

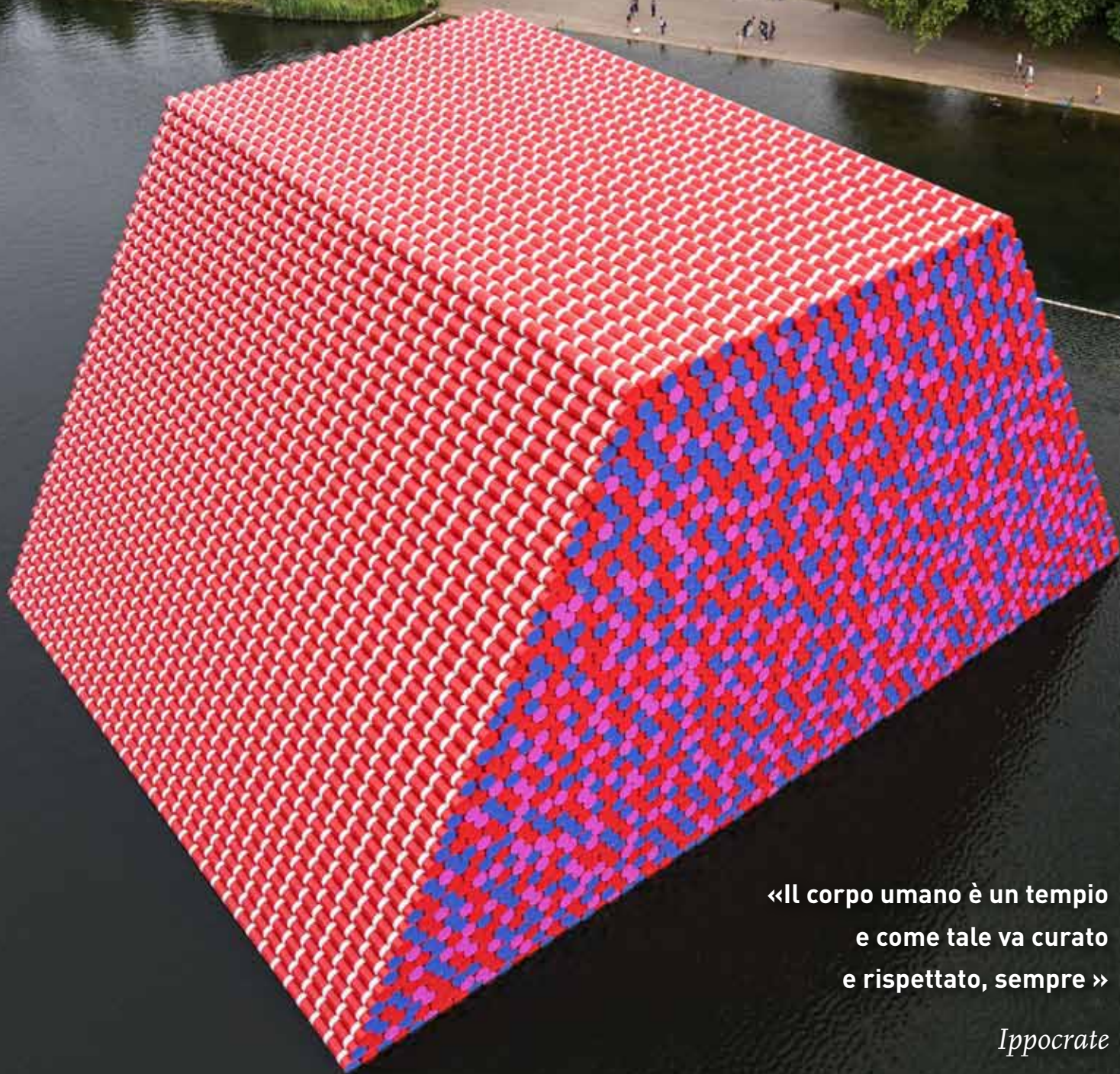
Cardiologia

negli Ospedali



MAGGIO/ GIUGNO 2018 N° 223

Rivista dell'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri – ANMCO



«Il corpo umano è un tempio
e come tale va curato
e rispettato, sempre »

Ippocrate

IT'S ALWAYS
ANMCO
T I M E

ANMCO

2019



Congresso Nazionale

Associazione Nazionale

Medici Cardiologi Ospedalieri

R I M I N I
1 6 • 1 8
M A G G I O
PALACONGRESSI

INSIEME PER IL CUORE, DA CINQUANT'ANNI

www.anmco.it



Christo - The London Mastaba - 2018
Hyde Park - Londra

N. 223 maggio/giugno 2018
Rivista ufficiale dell'Associazione
Nazionale Medici Cardiologi
Ospedalieri

Editor
Guerrino Zuin
Co - Editor
Giovanna Geraci
Comitato di Redazione
Cristina Andriani
Ada Cutolo
Stefania Angela Di Fusco
Giovanna Di Giannuario
Giulia Russo
Fortunato Scotto di Uccio
Consulente per l'attività editoriale
Chiara Dino
Redazione
Simonetta Ricci
Luana Di Fabrizio



ANMCO
Via A. La Marmora, 36
50121 Firenze
Tel. 055 51011 - Fax 055 5101350
segreteria@anmco.it
www.anmco.it
Organizzazione con Sistema di
Gestione Certificato da
KIWA CERMET secondo
la norma UNI EN ISO 9001:2008

Direttore Responsabile
Mario Chiatto

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



Stampa
Tipografia Il Bandino
Firenze

Progetto grafico e
impaginazione
Valerio Mirannali
Fiesole

EDITORIALE

Editoriale p. 2
di Guerrino Zuin

DAL DIRETTORE RESPONSABILE DI "CARDIOLOGIA NEGLI OSPEDALI"

This is what you are p. 5
di Mario Chiatto

DAL PRESIDENTE

Le prime tre settimane di
Presidenza, un impegno
entusiasmante... p. 9
di Domenico Gabrielli a nome del Consiglio
Direttivo

DAL PRESIDENTE DESIGNATO

La Prima Volta... p. 12
di Furio Colivicchi

DAL PRESIDENTE DEL 49° CONGRESSO ANMCO

Il Congresso Nazionale
ANMCO 2018 p. 14
di Michele Massimo Gulizia

DAL CENTRO STUDI

Il punto sugli studi clinici del Centro
Studi ANMCO p. 18

DAL SITO WEB

Riflessioni dall'Editor uscente del
Sito WEB p. 20
di Giovanna Geraci

DALLE AREE

AREA GIOVANI p. 25
La Meglio Gioventù
di Fabiana Lucà, Stefania Di Fusco,
Manuela Benvenuto, Anita Iorio, Andrea
Madeo, Damiana Fiscella a nome dell'Area
Giovani

AREA NURSING

L'Europa infermieristica p. 27
di Sabrina Egman e Doriana Frongillo

AREA PREVENZIONE

CARDIOVASCOLARE p. 29
Se un pomeriggio d'autunno un
viaggiatore...
di Maurizio Giuseppe Abrignani, Daniele
Grosseto, Giovanni De Luca, Marco
Malvezzi Caracciolo D'Aquino, Bruno
Maria Passaretti, Carmelo Massimiliano
Rao

DALLE REGIONI

CALABRIA p. 36
Calabria step by step
di Mario Chiatto, Fabiana Lucà, Roberto
Ceravolo

MARCHE

Truck Tour "Missione Fermo" p. 38
di Ettore Savini

FORUM

Medici e pazienti: al di là degli
stereotipi p. 40
di Antonio Francesco Amico
L'unione fa la forza p. 42
di Manlio Cipriani, Marisa Varrenti per i
partecipanti al Registro

STORIA E CURIOSITA' DELLA CARDIOLOGIA

Il Cuore tra medicina, scienza e
letteratura p. 44
di Andrea Vesprini e Fabiola Zurlini

VIAGGIO INTORNO AL CUORE

Cardiologia e Professori, gioia e
dolori p. 46
di Eligio Piccolo

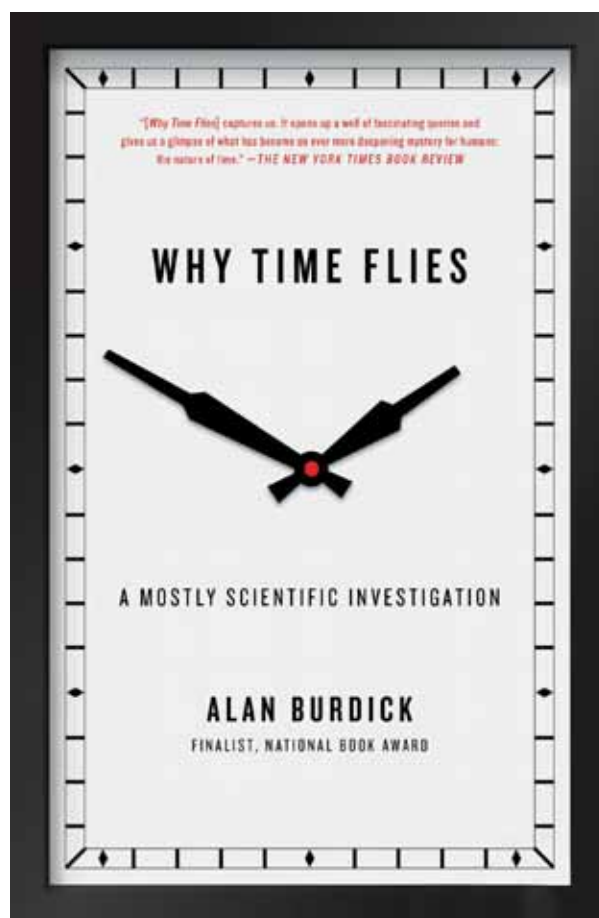
CUORI DI CHINA

La santità secondo Piersanti e
Mattotti p. 50
di Andrea Mazzotta



Editoriale

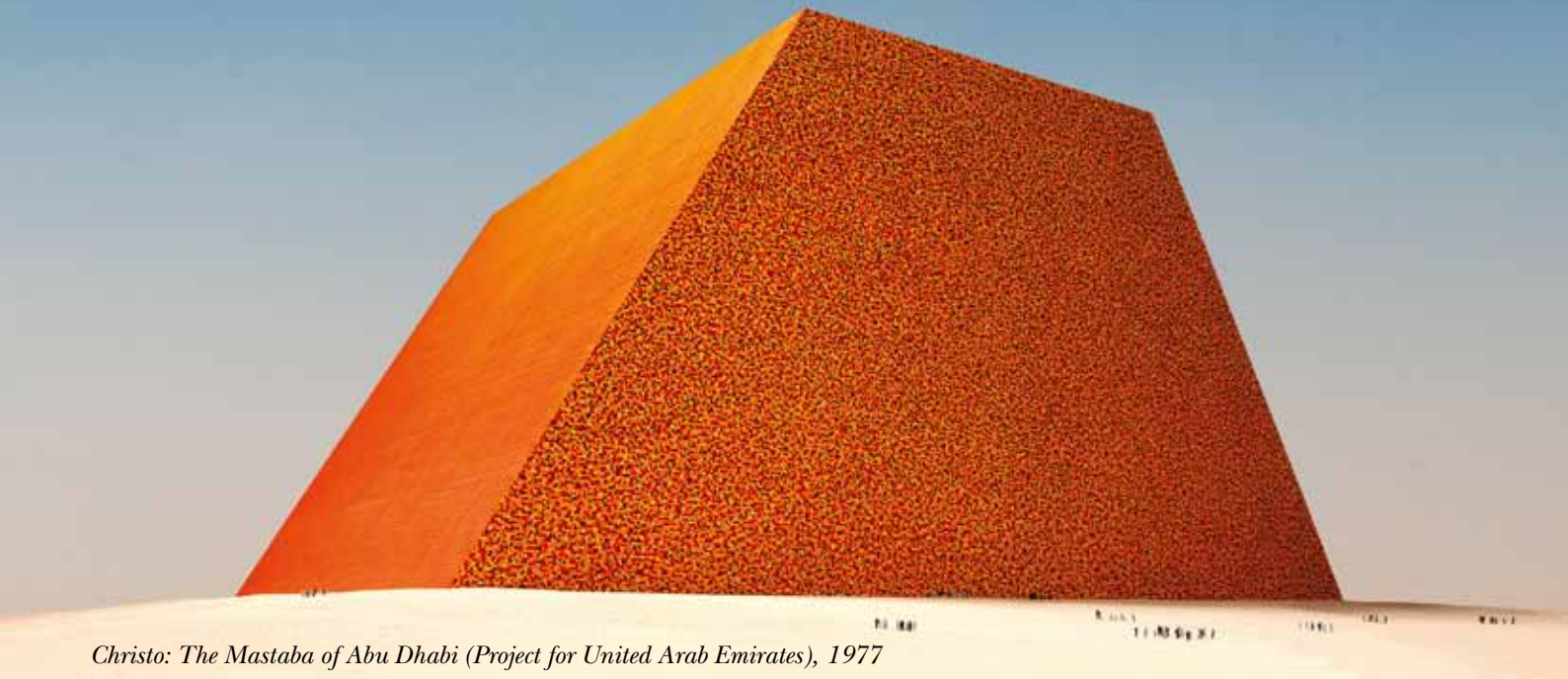
Quando ero ragazzo durante le vacanze estive soggiornavo lunghi periodi al mare. All'inizio il tempo pareva scorrere così lentamente che i giorni sembravano eterni, complice la nostalgia degli amici lasciati a casa e la noia di trovarsi improvvisamente soli. Da lì a poco la vacanza si animava, nuovi amici e nuove avventure scandivano le giornate che divenivano intense ed improvvisamente brevi, il tempo accelerava e sembrava volare. È nozione comune ed ampiamente condivisa che quando si è felici il tempo vola, o più correttamente si ha la percezione di un tempo che scorre via sfuggendo dalle mani più rapidamente di quanto vorremmo in contrapposizione al tempo che si ferma e diviene immobile in situazioni caratterizzate da obbligo, noia, disinteresse e disagio. Un bambino di 10 anni ha la sensazione



che un anno passi con estrema lentezza, tutto proiettato come è a crescere e diventare grande, lo stesso anno sembra volare ad un uomo di 50 anni che, viceversa, vorrebbe fermare il tempo. La percezione del tempo è intrinsecamente e soggettivamente legata allo stato emotivo di chi lo vive e si caratterizza per gli eventi, positivi o negativi, che lo animano o lo immobilizzano. A seconda dello stato d'animo la consapevolezza del

tempo può essere sincrona al trascorrere del tempo stesso, e questo avviene tipicamente in condizioni di percezione negativa del tempo, quando ci annoiamo per esempio, o posticipata allo scorrere del tempo, che è quello che succede quando siamo felici e divertiti e non abbiamo tempo di guardare l'orologio. Alan Burdick, giornalista scientifico del New Yorker, nel suo libro "Why Time Flies?" ci propone un viaggio nel tempo. Non esiste un organo di senso per

la percezione del tempo, diversamente da quanto accade per la luce o per i suoni, pertanto lo scorrere del tempo viene quantificato secondo un giudizio soggettivo pur rimanendo condizionabile da influenze esterne quali ad esempio l'utilizzo di sostanze psicotrope che possono accelerare o rallentare la percezione del tempo. L'effetto di tali sostanze spiega tra l'altro perché in note



