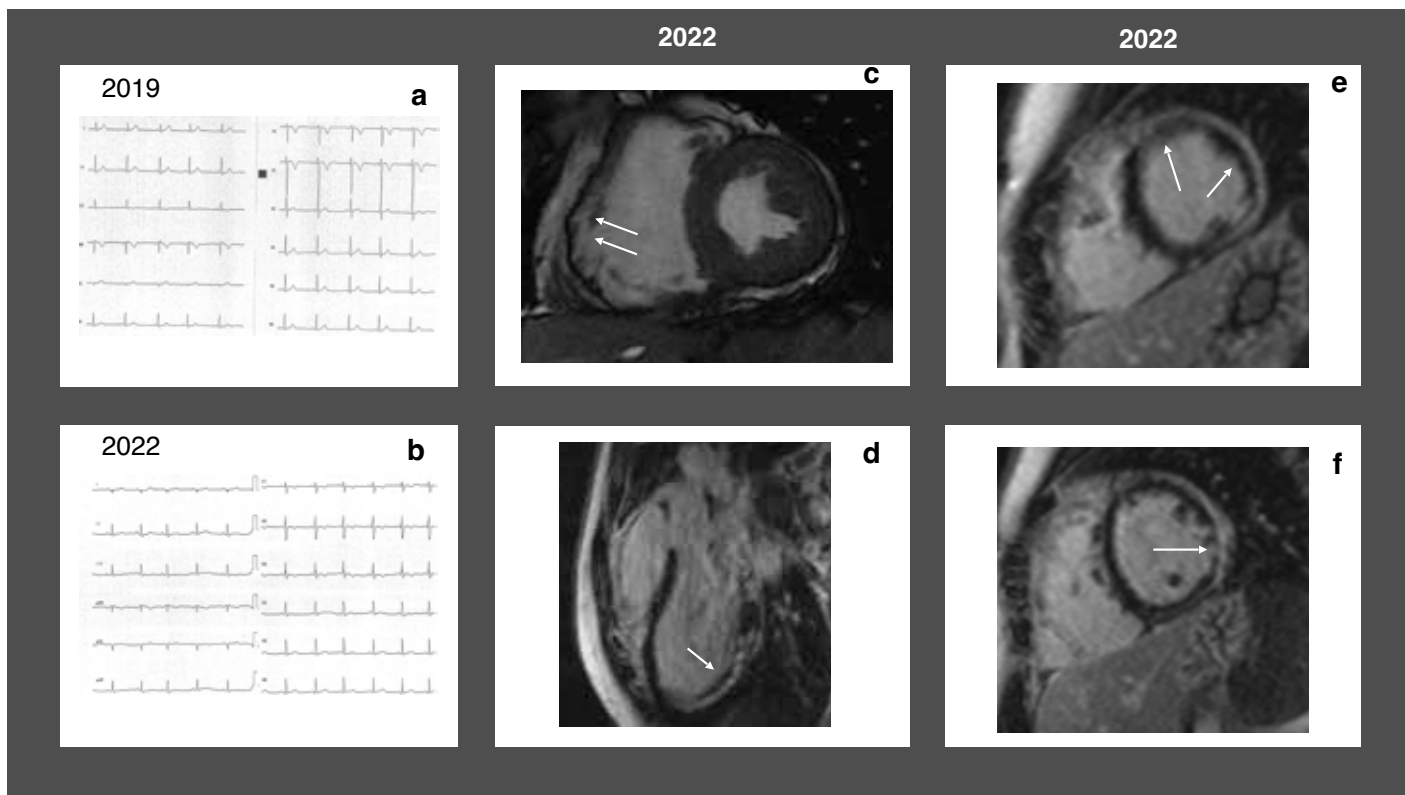
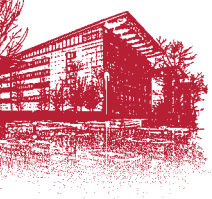
Cardiomiopatia aritmogena e sport: abbinamento impossibile, ma una alternativa potrebbe esserci

«**L**uca, nostro figlio di 13 anni, è affetto da cardiomiopatia aritmogena del ventricolo destro». Sandra, la mamma, ha iniziato così con voce ferma e decisa. «Lo scorso agosto, mentre rincorreva la sorellina, lo abbiamo visto cadere a terra. Sono stati pochi, interminabili secondi di terrore: era immobile, sguardo fisso nel vuoto, non respirava. Sapevamo che poteva accadere, ma non ci aspettavamo arrivasse così presto. Subito dopo, lo abbiamo visto sobbalzare e, grazie alla scossa del defibrillatore applicato solo tre mesi prima, ci è stato donato per la seconda volta. Il suo cuore si era fermato, così ci è stato spiegato. Per questo era stato necessario potenziare la terapia con cordarone e beta bloccanti». Il silenzio ha riempito la stanza all'improvviso. Luca: occhi neri, sguardo profondo e un dolce sorriso. Mentre cercavo la forza per parlare ho guardato il papà. Occhi lucidi, espressione triste: avevo la sensazione

non trovasse le parole giuste per continuare la storia. Dopo pochi interminabili minuti di silenzio, Fabio, spinto da una forza che (ho compreso solo dopo) proveniva da tutta la sofferenza che aveva dentro, dice: «Sono io ad aver trasmesso il gene malato». L'esame genetico al quale quella famiglia si era sottoposta aveva sentenziato: mutazione della

Mentre rincorreva la sorellina, lo abbiamo visto cadere a terra. Sono stati pochi, interminabili secondi di terrore: era immobile, sguardo fisso nel vuoto, non respirava. Sapevamo che poteva accadere, ma non ci aspettavamo arrivasse così presto

placofilina. Con gli occhi pieni di lacrime, ha raccontato di avere la stessa malattia di Luca, ma: «Sono meno grave di mio figlio». Il suo senso di colpa era palpabile: oltre ad aver trasmesso il gene malato a Luca, responsabile della cardiomiopatia killer, aveva infranto il sogno del figlio. Luca aveva sempre desiderato diventare un calciatore. Ma la cardiomiopatia aritmogena del ventricolo destro è una delle principali cause di arresto cardiaco o morte improvvisa nello sport. Morosini, Puerta, Astori, Pinarello e molti altri dai nomi meno famosi. È stata la scuola padovana a fare grandi progressi nella comprensione di questa patologia. In passato, veniva denominata “displasia aritmogena del ventricolo destro” e rifletteva il vecchio equivoco che fosse il risultato di un difetto congenito nello sviluppo del miocardio ventricolare destro. Solo dopo anni di ricerca, i nostri colleghi padovani, insieme ad altri gruppi di ricerca internazionali, sono riusciti a delinearne meglio lo



scenario fisiopatologico.

A questa malattia, spesso secondaria a un difetto dei geni che codificano le proteine desmosomiali cardiache, è stata attribuita la definizione più appropriata di “cardiomiopatia aritmogena del ventricolo destro” (ARVC). Qualche anno dopo, grazie alle intuizioni derivate dagli studi post-mortem, dalle analisi di correlazione genotipo-fenotipo e dalla caratterizzazione del tessuto miocardico tramite risonanza magnetica cardiaca con mezzo di contrasto, si è potuto definire compiutamente l’origine della malattia.

La denominazione di “cardiomiopatia aritmogena” (ACM) sembrava riflettere meglio il concetto evolutivo della patologia del muscolo cardiaco, potendo coinvolgere

anche entrambi i ventricoli, e ha progressivamente sostituito quella di ARVC. Successivamente, tale definizione sembrava troppo aspecifica: tutte le ACM sono potenzialmente aritmogene. È per questo che, recentemente, il gruppo padovano di ricerca ha ritenuto necessario rivedere la terminologia per preservare l’autonomia nosografica della malattia. È stata infatti proposta la designazione aggiornata di “Scarring/arrhythmogenic cardiomyopathy (S/ACM)” per evidenziare come il fenotipo della malattia fosse caratterizzato in modo distintivo dalla perdita del miocardio ventricolare dovuta alla morte dei miociti con riposizionamento del tessuto cicatriziale fibroso o fibro-adiposo. Questa condizione

è comune nelle diverse varietà fenotipiche con coinvolgimento del ventricolo destro, di quello sinistro o di entrambi, indipendentemente dall’eziologia, sia nelle forme geneticamente determinate che nelle fenocopie. È la cicatrizzazione miocardica a predisporre alle aritmie ventricolari potenzialmente letali ed è alla base della compromissione della funzione ventricolare sistolica. Quindi, grazie ai più recenti studi, la patologia di Luca poteva essere riassunta come una forma di cardiomiopatia bi-ventricolare prevalentemente destra, con discreta componente cicatriziale del ventricolo sinistro, associata ad aritmie ventricolari in forma complessa da sforzo. Nel silenzio dell’ambulatorio risuonava la paura, il senso di



“La storia di Luca ci permette di comprendere quale tragedia possa vivere una famiglia che si trovi a gestire un figlio che, a soli 13 anni, abbia già vissuto l’esperienza terribile di un arresto cardiaco, a causa di una grave cardiomiopatia. Ci chiediamo: cosa potrà fare dal punto di vista fisico? Sarà in grado di tornare a giocare a calcio? E a scuola, potrà continuare con la sua attività fisica? E per quanto riguarda gli amici, dobbiamo imporre delle limitazioni? Queste sono le domande più frequenti che un genitore pone al medico che ha in cura il figlio. E a queste domande dobbiamo saper rispondere. Non possiamo limitarci a fare la diagnosi, definire la miglior terapia e poi “abbandonare” il paziente e la sua famiglia al loro destino.”

smarrimento e la tragedia che quella famiglia stava sopportando. Ancora una volta, è stata mamma Sandra a trovare la forza per continuare. «La storia di Luca - racconta - ha avuto inizio dopo la seconda valutazione medico-sportiva, quando la modifica dell’elettrocardiogramma (ECG) e le aritmie ventricolari registrate durante l’ultimo test da sforzo si erano dimostrate sospette e richiedevano un approfondimento». Come genitori si erano chiesti: come è possibile, se non ha mai avuto un sintomo e se la valutazione dell’anno scorso era risultata assolutamente normale? Domande legittime, che risuonano nel cuore di chi ama. Spesso, però, ci si trova ad affrontare sfide diagnostiche anche con colleghi che non possiedono competenze specifiche in materia. Purtroppo, molti non sanno ancora che grazie al modello di screening medico-sportivo italiano, comprensivo di test da sforzo, ma soprattutto della ripetizione annuale, è possibile aumentare la potenzialità diagnostica di circa il 30% per patologie come quella di Luca. È stato il nostro gruppo assieme ai

colleghi di Padova a dimostrarlo dopo aver analizzando più di 22.000 casi seguiti con un follow-up per circa 10 anni. Ciò che può essere “scoperto” oggi potrebbe non essere stato possibile rilevarlo l’anno precedente. Inoltre, il fatto che Luca fosse stato fino a quel momento completamente asintomatico non significava assolutamente nulla e la sua storia lo aveva dimostrato: arresto cardiaco in assoluto benessere, senza alcun segno di preavviso.

Sì, certo, Luca presentava un’alterazione dell’ECG con onde T negative da V1 a V3 (Figura 1b), alterazioni che potevano essere erroneamente considerate compatibili con la giovane età visto quanto affermato dai più recenti documenti internazionali. In Italia, dopo tanti anni di screening abbiamo però imparato quanto importante sia il confronto con l’ECG dell’anno precedente. L’ECG del 2019 infatti (Figura 1a), mostrava onde negative confinanti in V1 e V2. La derivazione V3 aveva un’onda T positiva e la sua successiva negativizzazione era un segno evidente che qualcosa

non stava funzionando. A questo si associavano aritmie ventricolari polimorfe e in forma complessa durante il test da sforzo. La risonanza magnetica eseguita poco dopo era chiara: quadro di cardiomiopatia aritmogena bi-ventricolare (Figure c,d).

Verrebbe quasi da dire: tutto qui. Mai un sintomo. Nulla che potesse far presagire una catastrofe evitata solo dalla lungimiranza di chi aveva deciso di impiantare il defibrillatore e ancora una volta, non dimentichiamolo, dalla potenzialità diagnostica dello screening medico-sportivo che aveva imposto il giusto approfondimento grazie al quale era stata fatta la diagnosi.

A quel punto è stato papà Fabio a continuare: cosa potrà fare dal punto di vista fisico? Potrà tornare a giocare a calcio? A scuola, potrà continuare con la sua attività fisica? E con gli amici, dobbiamo imporre delle limitazioni? «Il cardiologo ci ha detto che Luca non può assolutamente praticare “sport”, ma può nuotare e andare in bicicletta». Terminata la fase dell’inquadramento clinico, dopo aver trovato la terapia



Come genitori si erano chiesti: come è possibile, se non ha mai avuto un sintomo e se la valutazione dell'anno scorso era risultata assolutamente normale? Domande legittime, che risuonano nel cuore di chi ama

corretta, queste sono le domande più frequenti che un genitore pone al medico che ha in cura il figlio. E noi dobbiamo saper rispondere. Non possiamo fare la diagnosi, definire la miglior terapia e “abbandonare” il paziente e la sua famiglia al loro destino.

La situazione era cristallina, ma trovare la forza per affrontare una nuova delusione era un compito arduo. Il calcio, tanto amato da Luca, ora rappresentava un rischio troppo grande. Sport dinamico senza possibilità di controllarne l'intensità del gioco, scatti e ripartenze da fermo, potrebbero metterlo a rischio di una nuova scossa del defibrillatore. È una decisione dolorosa, ma dobbiamo sconsigliarlo. Anche il nuoto, ora si trasforma in una potenziale minaccia. Affermazioni che si affondano come una lama nella ferita ancora aperta di papà Fabio. Non se lo aspettava, soprattutto dopo le rassicurazioni dei giorni precedenti.

Far comprendere la gravità della situazione risulta fondamentale: un arresto cardiaco o una scossa del defibrillatore mentre nuota sarebbe un incubo da cui risvegliarsi potrebbe essere molto difficile. Nei loro occhi il dolore, la paura per il futuro incerto di Luca. Capiscono immediatamente. Trovare risposte adatte alla giovane età di Luca è un'impresa ardua. Lo sport comprende emozione, agonismo, competizione. Tutto ciò è deleterio e pericoloso in questo contesto. Ma a Luca ora servirebbe un programma con una gestione saggia dello sforzo fisico. Un allenamento costante, a un'intensità adeguata può essere tollerato, ma solo se viene garantita

la massima sicurezza. In questa forma di S/ACM, gli sforzi intensi e i grandi volumi di allenamento possono aggravare la situazione e mettere a rischio la vita del paziente.

La gestione diventa fondamentale: è necessario un controllo costante della frequenza cardiaca con l'ausilio di un cardiofrequenzimetro. Ma Luca ha solo 13 anni, ed è facile intuire come tutto questo potrebbe sembrare impossibile per lui. Mentre in molti si interrogano sul perché in Italia un atleta con il defibrillatore impiantato non possa continuare a praticare sport, noi riteniamo fondamentale concentrarsi su altro. Prima di dare qualsiasi consiglio su quale attività fisica possa essere affrontata in sicurezza, è essenziale coinvolgere il paziente e i genitori in un percorso che li porti a raggiungere uno stato di consapevolezza e faccia accettare la patologia, imparino a conoscerla, a gestire la terapia farmacologica. Non è facile, automatico, indolore.

Dalle intuizioni derivate dagli studi post-mortem, dalle analisi di correlazione genotipo-fenotipo e dalla caratterizzazione del tessuto miocardico tramite risonanza magnetica cardiaca con mezzo di contrasto, si è potuto definire compiutamente l'origine della Scarring/ arrhythmogenic cardiomyopathy

Sarebbe molto più semplice dire: continua pure con il tuo sport, tanto in questo caso sei protetto dal defibrillatore, come si fa nel resto del mondo e come in tanti vorrebbero. Invece, ecco l'insegnamento che ci viene consegnato da Luca: un ragazzino di 13 anni e dai suoi giovani amici. Quando si è cercato di capire cosa Luca conoscesse della sua patologia e se fosse possibile iniziare a definire insieme cosa potesse essere praticato dal punto di vista fisico, si è provato ad indagare a che punto fosse arrivato il suo stato di consapevolezza. «Come ti diverti con i tuoi amici, dopo tutto quello che è successo?». Con tutta la semplicità disarmante risponde: «Mi piace tanto giocare a 'tana' con i miei amici, ma abbiamo deciso che vince l'ultimo ad essere scoperto. Non facciamo tana». E perché? Lui rispose con la stessa naturalezza: «Perché i miei amici hanno capito che non posso correre». Benvenuto, Luca. Ora possiamo sintonizzarci sul futuro...♥

Bibliografia

- 1) Domenico Corrado. Scarring/ arrhythmogenic cardiomyopathy. European Heart Journal Supplements (2023) 25 (Supplement C), C144–C154
- 2) Corrado D. Arrhythmogenic right ventricular cardiomyopathy. N Engl J Med 2017; 376:61–72
- 3) Corrado D. Arrhythmogenic cardiomyopathy. Circ Res 2017; 121:784–802
- 4) Pilichou K. Arrhythmogenic cardiomyopathy. Orphanet J Rare Dis 2016; 11:3
- 5) Sanjay Sharma. International recommendations for electrocardiographic interpretation in athletes. Eur Heart J. 2018 Apr 21;39(16):1466-1480
- 6) Patrizio Sarto. Value of screening for the risk of sudden cardiac death in young competitive athletes. European Heart Journal (2023) 44, 1084–1092

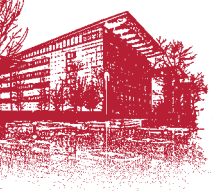


Come l'ambiente influisce sul nostro cuore

Il fumo passivo rappresenta ancora un pericolo per l'apparato cardiovascolare?

Come prevenire l'esposizione al fumo passivo e la sua reale pericolosità





Come riportato dal Ministero della Sanità, con il termine “fumo passivo” si intende il fumo che viene inalato in maniera involontaria dalle persone che si trovano a contatto con uno o più fumatori definiti “attivi”. Il fumo passivo rappresenta il principale inquinante degli ambienti chiusi, in quanto comporta l’inalazione di agenti nocivi per l’organismo, derivanti dalla combustione lenta del tabacco contenuto in una sigaretta, in un sigaro o in una pipa e dall’espiazione del fumo dal fumatore, diluito con l’aria dell’ambiente; tali agenti nocivi, come la nicotina e il monossido di carbonio, incidono, proprio come avviene per il fumatore attivo, sulla salute delle persone, favorendo non solo lo sviluppo di patologie tumorali, ma anche di patologie a carico dell’apparato cardio-vascolare (in quanto determinano vasocostrizione, ipertensione arteriosa e favoriscono la formazione di trombosi) come si può evincere dal fatto che l’incidenza di malattie cardiovascolari e cancro al polmone aumenta rispettivamente del 25-30% e del 20-30% per i non fumatori esposti a fumo passivo. Il tema del fumo passivo è stato tuttavia trattato per la prima volta in ambito scientifico solamente all’interno del “U.S. Surgeon General’s Report” del 1972 (Health Consequence of Smoking, U.S. Department of Health, Education, Welfare, USDHEW) e solamente otto anni dopo il primo rapporto riguardante le conseguenze del fumo attivo (USDHEW 1964). Secondo il rapporto del 1972, i soggetti non fumatori esposti al fumo passivo in

ambienti chiusi inalano una mistura composta dal fumo proprio della sigaretta accesa e dal fumo emesso dal fumatore: ciò determina la presenza di alti livelli di sostanze tossiche nell’aria, in particolare, di monossido di carbonio, con conseguenti gravi danni alla salute. Il più recente report “The Health Consequences of Involuntary

Il fumo passivo, proprio come quello attivo, può essere senz’altro considerato un importante fattore di rischio cardiovascolare: due studi americani (2-3) hanno stimato che i non fumatori che vivono con fumatori presentano un rischio di malattie cardiache che si attesta attorno al 30%

Exposure to Tobacco Smoke”⁽¹⁾ sottolinea come anche una breve esposizione al fumo passivo rappresenti un notevole pericolo, favorendo l’insorgenza del tumore al polmone, di patologie cardiovascolari, di ictus e asma, in quanto il fumo passivo contiene più di cinquanta sostanze nocive per l’organismo, che vengono inalate dai non fumatori quasi nelle stesse quantità che vengono assorbite da chi fuma. Il fumo passivo quindi, proprio come quello attivo, può essere senz’altro considerato un

importante fattore di rischio cardiovascolare: due studi americani⁽²⁻³⁾ hanno stimato che i non fumatori che vivono con fumatori presentano un rischio di malattie cardiache che si attesta attorno al 30%. Considerata l’elevata frequenza di persone esposte, questo studio conclude che le malattie cardiache provocate dal fumo passivo costituiscono la terza principale causa di morte negli Stati Uniti, dopo il fumo attivo e l’abuso di alcol. Un altro importante studio americano ha messo a confronto la mortalità per malattie cardiovascolari tra i coniugi dei soggetti fumatori ed è emerso un eccesso di rischio di morte per malattie cardiovascolari pari al 23% per gli uomini e al 19% per le donne⁽⁴⁾. Una rassegna di 19 studi ha inoltre evidenziato come i non fumatori presentino un eccesso di rischio complessivo di sviluppo di malattie cardiovascolari pari al 23% se vivono con un fumatore, indipendentemente da altri fattori, come l’essere sovrappeso o l’obesità che, come è noto, aumentano il rischio di malattie coronariche⁽⁵⁾. Inoltre, diversamente dal rischio di cancro del polmone, il rischio cardiovascolare non aumenta proporzionalmente all’entità ed alla durata dell’esposizione al fumo passivo: una lieve esposizione, infatti, ha un importante effetto sul rischio di sviluppare eventi ischemici, tuttavia ulteriori esposizioni hanno effetti aggiuntivi relativamente modesti. Dal punto di vista biologico ciò potrebbe essere dovuto al fatto che l’esposizione al fumo passivo induce aggregazione piastrinica ed è stato dimostrato come anche solo mezz’ora di esposizione al fumo



passivo è sufficiente per avere una reazione infiammatoria endoteliale, con predisposizione immediata alla formazione di fenomeni trombotici⁽⁶⁾. Il fumo passivo può essere inoltre rappresentato dal fumo “di terza mano”, determinato dai prodotti di combustione sprigionati dalla sigaretta che si depositano sulle superfici degli ambienti chiusi, soprattutto in appartamenti ed automobili. Una volta formati, questi prodotti reagiscono con la fase gassosa o con altre molecole presenti nell’ambiente determinando forme di inquinamento secondario⁽⁷⁾. Anche il fumo di terza mano, proprio come il fumo passivo determina un aumento del rischio di aterosclerosi attraverso l’attivazione piastrinica⁽⁸⁾. I rischi maggiori conseguenti all’esposizione al fumo passivo, compreso quello di terza mano, riguardano i bambini, dal momento che il loro organismo è ancora in via di sviluppo e, per tale motivo, più suscettibile agli effetti avversi derivanti dall’inalazione del fumo. L’OMS stima che circa 700 milioni di bambini, ossia almeno la metà dei bambini nel mondo, respirino aria contenente fumo di tabacco, in particolare a casa: nella maggior parte dei casi, questo avviene senza possibilità di scelta da parte del bambino. L’esposizione dei bambini al fumo passivo rappresenta un fattore di rischio per la sindrome da morte improvvisa del neonato, per l’intossicazione da nicotina (che si manifesta nei bambini allattati al seno da madri fumatrici o esposte a fumo passivo, in conseguenza delle elevate concentrazioni di nicotina nel latte materno, del limitato peso del neonato rispetto all’adulto e del