Christo: The Mastaba of Abu Dhabi (Project for United Arab Emirates), 1977

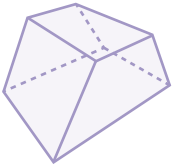
malattie neurodegenerative come il Morbo di Parkinson la presenza di bassi livelli di dopamina si associ a disturbi della memoria e ad una percezione distorta del tempo. Ma il tempo accelera o rallenta anche a seconda di come i ricordi si imprimono nella nostra mente e spesso ricordiamo gli eventi che si sono succeduti, ma non il tempo che li contiene, così come nel raccontarlo il tempo scorre più velocemente se siamo noi a narrarne il divenire piuttosto che ad ascoltarne il racconto. Riconoscere il tempo che scorre è riconoscere che nella nostra vita abbiamo vissuto dei momenti che hanno marcato dei cambiamenti che poi, nell'atto di ricordarli, scorrono uno accanto all'altro, condensati in immagini che comprimono in un tutt'uno gli anni della scuola, l'adolescenza, i primi amori, le cocenti delusioni, le immense gioie. Nel suo libro Burdick riprende una affermazione di Nietzsche secondo cui si può valutare la relazione che

un uomo ha con il tempo dal modo in cui costruisce un castello di sabbia individuando così tre categorie di persone: nella prima l'individuo procede nella costruzione con esitazione, preoccupato dell'inevitabile arrivo della marea e conseguente distruzione dell'opera, nella seconda l'individuo non inizia neppure l'opera considerando la fatica inutile, nella terza l'individuo si getta nel lavoro con gioia e passione pur non inconsapevole dell'arrivo della marea. A Burdick, e forse a molti di noi, piace pensare di appartenere alla terza categoria anche se, evidentemente, non apparteniamo di fatto tutti a questa. Ho iniziato questo viaggio come Editor di CnO presentando l'installazione di Christo sul Lago D'Iseo, installazione temporanea vissuta da chi ha potuto calpestare le passerelle gettate sul lago a metà tra l'opera d'arte e l'appropriazione di un ambiente non altrimenti praticabile camminando. Nel corso

di questi due anni abbiamo incontrato famosi architetti scegliendo prevalentemente opere che abbiano segnato l'evoluzione degli spazi abitativi dell'ultimo secolo con una particolare predilezione per quelle che abbiano immaginato un mondo migliore per l'uomo. In questo ultimo numero del mio ruolo di Editor ho deciso di chiudere il cerchio di questa ricerca proponendo un'altra installazione di Christo: The London Mastaba. La Mastaba è una sorta di piramide con la punta troncata nata in Mesopotamia oltre 6000 anni fa e utilizzata come luogo di sepoltura. L'opera di Christo nelle intenzioni dell'artista perde il significato di luogo funerario per assumere quello di luogo di serenità, gioia e bellezza. L'opera, che si compone di oltre 7500 barili colorati per un peso di 650 tonnellate ed una altezza di 20 metri, è stata inaugurata il 19 giugno 2018 e collocata nel laghetto dell'Hyde Park a Londra. Questa scultura di

fatto è il prototipo per un'altra Mastaba, molto più imponente, almeno 8 volte più alta, che l'artista ha in mente fin dal 1977 e che spera di innalzare nel deserto di Abu Dhabi. Un'opera che da un passato lontanissimo e da una funzione funebre riemerge nel presente cambiando la sua prospettiva ed il suo valore simbolico. Siamo tutti in cammino nel tempo ed anche noi immaginiamo di procedere e partecipare al cambiamento verso mete sempre più ambiziose, proponendo non più solo la cura ma il bene ed il benessere dell'uomo. Personalmente il tempo mi è volato via in questi due anni ed ora è per me il momento del commiato e dei ringraziamenti. Sono tante le persone che mi hanno accompagnato in questo viaggio. Ringrazio Andrea Di Lenarda, Michele Massimo Gulizia, Domenico Gabrielli e tutto il Consiglio Direttivo che mi ha voluto Editor della rivista, Colleghi e più ancor amici a cui mi legherà sempre un profondo legame di stima ed affetto. Ringrazio Mario Chiato, Direttore di CnO, cui devo tanto, per la sua esperienza, il suo aiuto, il forte supporto al progetto editoriale di questi due anni, la sua volontà di rinnovamento della rivista, sue le idee di alcune nuove rubriche come la storia del fumetto, del cinema e della fotografia che tanto sono state apprezzate. Ringrazio Giovanna Geraci, Editor del sito Web, che ha condiviso con CnO un progetto comune di comunicazione e che

instancabilmente mi ha supportato ed aiutato in tutte le fasi di elaborazione dei numeri della rivista. Un grazie alla Redazione, in particolare a chi si è preso l'onere di rivedere i miei Editoriali dando ordine alle mie idee, gentilezza alle mie parole e celando sensibilità fra le righe. Ringrazio la redazione di CND per l'entusiasmante esperienza ai congressi nazionali di Rimini del 2017 e 2018. Un grazie doveroso e profondamente sentito a Simonetta Ricci e Luana Di Fabrizio, cui devo l'infaticabile lavoro di preparazione delle scalette, la ricerca delle fotografie, la creazione e la correzione di un numero imprecisato di bozze e la pazienza di aspettare fino all'ultimo, molto oltre quanto ragionevole per le necessità di stampa, il mio nulla osta. Un pensiero a Giulia Salone che mi ha aiutato a tenere stretti i legami con tutta la Segreteria ed in particolare con il Presidente Andrea Di Lenarda e con la Fondazione ed il suo Presidente, Michele Gulizia. A tutti gli amici, colleghi, presidenti regionali, chairman delle Aree e delle Task Force che hanno supportato entusiasticamente con i loro complimenti questo progetto editoriale, auguro di continuare ad essere vicini a CnO con i loro contributi. Un augurio al nuovo Editor, Manlio Cipriani, ed alla nuova Redazione per proseguire nel cammino affinché la rivista sia sempre un punto di incontro per tutti i Soci. A tutti i lettori di CnO grazie di cuore. Buon ANMCO a tutti. ♥



This is what you are



I Fellow ANMCO 2018

Una serata da mille e una notte in cui il vissuto di dolore e speranza dei cuori delle centinaia di ospiti della Comunità di San Patrignano si è mescolato al vissuto pieno di aspettative e di sogni dei cardiologi presenti alla cerimonia inaugurale del 49° Congresso Nazionale ANMCO, creando un'atmosfera surreale. Cuori diversi per una sera accomunati da un sentimento univoco, la certezza di sperimentare una dimensione migliore. In un avvincente gioco di luci ed ombre, realtà differenti nel corso della serata si sono alternate entusiasmando e galvanizzando i presenti. Nell'incredibile scenario

della Comunità di recupero, le toccanti parole del Dott. Andrea Boschini, responsabile del Centro Medico, hanno illustrato come una possibilità di riscatto sia stata offerta ai ragazzi in difficoltà restituendo loro la dignità personale e la speranza. Allo stesso modo, come sottolineato dal Dott. Michele Massimo Gulizia e dal Dott. Andrea Di Lenarda, le nuove possibilità che si sono presentate negli ultimi anni ai nostri soci hanno comportato la riscoperta dell'orgoglio consociativo determinando quel brivido di compiacimento che ci attraversa oggi quando dichiariamo di far parte di quella che è diventata una fucina scientifica inarrestabile. Il

Congresso Nazionale ANMCO è approdato nel 2016 nello scenario megagalattico del Palacongressi di Rimini, in cui le numerose facilitazioni tecnologiche e multimediali, oltre che gli spazi faraonici, rendono la location una delle principali d'Europa, e nel contesto riminese, in un crescendo senza fine si è svolta la serata conclusiva del 49° Congresso Nazionale della nostra Associazione. Quella notte, grazie all'ironia di Salvo La Rosa, presentatore di grande esperienza e professionalità, momenti solenni come il discorso del Dirigente Generale dell'Assessorato Siciliano alla Sanità Maria Letizia Di Liberti,



Il Dott. Andrea Boschini Responsabile del Centro Medico della Comunità di San Patrignano insieme al Dott. Michele Massimo Gulizia Presidente della Fondazione per il Tuo cuore



I tre Premi Maseri - Florio della Fondazione per il Tuo cuore



I due Premi in memoria del Prof. Vincenzo Masini



Premio Mario Chiatto della Fondazione per il Tuo cuore



Consegna della Targa d'Oro alla Dott.ssa Maria Frigerio

Responsabile del Dipartimento Attività Sanitarie ed Osservatorio Epidemiologico si sono alternati a momenti di pura emozione in cui i sogni di tanti cardiologi sono diventati realtà. Il sogno delle nuove leve che hanno vissuto l'emozione di essere chiamati sul palco e di ricevere i prestigiosissimi premi della Fondazione per il Tuo cuore, i Premi Maseri - Florio, Vincenzo Masini ed il Premio Mario Chiatto. Il sogno dei nuovi Fellow a cui è stato conferito il massimo riconoscimento scientifico nazionale, la Fellowship ANMCO.

Il toccante momento in cui è stata conferita la Targa d'Oro alla Dott.ssa Maria Frigerio, a coronamento di una vita dedicata alla ricerca ma soprattutto ai pazienti, come la stessa ha dichiarato. Tutti piccoli grandi momenti incisivi, come la premiazione del Concorso fotografico Cardioclik, sul tema Cuore e Riconoscenza tanto caro a noi cardiologi. Ed alla fine, allo scopo di cementare l'unione consociativa, il concerto di Mario Biondi, che con la sua musica ha davvero toccato il cuore dei cardiologi presenti, entusiasti del

regalo. Un grazie al Dott. Gulizia, Presidente del Congresso ed al Dott. Di Lenarda, Past President ANMCO, ed a tutto il Consiglio Direttivo che hanno reso possibile la riuscita dell'evento con impegno e duro lavoro. Un ringraziamento particolare e personale al nuovo CD ed in particolare all'amico Mimmo Gabrielli con il quale ho condiviso anni di esperienze in ANMCO. Certo che la sua passione e competenza daranno un impulso di crescita alla nostra associazione per i prossimi anni. Buon lavoro. ♥



Domenico Gabrielli

PRESIDENTE

DOMENICO GABRIELLI

Direttore U.O. di Cardiologia
Ospedale Civile Augusto Murri
Via Augusto Murri, 9 - 63900 Fermo
Tel. 0734/625432 - Fax 0734/6252388
presidente_1820@anmco.it



Pasquale Caldarola

VICE-PRESIDENTE

PASQUALE CALDAROLA

Direttore - Cardiologia-UTIC
Ospedale San Paolo
Via Caposcardicchio, 1 - 70123 Bari
Tel. 080/5843491 - Fax 080/5843433
pascald@libero.it



Adriano Murrone

VICE-PRESIDENTE

ADRIANO MURRONE

Direttore U.O.C. Cardiologia-UTIC
Azienda USL Umbria 1
Ospedale di Città di Castello
Via Luigi Angelini, 10
06012 Città di Castello (PG)
Tel. 075/5782238 - Fax 075/5782657
adriano.murrone@gmail.com



Andrea Di Lenarda

PAST-PRESIDENT

ANDREA DI LENARDA

Direttore S.C. Centro Cardiovascolare
Azienda Sanitaria Universitaria Integrata
Trieste (ASUI)
Via Slataper, 9 - 34125 Trieste
Tel. 040/3992879-3992885
Fax 040/3992935
andrea.dilenarda@asuits.sanita.fvg.it



Furio Colivicchi

PRESIDENTE DESIGNATO

FURIO COLIVICCHI

Direttore Facente Funzione U.O.C.
Cardiologia
Presidio Ospedaliero San Filippo Neri
ASL Roma 1
Via Giovanni Martinotti, 20 - 00135 Roma
Tel. 06/33062294 - Fax 06/33062489
segreteria.colivicchi@gmail.com



Serafina Valente

SEGRETARIO GENERALE

SERAFINA VALENTE

Dirigente Medico - Interventistica
Cardiologica Strutturale
A.O.U. Careggi
Largo Brambilla, 3 - 50134 Firenze
Tel. 055/7947518
seravalente@gmail.com



Loris Roncon

TESORIERE

LORIS RONCON

Direttore U.O.C. Cardiologia
Ospedale Santa Maria della Misericordia
Viale Tre Martiri, 140 - 45100 Rovigo
Tel. 0425/393286
roncon.loris@gmail.com



Vincenzo Amodeo

CONSIGLIERE

VINCENZO AMODEO

Dirigente Medico - U.O.C. Cardiologia
Grande Ospedale Metropolitano Bianchi
Melacrino Morelli
Via Giuseppe Melacrino, 21
89124 Reggio Calabria
Tel. 0965/397242
enzoamodeo55@libero.it



Giuseppina Maura Francese

CONSIGLIERE

GIUSEPPINA MAURA FRANCESE

Dirigente Medico - U.O.C. di Cardiologia
Ospedale Garibaldi-Nesima - Azienda Rilievo
Nazionale e Alta Specializzazione "Garibaldi"
Via Palermo, 610 - 95122 Catania
Tel. 095/7598506 - Fax 095/7598522
maurafrancese@virgilio.it



Nadia Aspromonte

CONSIGLIERE

NADIA ASPROMONTE

Dirigente Medico - U.O. Scenpenso e
Riabilitazione Cardiologica
Policlinico Agostino Gemelli
Via Giuseppe Moscati, 31 - 00168 Roma
Tel. 06/3503722 - Fax 06/3054641
nadia.aspromonte@gmail.com



Massimo Imazio

CONSIGLIERE

MASSIMO IMAZIO

Dirigente Medico - Cardiologia - A.O.U.
Città della Salute e della Scienza
Corso Bramante, 88 - 10126 Torino
Tel. 011/6335538
massimo_imazio@yahoo.it



Manlio Cipriani

CONSIGLIERE

MANLIO CIPRIANI

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



Fortunato Scotto di Uccio

CONSIGLIERE

FORTUNATO SCOTTO DI UCCIO

Dirigente Medico
Cardiologia-UTIC-Emodinamica
Ospedale del Mare
Via Enrico Russo - 80147 Napoli
scottof@libero.it



Stefano Domenicucci

CONSIGLIERE

STEFANO DOMENICUCCI

Direttore S.C. di Cardiologia-UTIC
Ospedale Padre Antero Micone
Largo Nevio Rosso, 2
16153 Genova - Sestri Ponente
Tel. 010/8498401 - Fax 010/8498317
stefano.domenicucci@asl3.liguria.it

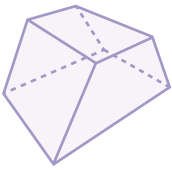


Stefano Urbinati

CONSIGLIERE

STEFANO URBINATI

Direttore U.O. di Cardiologia
Ospedale Bellaria
Via Altura, 3 - 40139 Bologna
Tel. 051/6225241 - Fax 051/6225725
stefano.urbinati@ausl.bo.it



Le prime tre settimane di Presidenza, un impegno entusiasmante...



Cari Soci, sono a scrivere queste brevi considerazioni dopo pochi giorni dall'inizio del mio mandato, per cui Vi aggiornò su quelle che sono state le attività in via di completamento in questo breve periodo. Nei primi Consigli Direttivi finora effettuati, quello di "insediamento" della sera del 2 giugno 2018 e il primo realmente operativo del

16 - 17 giugno 2018 si è proceduto alla attribuzione delle cariche associative previste, in altra parte del giornale potete vederne l'elenco completo. Tutti i componenti del Consiglio Direttivo hanno ricevuto, se non cariche ufficiali, delle attribuzioni di deleghe da parte mia ai fini di focalizzare le loro attività e di stimolare il lavoro di gruppo, in modo da far

sentire tutti parte importante di un prestigioso organismo quale è il Consiglio Direttivo ANMCO. Sono state rinnovate le altre proposte di nomine previste che dovranno poi essere ratificate in Consiglio Nazionale alla prima occasione utile, quella del 20 - 21 luglio 2018. Nel Consiglio Nazionale di luglio saranno presentate alcune novità, fra queste sarà ritagliato il tempo per presentare alcuni item del Corso di Formazione per Presidenti Regionali e Chairperson di Aree e Task Force, in modo da completare entro l'anno tale formazione specifica, i Presidenti Regionali e i Chairperson dovranno poi farsi carico di una formazione a cascata sui Consigli Direttivi Regionali di competenza e sui Comitati di Coordinamento di Area, in modo da facilitare la consapevolezza associativa di chi fa parte di questi importanti sezioni. Per quanto riguarda la metodologia di lavoro abbiamo avviato una attività di gruppo organizzata finalizzata a ottenere alcuni risultati: il coinvolgimento di ognuno, la rapidità di esecuzione e se possibile un miglior livello qualitativo legato allo "sfruttamento" condiviso delle risorse intellettuali di ciascun

componente del Consiglio Direttivo. Abbiamo previsto di tenere qualche riunione del Consiglio Direttivo in audio-video conferenza in modo da favorire il lavoro di gruppo, aumentando le possibilità di interazione, e nel contempo contenere i costi per la Associazione; chi conosce la mia storia in ANMCO sa che la attenzione alla “spending review” è parte integrante del mio modo di essere e concepire la partecipazione associativa, tale atteggiamento ha trovato unanime condivisione nel Consiglio Direttivo.

Federazione Italiana di Cardiologia/Italian Federation of Cardiology

Il 12 giugno 2018 si è tenuto un Consiglio Direttivo della IFC e la successiva Assemblea, così da portare a compimento le azioni relative alla revisione dello Statuto già prodotta, contiamo in tempi accettabili di promulgare un Regolamento per il funzionamento delle Riviste Scientifiche associative, che ci consentirà di superare la attuale fase di prorogatio.

Alleanza Cerebro Cardio Vascolare

Sempre il 12 giugno 2018 abbiamo avuto la riunione presso il Ministero della Salute per avviare il lavoro di gruppo intersocietario che porterà alla produzione di un Documento di indirizzo su vari aspetti della prevenzione cardiovascolare, come ANMCO abbiamo l'incarico di coordinare alcuni capitoli, ma sicuramente leggerete notizie approfondite in merito nell'articolo di Michele Gulizia, che è uno dei coordinatori e delle anime del gruppo.