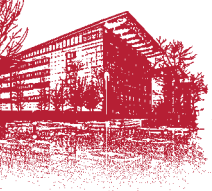
consumo di un elevata quantità di latte rispetto al suo peso), per le infezioni auricolari, per gli attacchi d’asma e anche per lo sviluppo precoce di aterosclerosi coronarica: l’esposizione al fumo passivo nel bambino determina, infatti, un aumento dello stress ossidativo dei vasi e una riduzione dei livelli di ossido nitrico, con conseguente disfunzione endoteliale e predisposizione alla formazione di placche aterosclerotiche. L’esposizione al fumo di tabacco non avviene solamente in epoca

Nonostante abbia proprietà meno tossiche rispetto all’esposizione attiva al fumo, il fumo passivo rimane un importante agente tossico in vari ambiti, tra cui quello familiare, dove spesso ne vengono a contatto e ne subiscono gli effetti negativi i soggetti più fragili (bambini e donne in gravidanza)

postnatale, ma spesso può avvenire anche in epoca prenatale: il monossido di carbonio e la nicotina derivanti dalla combustione del tabacco sono altamente tossici per lo sviluppo del feto, predispongono a malformazioni congenite e possono compromettere la conclusione stessa della gravidanza. Il monossido di carbonio, infatti, attraversa la barriera placentare e, legandosi all’emoglobina del feto, ne riduce l’apporto di ossigeno; la nicotina, invece, a causa dei suoi effetti vasocostrittori rallenta la circolazione utero-placentare, riducendo ulteriormente l’apporto di ossigeno. Negli ultimi anni, inoltre, è aumentata la diffusione delle sigarette

elettroniche e dei prodotti di nuova generazione da inalazione senza combustione. Nel 2019 tali prodotti sono arrivati a rappresentare il 4% del mercato. Il fumo passivo da sigaretta elettronica può essere considerato nocivo per la salute? In un recente studio⁽⁹⁾, è stato dimostrato come il numero di particelle emesse dalle sigarette convenzionali sia 4,5 volte più alto di quello delle sigarette elettroniche. Dopo un’ora, la dose cumulativa di particelle inalata da chi è vicino a un fumatore è 15 volte più alta di quella

inalata da chi è vicino a uno “svapatore”. Sulla base di queste stime e di dati presenti in letteratura sul contenuto in composti tossici negli aerosol dei due tipi di sigaretta, è stato stimato che il rischio di tumore del polmone di un fumatore passivo è cinque volte maggiore di quello di uno “svapatore” passivo. L’esposizione passiva alle sigarette elettroniche sembra così essere meno pericolosa di quella alle sigarette tradizionali. Le sigarette elettroniche, tuttavia, non possono essere considerate innocue, in quanto contengono comunque sostanze cancerogene e tossiche ed è stato dimostrato come i prodotti della loro combustione provochino stress



L'Italia è stata il primo paese europeo a regolamentare il fumo in tutti i locali chiusi pubblici e privati

Il 10 gennaio 2005, infatti, entrava in vigore la legge 3/2003 (art. 51: "tutela della salute dei non fumatori") che vietava il fumo nei luoghi pubblici chiusi

ossidativo e danno cellulare. L'esposizione al fumo passivo può essere completamente evitata solamente tramite la creazione di aree libere da fumo; i sistemi di ventilazione, anche i più sofisticati, non risultano, infatti, in grado di eliminare completamente il fumo passivo. L'Italia è stata il primo paese europeo a regolamentare il fumo in tutti i locali chiusi pubblici e privati. Il 10 gennaio 2005, infatti, entrava in vigore la legge 3/2003 (art. 51: "tutela della salute dei non fumatori") che vietava il fumo nei luoghi pubblici chiusi. Sulla scia dell'Italia, in Europa e nel mondo

Il fumo passivo rimane un importante fattore di rischio per lo sviluppo di patologie cardiovascolari e tumorali. L'unico modo per prevenirlo è rendere gli ambienti chiusi "smoke - free"

sono state introdotte legislazioni a tutela dal fumo passivo talora anche più restrittive (non prevedendo, ad esempio, la possibilità di attrezzare sale per fumatori). Nonostante negli anni siano stati effettuati numerosi passi avanti in termini di educazione, prevenzione e di legislazione riguardante l'esposizione al fumo passivo, non ne è ancora stata compresa totalmente la pericolosità, soprattutto nei confronti dei bambini e degli adolescenti. Molte persone nella vita quotidiana fumano in macchina con il finestrino abbassato pensando che questo accorgimento renda l'abitacolo privo dal fumo, oppure fumano alla finestra o sull'uscio della porta pensando di rendere la casa "smoke-free": tali accorgimenti non sono sufficienti a salvaguardare le persone che abitano con loro. Occorre pertanto continuare a informare ed educare, poiché l'unico modo per eliminare totalmente i fattori negativi legati al fumo passivo è rendere gli ambienti totalmente liberi dal fumo e soprattutto cercare di ridurre proprio i fumatori attivi, compresi gli "svapatori" di sigaretta elettronica.♥

Bibliografia

1. U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the

Surgeon General - Executive Summary. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2006.

2. Glantz SA and Parmley WW. Passive smoking and heart disease epidemiology, physiology and biochemistry. *Circulation* 1991; 83: 1-12.

3. Glantz SA and Parmley WW. Passive smoking and heart disease. *JAMA* 1995; 273(13): 1047-1053.

4. Steenland K, Thun M; Lally C Heath C. Environmental Tobacco Smoke and Coronary Heart Disease in the American Cancer Society CPS-II Cohort. *Circulation*. 1996;94:622-628.

5. Law MR, Morris JK and Wald NJ. Environmental tobacco smoke exposure and ischaemic heart disease: an evaluation of the evidence. *BMJ* 1997; 315: 973-80.

6. Otsuka, R et al. Acute effects of passive smoking on the coronary circulation in healthy young adults. *JAMA* 2001; 286: 436-441.

7. Ferrante G, Simoni M, Cibella F, et al. Thirdhand smoke exposure and health hazards in children. *Monaldi archives for chest disease. Archivio Monaldi per le malattie del torace*. 2013; 79: 38-43.

8. Karim ZA, Alshbool FZ, Vemana HP, et al. Third-hand Smoke: Impact on Hemostasis and Thrombogenesis. *Journal of cardiovascular pharmacology*. 2015; 66: 177-82.

9. Avino P, Scungio M et al. Second-hand aerosol from tobacco and electronic cigarettes: Evaluation of the smoker emission rates and doses and lung cancer risk of passive smokers and vapers. *Science of the Total Environment* 2018; 642:137-147. doi:10.1016/j.scitotenv.2018.06.059.



Foto di lil artsy | www.pexels.com



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

Parte undicesima: 2017-2019
I capitolo (2017)



DAL PRESIDENTE
DI ANDREA DI LENARDA



Ricarichiamo le batterie, ci aspetta un anno intenso

Abbiamo bisogno di ricaricarci dopo questi mesi di intenso lavoro ma anche di soddisfazioni soprattutto per come si è concluso il nostro Congresso Nazionale di Rimini. Ottima partecipazione, tantissimi feedback positivi, un programma intenso, vario ed equilibrato, una organizzazione obiettivamente ottimale. Ci aspetta un anno altrettanto impegnativo, forse ancora di più, per l'innestarsi di una serie di attività, manifestazioni, campagne che ci impegneranno a fondo fino al prossimo Congresso del 2018. Vediamo alcuni eventi ed attività, a partire da quelli dei prossimi mesi.

V Conferenza Nazionale sulla Prevenzione Cardiovascolare: si terrà il 21-22 settembre a Roma, nella prestigiosa Aula Pocchiarri dell'Istituto Superiore di Sanità. Un programma interessante, in linea con la tradizione delle precedenti Conferenze, che parte dall'analisi del ruolo dei fattori socioeconomici e psicosociali sul rischio di malattia cardiovascolare e discute l'efficacia e sostenibilità degli interventi di popolazione, legislativi (fumo e alimentazione), informativi (scuole

e ambienti di lavoro), le criticità in tema di comunicazione sulla salute, il ruolo dei media, lo spazio futuro dell'e-Health. Verranno inoltre presentati i comportamenti e fattori di rischio cardiovascolare italiani dai dati dell'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare dell'ANMCO-ISS, l'impatto sulla pratica clinica e sul SSN dei recenti documenti di consenso ANMCO e delle campagne di promozione della salute della nostra Fondazione (Banca del Cuore). Per chiudere con la prevenzione secondaria degli eventi cardio-cerebrovascolari dai dati dei registri ANMCO e le proposte ANMCO dei percorsi diagnostico-terapeutici più appropriati e sostenibili dalla fase acuta a quella cronica della malattia aterosclerotica.

Decreto attuativo sul DDL Gelli: da sabato primo aprile è ufficialmente in vigore la legge numero 24/2017, la cosiddetta riforma Gelli sulla responsabilità medica. Le importanti novità che il provvedimento ha introdotto nel nostro ordinamento per divenire effettive necessitano di essere meglio specificate mediante decreto attuativo, in uscita all'inizio di luglio. Sono già operative le

norme più rilevanti della riforma Gelli, quelle che modificano la responsabilità medica, sia sul piano civile che su quello penale. Quel che ci riguarda da vicino come ANMCO è che il decreto attuativo in uscita definirà i requisiti necessari per l'iscrizione all'albo istituito dal Ministero della Salute per le Società Scientifiche che avranno la responsabilità di elaborare (o almeno selezionare) le linee guida contenenti le raccomandazioni per i professionisti sanitari il cui rispetto è d'obbligo per evitare eventuali errori per imperizia e fornire un metro di misura per valutarne la condotta. Ci attende un'estate di intenso lavoro per prepararci al meglio per questo delicatissimo ed impegnativo riconoscimento per la nostra Associazione, ma che prosegue in una attività che inizia con la definizione (o addirittura la preparazione) delle linee guida di riferimento, ma prosegue con un lavoro molto delicato di approfondimento delle ampie zone di incertezza che le circondano e con l'aggiornamento delle linee guida stesse. Non c'è dubbio che il grosso lavoro svolto negli ultimi anni sui documenti di

8 | Cardiologia negli Ospedati | duecentodiciassette

L'attenzione alla **Ricerca** caratterizza l'avvio del 2017: "Qualche settimana fa è stata pubblicata su "European Heart Journal" (2017; 38: 130-142) un'interessante revisione su "Italian contributions to cardiovascular research during the last 20 years" in cui Leonardo Bolognese rende onore alle ultime decadi di ricerca italiana. Una storia nata con il "Gruppo Italiano per lo Studio della Streptochinasi nell'Infarto Miocardico (GISSI)", ideato e condotto da Fausto Rovelli con la partecipazione di un grande numero di "Unità Coronariche" "del nostro paese e che insieme ad altre esperienze di quegli anni ha contribuito alla nascita della "Medicina basata sulle evidenze". ... un modo complementare, ma altrettanto valido di veder la ricerca nel nostro paese è la qualità diffusa della ricerca cardiologica del nostro paese ... l'esempio più chiaro quello che la rete ANMCO è riuscita a produrre negli anni, dai GISSI alla partecipazione nei grandi trial internazionali, ai registri, le survey e gli studi osservazionali che hanno largamente contribuito alla crescita culturale, professionale e scientifica delle nostre Cardiologie. ... Vedremo



DAL 48° CONGRESSO NAZIONALE ANMCO
di MICHELE MASSIMO GELLI
PRESIDENTE DEL 48° CONGRESSO NAZIONALE ANMCO



IL CONGRESSO ANMCO 2017

"Per realizzare grandi cose non dobbiamo solo agire, ma anche sognare; non solo progettare ma anche credere"

Anobile Finore



48° Congresso Nazionale ANMCO, Salsomaggiore

Q
uil evento ha una sua storia, un suo percorso, addirittura una sua ragion d'essere. Il Congresso ANMCO 2017 è stato speciale per tanti motivi, in particolare per me è stato un evento che ho respirato appieno, forse più di altri per certi aspetti, un Congresso che mi ha regalato anche il piacere di partecipare, oltre che di organizzarlo, come lo ha regalato a molti che allo stesso modo hanno sentito il piacere di essere.