IT'S ALWAYS
ANMCO
TIME

ANMCO
2019

5
- A.N.M.C.O. -
ASSOCIAZIONE NAZIONALE
MEDICI CARDIOLOGI OSPEDALIERI

Congresso Nazionale
Associazione Nazionale
Medici Cardiologi Ospedalieri

RIMINI
16 - 18
MAGGIO
PALACONGRESSI

INSIEME PER IL CUORE, DA CINQUANT'ANNI

www.anmco.it



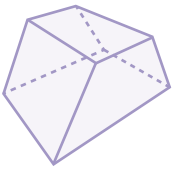
Stati Generali ANMCO

Sono stati programmati gli Stati Generali Associativi che avranno come argomento “L'ANMCO della continuità, della consapevolezza e dello sviluppo”, che si terranno nelle Marche, in particolare ad Ancona dal 16 al 17 novembre 2018 e saranno preceduti da un'importante Sessione Scientifica, con partecipazione riservata dietro invito nominativo, in data 15 - 16 novembre 2018, sempre ad Ancona, focalizzata su: “La cardiologia di precisione, fra linee - guida, evidenze scientifiche e sensibilità clinica: come orientarsi negli scenari clinici complessi” (argomento che sarà anche il motivo informatore del Congresso 2019). Ci aspettiamo durante gli Stati Generali di approfondire

quelli che saranno i temi fondanti di questo biennio e di trasmettere e consolidare ancora una volta l'orgoglio di appartenenza che ci deve contraddistinguere. Abbiamo proseguito i contatti con AIFA, iniziati già con Andrea Di Lenarda e Michele Gulizia e abbiamo proposto ad AIFA delle ipotesi di lavoro sulla analisi dei dati dei Registri dei NOAC.

50° Congresso Nazionale ANMCO 2019

Abbiamo già iniziato la preparazione del programma scientifico del Congresso, l'idea è di dare ancora più spazio alle proposte delle Aree e delle Regioni, oltre che dei soci; il prossimo sarà il 50° per cui dovrà essere, se possibile, ancora più rutilante, pur nella sobrietà di un evento congressuale,



e scientificamente attrattivo, più di quanto già non sia stato nelle precedenti edizioni; stiamo a buon punto per la scelta delle bozze grafiche del primo avviso e della copertina del programma; a breve contiamo di chiudere il contratto con la agenzia organizzativa, così da preparare il piano tecnico commerciale da proporre alle aziende; l'eccellente lavoro svolto negli anni scorsi da Michele Gulizia e dai Consigli Direttivi precedenti ci lascia una eredità impegnativa ma importante, che ci consente di lavorare con tranquillità. Dal mese di luglio, dopo la ratifica delle attività del Consiglio Nazionale, per quanto previsto, partirà il Call for Ideas, che tanta importanza ha per la Associazione e il Consiglio Direttivo nella stesura del programma scientifico definitivo e a seguire partirà il Call for Abstracts, come di consueto.

Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali

PDTA: abbiamo previsto di avviare le attività per il PDTA Scompenso e per quello per i GUCH, pertanto abbiamo individuato le persone di riferimento in Consiglio Direttivo per questi programmi, a breve spero di darvi ulteriori notizie in merito.

Linee Guida Nazionali

Sistema Nazionale linee guida: abbiamo proposto quattro ipotesi di linee guida, oltre a quelle già proposte dalla nostra Fondazione, in modo da coprire la maggior parte degli argomenti cardiologici di interesse, tale programma dovrà interfacciarsi oltre che con le Aree di riferimento, anche con la Task Force sulla Responsabilità Professionale e quella sulla

Proposizione e Produzione di Linee Guida che è ferma intenzione di questo Consiglio Direttivo di attivare a breve.

Campagne Educazionali Nazionali

Sono in fase di elaborazione scientifica e organizzativa alcune Campagne Educazionali Nazionali e una revisione della offerta formativa di Master, oltre che della riattivazione del Learning Center con attività di mentoring per i giovani; dunque speriamo di proporvi al più presto un piano dettagliato di attività, non vi nascondo che abbiamo anche in serbo alcune sorprese che speriamo si concretizzino; l'attività ideativa e propositiva di questo Consiglio Direttivo, con il contributo pieno ed entusiasta di Furio Colivicchi, è foriera di un biennio sereno ma scoppiettante, che ci auguriamo tutti sia nella scia del recente, importante, passato.

Fondazione per il Tuo cuore

La collaborazione prosegue appieno e leggerete da parte del Presidente Michele Massimo Gulizia le varie e brillanti attività connesse.

Vi saluto cordialmente ricordando ancora una volta le parole d'ordine di questo biennio, che state pur certi che il Consiglio Direttivo e io porteremo avanti con serena ma ferma determinazione:

- CONTINUITÀ
- CONSAPEVOLEZZA
- SVILUPPO





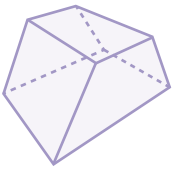
La Prima Volta...

ANMCO è storia, passione, futuro

Ho incontrato l'ANMCO per la prima volta tanti anni fa, nel 1987. Ero appena laureato ed assistevo, come ogni mercoledì, alle riunioni di approfondimento clinico promosse dal mio primo maestro, il Prof. Giuseppe Folli, un internista dalla cultura enciclopedica, schivo, riservato e dall'eccezionale capacità didattica. Quella mattina il Prof. Folli descriveva il caso di un paziente con infarto miocardico acuto che era stato sottoposto a trombolisi con streptochinasi, poco dopo l'insorgenza dei sintomi. Con ammirazione e compiacimento il professore mostrava l'evoluzione delle modificazioni elettrocardiografiche e la *"completa regressione dell'onda di Pardee"* dopo circa 30 minuti dalla somministrazione del fibrinolitico. Uno dei commenti del professore fu: *<<Tutto questo lo dobbiamo alla forza ed alla straordinaria compattezza dei nostri colleghi cardiologi ospedalieri dell'ANMCO>>*. Precisò poi che l'ANMCO era l'associazione che riuniva tutte

le cardiologie degli ospedali italiani, il cui impegno e profonda dedizione avevano consentito di realizzare uno straordinario studio clinico: il primo GISSI. Non posso nascondere che rimasi profondamente colpito. Da quel giorno, ed ancora oggi, l'ANMCO è per me forza, dedizione, coraggio e determinazione. Solo nel 1996, grazie al Prof. Massimo Santini, potei finalmente iscrivermi all'ANMCO. Da quel momento ebbe inizio un entusiasmante percorso di crescita umana e professionale. Nell'arco di oltre 20 anni, infatti, grazie alla nostra Associazione, ho avuto il grande privilegio di partecipare ad attività di ricerca clinica ed acquisire conoscenze e competenze professionali di grande rilievo. Ma, soprattutto, ho incontrato donne ed uomini di lucida intelligenza e di profonda cultura clinica e scientifica. Molti di questi incontri si sono trasformati in solide e sincere amicizie, che hanno reso la mia vita più ricca e certamente più felice. Negli anni ho prestato

la mia opera nell'Area Prevenzione Cardiovascolare ANMCO, successivamente come Presidente Regionale dell'ANMCO Lazio, Consigliere Nazionale ed infine come Vicepresidente Nazionale ANMCO. Questi impegni mi hanno consentito di acquisire una conoscenza profonda dello spirito, delle regole e delle logiche positive che animano la nostra Associazione. In alcune occasioni, gli eventi che si sono succeduti nel non breve periodo della mia presenza nei quadri ANMCO hanno messo alla prova la mia determinazione a partecipare al perenne impegno dell'ANMCO in sostegno dei cardiologi ospedalieri italiani. Ho vissuto, in prima persona, momenti difficili nella vita della nostra Associazione. Posso, tuttavia, dire che in ogni circostanza la forza e la dedizione delle donne e degli uomini dell'ANMCO hanno sempre consentito il superamento di ogni ostacolo, interno ed esterno. Proprio per questo, oggi, le ragioni umane e professionali del mio impegno nell'ANMCO



sono più che mai vive e vitali. Come sapete, in occasione del nostro 49° Congresso Nazionale di Cardiologia, sono stato eletto Presidente Designato dell'ANMCO. Non posso nascondere la mia profonda gratitudine per tutti gli amici e soci ANMCO che mi hanno sostenuto in questo "lunga marcia", iniziata da tempo. In effetti, non mi è mai mancato il convinto sostegno di tutte le componenti della nostra Associazione e dell'intero Mondo ANMCO. Il sorriso, gli abbracci e le parole di incoraggiamento di tanti amici, di tanti colleghi, sono un patrimonio di affetto ed orgoglio che non mi lascerà mai. In questo biennio sosterrò incondizionatamente l'opera di Domenico Gabrielli, il nostro Presidente. Mimmo è "uomo ANMCO" di straordinario spessore, grande signorilità e spiccata capacità operativa. Farà bene. I suoi primi passi sono stati sicuri ed efficaci. Il Direttivo ANMCO lo appoggia con forza e determinazione. Perdonatemi, Amici, vi prego, il continuo

richiamo alla nostra forza. ANMCO ha in sé un patrimonio straordinario, nostro è il compito di valorizzarlo e farlo emergere ogni giorno. ANMCO è la "**Cardiologia Nazionale**", il presidio capillare, in ogni singola città, contro le malattie cardiovascolari. Lo abbiamo dimostrato, ancora una volta, con l'iniziativa del **Truck Tour "Banca del Cuore"** della nostra Fondazione, brillantemente presieduta da Michele Gulizia. La partecipazione dei cittadini italiani a questo progetto di Prevenzione Cardiovascolare Nazionale è stata straordinaria. Ma quello che voglio sottolineare è che l'iniziativa ha visto **il lavoro gratuito ed entusiasta di oltre 300 cardiologi ospedalieri ANMCO**. Queste donne e questi uomini, con professionalità e dedizione, hanno reso possibile i risultati eccezionali che ormai ben conosciamo. Questa è la nostra storia, la nostra passione, il nostro futuro. ♥



Il Congresso Nazionale ANMCO 2018

«Prima viene il pensiero; poi l'organizzazione di quel pensiero in idee e progetti, poi la trasformazione di quei progetti in realtà.

L'inizio, come puoi osservare, è nella tua immaginazione»

Napoleon Hill

Sapevo quando ho iniziato il mio percorso di Presidente ANMCO che una parte importante del lavoro che avrei svolto sarebbe poi stato soppesato, magari anche criticato, certamente osservato con attenzione, perché alla Presidenza ANMCO sono attribuite responsabilità importanti, non fosse altro che per rendere conto ai nostri maestri, ma anche e soprattutto per il rispetto che si deve a chi verrà dopo di noi: di queste responsabilità ci si deve far carico con grande impegno.

Ho sempre lavorato con serenità e dalle sfide, come dai progetti di lungo respiro, non mi sono mai tirato indietro, né mi sono mai sentito solo perché con me ha lavorato una squadra fatta di professionisti, di persone che nel tempo sono diventate anche amici. Insieme a loro ho condiviso ogni scelta, ogni passaggio strategico, poiché da sempre sono convinto che in ANMCO debba essere privilegiato il lavoro di squadra, in particolare dalle attività del Consiglio Direttivo che deve dare per primo il fulgido esempio. Pur tuttavia ero consapevole che nel ruolo che avevo assunto avevo il dovere di prendere, dopo le ampie discussioni sugli argomenti proposti, delle decisioni

che in qualche circostanza sono state molto coraggiose, soprattutto inizialmente, perché quel processo di cambiamento e di rinnovamento che sentivo necessario si concretizzasse. Non si può riscaldare la sedia godendo del lavoro di chi ci ha preceduto. Bisogna rimboccarsi le maniche e dare il proprio contributo sicuramente con entusiasmo, ma in modo concreto, ponendosi obiettivi

verificabili e misurabili, realizzandoli. In questo rinnovamento un ruolo fondamentale lo ha avuto il Congresso ANMCO che ho voluto ridisegnare sostanzialmente, a cominciare dalla sede: è stata una scelta radicale, ma alla luce di quello che sappiamo dai numeri realizzati nelle edizioni a partire dal 2015 è stata una scelta premiata dal successo dei risultati. Sono orgoglioso di come si è trasformato il Congresso ANMCO, lo sono anche per ciò che consegno al futuro dell'ANMCO. In questo senso i numeri sono effettivamente i migliori testimoni dell'impegno profuso e quest'anno vantiamo dati davvero interessanti: 2.260 iscritti su tre giornate dense di lavori con 252 sessioni scientifiche che hanno impegnato 769 tra relatori e moderatori, una Faculty selezionata e competente che rappresenta omogeneamente tutte le regioni italiane. Il Congresso per il 2018 ha ottenuto in totale 8.7 crediti ECM e 12 Crediti per il Clinical Competence Nursing, ha vantato 290 ore formative di cui 12 del Clinical Competence Nursing il cui tema è stato: Complessità e Urgenza. Oltre 600 Abstract e Casi Clinici hanno concretamente animato

252 SESSIONI SCIENTIFICHE

148 SESSIONI SCIENTIFICHE (Call for Ideas)
MAIN SESSION - MINIMASTER - SIMPOSI - SIMPOSI CONGIUNTI - V.I.P. CLINICAL SESSION - V.I.P. ECHO SESSION - LUNCHEON PANEL - MINI-SIMPOSI - GLI STUDI CLINICI DELL'ANMCO - LETTURE - LETTURA MAGISTRALE - FOCUS MEET THE EXPERT - FORUM - CONTROVERSE - CONTROVERSE A COLAZIONE - FORUM CASI CLINICI - HOW TO CONVENTION UNITA SCOMPENSO CARDIACO - MY APPROACH TO - JEOPARDY GAME SESSION CORSO DI ORIENTAMENTO ANMCO PER I PRESIDENTI REGIONALI

65 SESSIONI DI COMUNICAZIONI ORALI

38 SESSIONI e-POSTER (Call for Abstract)

1 CORSO DI CLINICAL COMPETENCE NURSING ANMCO

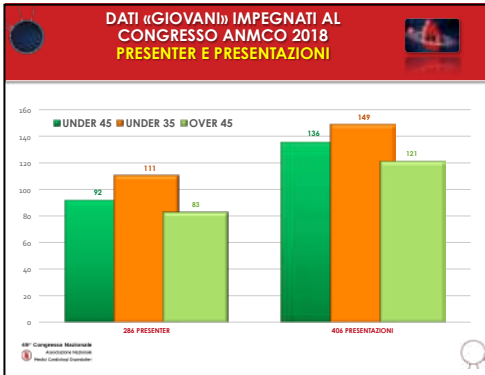
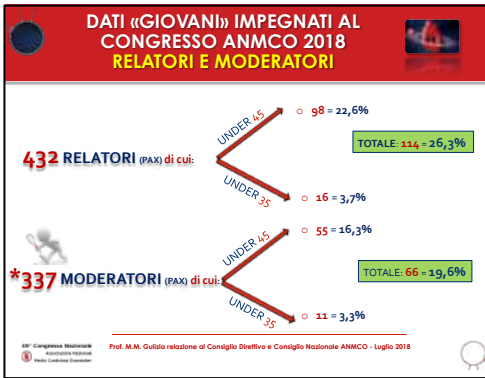
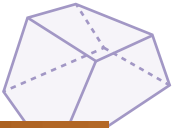
Prof. M.M. Gulizia relazione al Consiglio Direttivo e Consiglio Nazionale ANMCO - Luglio 2018

284 ORE FORMATIVE TOTALI di cui:

272 ORE FORMATIVE tra:
 SESSIONI SCIENTIFICHE
 SESSIONI DI COMUNICAZIONI ORALI
 SESSIONI e-POSTER

12 ORE FORMATIVE per:
 CORSO DI CLINICAL COMPETENCE NURSING ANMCO

Prof. M.M. Gulizia relazione al Consiglio Direttivo e Consiglio Nazionale ANMCO - Luglio 2018



Da sinistra a destra i moderatori della Jeopardy Game Session: le Dottoresse Stefania Angela Di Fusco, Fabiana Lucà e Monica Verdoia insieme al Presidente del 49° Congresso Nazionale ANMCO 2018, Dott. Michele Massimo Gulizia

quella parte del Congresso in cui protagonista è la **Ricerca Cardiologica** in Italia suddivisi in: 65 sessioni dedicate a comunicazioni orali e 38 sessioni dedicate a *e-Poster*. Un aspetto che emerge dalla valutazione di altri numeri sui cui voglio soffermarmi è la partecipazione dei giovani; in fondo si misura da questo l'interesse per il nostro Congresso da parte delle future generazioni di cardiologi e in qualche modo, per estensione, l'importanza che rappresenta il nostro ruolo di cardiologi nel complesso panorama sanitario. Un tema molto importante, per non dire strategico, da cui dipende il nostro futuro e su cui, a mio parere, vale la pena investire e continuare a credere. Abbiamo la corretta percezione della partecipazione, in quanto *faculty*, dei giovani al Congresso ANMCO? Nell'edizione appena conclusa, sul totale dei relatori il 26,3% erano **under 45**, con una quota riservata ad **under 35 pari al 3,7%**. I Moderatori, tradizionalmente una *faculty* più "matura", allo stesso modo quest'anno

hanno registrato il **19,6% di under 45** e si attesta una quota del 3,3% di **under 35**. Molto più alte invece le percentuali se guardiamo alla **Ricerca Cardiologica in Italia**, di fatto la vetrina di ciò che rappresenta il fermento sulle nostre realtà lavorative. In questo caso le sessioni sono state gestite da più del 70% da **under 45** dove la percentuale di **under 35%** sale al 38,8%. La diapositiva accanto riflette i numeri assoluti di ben facile lettura. Quindi ci sono a mio avviso le premesse per affermare che il rinnovamento sia già in atto. Sono ovviamente dati e valutazione che lascio al prossimo Consiglio Direttivo e, in particolare, all'attuale Presidente ANMCO, che tuttavia credo vorrà valorizzare questa tendenza rafforzandola, conoscendo la sua attenzione ai giovani. Sempre ai giovani abbiamo pensato rinnovando la seconda edizione della **Jeopardy Game Session**, il rischiatutto americano promosso dall'American College of Cardiology che ho portato in Italia nella mia veste di Governatore dell'Italy Chapter di

ACC, che anche quest'anno è stata animata da Fabiana Lucà - *Chairman della nostra Area Giovani* - insieme a Stefania Di Fusco e Monica Verdoia; sessione molto più partecipata e agguerrita dello scorso anno, con 30 cardiologi-giocatori **under 34** anni, dai requisiti necessari per entrare in graduatoria e che si sono sfidati a colpi di *smarthphone* mettendo a segno i punti uno dopo l'altro. Inoltre, i premi dedicati ai *Presenter under 40* quest'anno sono stati ben tre: i tre assegni di ricerca da 3.000 euro ciascuno "*Premio Maseri-Florio*" voluto come da consuetudine dal Professor Attilio Maseri per stimolare i giovani alla ricerca clinica, i due assegni di ricerca da 5.000 euro ciascuno per il premio intitolato a "*Vincenzo Masini*" che quest'anno ha premiato lavori che dovranno anche essere pubblicati e infine un assegno di ricerca di 2.000 euro per il premio "*Chiatto*", per la sensibilità del nostro socio Mario che ha voluto sostenere un giovane meritevole. Il Congresso è stato anche molto altro: non sono mancate le tradizionali Vi.P. Echo Clinical Session

con l'infaticabile Paolo Pino che ha messo insieme, anche per questa edizione, alcuni casi inediti con cui i partecipanti al Congresso si sono misurati in queste sessioni pratiche sempre apprezzatissime, come abbiamo rilevato nei questionari di soddisfazione, facendosi coadiuvare da tre validissimi Medical Technical Assistant: Andrea Madeo, Luca Severi e Antonio Terranova. Anche per questa edizione sono state riproposte la *IV edizione del Campionato di Refertazione ECG* e la *2ª edizione del Concorso Fotografico Cardioclick* dal titolo "**Cuore e Riconoscenza**", rinnovata completamente e aperta non solo a cardiologi ma anche ai cittadini italiani, con una giuria d'eccezione composta da medici, da esperti d'arte e da uomini e donne della comunicazione di primo piano nel panorama nazionale. Tutto il Congresso minuto per minuto lo ha sapientemente raccontato e approfondito la redazione del *Congress News Daily* e *ANMCO Cardiology Channel*, altre due iniziative che ho fatto partire dal 2015, in questa edizione coordinata magistralmente da Guerrino Zuin (Editor) e Giovanna Geraci (Co-Editor) che hanno dimostrato una particolare sensibilità e una capacità non comune nel selezionare i giovani partecipanti in questa squadra, che hanno saputo commentare le sessioni con grande spirito critico e capacità comunicativa. Il Congresso dell'ANMCO si misura in termini di successo da tre fattori intrinsecamente collegati

tra loro: la qualità del Programma Scientifico offerto, la partecipazione dei Congressisti e la disponibilità degli Sponsor. Ogni singolo aspetto è già di per sé un programma di lavoro denso e complesso, in qualche modo bisogna sempre tenerlo presente, ma certamente, dei tre sopracitati fattori, l'approccio con gli Sponsor presenta difficoltà dipendenti anche dal complesso mondo normativo e regolatorio che oggi prescrive regole rigorosissime per l'organizzazione di congressi ed eventi scientifici. Nonostante ciò il Congresso 2018 ha vantato un'area espositiva a detta di molti "spettacolare" per la dimensione degli spazi riservati da ciascuna delle 65 Aziende sponsor presenti e ha occupato anche spazi non tradizionali (corridoi e scale mobili – *per citarne alcuni*), per oltre 6.000 metri quadrati di esposizione tecnico-scientifica, senza contare le alte cubature degli edifici (stand) anche di oltre 200 metri quadrati che hanno reso il nostro congresso di rilevanza europea. L'adesione degli Sponsor non è sempre un fatto scontato. Quest'anno

la raccolta economica è stata la più alta fino a oggi realizzata, un risultato che premia il lavoro dell'Associazione nel suo complesso, che mi inorgoglisce e che in parte mi rinfranca del tanto sacrificio che questo risultato ha comportato. È certamente un punto di forza su cui si basa l'andamento economico-gestionale della nostra Associazione e che permette ai prossimi Consigli Direttivi di guardare al futuro con molta tranquillità. In chiusura di questa rassegna sul 49° Congresso Nazionale ANMCO desidero ringraziare tutti, davvero tutti, a cominciare dal Consiglio Direttivo e dal Presidente Di Lenarda che ha voluto delegarmi per questo gravoso compito per il secondo anno consecutivo, alla Segreteria Organizzativa Adria Congrex, a partire dalla Dirigenza e dalla Project Leader Rita Reggiani, che da tre anni ci accompagna con ottimi risultati. Una menzione speciale mi sento di farla a CNC Group, in particolare ad Albino Ventura e a tutti i suoi stretti collaboratori che da 4 anni

ha iniziato questa sinergia con ANMCO per quanto riguarda gli aspetti tecnologici del Congresso e non solo, e che ha saputo seguirmi nei voli pindarici strutturali e infrastrutturali che quotidianamente gli ho proposto, dando seguito a quelli che all'inizio erano solo desideri per trasformare radicalmente l'infrastruttura tecnologica a supporto del Congresso. Ma il Congresso è patrimonio di ANMCO



CARDIOCLICK® 2018

CUORE & RICONOSCENZA



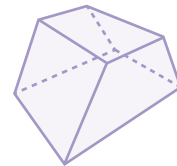
GIURIA
CONCORSO FOTOGRAFICO "CARDIOCLICK" 2018

MICHELE MASSIMO GULIZIA, Presidente Fondazione per Il Tuo cuore
 ATTILIO MASERI, Presidente Onorario Fondazione per Il Tuo cuore
 ANGELO BORRELLI, Capo Dipartimento Protezione Civile
 GERARDO CAPOZZA, Capo Ufficio Cerimoniale di Stato e Onorificenze - Presidenza del Consiglio dei Ministri
 GIANCARLO CASOLO, Componente Consiglio Direttivo ANMCO
 BENEDETTA DE MATTEI, Responsabile Ufficio stampa Fondazione per il Tuo cuore
 ANDREA DI LENARDA, Presidente ANMCO
 DOMENICO GABRIELLI, Presidente Designato ANMCO
 FRANCESCO GIORGINO, Giornalista, conduttore televisivo, caporedattore centrale della redazione Interni del TG1
 FEDERICO NARDI, Componente Consiglio Direttivo ANMCO
 CARMINE RICCIO, Tesoriere ANMCO
 LUIGI RIPAMONTI, Giornalista, Direttore "Salute" del Corriere della Sera
 ELISABETTA SGARBI, Publisher La nave di Teseo Editore
 VITTORIO SGARBI, Critico d'arte, politico e scrittore italiano

49° Congresso Nazionale
 Associazione Nazionale
 Medici Cardiaci e Chirurghi

2° Concorso fotografico Cardioclick 2018





Un momento del Simposio Congiunto ANMCO - AHA - ACC. Da sinistra a destra: il Prof. Carlo Di Mario, il Prof. Andrew Waxler, la Prof. Kathryn Taubert, il Prof. Marco Matteo Ciccone, il Prof. Michele Massimo Gulizia, il Prof. C. Michael Valentine e il Prof. Paul Muntner



e quindi di tutto il personale che vi lavora. Per questo il mio ringraziamento va a tutti i Dipartimenti di ANMCO che hanno lavorato in stretta sinergia con me e con il CD (Comunicazione&Cultura – Simonetta Ricci, Soci e Regioni – Franca Loreface, Amministrativo – Monica Nottoli), ma particolarmente

a quello che strutturalmente è deputato ad esso, il Dipartimento di Segreteria Generale con la sua infaticabile Responsabile sig.ra Giulia Salone (ormai divenuta l'anima di questo nuovo format congressuale) e le sue ottime collaboratrici Romina Foschi e Annalisa Goddi. Sono molto in debito con Giulia e con

tante di loro per le tante ore spese in sede o al telefono per ideare, aggiustare e rifinire il programma e tutte le attività ad esso correlate. Ho realizzato due congressi da Presidente ANMCO e per volontà unanime del Consiglio Direttivo del passato biennio ho ricevuto l'incarico di Presidente del Congresso. Credo di avere assolto al compito non facile di misurarmi nei risultati avendo spesso da fronteggiare situazioni potenzialmente non favorevoli, come alla sempre più difficile disponibilità da parte delle aziende per il sostegno delle delegazioni. Sono temi ovviamente molto attuali che sono sicuro il nostro Consiglio Direttivo e il nostro Presidente sapranno valutare e affrontare compiutamente per ottenere i risultati che ci aspettiamo da ANMCO 2019, quello in cui ricorrerà il 50° anniversario del Congresso della nostra amata Associazione. Vi lascio quindi con un pensiero di Karl Popper che sento molto mio e che ha accompagnato molte delle nottate spese a rifinire molte delle attività che hanno permesso la realizzazione di questo grande evento scientifico: *"... il futuro è molto aperto, e dipende da noi, da noi tutti. Dipende da ciò che voi e io e molti altri uomini fanno e faranno, oggi, domani e dopodomani. E quello che noi facciamo e faremo dipende a sua volta dal nostro pensiero e dai nostri desideri, dalle nostre speranze e dai nostri timori. Dipende da come vediamo il mondo e da come valutiamo le possibilità del futuro che sono aperte"*. Vi saluto e vi abbraccio con affetto, augurando a Voi e alle Vostre famiglie di trascorrere serene e rilassanti ferie estive. ♥

Studi in corso

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 Arruolamento	
GISSI Outliers VAR (osservazionale)	10	60	62	3 anni	chiuso	Newsletter
GISSI Outliers CAPIRE (osservazionale)	11	800	544	5 anni	chiuso	Newsletter
COMPASS in collaborazione con Population Health Research Institute, Hamilton	22 (608)	1.100 (27.400)	1.072 (27.402)	Event driven	chiuso	
COMPASS-LTOLE	12 (343)	NA	134 (6.624)	Fino a un max di 3 anni	In corso	
HPS3-REVEAL In collaborazione con Oxford University	26 (444)	1.820 (30.000)	1.660 (30.624)	Event driven	chiuso	
HPS3-REVEAL PTFU	26 (444)	NA	1.660 (30.624)	2 anni	chiuso	
ISCHEMIA In collaborazione con New York University	14 (351)	378 (5.000-6.000)	146 + 62 CKD (5.179 + 777 CKD)	Fino a 31-12-2018	chiuso	
DYDA 2 Trial In collaborazione con Associazione Medici Diabetologi	15	186	188	48 settimane	chiuso	
BLITZ-AF (osservazionale)	154	Pronto Soccorso 3.000 Cardiologia 2.000	Pronto Soccorso 6.275 Cardiologia 4.126	1 anno	chiuso	
START (osservazionale)	183	4.500	5.070	1 anno	chiuso	
COLCOT In collaborazione con il Montreal Health Institute	19 (164)	750 (4.500)	530 (4.620)	Event driven	in corso	
POSTER (osservazionale) In collaborazione con Fondazione SISA (Società Italiana per lo studio dell'Arteriosclerosi)	82	6.000	5.412	No follow-up	in corso	
BLITZ-HF (osservazionale)	127	1ª fase 2.500 2ª fase 2.500	4.244 884	1 anno 1 anno	chiuso	
Registro G-CHF (osservazionale)	8 (241)	750 (25.000 circa)	277 (15.866)	24 mesi	In corso	
COPE (osservazionale)	94	5.000	58	30 giorni	In corso	

■ FIBRILLAZIONE ATRIALE ■ PREVENZIONE ■ SINDROMI CORONARICHE ACUTE ■ OUTLIERS ■ SCOMPENSO



Studi di prossima attuazione

Nome dello Studio	N° centri previsti Italia (tutto il mondo)	N° pazienti previsti dal protocollo Italia (tutto il mondo)	Durata prevista del follow-up
MATADOR-PCI (osservazionale)	100	500	6 mesi

■ FIBRILLAZIONE ATRIALE ■ PREVENZIONE ■ SINDROMI CORONARICHE ACUTE ■ OUTLIERS ■ SCOMPENSO

L'aggiornamento in tempo reale sull'andamento dei vari studi è consultabile sul web all'indirizzo www.anmco.it/pages/entra-in-anmco/centro-studi/ricerca

FOCUS ON

Studio POSTER

Lo studio POSTER (**P**revalence **O**f familial hyperchole**S**terolaemia (FH) in Italian patients with coronary art**ER**y disease), nasce dalla collaborazione tra **Fondazione per il Tuo cuore** e Fondazione SISA (**S**ocietà **I**taliana **S**tudi **A**terosclerosi), con l'obiettivo di stabilire la prevalenza dell' Ipercolesterolemia Familiare (FH) in pazienti con documentata malattia coronarica seguiti presso UO di cardiologia. Lo studio si prefiggeva anche di aumentare la sensibilizzazione e l'attenzione dei medici cardiologi verso la patologia FH, spesso sotto-diagnosticata. Non era previsto follow-up. Allo Studio sono state invitate 410 UO di Cardiologia. Hanno aderito al progetto 110 Centri ma solo 91 di questi hanno ottenuto le autorizzazioni ad

avviare lo studio e solo 82 hanno alla fine ammesso pazienti. Lo Studio richiedeva un prelievo ematico per l'esecuzione del test genetico, in quei soggetti con FH probabile o certa, corrispondente ad un **Dutch Score** di almeno 6. La dimensione del campione prevedeva la disponibilità di almeno 240 test genetici, che si è valutata essere ottenibile in una popolazione di circa 6000 pazienti, secondo una stima conservativa di un'incidenza intorno al 4%. In ciascuno dei Centri attivati la fase di reclutamento aveva una durata iniziale di 12 mesi dal primo arruolato. I primi pazienti sono stati ammessi a giugno 2016. La numerosità insoddisfacente nel corso del primo anno ha richiesto un emendamento al protocollo, che prolungava il periodo di arruolamento da 12 a 24 mesi con conclusione al 31

maggio 2018 per tutti i centri attivati. Alla data di pubblicazione di questo documento sono ancora in corso le operazioni di **closing** e **cleaning** del Database per cui i numeri che riportiamo sono parziali: 5412 pazienti di cui 273 con test genetico previsto, tra questi ce ne sono stati tuttavia 11 ai quali non è stato possibile effettuare il prelievo ematico. Il Core Lab Prelievi all'Ospedale Bassini di Cinisello Balsamo, sta procedendo con il ritiro degli ultimi campioni c/o i Centri, per poi completare la valutazione genetica che è già stata eseguita per 100 pazienti. Nell'autunno-inverno 2018 sono attesi i risultati finali dello Studio POSTER.