Quando un evento della portata del Congresso ANMCO si chiude, è importante soffermarsi a valutare a tutto tondo ripercorrendo in mano i dati fin da quelli iniziali, fin dagli

elementi da cui tutto ha avuto inizio. È un aspetto, questo, della rivalutazione della analisi dei risultati nonché della lettura degli indicatori, importantissimo per porre le basi del Congresso successivo, avendo a cuore di programmarlo perché riesca, a sua volta, un altro successo.

Il successo iniziato non è un fatto scontato, per di più in questo momento storico, così complesso e difficile per il mondo della Sanità e dell'Economia. In un panorama di Società Scientifiche articolato e parcellizzato, a mio avviso ANMCO non deve mancare di continuare a rappresentare, in maniera forte, la Società Scientifica di riferimento per la Cardiologia, come ha fatto in modo inimitabile e in misura costante dal 2014 a oggi, ovvero la Società sempre presente all'insieme dei cardiologi e di simbiose costanti per tutta la Cardiologia italiana.

Quest'obiettivo, strategico e ambizioso, rappresenta, nella mia visione societaria, la vera sfida da affrontare nel prossimo periodo.

Tornando al Congresso, dobbiamo andare fieri dei numeri e dei risultati che abbiamo conseguito: 2.470 iscritti, tre giornate piene di lavori con 248 sessioni scientifiche che hanno impegnato 786 tra relatori e moderatori, per un totale di 30 ore

10 | Cardiologia negli Ospedali | duecentocinquantesette

YOU ARE HERE



RIMINI
11-13 MAGGIO 2017
PALACONGRESSI

48° Congresso Nazionale
Associazione Nazionale
Medici Cardiologi Ospedalieri

DAL 48° CONGRESSO NAZIONALE ANMCO
di CRISTINA ANTONIANI



Il Congress News Daily

L'ultima edizione del Congresso Nazionale ANMCO che si è appena conclusa sarà ricordata non solo per le molte ed entusiasmanti novità ed innovazioni ma anche per un ritorno al passato che ha molto emozionano coloro che hanno avuto il grande onore ed il vero piacere di partecipare alla riunione di un classico mai dimenticato: il Quotidiano del Congresso. In un'epoca digitale, dove tutto corre sul Web, dove le App sovranazionali ed emanano le notizie dei nostri emarginati, l'Editor di "Cardiologia negli Ospedali" Gaetano Zito e l'Editor del Sito Web Giovanna Gracia hanno immaginato il valore della riunione del giornale cartaceo, editore scomparso quando nel 2007 fu deciso di sopprimerlo la pubblicazione del foglio del Congresso per passare alla sola informazione via Web. Il tempo ha ricalcolato, la diffusione dello smartphone è tale che ormai ogni cardiologo poteva avere raggiunto dalle notizie del Congresso con questo nuovo supporto prima di andare in aula. Quest'anno la volontà di pubblicare nuovamente una versione cartacea quotidiana, non in sostituzione all'aggiornamento via web ma in contemporanea ed in integrazione allo stesso per avere di nuovo insieme due modalità diverse per fornire informazioni e materiale in tempo reale. Gli Editor hanno avuto l'immediato sostegno del Direttore Responsabile "Cardiologia negli Ospedali" Mario Chiofalo, così come di tutto il Consiglio Direttivo, del Presidente Nazionale e del Presidente del Congresso, condizioni che ha permesso il rapido avvio di quella complessa struttura organizzativa che è stata necessaria per permettere la riunione quotidiana, giorno dopo giorno, notte dopo notte, del Congresso News Daily. La redazione ha lavorato instancabilmente per tre giorni ed il ritmo è stato scandito in

10 | Cardiologia negli Ospedali | duecentocinquantesette

Rivista N. 217 - maggio / giugno 2017, pag. 10

i primi dati dello Studio START e BLITZ AF ... In arrivo i dati ... del BLITZ HF. Al Congresso avremo oltre 500 presentazioni della "Ricerca Italiana" ... Sarebbe auspicabile che la propositività manifestata in questi anni dall'Area Giovani si rivolgesse principalmente ai Registri dell'ANMCO, sottoponendo proposte di analisi al Centro Studi e agli Steering Committee ... Dall'altro utile sarebbe anche sfruttare la potenzialità dei Registri della Società Europea di Cardiologia, sotto la guida di Aldo Maggioni e di Gigi Tavazzi, ... La "Real World Evidence" sta già generando nuove forme di evidenza che molti decisori vogliono prendere in considerazione insieme alle prove tradizionali derivate dai trial randomizzati e controllati. ... L'ANMCO, ... vuole essere in prima linea anche in questo sviluppo innovativo della ricerca clinica, contribuendo da un lato allo sviluppo

Rivista N. 217 - maggio / giugno 2017

delle conoscenze delle caratteristiche, dei percorsi clinici e dell'outcome dei pazienti del mondo reale, dall'altro alle conoscenze su implementazione, efficacia, sicurezza e sostenibilità degli interventi proposti dalle linee guida nella pratica clinica quotidiana. È ormai giunto a maturazione l'avvio di una collaborazione con CORECINECA ... per cominciare a produrre i primi indicatori di processo e risultato sui percorsi di cura nello scompenso cardiaco e nella fibrillazione atriale. ... È necessario pensare a nuove metodologie di ricerca, da un alto efficienti, pragmatiche, sostenibili, dall'altro capaci di "offrire" cluster di centri avanzati in grado di rispondere ai quesiti scientifici più ambiziosi e tecnologicamente avanzati. Sull'argomento ricerca è necessario attivare all'interno della nostra Associazione un gruppo di lavoro aperto per un "brainstorming" permanente per affrontare e tentare di dare risposte

Rivista N. 217 - maggio / giugno 2017, pag. 18

concrete alle principali criticità e opportunità della ricerca internazionale. ... Questa grande storia ci pone di diritto in prima fila tra le Società Scientifiche certificate dalle Istituzioni (Ministero della Salute e Istituto Superiore di Sanità) per il fondamentale lavoro che ci attende nei prossimi mesi quando il DDL Gelli sulla Responsabilità Professionale degli Esercenti le Professioni sanitarie diventerà operativo. ... - La grande ricerca italiana e la rete ANMCO - A. Di Lenarda (RIVISTA N. 216 - marzo/aprile 2017 - pagine 6-7). L'avvio dell'anno solare è connotato anche dalla presentazione dei cronoprogrammi di Aree (le 10 consolidate) e Task Force (rimodulate e diventate 6) avvenuta nel corso della riunione del Consiglio Nazionale del 24-25 febbraio: "... Dai programmi emerge, mi pare, la grande vivacità di una Cardiologia ospedaliera matura e



IL PUNTO SUELI STUDI CLINICI ANMCO

AGGIORNAMENTO DATI
14 giugno 2017

Studi in corso


Nome dello Studio	N° centri attivi	N° casi previsti dal protocollo (tra tutti i centri)	N° pazienti arruolati (tra tutti i centri)	Durata prevista del follow-up	Stato arruolamento
STEM ANGIOPLASTICA	44	1.530	532	2 anni	chiuso
PROG Outlier VAD	10	60	62	3 anni	chiuso
PROG Outlier CABG	11	800	544	5 anni	chiuso
PROG Outlier CABG	22 (408)	1.100 (27.400)	1.072 (27.402)	Event driven	chiuso
PROG Outlier CABG	26 (444)	1.820 (30.000)	1.640 (30.424)	Event driven	chiuso
PROG Outlier CABG	14 (351)	278 (5.000-6.000)	136-32 (CVD 4.341 + 574 (CVD))	Fase 3 31-12-2018	in corso
PROG Outlier CABG	41	3.371	3.036	Event driven	chiuso
PROG Outlier CABG	16	148	148	48 settimane	in corso
PROG Outlier CABG	154	Pronto Soccorso 3.000 Cardiologia 2.000	Pronto Soccorso 3.000 Cardiologia 4.126	1 anno	chiuso
PROG Outlier CABG	183	4.500	5.070	1 anno	chiuso
PROG Outlier CABG	20 (134)	750 (4.500)	312 (2.296)	Event driven	in corso
PROG Outlier CABG	87	6.000	2.022	No follow-up	in corso
PROG Outlier CABG	90	2.000	591	No follow-up	in corso
PROG Outlier CABG	148	1° fase 2.500 2° fase 2.500	1° fase 1.674 2° fase	1 anno	in corso

L'aggiornamento in tempo reale sull'andamento dei vari studi è consultabile sul web all'indirizzo www.anmco.it/qualita/qualita-studi-clinici

24 | Cardiologia negli Ospedali | duecentodiciotto



LA FONDAZIONE PER IL TUO CUORE RISPONDE
di MICHELE MASSIMO GULIZIA



V Conferenza Nazionale Prevenzione:
una tradizione che si rinnova puntando
a nuove sinergie e a nuovi orizzonti

"Il successo è la progressiva realizzazione di un obiettivo o un ideale di valore."
Earl Nightingale

Aspetti socio-economici e malattia cardiovascolare: possiamo fare qualcosa?

Questo l'ambizioso titolo scelto per la quinta edizione della Conferenza Nazionale sulla Prevenzione delle Malattie Cardiovascolari, evento che tradizionalmente si svolge in collaborazione tra Fondazione per il Tuo cuore - HCE, ANMCO e Istituto Superiore di Sanità (ISS) del Ministero della Sanità, che quest'anno, sotto il patrocinio della Fondazione HCE, si è svolto a Roma nei giorni 21 e 22 settembre, nell'aula e rappresentativa della Prevenzione Cardiovascolare. Abbiamo da sempre a non tacere niente al caso, a pianificare nei minimi particolari gli eventi che

all'attività di ricerca, è la mission per eccellenza, potremmo dire la vocazione, che anima ogni attività della Fondazione dell'ANMCO, per questo trovo di grande significato simbolico, e lo dico pronunciando al contempo un personale orgoglio, che il primo importante evento pubblico del forte impegno mediatico, realizzato a distanza di due mesi dal suo insediamento alla Presidenza della Fondazione per il Tuo cuore dell'ANMCO, avvenga con il patrocinio di Professore Maresi, sia stata proprio la Conferenza sulla Prevenzione Cardiovascolare. Abbiamo da sempre a non tacere niente al caso, a pianificare nei minimi particolari gli eventi che

coordino, il cui effetto per me deve andare sempre oltre il solo contesto in cui questi si concretizzano, ho voluto fortemente che il programma accogliesse al suo interno spunti di approfondimento e dibattito che in qualche modo ampliassero i temi tradizionali affrontati nelle passate edizioni. Una V Conferenza che affrontasse i problemi "veri" di prevenzione cardiovascolare che viviamo quotidianamente quando siamo a contatto con il nostro paziente o con il cittadino ignaro dei rischi derivanti da una mancata prevenzione. Dopo l'introduzione di Lenarda da parte del Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità Walter Ricciardi, del Presidente

8 | Cardiologia negli Ospedali | duecentodiciotto • duecentodiciannove

Rivista N. 217 - maggio / giugno 2017, pag. 24

consapevole della propria forza, culturale e organizzativa, che sente la necessità di difendere la propria specificità, anche se la preoccupazione nei confronti dei nuovi modelli organizzativi, come l'intensità di cura, si è attenuata rispetto al passato. ... insistenza sulla necessità di implementare le "reti" attraverso le quali i pazienti possano avere accesso a percorsi diagnostici e terapeutici equi e appropriati. ... necessità di implementare i documenti di consenso che, è bene ribadirlo, non rappresentano delle ennesime Linee Guida, ma un tentativo di ampliare le raccomandazioni ad ambiti spesso non coperti dalle Linee Guida stesse e di adattare alla realtà ospedaliera italiana. ... La stretta interazione tra Consiglio Direttivo, Aree, Task Force e Consigli Regionali dovrebbe costituire l'asse portante attraverso il quale le numerose progettualità potranno essere implementate con il maggiore coinvolgimento possibile dell'intera