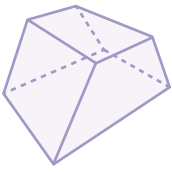


Riflessioni dall'Editor uscente del Sito WEB

Quando, due anni fa, Andrea Di Lenarda mi propose di prendere in mano la gestione del Sito WEB, confesso che l'idea mi incuriosiva ma non sapevo bene cosa aspettarmi da questa esperienza. Tuttavia mi era già chiaro allora quanto, per il nostro mondo ANMCO, che già dal biennio precedente aveva intrapreso un cammino di rinnovamento, fosse importante puntare su un potenziamento anche della comunicazione. Comunicazione intesa come tutto ciò che potesse mettere il Socio nelle migliori condizioni per fruire delle novità, iniziative, documentazioni, spazi di interazione proposti dalla "casa madre", in modo da renderlo quanto più possibile partecipe della comunità ANMCO. E se di comunicazione si parlava, a mio modo di vedere andavano condotti con uno spirito univoco tutti gli strumenti di cui quella comunicazione si sarebbe servita, cioè il Sito WEB da un lato, la carta stampata di "Cardiologia negli Ospedali" (CnO) dall'altro. Condividendo questo presupposto con Guerrino Zuin, di comune accordo decidemmo allora di accettare io l'incarico di Editor del

Sito WEB, lui quello di editor di "Cardiologia negli Ospedali", e di ricoprire scambievolmente il ruolo di Co - Editor nei due settori. Abbiamo dunque condiviso in questi due anni di lavoro linee programmatiche, idee di rinnovamento grafico, di spazi, rubriche e sezioni da modificare o implementare. Siamo partiti dal creare due squadre editoriali, giovani ed entusiaste, che lavorassero in sintonia allo scopo comune di estendere i confini della comunicazione ANMCO oltre quanto già esistesse. Le premesse a questo lavoro di gruppo le abbiamo poste nella prima riunione, di "brainstorming" a gruppi riuniti, svoltasi nella nostra sede di Firenze ad inizio mandato, e lungo la strada ognuno dei membri del Comitato Editoriale non ha fatto mancare il proprio contributo alla riuscita del progetto. Per entrare più nel dettaglio del Sito WEB, questo aveva già subito una prima opera di importante innovazione nel biennio precedente, sotto la guida di Gianfranco Alunni, e dunque il lavoro mio e della mia squadra è partito in discesa. Nella nuova versione del Sito ANMCO abbiamo iniziato con un cambio di Header, giusto per un tocco di novità nella

porta d'ingresso alla nostra Home Page (HP), nella quale abbiamo dato rilievo al brillante lavoro che ha portato alla produzione dei numerosi e richiestissimi Documenti di Consenso, ora facilmente scaricabili per i Soci in regola. Ancora, in HP grande spazio all'evento associativo annuale, il Congresso Nazionale, la cui piattaforma era già stata perfezionata grazie all'opera di Michele Massimo Gulizia durante la sua Presidenza: le proposte per le sessioni del Congresso da parte di tutti i Soci possono ormai convergere facilmente nelle "Call for Ideas" e le "Call for Abstract"; gli Atti sono ormai a regime come documentazione consultabile e scaricabile; sempre dalla HP abbiamo facilitato l'accesso alle nostre riviste ufficiali, e alimentato la sezione news, sempre interessanti ed aggiornate. Fra le prime cose che ho pensato di portare avanti, una ricognizione di cosa vi fosse e cosa mancasse nelle sezioni dedicate alle Aree, alle Task Force e alle Regioni, anima vera della nostra Associazione. Avendo rilevato una certa disomogeneità in ciò che le sezioni riportavano sul Sito, una delle mie prime azioni è stata una "chiamata alle armi" per i



responsabili di Area/Task Force e i Presidenti Regionali, chiedendo loro uno sforzo di “ripulitura” dei loro spazi WEB nell’ottica di poter fornire agli associati un servizio di facile fruizione fondato sulla utilità e sull’attualità dei contenuti. La risposta non ha tardato a palesarsi: le Aree e le Task Force sono state davvero vivaci animatrici del Sito e propositrici di contenuti di alto livello: rubriche di aggiornamento su temi specifici spesso iperspecialistici, appassionanti casi clinici con snodi decisionali cui rispondere, Pocket Book dedicati a tematiche particolari, che in molti casi sono poi diventati, su mia sollecitazione, anche degli utilissimi slide kit a portata di tutti. Ultimi nati i Forum, già attivi su un paio di tematiche (prevenzione cardiovascolare e Regione Puglia). Le sezioni regionali hanno operato in molti casi un’opera di svecchiamento delle proprie pagine, arricchendole di segnalazioni su eventi di interesse scientifico e documenti di matrice collaborativa con le istituzioni regionali (es. PDTA). Sono state create alcune nuove sezioni: quella dedicata alle Top News, con segnalazione, accompagnata a brevi abstract di commento, di articoli di interesse

recentemente comparsi sulla più quotata stampa medica internazionale e nazionale; quella dedicata alle Linee Guida, che ha mantenuto in un’unica sede un elenco aggiornato delle indicazioni nazionali ed internazionali via via pubblicate sotto forma di LG o Documenti di Consenso o Position Paper, facilitandone il download tramite link specifici; la Bacheca, nelle cui sub sezioni si è fatto convergere un mix di avvisi di opportunità di lavoro, corsi post laurea, master, borse di studio, nazionali ed internazionali. Ampio spazio è stato dedicato inoltre alle survey: strumento molto richiesto da tutti i Chiarperson di Area, responsabili di Task Force e dai Presidenti Regionali, che ne hanno proposte davvero tante, vedendole come una strada per poter meglio venire a conoscenza dei comportamenti, dei bisogni insoddisfatti della comunità cardiologica che opera sul campo. Molte sono concluse, altre sono ancora in corso mentre scrivo questo articolo, molte sono pronte per essere lanciate, alcune sono già state spunto per utili riflessioni su come migliorare l’offerta formativa o su quali settori delle conoscenze vanno messi al centro

dell’attenzione della nostra Associazione nel prossimo futuro. Anche da qui dunque rinnovo a tutti l’invito a parteciparvi numerosi, la loro compilazione richiede in genere un tempo ragionevolmente breve ed il contributo di tutti è di grande utilità. Altro capitolo di rilievo ha riguardato la questione delle App. In un’era in cui la e - Health prende sempre più piede, numerosi erano gli input che da ogni lato giungevano sul tema, da parte di Soci o partner della nostra Associazione. Una ampia discussione in ambito di Consiglio Direttivo ha infine portato alla creazione di un Regolamento dedicato, che consente oggi di utilizzare questo importante strumento sul nostro Sito secondo norme ben definite. Primo esempio di App nata in casa ANMCO è quella sull’uso della terapia anticoagulante nel peri operatorio, a cura dell’Area Prevenzione Cardiovascolare. In ultimo siamo riusciti, dopo molti aggiustamenti di tiro e prove sul campo, ad editare la nascita delle pagine del Sito in lingua inglese, da poco attive. Abbiamo scelto di farne inizialmente una sorta di vetrina che aprisse ad ANMCO una

“finestra sul mondo”; se i primi mesi di attività ci dimostreranno che l’interesse dall’estero è crescente, sarà compito del nuovo Editor e della sua squadra mettere mano ad un ampliamento della sezione inglese. Una nota a parte meriterebbe il nuovo Sito di Fondazione per il Tuo cuore (HCF), cui accedere ovviamente anche dalla nostra HP, profondamente rinnovato ad opera dell’attuale Presidente di Fondazione Michele Massimo Gulizia: non mi soffermo ad illustrarlo, ma addentratevi nella consultazione di quella parte per apprezzarne le novità. Prima di chiudere, giusto qualche numero dal report sull’attività del sito: nell’ultimo semestre di questo biennio (novembre 2017 - aprile 2018) si sono registrati circa 100.000 accessi complessivi incluso HCF (62.000 il solo Sito ANMCO), circa 65.000 utenti, di cui un 20% nuovi utenti, quasi 250.000 pagine consultate. L’interesse nei confronti del Sito è dunque grande e sono certa che la sua attività continuerà a crescere e l’offerta ad arricchirsi sotto la guida di Fortunato Scotto di Uccio (Editor) e Giuseppina Maura Francese (Co - Editor) che lo guideranno nel nuovo biennio. A loro il mio augurio di buon lavoro e la mia massima disponibilità a dare il mio contributo quando richiesto. A questo punto mi è graditissimo porgere il mio GRAZIE a tutta la squadra editoriale: Guerrino Zuin, sempre presente e prezioso durante

il percorso di questi due anni, Annamaria Iorio, Christos Katsanos, Danilo Puccio, Emanuele Tizzani, Francesco Vigorito, che con il loro impegno ed entusiasmo hanno reso possibile portare avanti questa attività che ritengo davvero strategica per la nostra associazione. Attività che non sarebbe però immaginabile portare avanti senza il sostegno e l’inflessibile lavoro di back stage della Segreteria, ed in particolare del Dipartimento Comunicazione&Cultura guidato da Simonetta Ricci con la collaborazione di Luana Di Fabrizio, che con pazienza e competenza non ha mai mollato la presa, dandomi sempre supporto prezioso. In ultimo un grazie di cuore anche allo Staff di CnC di Albino Ventura, per l’insostituibile ed instancabile lavoro di supporto tecnico. Eccomi dunque pronta a passare il testimone, grata per l’esperienza e l’opportunità di crescita che questi due anni da Editor del Sito mi hanno regalato, vado a chiudere queste mie riflessioni, non senza aver prima rinnovato a tutti i Soci l’invito a vivere la vita del Sito in prima persona, partecipando alle iniziative online, interagendo con i Comitati di Coordinamento delle Aree e delle Task Force e facendosi proponenti di nuove idee che possano contribuire a farci crescere in meglio. Buone vacanze e buon Sito WEB a tutti! ♥



AREA ARITMIE

Chairperson

Achille Giardina (Cagliari)

Co - Chairperson

Massimo Zecchin (Trieste)



AREA CARDIOCHIRURGIA

Chairperson

Leonardo Patanè (Pedara - CT)

Co - Chairperson

Marco Di Eusanio (Ancona)

Comitato di Coordinamento

Raimondo Calvanese (Napoli)

Mauro Raimondo Serafino Pisano (Sassari)

Alessio Poggi (Teramo)

Pietro Rossi (Roma)

www.anmco.it/pages/entra-in-anmco/aree-anmco/area-aritmie

Comitato di Coordinamento

Antonio Miceli (Milano)

Andrea Montalto (Roma)

Antonino Salvatore Rubino (Pedara - CT)

Carlo Savini (Bologna)

www.anmco.it/pages/entra-in-anmco/aree-anmco/area-cardiochirurgia



AREA CARDIOIMAGING

Chairperson

Paolo Giuseppe Pino (Roma)

Co - Chairperson

Antonella Maurizia Moreo (Milano)



AREA EMERGENZA - URGENZA

Chairperson

Emilio Di Lorenzo (Avellino)

Co - Chairperson

Roberta Rossini (Cuneo)

Comitato di Coordinamento

Erika Bertella (Cremona)

Marco Campana (Brescia)

Benedetta Carla De Chiara (Milano)

Vincenzo Guido (Ostia Lido - RM)

www.anmco.it/pages/entra-in-anmco/aree-anmco/area-cardioimaging

Comitato di Coordinamento

Giorgio Caretta (La Spezia)

Chiara Fraccaro (Padova)

Claudio Larosa (Andria - BT)

Daniela Lina (Parma)

www.anmco.it/pages/entra-in-anmco/aree-anmco/area-emergenza-urgenza



Fabiana Lucà

AREA GIOVANI

Chairperson

Fabiana Lucà (Reggio Calabria)

Co - Chairperson

Stefania Angela Di Fusco (Roma)

Comitato di Coordinamento

Manuela Benvenuto (Fermo)

Damiana Fiscella (Catania)

Annamaria Iorio (Bergamo)

Andrea Madeo (Roma)

www.anmco.it/pages/entra-in-anmco/aree-anmco/area-giovani



Marco Vatrano

AREA MALATTIE DEL CIRCOLO POLMONARE

Chairperson ad interim

Marco Vatrano (Catanzaro)

Co - Chairperson

Marco Vatrano (Catanzaro)

Comitato di Coordinamento

Sergio Caravita (Milano)

Lucrezia De Michele (Bari)

Claudio Picariello (Rovigo)

Simone Vanni (Firenze)

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



Luciano Moretti

AREA MANAGEMENT & QUALITÀ

Chairperson

Luciano Moretti (Ascoli Piceno)

Co - Chairperson

Laura Lalla Piccioni (Teramo)

Comitato di Coordinamento

Vincenzo Amodeo (Reggio Calabria)

Stefano Aquilani (Roma)

Emanuele Carbonieri (Bussolengo - VR)

Francesco Vigorito (Salerno)

www.anmco.it/pages/entra-in-anmco/aree-anmco/area-management-qualita



Doriana Frongillo

AREA NURSING

Chairperson Medico ad interim

Doriana Frongillo (Frascati - RM)

Co - Chairperson Medico ad interim

Doriana Frongillo (Frascati - RM)



Sabrina Egman

Chairperson Infermiera

Sabrina Egman (Roma)

Co - Chairperson Infermiera

Rossella Gilardi (Milano)

Comitato di Coordinamento

Patrizia Ansaloni (Bologna)

Benedetta Arena (Messina)

Roberto Gortan (Palmanova - UD)

www.anmco.it/pages/entra-in-anmco/aree-anmco/area-nursing



Maurizio Giuseppe Abrignani

AREA PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE

Chairperson

Maurizio Giuseppe Abrignani

(Erice - TP)

Co - Chairperson

Daniele Grosseto (Rimini)

Comitato di Coordinamento

Giovanni De Luca (Palermo)

Marco Malvezzi Caracciolo D'Aquino (Napoli)

Bruno Maria Passaretti (Bergamo)

Carmelo Massimiliano Rao (Reggio Calabria)

www.anmco.it/pages/entra-in-anmco/aree-anmco/area-prevenzione-cardiovascolare



Andrea Mortara

AREA SCOMPENSO CARDIACO

Chairperson

Andrea Mortara (Monza)

Co - Chairperson

Massimo Iacoviello (Bari)

Comitato di Coordinamento

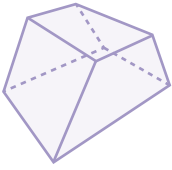
Attilio Iacovoni (Bergamo)

Francesca Macera (Milano)

Vittorio Palmieri (Avellino)

Daniele Pasqualucci (Cagliari)

www.anmco.it/pages/entra-in-anmco/aree-anmco/area-scompenso-cardiaco



DI FABIANA LUCÀ, STEFANIA ANGELA DI FUSCO, MANUELA BENVENUTO,
ANITA IORIO, ANDREA MADEO, DAMIANA FISCELLA A NOME DELL'AREA GIOVANI

La Meglio Gioventù

A pochi giorni dall'ultima edizione del Congresso Nazionale ANMCO, evento di enorme successo non solo per la rilevanza dei temi scientifici trattati, ma anche e soprattutto per la chiave innovativa che l'ha caratterizzato dall'inizio alla fine, in una costruzione corale simile a quella degli astronauti che partono alla volta di galassie inesplorate, un gruppo di giovani cardiologi entusiasti ed innamorati ha partecipato attivamente, brillando di luce propria. La libertà di pensiero, svincolata dalle sovrastrutture, unitamente al desiderio di contribuire alla produzione di dati scientifici fruibili per la comunità scientifica intera, connotazione precipua del cardiologo ospedaliero orientato verso la ricerca clinica, hanno improntato il modo di sentire e vivere questo Congresso da parte dei molti cardiologi coinvolti. Giovani soprattutto, a cui il Congresso è stato in gran parte dedicato, ponendosi in maniera tecnologicamente innovativa grazie alle piattaforme multimediali che hanno facilitato la comprensione e la condivisione delle informazioni, la possibilità di acquisire competenze pratiche



Fabiana Lucà, Chairperson Area Giovani, e Stefania Angela Di Fusco, Co-Chairperson Area Giovani