Rivista N. 217 - maggio / giugno 2017

comunità dei Cardiologi Ospedalieri" ... – **L'ANMCO che vogliamo: i cronoprogrammi delle Aree e delle Task Force** – S. Urbinati (RIVISTA N. 216 – marzo/aprile 2017 – pagine 10-12).
E febbraio è il mese che segna anche l'esordio, a Sanremo, del **Truck Tour di Banca del cuore** "...Progetto Nazionale di Prevenzione Cardiovascolare, sostenuto dall'Istituto Superiore di Sanità, che si muove sotto il Patrocinio della Presidenza del Consiglio dei Ministri nonché di Federsanità-ANCI ..." – **Il Progetto Nazionale di Prevenzione Cardiovascolare: Truck Tour Banca del cuore** – M.M. Gulizia (RIVISTA N. 216 – marzo/aprile 2017 – pagine 15-20).
Dall'11 al 13 maggio 2017 si svolge il **48° Congresso Nazionale (YOU ARE HERE)** nella confermata sede del Palacongressi di Rimini: "La scelta che il Consiglio Direttivo

Rivista N. 218 / 219
luglio / agosto - settembre / ottobre 2017, pag. 8

ha fatto quest'anno di affidare l'organizzazione del 48° Congresso Nazionale 2017 a Michele Gulizia è il risultato condiviso di una lunga discussione in Consiglio Direttivo. ...” – **Ricarichiamo le batterie, ci aspetta un anno intenso** – A. Di Lenarda (RIVISTA N. 217 – maggio/giugno 2017 – pagine 8-9);
"...2470 iscritti, tre giornate piene di lavori con 248 sessioni scientifiche che hanno impegnato 706 tra relatori e moderatori, per un totale di 30 ore formative del Congresso e 16 ore del Clinical Competence Nursing ANMCO, nonché 9 crediti ECM per il Congresso e 16 attribuiti al Clinical Competence Nursing ANMCO. Oltre 500 abstract e casi clinici pervenuti che hanno impegnato 318 revisori ANMCO che hanno attribuito un punteggio uguale o superiore a 6 a oltre il 70% dei contributi presentati, di cui 142 con votazione compresa tra 7 e 8,69. ... Una novità



Rivista N. 218 / 219 - luglio / agosto - settembre / ottobre 2017

assoluta ... è stata la realizzazione della Jeopardy Game Session, un rischiatutto cardiologico in lingua inglese, in cui i giovani e talentuosi cardiologi ANMCO under 33 (anni) si sono cimentati, sfidandosi a "colpi di iPad" per arrivare in pole position. ... " - **Il Congresso ANMCO 2017** - M.M. Gulizia (RIVISTA N. 217 - maggio/giugno 2017 - pagine 10-18);
 "L'ultima edizione del Congresso Nazionale ANMCO che si è appena conclusa sarà ricordata non solo per le molte e entusiasmanti novità e innovazioni ma anche per un ritorno al passato che ha molto emozionato coloro che hanno avuto il grande onore ed il vero onere di partecipare alla riedizione

di un classico mai dimenticato: il *Quotidiano del Congresso*. ... il valore della riedizione del giornale cartaceo, edizione scomparsa quando nel 2007 fu deciso di sospendere la pubblicazione del foglio del Congresso per passare alla sola informazione via Web. ..." - **Il Congress News Daily** - C. Andriani (RIVISTA N. 217 - maggio/giugno 2017 - pagine 18-19).
 Continua, con regolarità (ogni numero di Cardiologia negli Ospedali) "**Il Punto sugli Studi Clinici del Centro Studi ANMCO**" - (RIVISTA N. 217 - maggio/giugno 2017 - pagine 24-25).
 Si svolge a Roma, nei giorni 21 e 22 settembre, la **V Edizione**



Rivista N. 220 - novembre / dicembre 2017, pag. 6

Gli Stati Generali a Trieste

Nella bellissima cornice della mia città, Trieste, uno dei migliori "salotti culturali europei", patria di Italo Svevo, Umberto Saba, terra preferita da James Joyce, luogo naturalmente adatto a una discussione sull'evoluzione e sul futuro della nostra società, si sono svolti gli Stati Generali dell'ANMCO. È stata una bellissima esperienza che ha dimostrato ancora una volta che l'ANMCO è una società viva, vivace, in cui lo spessore culturale e scientifico è tale da consentire che le diverse posizioni diventino opportunità di arricchimento reciproco. Lo spirito associativo che ci anima ne è uscito sicuramente rinvigorito. Moltissimi gli argomenti trattati, diverse le riflessioni da trarre. I giovani under 35 sono meno dell'8% dei nostri Associati. Non molti. L'Area Giovani nata nello scorso biennio, sta lavorando con impegno. Forse potremmo fare qualcosa in più su argomenti specifici da approfondire, sulle nuove tecnologie, sulla e-Health, anche utilizzando strumenti formativi diversi ed innovativi (FAD, webinar, simullearning, master). Si potrebbe organizzare programmi formativi stagionali per aree tematiche, per diverse professionalità. Fare formazione a costi contenuti, ma di interesse per grandi numeri. Interessante poi immaginare la possibilità di un "follow-up" della formazione, argomento questo particolarmente innovativo. A proposito di giovani, è necessaria una risposta ed una strategia alla domanda se sia utile ed opportuno entrare

attivamente nel mondo dei social con messaggi scientifici e di promozione della salute, per favorire la partecipazione dei Soci e della popolazione nelle nostre manifestazioni, dalla settimana delle Cardiologie Aperte, al Truck Tour ed ai diversi eventi che le Cardiologie della nostra rete organizzano nel territorio. Le iniziative di Cardiologia di Comunità come la Banca del Cuore ed il Truck Tour hanno avuto grande successo mediatico e un grande impatto non solo sulla popolazione che ha ovunque manifestato un grande interesse partecipativo ma anche sugli amministratori e sulle istituzioni che l'hanno patrocinata. Il settore comunicazione e divulgazione scientifica è in evoluzione. Da un lato il positivo rinnovamento del nostro "Cardiologia negli Ospedali" è palpabile, basta guardare la veste editoriale e sfogliarlo per accorgersene. Dall'altro il numero dei paper in arrivo alla nostra rivista, il *Giornale Italiano di Cardiologia*, è in chiara flessione. I motivi certamente sono molteplici, interni ed esterni al giornale. Non credo sia un problema

il "nostro" giornale. In inglese, per essere di respiro internazionale, deve essere uno dei tanti, magari di livello superiore, ma certamente meno "nostro" e meno letto dai nostri tradizionali lettori. Siamo molto amareggiati da quanto sta succedendo in Federazione Italiana di Cardiologia, ma nel nostro ruolo siamo costretti a seguire un percorso che vede l'ANMCO estremamente critico verso questa FIC. Condividiamo con la SIC l'idea che è necessario rilanciare la FIC su basi diverse, non certamente assistendo alla creazione di una "terza" o "unica" società cardiologica nazionale del tutto indipendente, nella strategia e nelle iniziative, da ANMCO e SIC, anzi a volte paradossalmente contrapposta, come nel caso della registrazione ai sensi della legge Gelli. La FIC e 10 anni che vive di inerzia. Dei tre punti programmatici presenti dello Statuto (rappresentanza e coordinamento per una politica unitaria nei confronti della Società Europea di Cardiologia, delle istituzioni sanitarie nazionali e sul tema della formazione post-laurea), nessuno è stato raggiunto, ma

Un'ANMCO viva e vivace si confronta sul futuro dell'Associazione e della Cardiologia italiana

di impact factor. Il "GIC" è sempre stata la finestra della nostra Cardiologia ospedaliera, fonte di aggiornamento scientifico ma anche strumento educativo, sede ideale per articoli organizzativi e messe a punto su diverse tematiche. In italiano

dobbiamo ammettere che nemmeno si è lavorato per raggiungerli. Noi crediamo che la grande stima reciproca tra la maggioranza di noi, indipendentemente dalla nostra collocazione, che sia ospedaliera o universitaria, il lavoro comune che



Cardiovascolare dell'ANMCO-ISS, l'impatto sulla pratica clinica e sul SSN dei recenti documenti di consenso ANMCO e delle campagne di promozione della salute della nostra Fondazione (Banca del Cuore). Per chiudere con la prevenzione secondaria degli eventi cardio-cerebrovascolari dai dati dei registri ANMCO e le proposte ANMCO dei percorsi diagnostico-terapeutici più appropriati e sostenibili dalla fase acuta a quella cronica della malattia aterosclerotica. – **Ricarichiamo le batterie, ci aspetta un anno intenso**

– A. Di Lenarda (RIVISTA N. 217 – maggio/giugno 2017 – pagine 8-9); “Aspetti socio-economici e malattie cardiovascolari: possiamo far qualcosa? Questo l'ambizioso titolo per la quinta edizione della Conferenza Nazionale sulla Prevenzione delle Malattie Cardiovascolari, evento che tradizionalmente si svolge in collaborazione tra Fondazione “per il Tuo cuore”-HCF, ANMCO e Istituto Superiore di Sanità (ISS) del Ministero della Salute, ... “ - **V Conferenza Nazionale Prevenzione: una tradizione che si rinnova puntando a nuove sinergie e a nuovi orizzonti** – M.M. Gulizia (RIVISTA N. 218-219 – luglio/agosto-settembre/ottobre 2017 – pagine 8-13)

E, a breve distanza di tempo, il 3 e 4 novembre, si tiene a Trieste la **X Edizione degli Stati Generali (Il Mondo ANMCO si evolve)**: “ ... l'ANMCO è una società viva, vivace, in cui lo spessore culturale e scientifico è tale da consentire che le diverse posizioni diventino opportunità di arricchimento reciproco. ... Moltissimi gli argomenti trattati, diverse le riflessioni da trarre. I giovani under 35 sono meno dell'8% dei nostri Associati. Non molti. L'Area Giovani, nata nello scorso biennio, sta

lavorando con impegno. Forse potremmo fare qualcosa in più ... Si potrebbe organizzare programmi formativi stagionali per aree tematiche ... Fare formazione a costi contenuti, ma di interesse per grandi numeri. Interessante poi immaginare la possibilità di un “follow-up” della formazione, argomento questo particolarmente innovativo. ... è necessaria una risposta ed una strategia alla domanda se sia utile ed opportuno entrare attivamente nel mondo dei social con messaggi scientifici e di promozione della salute, Le iniziative di Cardiologia di Comunità come la Banca del Cuore ed il Truck Tour hanno avuto grande successo mediatico e un grande impatto ... Il Settore Comunicazione e Divulgazione Scientifica è in evoluzione. Da un lato il positivo rinnovamento di “Cardiologia negli Ospedali” è palpabile, ... Dall'altro il numero di piper in arrivo alla nostra rivista, il Giornale Italiano di Cardiologia, è in chiara flessione. I motivi sono certamente molteplici, interni ed esterni al giornale. ... Siamo molto amareggiati da quanto sta succedendo in Federazione Italiana di Cardiologia ... è necessario rilanciare la FIC su basi diverse, non certamente assistendo alla creazione di una “terza” o “unica” società cardiologica nazionale del tutto indipendente, nella strategia e nelle iniziative, da ANMCO e SIC, anzi a volte paradossalmente contrapposta, come nel caso della registrazione ai sensi della Legge Gelli. La FIC è 10 anni che vive di inerzia. ... Lavoriamo per ricomporre e tornare a lavorare insieme con nuovo slancio. ... L'impegno costante ma anche la storica difficoltà, nel poter incidere come Associazione sulle scelte politiche nazionali e regionali, i continui tentativi di deviazione da percorsi apparentemente chiari e solidi