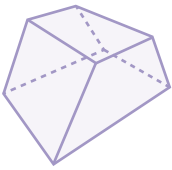
attraverso simulazioni virtuali ad alta precisione come le Vip Session, la possibilità di testare le proprie abilità e conoscenze grazie al Concorso di Refertazione ECG, e la chance di fare emergere anche le proprie inclinazioni artistiche al di là del pragmatismo cardiologico attraverso il concorso fotografico Cardioclick quest'anno incentrato sul tema della riconoscenza. Ai giovanissimi under 33 è stata

inoltre dedicata in esclusiva la possibilità di partecipare al più grande Rischiattutto Cardiologico di sempre, la Jeopardy Game Session in cui le capacità intuitive e prontezza di riflessi degli audaci partecipanti sono state testate sui più disparati temi dello scibile cardiologico, portando alla selezione naturale dei migliori 8 cardiologi presenti in sala, destinati a rappresentare la squadra italiana

negli USA al prossimo convegno dell'ACC. Un sogno destinato a diventare realtà grazie all'impegno del Governor dell'Italy Chapter Prof. Michele Massimo Gulizia, la cui azione oltreoceano, sta producendo importanti ricadute pratiche sull'intero mondo associativo. Un'importante occasione di visibilità scientifica è stata conferita inoltre ai giovani invitati come faculty scientifica: se andiamo ad analizzare le percentuali di giovani coinvolti spicca il cospicuo numero di relatori under 35 anni (4%), di relatori under 45 (26,3%), di moderatori under 35 (4%) e under 45 (19,6%). Se poi ci soffermiamo sui dati delle comunicazioni orali, è notevole riscontrare come il 39% di queste siano state presentate da under 35 e addirittura il 70% da under 45. Dati in dirompente controtendenza rispetto a qualsiasi altro convegno a carattere nazionale, in cui la il coinvolgimento degli under 35 e degli under 45 continua a rimanere sempre minore rispetto a quanto avviene invece al Congresso Nazionale ANMCO in cui il coinvolgimento complessivo degli under 45 in qualità di faculty si è attestato intorno al 36%. La scelta coraggiosa di puntare sulle nuove leve, così come deliberato dal Consiglio Direttivo 2014 - 2016 ha permesso di affrancarsi dalle logiche dell'associazionismo tradizionale e di osare scommettendo su giovani Soci, meno noti alla comunità scientifica nazionale, ma tutti dotati di un pregevolissimo curriculum a garanzia dell'alto profilo delle relazioni che ha contraddistinto ogni sessione, resa ancora più

pregevole dal connubio con "big" di portata mondiale, che hanno affiancato i più giovani nei vari contesti congressuali. Un movimento nuovo, una forza attrattiva irresistibile e sempre più coinvolgente, basata sul desiderio di crescere sotto il profilo scientifico e culturale e di sentirsi parte di qualcosa. Molto più concreti di quanto potrebbero apparire dopo una valutazione superficiale, i giovani ANMCO e Fondazione per il Tuo cuore non vanno alla ricerca di notorietà autoreferenziale e vanagloriosa, non vogliono sentirsi parte di un sistema a fini puramente estetici, ma puntano alla propria crescita, obiettivo principale da alcuni anni a questa parte in ANMCO ed in Fondazione. Ed è in quest'ottica che i migliori abstract inviati al Congresso oltre ad essere inseriti nelle sessioni dedicate alle Comunicazioni Orali scelte, sono anche divenute criterio di scelta sulla cui base è stata stilata la classifica finale dei premi della Fondazione per il Tuo cuore Maseri - Florio, Vincenzo Masini e Mario Chiatto, tutti destinati agli under 40. Sempre sulla base del criterio di scelta tra gli autori dei migliori abstract inviati all'ANMCO sono state assegnate le 25 iscrizioni gratuite per gli under 35 anni al prossimo Congresso Europeo di Cardiologia grazie all'operazione di "tramite" dell'Area Giovani. Giovani che hanno vissuto un sogno quando sono stati chiamati sul palco durante la serata più partecipata dell'intero congresso, provando l'emozione di essere sotto i riflettori che non ha certo scoraggiato gli spigliati ed intraprendenti finalisti

in gara. Nel surreale scenario di San Patrignano, i colori crudi e reali della vita vera, i sogni disattesi e le storie di sofferenza di tantissimi giovani alle prese con i problemi della dipendenza, hanno continuato per tutto il tempo a rincorrersi con la luce sfavillante dei sogni nascenti dei giovani cardiologi, creando un emozionante gioco di chiaro scuri, suggerendo ai presenti che tutto è possibile e che con l'impegno e il sacrificio, e sotto la giusta guida, ogni obiettivo è raggiungibile. Un vero piacere inoltre osservare l'abbassamento dell'età media dei Fellow, molti dei quali appunto giovani, che forse si sono sentiti incoraggiati a presentare la domanda per la Fellowship dalla possibilità di utilizzare come link più accessibile direttamente l'Area Giovani. Giovani che attirano giovani, linfa vitale per ANMCO e per la Fondazione per il Tuo cuore verso cui sempre più i giovani si sentono calamitati, desiderosi di approfondire energie per la ricerca cardiologica sistematica, guidati e sostenuti da chi nei giovani ha sempre investito e scommesso, come il Presidente della Fondazione Michele Massimo Gulizia, che, alla domanda su come raggiungere alti risultati, ha consigliato di "procedere come le lumachine, costruendo passo dopo passo il proprio percorso con sacrificio, senza scorciatoie apparentemente vantaggiose, e soprattutto lasciando sempre un segno, una scia, in un'ottica di condivisione rimanendo fedeli allo scopo principale": watching the future. ♥



L'Europa infermieristica

Percorsi diversi per professionisti uguali

Come si diventa infermieri in Europa? Come si acquisiscono le competenze cardiologiche? Si può parlare di un corso di Laurea europeo in infermieristica? Gli scenari per la formazione infermieristica sono variegati nei paesi membri. Analizziamo quali sono le caratteristiche principali in alcuni di essi. In **Francia** l'ultima riforma in tema di percorsi di studio risale al 1992. Il ministero della Sanità francese coordina i centri di formazione di nursing. Il corso triennale, a numero chiuso, si conclude con il rilascio del "Diploma d'Etat d'Infirmier". Dopo aver conseguito il titolo di base e previo superamento del test di ammissione, si può accedere al percorso formativo post base che consente di scegliere fra tre specializzazioni: infermiere pediatrico, di anestesia o di sala operatoria. In **Spagna** la formazione infermieristica diventa universitaria nel 1977, i corsi di base sono di durata triennale con esame d'accesso. Le aree di studio riguardano: le scienze di base, le scienze mediche, le scienze del nursing, quelle comportamentali

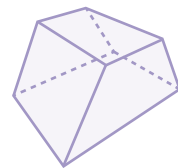
e la salute pubblica. Nell'iter formativo spagnolo la ricerca infermieristica è ritenuta ormai essenziale per poter garantire una maggiore competenza e professionalità, in un contesto multidisciplinare. Verso la fine degli anni '80 il ministero dell'Istruzione e della Salute cominciano a indicare diverse possibili specializzazioni: in ostetricia e ginecologia, come infermiere pediatrico, geriatrico, di comunità, di salute mentale, di cure speciali e manager. In **Germania** la normativa generale della formazione infermieristica è contenuta nella legge federale, tuttavia sono i Lander che gestiscono i corsi, avvalendosi delle raccomandazioni emanate da un ente che equivale al nostro Collegio Professionale, il titolo rilasciato ha comunque validità su tutto il territorio nazionale. L'iter formativo di base consente la scelta tra i seguenti corsi: infermiere generale, infermiere pediatrico, ostetrica, assistente infermiere e assistente geriatrico. Per l'infermiere generale e il pediatrico, la durata del corso è di tre anni e con entrambi i titoli è possibile accedere al percorso post base. Per gli assistenti infermieri

il corso dura un anno e non è consentito l'accesso alla formazione post base. In **Germania** i percorsi di specializzazione variano molto da Lander a Lander, gestiti dal singolo territorio in base alle esigenze del mercato del lavoro. Fra tutte le specializzazioni, solo per la docenza e la dirigenza è richiesto il titolo specifico. In **Olanda** nasce nel 1997 il nuovo sistema formativo infermieristico. I corsi base sono due: istruzione professionale secondaria e formazione professionale più elevata. Ci sono numerose specializzazioni, tuttavia la formazione post base non ha un riconoscimento giuridico. Le specializzazioni previste sono: infermiere di terapia intensiva per adulti, di terapia intensiva per bambini, di terapia intensiva per neonati, infermiere di emergenza, di ambulanza, infermiere specializzato in cardiologia, infermiere di dialisi, di pediatria, infermiere geriatrico clinico, di ostetricia e ginecologia, di centro ustioni, di oncologia, di anestesia, di sala operatoria, di comunità, di salute professionale e infermiere psichiatrico e sociale. A questo elenco cospicuo vanno

aggiunte anche le aree inerenti il management, la formazione e la ricerca, i corsi di master in scienze infermieristiche e il corso in “Epidemiologia Clinica per infermieri”, per approfondire la ricerca scientifica e clinica. Quindi le competenze avanzate degli infermieri in ambito cardiologico non sono regolamentate nel panorama europeo, in Italia a che punto siamo? Rappresentano il normale sviluppo di una professione che, nei fatti, in moltissime realtà sul territorio nazionale i passi indicati nell’accordo Stato Regioni la cui bozza è stata approvata dalla Commissione salute delle Regioni fin dall’inizio del 2013 si sono già attuati. Nel modello di orientamento sono posizionati su due assi - clinico e gestionale - i livelli di competenza che l’infermiere acquisisce attraverso specifici percorsi formativi. Il primo livello corrisponde all’infermiere generalista, “cuore” del sistema, in possesso di laurea triennale, che rappresenta, in ogni caso, la matrice “core” della competenza da cui originano i successivi livelli di approfondimento o di espansione. C’è poi l’infermiere con perfezionamento clinico o gestionale, che ha seguito un corso di perfezionamento universitario, attraverso il quale ha sviluppato competenze avanzate applicate a un’area tecnico operativa molto specifica. Il terzo livello è quello dell’infermiere esperto clinico o coordinatore, formato con un

master universitario di primo livello, in grado di approfondire le sue competenze in un settore particolare dell’assistenza infermieristica ed esperto di parti di processo assistenziale, di peculiari pratiche assistenziali settoriali o con capacità di governo dei processi organizzativi e di risorse in unità organizzative. Infine, al quarto e più avanzato livello c’è l’infermiere specialista con laurea magistrale, formato con laurea magistrale in Scienze Infermieristiche con orientamento clinico o gestionale/formativo. I nuovi modelli formativi corrispondono a un approfondimento delle competenze cliniche e gestionali, realizzato grazie a una formazione adeguata, di irrobustimento e specializzazione delle conoscenze e delle capacità assistenziali dell’infermiere in un determinato settore gestionale o in un’area clinica, in relazione ai bisogni di assistenza infermieristica, all’erogazione e valutazione di prestazioni e risultati e al governo dei processi assistenziali specifici. Dal punto di vista della gestione è prevista un’espansione delle competenze attraverso un processo che parte da quelle “disciplinari” e va verso conoscenze e capacità proprie del governo delle risorse e processi organizzativi. Le specializzazioni infermieristiche insomma prendono corpo e pretendono l’approfondimento disciplinare del processo di assistenza e successivamente disegnano le abilità tecniche degli

infermieri, abilità da utilizzare nei processi di assistenza su tutto il territorio nazionale. L’infermiere vuole lavorare in squadra con paradigmi professionali, relazionali e organizzativi diversi dagli attuali e vuole ragionare su ciò che serve agli assistiti e alla sostenibilità del SSN. E’ di tutta evidenza, infatti, che nella quotidianità professionale gli infermieri “spendono” le competenze acquisite in maniera autonoma e volontaristica, dentro il sistema salute che, oggettivamente, ne sta beneficiando. Pensiamo agli infermieri esperti in wound care, in gestione delle stomie, in gestione dei picc, agli infermieri con master in area critica o assistenza territoriale o case manager: tutti esempi di attività “specialistica” che fino a quando si esercita senza visibilità “organizzativa” e senza riconoscimento formale, non è mai ostacolata, anzi, è ricercata. Quando si chiede il riconoscimento formale, giuridico ed economico, la strada diventa impervia e quasi impossibile. Lavoriamo sulle questioni legate alla responsabilità professionale: come questa si connota nelle competenze specialistiche e come queste impattano sugli eventuali profili di colpa e di responsabilità, affinché i nostri professionisti possano “stare dentro il sistema” in maniera sicura e appropriata. ♥



DI MAURIZIO GIUSEPPE ABRIGNANI, DANIELE GROSSETO, GIOVANNI DE LUCA,
MARCO MALVEZZI CARACCILO D'AQUINO, BRUNO MARIA PASSARETTI, CARMELO MASSIMILIANO RAO

Se un pomeriggio d'autunno un viaggiatore...



Giorgio De Chirico, «L'enigma di un pomeriggio d'autunno», 1910

Come è noto, la durata dei Comitati di Coordinamento delle Aree ANMCO è di due anni. Siamo a metà del 2018, quindi i tre quarti del tempo a nostra disposizione sono già passati. Se un biennio fosse un giorno, sarebbero le sei di pomeriggio, se fosse un

anno, saremmo a settembre. L'immagine di un pomeriggio di settembre potrebbe, però, sembrare malinconica. Tuttavia, così come a ogni giorno segue un altro giorno, e ad ogni anno un altro anno, anche per le Aree ANMCO il continuo ripetersi nella

ciclicità è segno di rinnovamento e di rinascita. È la vita che va avanti. Infatti, in questo biennio abbiamo ripreso e completato alcuni progetti iniziati dal precedente Comitato di Coordinamento in tema di consulenza cardiologica preoperatoria, come ad esempio

la WEB App e l'App per iPhone/Android, i materiali da utilizzare per una eventuale iniziativa di Formazione a distanza o l'articolo sui risultati della omonima web survey; allo stesso modo lasceremo al prossimo Comitato di Coordinamento altri progetti e idee da realizzare. La figura del Co - Chairperson è simbolo e garanzia di questo processo virtuoso di continuità. Vogliamo però illustrarvi, adesso, ciò che è stato fatto di recente dalla nostra Area e i progetti che ci proponiamo di realizzare nel prossimo futuro.

Iniziative editoriali

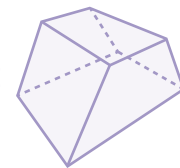
Sono state da poco accettate dal Giornale Italiano di Cardiologia due importanti rassegne, realizzate in collaborazione con le Task Force Cardioncologia, su "Stili di vita e neoplasie" e CardioNeurologia, su "Prevenzione secondaria, dopo sanguinamento intracranico, del rischio cardioembolico". È stata accolta anche la nostra proposta di un Documento di Consenso intersocietario su "Uso dei farmaci gastroprotettori nei pazienti in terapia antiaggregante". Sono in preparazione altre iniziative editoriali, in particolare con l'Area Malattie del Circolo Polmonare (Statement ANMCO sul Tromboembolismo arterioso e venoso: quali implicazioni per la pratica clinica?) e due Review sulla prevenzione cardiovascolare negli anziani e nei giovani, in

collaborazione, rispettivamente, con la Task Force Cardiogeriatrics e con l'Area Giovani. Una prevenzione per tutte le età!

Iniziative di ricerca: la Banca del Cuore e le Web Survey

Tra le attività di ricerca, saremo coinvolti nell'analisi e nell'elaborazione dei risultati del progetto "Banca del Cuore", l'entusiasmante iniziativa del Presidente della Fondazione per il Tuo cuore Michele Gulizia dalle straordinarie prospettive in tema di epidemiologia clinica. Dal mese di giugno è disponibile sul Sito ANMCO la Web Survey, in collaborazione con l'Area CardioChirurgia, sui percorsi e i trattamenti di prevenzione secondaria dopo intervento cardiocirurgico. Negli ultimi anni si è assistito a un significativo cambiamento nella tipologia dei cardio operati: sempre più anziani, con disfunzione ventricolare sinistra o importanti comorbidità, prima giudicati inoperabili. Inoltre, il costante declino della mortalità operatoria ha fatto aumentare la percentuale di pazienti che rimangono ad alto rischio di eventi e con bisogni assistenziali particolari. Infine, la ridotta durata della degenza postoperatoria non è sufficiente per gestire adeguatamente il recupero funzionale non solo dei pazienti anziani, ma anche di

quelli più giovani con comorbidità e disabilità. Secondo tutte le linee guida, i pazienti sottoposti a bypass aortocoronarico o a riparazione o sostituzione valvolare sono candidati ai programmi di cardiologia riabilitativa, che favorisce la stabilizzazione, l'autonomia funzionale, l'ottimizzazione terapeutica e un programma multidimensionale di prevenzione secondaria. Purtroppo, anche dopo cardiocirurgia la cardiologia riabilitativa è ampiamente sottoutilizzata, con notevoli variazioni regionali o locali. Questa survey, riservata ai cardiocirurghi e ai cardiologi che operano presso una cardiocirurgia, si propone di ottenere preziose informazioni sui percorsi post - dimissione, sulle strategie terapeutiche e sulle modalità di approccio alle modifiche dello stile di vita e ai trattamenti farmacologici di prevenzione secondaria per il cardioperato. Da luglio è invece pubblicata sul Sito ANMCO anche la Web Survey sul ruolo del cardiologo nelle Stroke Unit (in collaborazione con la Task Force Cardioneurologia). L'ictus cerebrale è una patologia frequente quasi quanto l'infarto miocardico e ha importanti reliquati funzionali, con notevoli ripercussioni sulla qualità di vita, sulla realtà familiare e lavorativa del paziente e sul sistema sociosanitario; inoltre questa patologia condivide con le



altre malattie cardiovascolari gli stessi meccanismi patogenetici (ad esempio il processo aterosclerotico) e diversi fattori di rischio, come ipertensione arteriosa o dislipidemie; quindi patologie cardio- e cerebrovascolari possono coesistere nello stesso paziente. Una significativa quota di ictus ha, infine, una chiara o probabile (nelle forme criptogenetiche) origine cardioembolica (prevalentemente a causa di una fibrillazione atriale, ma anche per altre cardiopatie come la pervietà del forame ovale). La recente introduzione delle Stroke Unit ha modificato, in senso molto favorevole, la prognosi di questi pazienti, aprendo nel contempo affascinanti sfide relativamente alla loro gestione diagnostico terapeutica e al loro follow up, che non possono non coinvolgere, oltre i neurologi, anche noi cardiologi. Questa web survey, riservata ai cardiologi nella cui realtà opera contestualmente una Stroke Unit, ha lo scopo di verificare quale sia l'attuale atteggiamento dei cardiologi italiani in questa particolare tipologia di pazienti e ottenere preziose informazioni sui percorsi organizzativi e sulle strategie diagnostiche e terapeutiche per il paziente colpito da ictus cerebrale, in modo da poter integrare le competenze di cardiologi e neurologi sul tema, per arrivare a decisioni condivise. Una terza Web Survey,

sull'appropriatezza delle metodiche diagnostiche in prevenzione cardiovascolare (in collaborazione con l'Area CardioImaging), inizierà a ottobre 2018. La tua opinione conta moltissimo, partecipa o, se non puoi, diffondi queste iniziative.