*di salvaguardia del percorso di cura del paziente cardiopatico all'interno dl Dipartimento Cardiovascolare, ... i tentativi continui di frammentazione delle Cardiologie (giochi a cui anche noi spesso partecipiamo) richiedono una attenzione, un monitoraggio ed un impegno, non solo degli organi centrali, ma anche e soprattutto regionali, ... Il tentativo che sta dando i suoi frutti di aggregazione delle società scientifiche, come quello in atto all'interno della Consulta, ... non può che essere valutato positivamente in una prospettiva di voce “unitaria”, ... L'idea di un coordinamento più forte tra Direttivo e Aree e di una programmazione prioritizzata dell'attività delle Aree va proseguita e migliorata. Il problema degli studi orfani è reale. ... Una soluzione va trovata, ... quantomeno mettendo a disposizione le risorse umane e le competenze interne al Centro Studi. ... firmato il protocollo d'intesa Fondazione HCF-ANMCO – CORE (F.A.C.) per l'integrazione della banca dati CORE-CINECA con i dati cardiologici della rete ANMCO. ... Le prospettive del nostro SSN o dei molti SSR passano ... attraverso una “Programmazione illuminata orizzontale” (definizione di Giovanni Gregorio) che prevede un'analisi dell'assetto demografico ed epidemiologico e dei bisogni sanitari, l'individuazione delle strutture sanitarie per identificare e costruire un modello sanitario basato su equità di accesso, uniformità di cure, PDTA integrati Ospedale-Territorio, in cui il Dipartimento Cardiovascolare rimane al centro come “Unità di Assistenza Complessa Cardiologica”. ...” – **Gli Stati Generali a Trieste** – A. Di Lenarda (RIVISTA N. 220 – novembre/dicembre 2017 – pagine 6-8). ♥*



Il Mentore, l'Imprinting del Giovane Cardiologo e le Oche di Konrad Lorenz



Si racconta che Michelangelo Merisi, detto il Caravaggio, fu mandato a Milano nella bottega di Simone Peterzano, pittore del manierismo lombardo e allievo di Tiziano. Il contratto di lavoro, datato 6 aprile 1584, venne firmato dalla madre per poco più di quaranta scudi d'oro. L'apprendistato del giovane si protrasse per circa quattro anni (la durata oggi della Scuola di Specializzazione in malattie dell'Apparato Cardiovascolari) durante i quali apprese la lezione dei maestri della scuola pittorica lombarda e veneta. Nessuno potrà dirci se, senza un mentore così prestigioso come Simone Peterzano, Caravaggio sarebbe

diventato quell'immenso pittore che ha poi lasciato capolavori di inestimabile bellezza. Lo stesso valore dell'importanza del mentore si può applicare oggi ai giovani cardiologi? E' ancora attuale o è superfluo parlare di mentore e mentorship in Cardiologia perché la specializzazione è molto cambiata rispetto a quella di qualche anno fa? Due sono i cambiamenti della Scuola di Specializzazione, dal mio punto di vista, più importanti. Il primo è il concorso che ha creato una graduatoria nazionale nella quale un medico può entrare in una Scuola lontana dalla sua residenza e lontano dal cardiologo che nell'Università ha acceso l'interesse per la disciplina.

Succede inoltre che per motivi di punteggio, il giovane medico possa entrare in una specialità diversa da quella sognata. Così abbiamo visto medici accedere nelle scuole di ortopedia, rianimazione o ginecologia quando il loro sogno era la cardiologia. L'assenza dell'importanza della territorialità, giusta in teoria per un principio generale di meritocrazia, all'atto pratico si è rivelata una concausa della mancanza di bravi specialisti al Sud Italia. Le Scuole di Specializzazione che richiedono un punteggio più alto (e che quindi in teoria selezionano i medici più bravi) sono quelle del Nord. Infatti, ad esempio, se un medico è veneziano molto probabilmente tornerà nella sua regione dopo aver conseguito la specializzazione in un'Università del Sud, quello calabrese, soprattutto se bravo, e se sulla base della graduatoria nazionale ha conseguito la specializzazione in un grande centro del Nord, difficilmente tornerà nella sua regione di origine. Questo fenomeno alimenterà quella che oggi possiamo chiamare "questione meridionale della sanità" e che si è fortemente accentuata dopo la pandemia e che meriterebbe un'attenzione maggiore da parte della politica. Anche le Università, però, dovrebbero ragionare e



fare autocritica sulle regole che le governano incluso il rischio di una eccessiva autonomia. La legge Gelmini non ha risolto le criticità dell'Università che presentavano spesso picchi di autoreferenzialità nel selezionare l'accesso dei dottorandi, assegnisti, ricercatori, docenti e del personale in genere. Queste criticità (reclutamento di scarsa qualità, legato a logiche non meritocratiche, mancanza di una vision e di grandi progettualità) sono, a mio avviso, amplificate nelle piccole Università di Provincia e dovrebbero essere affrontate dal governo come priorità visto il ruolo centrale dell'Università per la vita del nostro paese. In molte Università europee, ad esempio, si diventa professori dovendo andare obbligatoriamente in un'altra Università per almeno 5 anni. Che cosa dire poi delle modalità del test di Medicina? «Come coltivavano i pomodori gli Incas?», «A che altezza vola la gazza?» o «Cos'è il Calendario Gregoriano e cosa prevede», queste sono solo alcune dei test di ammissione alle quali bisogna rispondere per diventare i medici del domani. Il decreto Calabria è nato dalla necessità emergenziale di colmare la grave mancanza di medici, frutto di una ovvia errata programmazione. Il decreto 35 del 2019 (il cosiddetto "Decreto Calabria"), applicato in tutta la nazione, ha normato la possibilità per i medici specializzandi di essere assunti a tempo determinato negli Ospedali, con automatica conversione del contratto a tempo indeterminato al conseguimento del titolo di specialità, a partire dal 2° anno del corso di specializzazione. Il concetto del decreto Calabria è stato espresso

dalla FederSpecializzandi nella frase: *“se non troviamo nessuno ci mettiamo lo specializzando”*. Sul decreto Calabria è stato scritto molto e andrebbe ulteriormente approfondito. In una Europa dove la durata della specializzazione in cardiologia è di 7 anni, assumere uno specializzando al 2° anno, a mio modesto parere, è un errore perché può limitare la completezza del percorso formativo, irripetibile nella vita professionale del cardiologo. Ma oggi il Mentore, in epoca di medicina digitale, Tik Tok e Instagram ha ancora senso? Un medico viennese, Konrad Zacharias Lorenz, fece una grande scoperta. In un esperimento rimasto famoso, Konrad Lorenz prese le uova deposte da un'oca selvatica e le divise in due gruppi: le uova del primo gruppo furono lasciate alla madre, che le covò fino alla schiusa; le altre uova vennero poste nell'incubatrice. Le oche del secondo gruppo messe nell'incubatrice appena nate fissarono e memorizzarono nella loro mente l'immagine dell'essere che vedevano per primo, che nel caso specifico era proprio quella di Lorenz, e lo seguirono pensando che fosse la propria mamma. Queste teorie alla base del processo chiamato **imprinting** e basate sul concetto che esso è un processo acquisito, non innato, sono riportate in uno dei suoi libri più famosi: **L'anello di re Salomone**, un testo che tutti i medici dovrebbero leggere. Konrad Lorenz scoprì inoltre che il processo dell'imprinting è irreversibile. Le oche continueranno a seguire chi hanno visto per la prima volta anche se venivano messe a contatto con la vera madre. L'importanza di questa scoperta per la quale

Lorenz ricevette nel 1973 il premio Nobel per la Medicina, deriva dal fatto che questo fenomeno non è limitato agli uccelli ma si riscontra anche nei mammiferi. Possiamo dire che un giovane cardiologo se ha seguito un mentore appassionato di emodinamica, di ecocardiografia, di clinica, di elettrocardiografia o di ricerca di base rimarrà per tutta la vita interessato all'imprinting ricevuto. La storia ci insegna che è così. L'allievo/a sentirà per tutta la vita le influenze positive e le attitudini, così come anche purtroppo quelle negative, del proprio mentore. Nella mia vita professionale, ma non è stata fortuna o il caso, ho incontrato due mentori eccezionali. Il primo è stato il Prof. Massimo Chiariello, allievo del Prof. Mario Condorelli, del quale mi è sempre rimasto un semplice concetto: tendere sempre all'eccellenza e ad avere esperienze internazionali negli USA. Il secondo mentore è stato il Dr. J. Ross Jr. Nella sua Divisione piena di cardiologi asiatici, americani ed europei, vigeva un mantra: l'importanza dell'integrità scientifica non fraudolenta e lo studio dei meccanismi fondamentali delle patologie cardiache. Non credo che la mia vita professionale e accademica sarebbe stata la stessa senza questi due mentori. Per concludere, il mentore non è semplicemente un supervisore, ma il nutrimento scientifico e professionale per la crescita dei cardiologi del domani. Ancora oggi, in un mondo diverso, il consiglio che possiamo dare alle prossime generazioni di cardiologi è quello di scegliersi un valido mentore, sarà la bussola, l'ancora e la loro fortuna professionale per tutta la vita. ♥



Il Calderone di Medea

www.stroncature.com/2023/01/02/il-calderone-di-medea

Fabio Cavalli

Medico specialista in Radiologia Generale. Precocemente "scopre" il medioevo e se ne appassiona, dapprima con la musica, poi con la medicina e la storia. Lavora anche per il teatro, fa teatro lui stesso (musicale e medievale, ovviamente). Dal 1999 insegna Storia della Medicina di età antica e medievale presso l'Università di Trieste. Nel 2002 ha l'occasione di mettere a frutto la sua più che venticinquennale esperienza di radiologo, sperimentando le applicazioni della Tomografia Computerizzata all'archeologia, all'antropologia fisica e all'antropologia forense. Inizia così a lavorare sull'imaging in bioarcheologia, mettendo insieme un gruppo multidisciplinare per lo studio delle popolazioni medievali in Friuli e, grazie alla sua esperienza in radiologia informatica, ideando una rete per le immagini in paleoradiologia. Mente vulcanica, grande cultura, carattere toscano, riflette sui rapporti tra cervello, intelligenza "naturale" e l'intelligenza "artificiale", con le potenzialità, le promesse, le illusioni ed i rischi all'orizzonte.

DI ANDREA DI LENARDA

Tempo fa, un collega e caro amico, celebre cardiologo e uno dei più mirandoliani scienziati che conosco, mi disse con un certo rassegnato rammarico che ormai tutti erano convinti (anche l'industria medica) che in un futuro più o meno prossimo basterà buttare in un calderone genetica, "omics", intelligenza artificiale e poche altre cose per ottenere ("come per magia") diagnosi raffinate e altamente predittive sulle malattie cardiache, sulla loro prevenzione, terapia e chissà mai cos'altro. Credo che con il termine calderone il mio collega volesse indicare genericamente un calderone magico, come quello di Asterix o delle fattucchiere disneyane, ma penso che più o meno consapevolmente (siamo tutti volenti o nolenti immersi nel Mito), stesse

pensando al calderone di Medea. Il mito è noto: volendo vendicare i torti subiti da Giasone da parte del re di Iolco, Pelia, Medea persuade le sue figlie della magica potenza dei suoi incantesimi: mette in un grande lebe un ariete sgozzato e tagliato a pezzi e ne fa uscire un giovane agnello vivo e saltellante. Allo stesso modo le fanciulle potranno far ringiovanire il proprio padre assai vecchio, uccidendolo, tagliandone il corpo a pezzi e ponendo le carni sul fuoco, nel calderone. Le Peliadi, suggestionate dall'arte della maga, si renderanno così le materiali esecutrici dell'atroce vendetta. Ovviamente le fonti antiche ribadiscono che quella di Medea fu solo una illusione, un atroce gioco di prestigio ai danni delle giovani Peliadi (e, ovviamente

del padre): il corpo a pezzi del vecchio Pelia non risorgerà affatto dal calderone. Ma lasciamo per un attimo il vecchio re depezzato e torniamo alle nostre riflessioni. La filosofia delle neuroscienze, ovvero quella che sostiene l'identità tra basi neurobiologiche ed il comportamento di un individuo, è leggibile anche attraverso una chiave di lettura scientifico-ideologica ben precisa, ovvero il neuroessenzialismo. L'adozione di una visione neuroessenzialista, che pone il soggetto e le sue reazioni in un rapporto di diretta e subordinata dipendenza dal suo cervello, ha molteplici ricadute profonde non solo da un punto di vista filosofico ma anche su quello sociale, politico ed economico. Specialmente quando non si parla di neuroessenzialismo



in sé ma si cerca di parlare con un linguaggio neuroessenzialista. Un linguaggio peraltro supportato e volgarizzato dei mass media, dall'editoria e dell'establishment economico e politico e che possiede degli inquietanti aspetti, a mio avviso, riduzionistici e deterministici. Un fenomeno che peraltro la neurobiologia condivide con la genetica: è infatti ormai di uso comune la frase "è scritto nel mio DNA", che poi, nella sua essenza pseudoscientifica, ha preso il posto di "questo è il mio destino, io sono così". Peccato che sia le neuroscienze sia la genetica siano discipline abbastanza recenti e, come si dice, ancora decisamente in progress: si pensi, per esempio, ai problemi ancora aperti dell'epigenetica o alla plasticità sinaptica. Non voglio assolutamente entrare nel merito sulla discussione tra scienza e linguaggio da Laplace in poi. Non credo di averne a disposizione gli strumenti. Però spostando l'angolo di osservazione non è difficile cogliere in questi atteggiamenti un mal celato determinismo che in fondo non è altro che la via breve, la scorciatoia, la tentazione che, ciclicamente, attrae l'uomo e la società in cui vive. La cosa curiosa è come questi stessi soggetti, ripieni di scienza vulgata si straccino le vesti di fronte all'opera (tutta positivista) di Cesare Lombroso definendola vana e pseudoscientifica ma che ne condivide, seppur su altri fronti, le speranze. È un fenomeno interessante, ma non è certamente nuovo: gli epigoni illuministi e poi positivisti della fisiognomica antica, i Casper, i Lavater, i Lombroso fanno parte del fenomeno moderno, ma gli esempi, nella storia occidentale,

potrebbero essere numerosi. Quando l'occidente medievale, nel XIII secolo, conobbe l'astrologia alessandrina attraverso il filtro ideologico degli astrologi arabi, la adottò entusiasticamente come un sistema predittivo basato sulla inalterabilità dei destini, compreso quello del mondo stesso. Il problema era solamente saper leggere correttamente i segni. L'astrologo poteva divinare il momento migliore per dare battaglia o per iniziare una lucrosa operazione commerciale: se il destino era immutabile ed era contenuto nelle stelle, era solo una questione di semiotica. Un determinismo che riuscì anche a contagiare la medicina, quella medicina che si basava su solide basi epistemologiche galeniche e ancor prima ippocratiche ma che adesso sognava un sistema diagnostico e terapeutico basato su ciò "era scritto nelle stelle". Non più polso e urinoscopia ma oroscopi sulla qualità della malattia e sul momento giusto per intervenire e su come intervenire. Fortunatamente fu un periodo breve, un paio di secoli, più o meno. Furono le menti più brillanti, filosofi e teologi, santi maghi naturali acribiosi osservatori della natura e profondi conoscitori del pensiero e della storia che evitarono, in qualche modo, il

disastro, dichiarando la falsità del determinismo astrologico in favore del libero arbitrio. Una conclusione che fortunatamente riapriva la porta verso quella scienza della natura che era da sempre vista come lecita e anzi doverosa. Astra inclinant, non necessitant. Ogni volta che ci penso, ammiro Tommaso di Aquino per la geniale semplicità del suo pensiero. Poi venne il resto, l'età dei Lumi, la Rivoluzione industriale con i suoi filosofi, il marxismo e i suoi epigoni, le scienze economiche moderne, la "nuova" scienza. Nuovi calderoni, nuove illusioni: la vendetta di Medea, furiosa e scarmigliata mentre vaga a piedi nudi nel bosco notturno a invocare Ecate o mentre convince le figlie di Pelio a compiere il patricidio urlando "impugnate le spade e cavate il sangue invecchiato, così ch'io possa riempire le vene esangui di giovani umori", come ci racconta Ovidio. Illusioni pericolose perché possono facilmente permeare la società e la politica. Tenendo inoltre conto, tanto per rimanere nell'ambito del pensiero greco, che la metis tipica del politico è quella del polipo, che assume l'aspetto della pietra a cui aderisce, non è poi difficile intuire quali pericoli ci potrebbero attendere in un futuro già più che prossimo. ♥



Foto di Google DeepMind | www.pexels.com



Mario Calabresi, noto giornalista e scrittore, ex Direttore de *La Stampa* e *La Repubblica*, dal 2020 ha anche una newsletter settimanale che si chiama *Altre/Storie* dove racconta di incontri, di storie di persone “che gli stanno più a cuore, che con il loro esempio possano regalare una convinzione”.

La numero 189, del 1° dicembre scorso, racconta la storia molto bella di Claudia che, dopo una esperienza di neoplasia al seno, si dedica come volontaria all’aiuto e soprattutto all’ascolto dei pazienti oncologici.

I pazienti cardiopatici specie quelli affetti da cardiopatie croniche come lo scompenso cardiaco come sappiamo non differiscono di molto dai pazienti oncologici. Non solo per storia naturale e prognosi ma anche riguardo l’elevato impatto comunicativo e relazionale legato alla malattia, alle esigenze del singolo paziente e all’ “universo” che lo circonda.

Per i molti spunti di riflessione e gli insegnamenti che questa storia trasmette in particolare sul rispetto per i bisogni e le occasioni per interagire con umanità con il nostro paziente, abbiamo verificato la possibilità di riproporla nella nostra Rivista.

Ringraziamo di cuore Mario Calabresi per la sensibilità e disponibilità nel concederci la pubblicazione.

La Newsletter *Altre/Storie* è gratuita. Per riceverla nella propria mail, ogni venerdì mattina, basta iscriversi al sito <https://mariocalabresi.com/newsletter/#iscriviti>

DI GIUSEPPE DI TANO

ALTRE/STORIE

Il tempo speso meglio

DI MARIO CALABRESI

<https://mariocalabresi.com/il-tempo-speso-meglio/>

«Bisogna amare la gente per fare il medico, se non sai ascoltare il malato, se non ti chiedi di cosa ha paura e cosa desidera, sei poco più di un bravo tecnocrate»

Umberto Veronesi

«**P**arlamo tanto e ascoltiamo poco, molto poco. Diciamo: “Come stai?”, ma dopo un secondo passiamo ai nostri problemi, a come stiamo noi. Quella domanda è quasi una scusa per poter parlare di sé. Ascoltare invece significa sospendere la propria persona, far capire che

sei lì per chi hai di fronte e che la sua vicenda umana ti interessa». Claudia era una professoressa di tedesco, ha insegnato nei licei, ma da venticinque anni ha fatto dell’ascolto il centro della sua vita. È successo quando si è ammalata, quando ha realizzato che ascoltare è un modo per prendersi cura. Quando è guarita

non ha dimenticato la lezione. Per il poeta Franco Arminio dovremmo smettere di cominciare i messaggi con “Ciao, come stai?” e poi far seguire una serie di richieste e considerazioni, perché quella domanda annega nel resto e rimane lì solo come un intercalare senza valore. Allora propone di metterla al



Claudia Gariboldi nel ritratto di Marta Signori © Marta Signori | www.instagram.com/marta.signori

fondo, come frase finale: “E tu come stai?”. Forse così si darebbe spazio alla risposta.

Claudia, che di cognome fa Gariboldi, è presidente di un’associazione che si chiama “Sottovoce” e che ha messo insieme i volontari che lavorano allo IEO, l’Istituto Europeo di Oncologia di Milano. Il primo esempio che mi fa, per spiegarmi il senso di quello che mi sta dicendo è successo il giorno prima che la incontrassi: «Ieri sera un volontario, che stava uscendo per andare a casa dopo un turno pesante, ha visto una donna sola, seduta in un angolo, che fissava il vuoto. Intorno

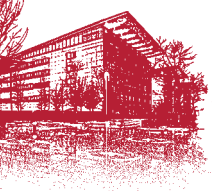
a lei non c’era nessuno. È tornato indietro e le ha chiesto se avesse bisogno. Lei non ha risposto. Lui le si è seduto vicino ed è rimasto in silenzio. Dopo qualche minuto, lei ha detto due frasi: «Mi hanno appena detto che passerò in carico alle cure palliative. Il mio percorso è finito». Poi l’ha ascoltata parlare per un’ora e mezza: di come si sentiva, della consapevolezza che la sua aspettativa di vita era molto breve, della sua vita e di quello che sentiva il bisogno di sistemare».

Dalla prima volta che Claudia ha varcato la porta dello IEO sono passati venticinque anni, c’era arrivata

perché facendo la doccia aveva sentito qualcosa di estraneo nel suo seno.

La operarono dopo una settimana, seguirono chemioterapia, radioterapia e cinque anni di cura ormonale.

«Avevo 46 anni e lavoravo come docente di lingua tedesca in un liceo di Milano, ero in un momento sereno della vita, facevo molto sport e non avevo mai avuto problemi di salute. Quando mi fecero la diagnosi rimasi scioccata. La mia percezione del mondo è cambiata ogni volta che sono entrata per fare la chemio, la cosa che più mi ha colpito è stata conoscere il mondo dei malati, a me fino ad allora ignoto. Nelle mie giornate al Day



Hospital, ho incontrato tantissime donne come me, ma anche più giovani e con forme più gravi della mia. Stavamo tutto il giorno insieme e ci facevamo coraggio: allora non c'era il sostegno che c'è oggi. Ricordo ancora perfettamente alcune di loro con cui avevo stretto un rapporto fortissimo, Anna di Bitonto e Maria Teresa di Avellino. Erano lontane da casa e le più sole».

In quello stesso periodo due donne, Francesca Merzagora e Manuela Valaguzza, avevano deciso di dare vita a un'associazione che aiutasse e ascoltasse i pazienti e le loro famiglie. «Ricordo un mini banchetto con scritto: "Associazione sottovoce volontari IEO". Mi avvicinai e mi dissero: "Quando hai finito le cure vieni a trovarci".

Un anno dopo tornai, feci un test con una psicologa e stabilirono che avevo equilibrio sufficiente per reggere l'impatto della malattia degli altri. Mi assegnarono al reparto chirurgia toracica».

Claudia ha fatto la semplice volontaria di reparto per 13 anni. «Andavo una volta la settimana e stavo con i pazienti, ascoltavo le loro storie e le loro vite. La prima cosa che ho imparato è cosa dire quando ti presenti. Non puoi esordire con un "Come stai?". Cosa vuoi che ti risponda: "Ho il cancro". Allora è meglio dire: "Come sta oggi?". Per il resto la malattia è la cosa più democratica che ho incontrato, non fa distinzione di ceto sociale, e come è accaduto a me la patologia oncologica, nella stragrande maggioranza dei casi, irrompe all'improvviso nella vita: si passa da sani a malati di cancro nel giro di un'ora».

Chi lavora in questo tipo di associazioni deve superare molte barriere psicologiche, ma quando fa il salto allora si identifica sempre di più con il gruppo, con l'idea di servizio: «Il passo fondamentale è togliersi dalla faccia quella maschera che troppo spesso indossiamo nella società. Non si può recitare di fronte alla verità dell'esistenza».