Le attività educazionali, la comunicazione e l'organizzazione interna

Per migliorare le capacità di comunicazione dell'Area abbiamo aggiornato e reingegnerizzato le pagine a noi dedicate nel Sito Web ANMCO. È stata una profonda ristrutturazione, che rende fruibili tutte le iniziative dell'Area e anche numeroso materiale utile per la pratica clinica quotidiana. Vi troverete una parte istituzionale, contenente l'organigramma, il modulo di iscrizione, la storia dei precedenti Comitati di Coordinamento, le linee programmatiche, i Verbali (visibili solo ai soci in regola con le quote associative), gli articoli pubblicati dai componenti dell'Area su Cardiologia negli Ospedali o su altre riviste, ma anche video e le altre pubblicazioni dell'Area, una sezione sugli eventi dell'Area, le Newsletter, ed infine una parte di "Utilities & Tools". In questa sezione, accessibile solo agli aderenti all'Area, potrete trovare uno slideset, costantemente aggiornato, di diapositive tematiche su diversi argomenti di epidemiologia, fisiopatologia

e clinica in prevenzione cardiovascolare, sezioni con consigli per una buona alimentazione e sull'attività fisica, calcolatori del rischio cardiovascolare, le principali linee guida in ambito preventivologico, link utili ed altro materiale, come ad esempio due format, completi di relative diapositive, per la realizzazione di incontri educazionali rivolti sia alle scuole sia ai pazienti dimessi dopo sindrome coronarica acuta. Sfruttateli per le vostre iniziative per i laici! Stiamo inoltre inaugurando un'area Forum per discutere con tutti gli interessati di argomenti di natura preventivologica. Come primo tema, si pensa all'ipertensione arteriosa, viste le novità introdotte dalle recenti linee guida statunitensi e l'imminente pubblicazione delle nuove linee guida delle Società Europee di Cardiologia e dell'Ipertensione Arteriosa. Secondo le precedenti, una diagnosi di ipertensione arteriosa era possibile in presenza di valori sistolici superiori a 140 mmHg e/o diastolici superiori a 90 mmHg. Valori pressori sistolici tra 130 e 139 mmHg e/o diastolici tra 85 e 89 mmHg identificavano, invece, una pressione normale alta, in cui non era però raccomandata una terapia antiipertensiva. Per quanto riguarda i target tensivi, era raccomandato il raggiungimento di valori sistolici inferiori ai 140 mmHg nei pazienti a rischio



AREA PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE 2017-2018

Chairperson: Maurizio G. **ABRIGNANI** (Erice)
Co-Chairperson: Daniele **GROSSETO** (Rimini)
Comitato di Coordinamento:
Giovanni **DE LUCA** (Palermo)
Marco **MALVEZZI CARACCIOLLO** (Napoli)
Bruno **PASSARETTI** (Bergamo)
Massimiliano **RAO** (Reggio Calabria)



Formazione

SLIDESET:

Diapositive tematiche su argomenti di epidemiologia, fisiopatologia, e clinica in prevenzione cardiovascolare messe a disposizione dall'Area a tutti i soci. Verranno editate sul sito e rinnovate ogni tre mesi.

corso FAD
"Valutazione e gestione del rischio cardiovascolare perioperatorio in pazienti candidati a chirurgia non cardiaca"

V Conferenza sulla Prevenzione Cardiovascolare
21-22 settembre, Roma

Articolo sui risultati della survey "Valutazione del rischio cardiovascolare e della gestione peri-operatoria del paziente candidato a chirurgia non cardiaca"

Attività editoriale

Review sul trattamento anticoagulante nei pazienti candidati a chirurgia non cardiaca

Documento di Consenso Intersocietario
sull'uso dei farmaci gastroprotettori nei pazienti in terapia antiaggregante

Review su "stili di vita e neoplasie"
in collaborazione con la Task Force Cardioncologia

Review "la prevenzione del rischio cardioembolico dopo emorragia intracranica"
in collaborazione con la Task Force Cardioneurologia

Review "Fattori di rischio tromboembolico arterioso e venoso"
in collaborazione con l'Area Malattie del Circolo Polmonare

Review sulla prevenzione cardiovascolare nel paziente anziano
In collaborazione con la Task Force Cardiogeriatría

Ricerca

Banca del Cuore:
Collaborazione all'analisi dei dati

Web-Survey

Percorsi e trattamenti di prevenzione secondaria dopo intervento cardiocirurgico
(in collaborazione con l'Area Cardiocirurgia) dal 1 giugno

Gestione TAO nell'ictus emorragico
(In collaborazione con la Task Force Cardioneurologia) dal 1 luglio

Appropriatezza delle metodiche diagnostiche in prevenzione cardiovascolare
(in collaborazione con l'Area CardioImaging) dal 1 ottobre



format e relativo slideset per incontri educazionali nelle scuole e per pazienti dimessi dopo SCA

Comunicazione

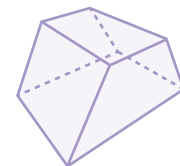
Altre attività



APP & web-app
Gestione TAO in pazienti candidati a chirurgia non cardiaca

Piano Nazionale
Prevenzione

Aggiornamento
pagina web
dell'Area



cardiovascolare basso - moderato e nei diabetici, valori che sarebbero dovuti essere raggiunti anche nei pazienti con pregresso ictus o TIA, con cardiopatia ischemica e con nefropatia. Negli anziani fino agli 80 anni veniva raccomandato di ridurre la sistolica tra 150 e 140 mmHg, ma in quelli "in forma" venivano consigliati valori inferiori ai 140 mmHg. Anche negli ultraottantenni con valori pressori sistolici superiori a 160 mmHg e in buone condizioni fisiche veniva raccomandato di raggiungere valori tra 150 e 140 mmHg. Infine, per quanto riguarda la pressione diastolica, il target raccomandato era inferiore a 90 mmHg per tutti i pazienti, ad eccezione di quelli diabetici, in cui il target scendeva sotto gli 85 mmHg. Le recenti linee guida delle società americane ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA sull'ipertensione arteriosa (Whelton et al., JACC 2018) hanno introdotto una importante novità, classificando come ipertesi di stadio I gli individui con valori pressori sistolici compresi tra 130 e 139 mmHg e/o diastolici compresi tra 80 e 89 mmHg. È comprensibile, tenendo conto della distribuzione gaussiana dei fenomeni naturali, come questo incremento notevolmente non solo il numero di pazienti definiti come ipertesi in una popolazione, ma anche di quelli con indicazione al trattamento antiipertensivo. Infatti, secondo le linee guida statunitensi, i pazienti con una pressione sistolica di 130 mmHg o maggiore o una pressione diastolica di 80 mmHg o maggiore devono essere sottoposti a trattamento antiipertensivo se in prevenzione secondaria o in prevenzione primaria con un

rischio cardiovascolare a 10 anni del 10% o maggiore. In questo caso il target raccomandato è inferiore ai 130/80 mmHg. Solo nei pazienti in prevenzione primaria con un rischio cardiovascolare a 10 anni inferiore al 10% la terapia antiipertensiva va iniziata sopra i 140/90 mmHg, ma anche in questi pazienti un target pressorio inferiore ai 130/80 mmHg può essere ragionevole. Per quanto riguarda i pazienti con nefropatia o diabete, il target raccomandato è inferiore a 130/80 mmHg. Anche per gli ultra65enni senza comorbidità o ridotta aspettativa di vita è raccomandato un target pressorio sistolico inferiore ai 130 mmHg. A fronte delle suddette linee guida americane, le nuove linee guida per la diagnosi e la gestione dell'ipertensione arteriosa, presentate al 28th European Meeting on Hypertension and Cardiovascular Protection della European Society of Hypertension, si pongono in una posizione di compromesso, conservando il precedente sistema basato sui valori di pressione sanguigna (classificando ancora i pazienti con pressione sistolica da 130 a 139 mmHg e diastolica da 85 a 89 mmHg come aventi pressione alta ma non ipertensione) ma raccomandando un approccio di trattamento iniziale più deciso rispetto alla versione del 2013. Tutti i pazienti, compresi gli anziani, dovrebbero raggiungere una pressione arteriosa inferiore a 140/90 mmHg. Per i pazienti di età inferiore ai 65 anni, queste nuove raccomandazioni consigliano una pressione sanguigna sistolica intorno ai 130 mmHg, ma non inferiore a 120 mmHg. Per i pazienti di 65 anni e più, invece,

l'obiettivo raccomandato è una pressione sistolica inferiore a 140 mmHg, e non inferiore a 130 mmHg. Un obiettivo diastolico inferiore a 80 mmHg è infine raccomandato per tutti i pazienti trattati con terapia farmacologica. Il documento, sottoscritto anche dalla European Society of Cardiology, è ormai prossimo alla pubblicazione definitiva. Il forum sarà una occasione di dibattito su questo tema. Abbiamo partecipato alla revisione dei testi dei precedenti sette libretti educazionali della Fondazione per il tuo Cuore (il Chairperson dell'Area è anche Coordinatore del Settore Educazionale del Comitato Scientifico della Fondazione per il Tuo cuore), e contribuito alla produzione di ulteriori 4 libretti: Arresto cardiaco e morte improvvisa, Apnea notturna e cuore, Cardiopatia ischemica cronica e Ipertensione arteriosa. Come vedete ci siamo sforzati di portare avanti molte iniziative, ma per non cadere nell'autoreferenzialità saremmo però lieti di ricevere i vostri suggerimenti sugli interventi da realizzare o sulle aree d'interesse da approfondire; cercheremo di metterli in atto o, se necessario, li trasmetteremo ai prossimi Comitati di Coordinamento. Infine invitiamo tutti i soci che ancora non fanno parte dell'Area, ma che ne condividono gli obiettivi, a presentare la loro domanda di adesione approfittando di questo link: <http://www.anmco.it/pages/entra-in-anmco/aree-anmco/area-prevenzione-cardiovascolare/modulo-iscrizione> Noi ci siamo, ma abbiamo bisogno anche di te. ♥



Cosimo Napoletano

ABRUZZO

Presidente
Cosimo Napoletano - Teramo
Consiglieri
Carlo Alberto Capparuccia - Chieti
Vincenzo Cicchitti - Lanciano (CH)
Massimo Di Marco - Pescara
Daniele Forlani - Pescara
Alberto Lavorgna - Teramo
Maurizio Porfirio - L'Aquila
Francesco Santarelli - Teramo
Gianluca Tomassoni - Teramo



Serena Rakar

FRIULI VENEZIA GIULIA

Presidente
Serena Rakar - Trieste
Consiglieri
Maria Grazia Baldin - Palmanova (UD)
Marzia De Biasio - Udine
Gerardina Lardieri - Gorizia
Elvira Loiudice - Pordenone
Cristina Lutman - Udine
Carmine Mazzone - Trieste
Rosa Pecoraro - Pordenone
Alberto Roman Pognuz - Tolmezzo (UD)



Giacinto Calculli

BASILICATA

Presidente
Giacinto Calculli - Matera
Consiglieri
Maria Antonella Ciccarone - Matera
Salvatore Gubelli - Melfi (PZ)
Pasqualino Innelli - Potenza
Maria Giuseppina Veglia - Matera



Giuseppe Pajes

LAZIO

Presidente
Giuseppe Pajes - Albano Laziale (RM)
Consiglieri
Stefano Aquilani - Roma
Alessandro Danesi - Roma
Silvio Fedele - Roma
Paride Giannantoni - Roma
Fabio Menghini - Roma
Giovanni Pulignano - Roma
Vittoria Rizzello - Roma
Luigi Sommariva - Viterbo



Roberto Ceravolo

CALABRIA

Presidente
Roberto Ceravolo - Lamezia Terme (CZ)
Consiglieri
Caterina Patrizia Ceruso - Reggio Calabria
Cosima Cloro - Cosenza
Nicola Cosentino - Cariati (CS)
Alfredo De Nardo - Vibo Valentia
Eduardo Scotti - Catanzaro
Antonio Sulla - Crotona



Marco Botta

LIGURIA

Presidente
Marco Botta - Savona
Consiglieri
Daniele Bertoli - Sarzana (SP)
Giorgio Caretta - La Spezia
Martino Cheli - Genova
Piero Clavario - Arenzano (GE)
Vered Gil Ad - Genova
Francesco Mainardi - Genova
Katia Paonessa - Pietra Ligure (SV)
Federico Ariel Sanchez - Sanremo (IM)



Cesare Baldi

CAMPANIA

Presidente
Cesare Baldi - Salerno
Consiglieri
Roberta Ancona - Pozzuoli (NA)
Luigi Di Lorenzo - Sessa Aurunca (CE)
Dario Formigli - Benevento
Alfredo Madrid - Napoli
Raffaele Merenda - Napoli
Vittorio Palmieri - Avellino
Fabio Pastore - Eboli (SA)
Pasquale Spadaro - Napoli



Giuseppe Di Tano

LOMBARDIA

Presidente
Giuseppe Di Tano - Cremona
Consiglieri
Roberto Bonatti - San Fermo della Battaglia (CO)
Benedetta Carla De Chiara - Milano
Oreste Carlo Febo - Rivolta D'Adda (CR)
Luca Angelo Ferri - Lecco
Luigi Fiocca - Bergamo
Attilio Iacovoni - Bergamo
Daniele Nassiacos - Saronno (VA)
Simona Pierini - Cinisello Balsamo (MI)



Gabriele Guardigli

EMILIA ROMAGNA

Presidente
Gabriele Guardigli - Ferrara
Consiglieri
Daniela Aschieri - Castel San Giovanni (PC)
Samuela Carigi - Rimini
Maria Alberta Cattabiani - Parma
Rossella Ferrara - Imola (BO)
Francesco Manca - Reggio Emilia
Andrea Pozzati - Bazzano (BO)
Giulia Ricci Lucchi - Ravenna
Stefano Tondi - Modena



Luigi Aquilanti

MARCHE

Presidente

Luigi Aquilanti - Ancona
Consiglieri
 Luca Angelini - Ancona
 Manuela Benvenuto - Fermo
 Umberto Berrettini - Camerino (MC)
 Giovanni Bersigotti - Pesaro
 Alessandro D'Alfonso - Ancona
 Gianserafino Gregori - Ascoli Piceno
 Christos Katsanos - Macerata
 Stefano Moretti - Ancona



Marina Angela Viccione

MOLISE

Presidente

Marina Angela Viccione - Isernia
Consiglieri
 Fiorella Caranci - Isernia
 Carlo Olivieri - Isernia
 Roberto Petescia - Isernia
 Annalisa Vile - Campobasso

PIEMONTE E VALLE D'AOSTA

Presidente

Federico Nardi - Casale Monferrato (AL)
Consiglieri
 Carlo Budano - Torino
 Enrica Conte - Cuneo
 Pierfranco Dellavesa - Borgomanero (NO)
 Barbara Maria Teresa Mabritto - Torino
 Sergio Macciò - Vercelli
 Adriana Ravera - Ivrea (TO)
 Ferdinando Varbella - Rivoli (TO)
 Matteo Vercellino - Alessandria



Federico Nardi

PUGLIA

Presidente

Massimo Grimaldi (Acquaviva delle Fonti - BA)
Consiglieri
 Maria Cuonzo - Bari-Carbonara
 Valeria Galetta - Taranto
 Rocco Lagioia - Cassano delle Murge (BA)
 Alessandro Maggi - San Severo (FG)
 Antonia Mannarini - Bari
 Stefania Marazia - Lecce
 Angelo Raffaele Mascolo - Barletta
 Eugenio Vilei - Scorrano (LE)