Ma questi percorsi non possono essere improvvisati e nemmeno amatoriali, così la seconda fase del lavoro di Sottovoce è stato di formare volontari professionalizzati e di creare una struttura di coordinamento. Oggi ci sono 95 volontari allo IEO e 20 al Monzino e la metà di loro sono stati pazienti. «Però non bisogna esordire dicendo che anche tu hai avuto una malattia oncologica. Bisogna lasciare spazio alla loro storia ed essere più neutri possibile. Ad un certo punto saranno loro ad accorgersene grazie all'empatia che si crea e a quel punto gli puoi dire: "Anch'io sono stata una paziente qui"».

Il lavoro però non si fa solo sui malati ma anche sui parenti e gli accompagnatori: «È fondamentale occuparsi dei caregiver perché nelle famiglie spesso di fronte alla malattia emerge un comportamento che gli psicologi chiamano "la congiura del silenzio". Nell'ambito della famiglia si tende a non dire la verità pensando così di preservare la serenità. Ma la verità è che più il paziente è consapevole, più può collaborare e accettare le cure. Bisogna insegnare l'importanza dell'ascolto, imparare a dire a chi è malato: "Io ci sono, noi ci siamo" e sopportare la verità anche quella di chi dice: "Io ho capito che non ce la farò". Condividere il dolore

e l'angoscia è importantissimo». Claudia e molti che fanno i volontari con lei oggi dedicano la maggior parte del loro tempo all'ospedale: «Arrivano alle 6:45 del mattino, anche tre volte a settimana, e hanno imparato a fare un "volontariato di precisione", a intercettare i bisogni dei pazienti, anche quelli più piccoli. L'ultimo passo è stato di costruire una mini task force di volontari specializzati in pazienti vulnerabili, che oltre alla patologia oncologica hanno un'altra patologia o disabilità. In questi giorni stiamo seguendo una signora non vedente con un marito non vedente. Fanno il doppio della difficoltà. Noi la aspettiamo al taxi alle 7:30, la portiamo a fare il prelievo, poi la colazione, poi le infusioni e stiamo con lei fino a quando non riprende il taxi nel tardo pomeriggio».

Per Claudia e per tutte quelle come lei, che ci sono da un quarto di secolo, il modello è indimenticabile: «Ricordo il professor Umberto Veronesi che passava a salutare tutte le pazienti ricoverate. Se lo fermavi in corridoio per chiedergli qualsiasi cosa non diceva mai che aveva fretta o un appuntamento. E lo ripeteva a tutti i suoi medici: "se siete in corridoio e una persona qualsiasi vi chiede qualcosa, fermatevi ad ascoltare e sentite di cosa ha bisogno. Quando andate in camera, sedetevi sul letto del malato e fatelo parlare. La capacità di ascolto è la più importante regola nel rapporto medico-paziente. I pazienti si lamentano sempre che non riescono a dire tutto quello che avevano in mente. Invece bisogna ascoltarli. Si perde un po' di tempo, ma di tempo ne abbiamo...".» ♥



“Ospedale” di Franco Arminio

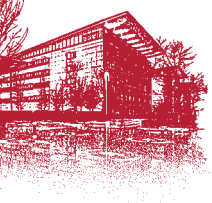


Franco Arminio è un poeta. E' nato e vive a Bisaccia, in Irpinia d'Oriente, provincia di Avellino. Si autodefinisce anche “paesologo”, esperto-studioso del paese, soprattutto dei paesi ormai spopolati, dei valori dei piccoli centri periferici lontani dai percorsi noti e dalla dimensioni e dalla frenesia, anche rassicuranti, delle grandi città. Ma è soprattutto un poeta del silenzio delle relazioni umane, cultore delle piccole cose e delle parole che “uniscono e curano”.

Ha pubblicato più di trenta libri per Bompiani, Einaudi e altri editori. L'ultimo libro, *Canti della gratitudine* è da poco in libreria per Bompiani. Nei suoi libri racconta anche la malattia, la vecchiaia, la morte e l'Ospedale, definito come “un osservatorio

astronomico, un reparto di geologia: la malattia viene dalle radici, dal fitto mormorio che alimenta la vita degli organi”. Ha scritto che “negli Ospedali si deve tener conto del respiro prima di tutto. Un corpo respira il mondo ed è respirato dal mondo. In questo scambio perenne e implacabile ci può essere un guasto” da curare, considerando sempre che “un uomo che arriva in ospedale non è un uomo, è un mondo”. In un piccolo libro di 32 pagine intitolato proprio “Ospedale”, pubblicato da Bertoni Editore in edizione limitata e numerata, descrive la vita in ospedale, vissuta dal malato e dal personale sanitario, con poesie alternate ad immagini di rami secchi, spezzati dall'albero della vita e metafora dell'immobilità. Nelle poesie di questo libretto si ritrovano situazioni a

noi familiari. L'urgenza del ricovero, la comunicazione della diagnosi, la quotidianità dell'attesa, gli apparentemente piccoli accadimenti, la routine di un giorno qualunque vissuto in ospedale, i legami da mantenere e tenere con i parenti, considerati il resto dell'albero, gli altri rami, non ancora secchi, che non devono spezzarsi e possono continuare senza il gravoso tabù della morte. Poesia per poesia, come fossero capitoli, si dipana un resoconto della delicata assistenza ai malati, dal mattino alla sera, dal momento in cui i pazienti, spesso anziani, si svegliano, aspettano, ascoltano, sperano fino a quando si ritorna a dormire. Per poi iniziare, purtroppo non sempre e per tutti, una altro giorno.♥



Ospedale

*Ogni paziente ha un suo bicchiere
d'acqua,
una minestra grigia e una mela,
e un osso come sua bandiera,
un pallido sudore come sua candela.*

*Chiedo se hanno sognato
qualche amore,
uno negli occhi alza la sua rovina,
un altro mi guarda con le ossa fuori
dalla pinta delle dita.*

*Facciamo le barbe, tagliamo le unghie,
si fa il giro delle stanze per vedere
se le flebo sono finite,
se l'ossigeno si fa strada nelle vene,
azzurro come la neve.*

*Gli uomini e le donne che stanno qui
sono temperature, pressioni, glicemie.
Chi li assiste misura i parametri vitali,
conta i frutti dell'autunno in primavera,
prova ad alterare le stagioni,
a rimandare il tramonto del sole,
il lutto della sera.*

*Sento il cattivo odore
che annuncia la morte,
il corpo ora lo chiudono in un telo
e c'è solo il tempo di disinfettare
e già arriva un altro respiro,
una bocca serrata, un pallore.
Un letto d'ospedale
è un cesto dove portare la frutta
staccata dall'albero,
è una casa a cui nessuno
si affeziona.*

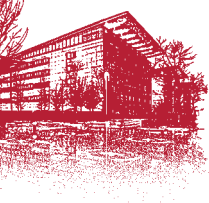


In ricordo di Antonio Butera

La notizia è arrivata nella serata di giorno 20 marzo, si è diffusa subito in città ed in poco tempo tutte le testate online ci comunicavano della morte del Dott. Antonio Butera, l'ex primario della Cardiologia con UTIC dell'ospedale di Lamezia Terme, conosciuto e amato dai suoi concittadini. Per chi non lo conosceva, ha fatto parto della prima Unità Coronarica della Calabria, istituita presso l'Ospedale Civile di Lamezia Terme diretta dal Primario Giuseppe Ferlino, è stato consigliere dell'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri della provincia di Catanzaro e per due mandati ha svolto il ruolo di Presidente Regionale ANMCO Calabria. Aveva da poco attivato, insieme ad altri colleghi, l'ambulatorio solidale "Prima gli ultimi" dove aveva riversato il suo modello di sanità, il paziente al centro della missione del medico che non deve dimenticare le fasce più deboli. Questo impegno lo assorbiva, ci credeva ne aveva fatto una scelta di vita, riteneva che fosse indispensabile perché leggeva con intelligenza le difficoltà del tempo. Sapeva cogliere le debolezze della sua città investendo su quello che gli era più congeniale, affidarsi a quel grande bagaglio clinico-scientifico, dopo

quarant'anni di corsia ospedaliera, offrendolo a quella forma vera e trasparente di solidarismo. Il Dott. Butera non era solo questo, era anche un fine intellettuale, la passione per i viaggi lo avevo portato in Israele dove era ritornato molte volte e se ne era innamorato tanto da dedicargli un lavoro editoriale. Aveva capito la fragilità di quel mondo e lo avevo scoperto attraverso lo studio e l'approfondimento della sua storia, era consapevole che il richiamo alla tradizione era forte e ne parlava con grande competenza, consapevole del momento critico e riteneva inoltre che era necessario un impegno internazionale per uno sforzo di riconciliazione e per ritrovare la pace. Poi c'era il suo amore per l'arte, ne sublimava la bellezza sapendone cogliere nella sua delicata rappresentazione ogni sfumatura, delle opere ne conosceva ogni dettaglio ne parlava con sapiente entusiasmo aiutandoti in quel cammino che lasciava ammirazione e sorpresa. Il Dott. Butera e la medicina erano un solido connubio, l'intesa di una vita, una complicità condivisa, l'uso della metodologia clinica come primo approccio, che non tradiva o lasciava fuori la tecnologia perché

sapeva bene che conoscere è ben diverso dal riconoscere. Per questo motivo era convinto che in clinica si deve soprattutto riconoscere infatti consigliava quotidianamente ai suoi giovani, nell'esercizio della pratica clinica di osservare e ragionare sottolineando che più l'osservazione è accurata, minuziosa e attenta, più precisa sarà la diagnosi, costruita attraverso un lavoro di "finissima intuizione". Da queste premesse prendeva corpo il suo profilo di Cardiologo, aveva la sensibilità che il paziente cardiopatico avesse bisogno di un approccio diverso e supportato dalla più moderna tecnologia, aveva intuito l'importanza della Risonanza magnetica, avviata per la prima volta in Calabria ed in poco tempo era riuscito a formare dei giovani che continuano ancora quel lavoro. Il Dott. Butera è stato tante cose insieme, non possiamo ricordarlo solo per la sua attività professionale, tanta era eclettica la sua personalità, ha lasciato un grande vuoto nella sua città ma ancor di più nella sua comunità scientifica, è vero che il tempo passa ma sarà difficile che i suoi allievi possano dimenticare i tanti insegnamenti e con essi possano dimenticarlo.♥



Un cardiologo dalle alte qualità umane e professionali



Ho conosciuto Antonio Butera attraverso l'ANMCO, come presidente regionale della Calabria, mentre ero presidente della Puglia. Di Antonio ricordo la mitezza, la capacità di mediazione, la cultura, l'amore per la sua terra, il desiderio di conoscere nuovi luoghi e nuove terre attraverso i suoi continui viaggi. Un aneddoto riesce a tracciare la sua personalità: in uno dei tanti rientri da Firenze, dopo un consiglio nazionale, l'aereo Firenze-Roma fu soppresso

per maltempo (cosa che, ahimè, succede spesso nell'Aeroporto di Firenze). Il viaggio sostitutivo in Bus per Roma, organizzato con estremo ritardo, scatenò il malcontento dei tanti passeggeri, ma non di Antonio, che si occupò di calmare gli animi agitati dei contestatori con i suoi toni pacati e signorili. Per me fu l'occasione di condividere esperienze professionali, conoscenze del mondo ANMCO, della Calabria, di Lamezia, dei vari cardiologi

calabri emigrati e divenuti famosi. Antonio era capace di trasformare le difficoltà in opportunità, era un dottore innamorato del suo lavoro, molto legato alla "famiglia" ANMCO, era un uomo buono e mite, sempre accogliente con il suo naturale garbo e il suo placido sorriso; era un galantuomo. E' per questo che l'ho citato in uno dei momenti più significativi della mia vita associativa, durante la consegna della mia Targa d'Oro.♥



I  5xMille
codice fiscale
94070130482

Il 5xMille moltiplica il Tuo cuore



**SOSTIENI LA RICERCA
SULLE MALATTIE CARDIOVASCOLARI**

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

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

www.periltuocuore.it



Stille Vastgoed