Massimo Grimaldi

SARDEGNA

Presidente

Marco Corda - Cagliari
Consiglieri
 Stefania Corda - Cagliari
 Silvia Denti - Olbia
 Franca Farina - Alghero (SS)
 Franca Maria Liggi - Oristano
 Alessandra Lorenzoni - Carbonia
 Fabio Orrù - San Gavino Monreale (VS)
 Nadia Sanna - Cagliari
 Francesco Uras - Sassari



Marco Corda



Giovanna Geraci

SICILIA

Presidente

Giovanna Geraci - Palermo
Consiglieri
 Alessandro Carbonaro - Catania
 Maria Letizia Cavarra - Catania
 Alessandro Di Giorgio - Taormina (ME)
 Salvatore Di Rosa - Agrigento
 Michele Gabriele - Mazara del Vallo (TP)
 Antonietta Ledda - Palermo
 Sebastiano Lumera - Vittoria (RG)
 Gianfranco Muscio - Siracusa



Giancarlo Casolo

TOSCANA

Presidente

Giancarlo Casolo - Lido di Camaiore (LU)
Consiglieri
 Maria Laura Canale - Lido di Camaiore (LU)
 Francesco De Sensi - Grosseto
 Giovanna Giannotti - Pescia (PT)
 Gabriele Grippo - Prato
 Alessandro Iadanza - Siena
 Stefano Lunghetti - Siena
 Luca Segreti - Pisa
 Carlotta Sorini Dini - Livorno

TRENTINO ALTO ADIGE

Presidente

Edoardo Bonsante - Bolzano
Consiglieri
 Annalisa Bertoldi - Pergine Valsugana (TN)
 Elisa Morra - Merano (BZ)
 Rupert Paulmichl - Merano (BZ)
 Filippo Zilio - Trento



Edoardo Bonsante

UMBRIA

Presidente

Gianfranco Alunni - Assisi (PG)
Consiglieri
 Emilia Biscottini - Foligno (PG)
 Deborah Cosmi - Gubbio (PG)
 Raffaele De Cristofaro - Orvieto (TR)
 Georgette Khoury - Terni
 Rosanna Lauciello - Assisi (PG)
 Silvia Norgiolini - Città di Castello (PG)



Gianfranco Alunni

VENETO

Presidente

Sakis Themistoclakis - Mestre (VE)
Consiglieri
 Enrico Bacchiega - Vicenza
 Francesco Bacchion - Monselice (PD)
 Sergio Cozzi - Santorso (VI)
 Alessandra Cristofaletti - Bussolengo (VR)
 Enrico Franceschini Grisolia - Belluno
 Nicola Gasparetto - Treviso
 Claudio Picariello - Rovigo
 Roberto Valle - Chioggia (VE)



Sakis Themistoclakis

Calabria step by step

Talking to Francesco Greco

In una delle regioni più belle d'Italia, il processo di rinnovamento è ormai un fiume in piena in tutti gli ambiti. Negli ultimi anni abbiamo visto la Calabria diventare terreno di Prevenzione Cardiovascolare grazie alla partecipazione a progetti ad elevatissimo impatto scientifico e sociale quale il programma di screening cardiovascolare nazionale di massa di Banca del Cuore aderendo attivamente ad iniziative come il Truck Tour ed il Cuore del Clero. Importante e pregevole aspetto è stato il coinvolgimento di molti ospedali calabresi in vari studi scientifici multicentrici ANMCO ideati e realizzati negli ultimi quattro anni. La Regione si è inoltre allineata con la politica già promossa a livello nazionale di valorizzazione delle nuove generazioni di cardiologi adottando una strategia che punta proprio sulla centralità della figura dei giovani. Quest'anno per la prima volta la Calabria ha infatti partecipato ai Premi devoluti dalla Fondazione per il Tuo cuore sotto la Presidenza del Prof. Michele Massimo Gulizia, con il Premio Mario Chiatto istituito quest'anno. Il fervore scientifico e societario è stato dimostrato anche dall'incremento dei numeri dei giovani soci sempre più trascinati dalle attività promosse dall'Area Giovani. Ma oltre al fiorire delle attività scientifiche e dell'impegno



Da sinistra a destra: Fabiana Lucà, Chairperson Area Giovani, Mario Chiatto, Direttore Responsabile di Cardiologia negli Ospedali, Roberto Ceravolo, Presidente Regionale ANMCO Calabria

nell'ambito della prevenzione cardiovascolare, assistiamo sempre di più all'implementazione dei percorsi clinico assistenziali, con una netta riduzione del numero di pazienti calabresi costretti a prendere il cosiddetto "treno della speranza" essendosi reso fruibile in loco un management comparabile a quello delle regioni più all'avanguardia. Ed è proprio per far luce sulla centralità delle eccellenze della nostra regione che abbiamo deciso di dar voce, a turno, a chi si rende artefice ogni giorno nella sua pratica clinica quotidiana di alcune di queste innovazioni. Il Consiglio Direttivo della Regione Calabria ha deciso di cominciare con il Dott. Francesco

Greco, Dirigente dell'UOC di Cardiologia con Emodinamica dell'AO SS Annunziata di Cosenza a cui abbiamo chiesto di illustrarci la procedura di chiusura percutanea dell'auricola sinistra.

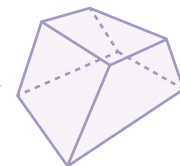
Come viene effettuata la chiusura percutanea dell'auricola sinistra?

La procedura viene eseguita per via percutanea, in narcosi per permettere di mantenere in sede, in esofago, la sonda ecografica transesofagea che guida l'impianto del dispositivo congiuntamente alla fluoroscopia. I tempi di intervento si attestano intorno ai quarantacinque minuti. Attraverso la vena femorale e la vena cava inferiore viene avanzato un catetere in atrio destro e mediante un particolare ago si effettua la puntura transsettale che consente di accedere all'atrio sinistro e da qui all'auricola sinistra, dove verrà posizionato e rilasciato il dispositivo di chiusura.

Quali sono attualmente le indicazioni alla chiusura percutanea dell'auricola sinistra?

Secondo le linee guida ESC 2016 la chiusura percutanea dell'auricola sinistra è indicata in Classe IIb con livello di evidenza B, nei pazienti con fibrillazione atriale con controindicazioni assolute ad eseguire terapia anticoagulante orale. Ad esempio:

- Pazienti con pregresse emorragie (maggiori/minori, spontanee o già in terapia anticoagulante,



cerebrali o in altri distretti, cioè angiodisplasie del tratto gastroenterico) o con stati di diatesi emorragica;

- Pazienti con severa epatopatia a cui sia accompagna spesso una severa piastrinopenia e la presenza di varici esofagee a rischio di sanguinamento;
- Pazienti con insufficienza renale avanzata o in terapia emodialitica, in cui i nuovi anticoagulanti orali non sono indicati e in cui il Warfarin può determinare una massiva ed estesa calcificazione arteriosa (calcinosi);
- Pazienti neoplastici con assetto pro emorragico;
- Pazienti con recidiva ischemica cerebrale in corso di terapia anticoagulante orale ben eseguita o in cui a causa dell'altissimo rischio ischemico il solo trattamento con anticoagulante orale potrebbe non essere sufficiente (cioè CHADSVASc>5) in prevenzione cardioembolica;
- Pazienti che non accettano di sottoporsi a trattamento con anticoagulanti orali.

Quali sono le evidenze scientifiche a supporto di questa tecnica?

La recente metanalisi "patient level" dei trial randomizzati "PROTECT AF" e "PREVAIL" condotti su oltre 1.000 pazienti con fibrillazione atriale non valvolare e alto rischio di stroke, ha dimostrato risultati sovrapponibili in termini di end point primario (stroke, embolia sistemica, morte cardiovascolare) nelle due popolazioni di pazienti (dispositivo di chiusura Watchman verso Warfarin). La percentuale di stroke emorragico, morte cardiovascolare, morte per tutte le cause e sanguinamento maggiore si è rivelata significativamente minore nel gruppo Watchman rispetto al



Il Dott. Francesco Greco

gruppo in TAO.

E se dal mondo dei trial ci spostiamo al mondo reale i dati del registro "Evolution" su 1.005 pazienti con controindicazione a TAO (73%) e alto rischio di stroke (CHA₂DS₂-VASc score 4.5 +1.6) supportano l'ottima performance del device; ad un anno l'incidenza di stroke ischemico è pari a 1.1%, rispetto all'atteso, per CHA₂DS₂-VASc score equivalente, con una riduzione del rischio relativo dell'84%.

Quali sono i rischi legati alla procedura?

Grazie all'utilizzo di materiali sempre più performanti i rischi oggi sono molto contenuti. Attualmente l'intervento registra un'elevata percentuale di successo procedurale (>97%) e una incidenza di complicanze maggiori inferiore al 2%.

In dettaglio, dal registro americano "post FDA approval" sull'impiego del dispositivo Watchman, con oltre 3.500 pazienti arruolati, le complicanze maggiori sono state: tamponamento cardiaco (1%), embolizzazione del dispositivo (0.2%), effusione pericardica (0.2%), morte (0.07%).

È una procedura vantaggiosa in termini di costo - efficacia?

Sicuramente sì. È stato calcolato che un utilizzo appropriato di questa

procedura innovativa, nei pazienti in cui la terapia anticoagulante orale è controindicata ma con elevato rischio di stroke ischemico, consentirebbe al SSN un risparmio di circa 150 milioni di euro in 5 anni. La spesa iniziale, relativamente al costo del dispositivo, sarebbe ammortizzata nel giro di due anni e la procedura di chiusura percutanea dell'auricola sinistra diventerebbe vantaggiosa, in termini costo - efficacia, dopo il terzo anno. Ancora, l'utilizzo di questa tecnica, di prevenzione meccanica dell'ictus ischemico nella fibrillazione atriale, in alternativa e in presenza di controindicazione agli anticoagulanti orali, consentirebbe in una popolazione di circa 1 milione di abitanti di evitare 70 ictus e 26 decessi.

In conclusione, quali prospettive prevede per questa tecnica?

È una tecnica giovane e innovativa di cardiologia interventistica che ha dimostrato di ridurre le complicanze legate alla terapia con anticoagulanti orali a lungo termine e di offrire una protezione efficace dell'ictus ischemico nel paziente con fibrillazione atriale al pari dell'anticoagulazione orale. In Italia nel 2017, secondo i dati GISE, sono stati impiantati 746 dispositivi in 90 laboratori, con un incremento percentuale dell'11% rispetto all'anno precedente. In Calabria il nostro laboratorio di Emodinamica dalla fine del 2015 esegue routinariamente questa procedura. In futuro, lo sviluppo tecnologico, l'ampliarsi delle indicazioni e una maggiore diffusione della tecnica sul territorio, potrebbe migliorare la prognosi di molti pazienti e ridurre in maniera sensibile la spesa sanitaria, diretta e indiretta, relativa all'ictus ischemico. ♥



Truck Tour “Missione Fermo”

Cronaca semiseria di tre giorni sul Tir della Prevenzione a Fermo

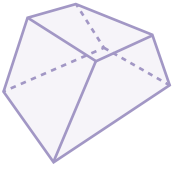
Finalmente è arrivato anche da noi a Fermo, nei giorni 4, 5 e 6 giugno 2018, il Truck Tour della Banca del Cuore, preceduto da una adeguata pubblicità su tutti i media. Abbiamo avuto la fortuna di posizionarlo in una zona strategica, al fondo di una piazza lievemente scoscesa, davanti alla sede della Croce Verde (ANPAS), riluceva splendente con dietro la vista dell'azzurro Mare Adriatico... Sembrava quasi un Teatro Greco! E come alla prima di un grande spettacolo non è mancato il pubblico delle grandi occasioni. Un vero fiume di gente si è riversato all'ingresso della struttura mobile, fin dalle ore 4 del mattino, come già successo nelle altre città dove ha fatto tappa il Tour, complice invero la bella stagione. Personalmente è stata una delle più belle esperienze professionali che abbia svolto e questa volta non come volontario della Protezione Civile ma... per la Fondazione per il Tuo cuore di ANMCO. Merito soprattutto del personale del Truck, Carmine e tutti gli altri simpatici e bravi collaboratori, che mi hanno messo subito a mio agio, tra computer, sofisticate apparecchiature di analisi



Paolo Calcinaro, Sindaco di Fermo (a sinistra), insieme a Domenico Gabrielli, Presidente ANMCO

e preziose Card BancomHeart. Un plauso di sicuro va anche alla, più che entusiastica, partecipazione dei nostri infermieri della Cardiologia di Fermo, a cui debbo dire onestamente, non manca mai la cortesia ed il sorriso verso i pazienti, ed i validissimi colleghi Cardiologi della nostra U.O. dell'Ospedaliera, con in testa il nostro Direttore Dottor Domenico Gabrielli, sempre attento alle iniziative socio sanitarie per il nostro territorio. Insomma, già dal primo mattino, ci siamo ritrovati ad essere una

squadra compatta ed efficiente, perfettamente integrata nella moderna struttura cardiologica mobile (non è chiosa... ma sono i “complimenti” che ci hanno rivolto gli utenti in quei giorni). Un vero rammarico per tutti quelli che non hanno potuto usufruire dei nostri “servizi”, ma... visto l'affluenza ed il successo della manifestazione, speriamo di poter riproporre il Truck ancora per qualche giorno in un prossimo futuro. Debbo dire che i servizi più apprezzati sono stati di sicuro la



Card BancomHeart e gli Opuscoli informativi (non facevamo a tempo a metterli sul bancone che subito finivano); in particolar modo, i giovani hanno apprezzato il servizio fornito, ai quali la prevenzione cardiovascolare, principalmente, dovrebbe essere rivolta, erano talmente tanto entusiasti che qualcuno ci ha addirittura chiesto “il certificato per la palestra”! Un po’ di tristezza per chi, interpretando il nostro servizio come una “visita cardiologica vera e propria”, ha portato il proprio genitore (che bisognoso di una prestazione di quel tipo aveva ricevuto dal CUP di appartenenza un appuntamento a 9 mesi) e sperava di risolvere con noi. Consci della situazione abbiamo provveduto, comunque, a fornire risposte ed indicazioni, speriamo utili per il loro stato di salute e... li abbiamo visti andar via soddisfatti per quanto abbiamo potuto dare (Magia del Truck). Nota di cronaca, due anziani, seguiti da Cardiologi “Blasonati”, si sono presentati con fibrillazione atriale non databile, fortunatamente i Blasonati, di cui sopra, avevano provveduto a scoagularli con un NAO (se no che Blasonati sarebbero...);



Licio Livini (a sinistra), il Direttore dell'Area Vasta 4 Marche e Domenico Gabrielli, Presidente ANMCO

sono stati cardiovertiti poi in Ospedale, dove abbiamo avuto cura di inviarli... convincendoli non senza “fatica”; a cose fatte i ringraziamenti, e... non solo, si sono sprecati... Mi sa che, da oggi, i “Blasonati” avranno due pazienti di meno! Beh che dire... “Se non ci fosse il Truck... bisognerebbe inventarlo”; personalmente mi ha riportato un po’ ai tempi delle gite scolastiche... (abbiamo pure inventato un motivetto musicale per l’occasione). In conclusione abbiamo reso un servizio alla

popolazione... divertendoci a farlo, abbiamo distribuito a piene mani i “Bigliettini del 5/1000 della Fondazione per il Tuo Cuore” a persone ben disposte e che ne hanno compreso l’importanza, abbiamo fatto amicizia col personale del Truck e ora che è partito... non vedo l’ora che torni a novembre. Questo è tutto! A proposito... un solo rammarico... **NON MI HANNO FATTO SUONARE IL CLACKSON!** ...Ma l’aspetto presto! ♥



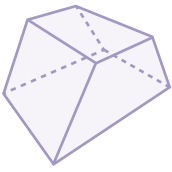
Medici e pazienti: al di là degli stereotipi

Chi e come sceglie la terapia: il medico o il paziente?

La tensione verso la cura delle malattie nasce con l'uomo stesso. Nell'elaborazione "intelligente" del riflesso al dolore egli ha cercato di porre fine alle sue sofferenze sviluppando azioni dapprima solo istintive poi sempre più coordinate. Alla costruzione di apparati mentali magici e religiosi che validassero le azioni curative si sono sostituiti nel tempo i metodi empirici e infine quelli scientifici. Il metodo "scientifico" è caratterizzato dai principi generali di oggettività, affidabilità, verificabilità e condivisibilità. Tale metodo, usato nel contesto della medicina, ha ottenuto vantaggi indiscutibili sull'efficacia delle cure e sul prolungamento dell'esistenza della specie umana. Tuttavia la complessità del metodo scientifico ha progressivamente allontanato l'uomo medico dall'uomo paziente. Paradossalmente oggi potrebbe essere possibile scrivere una linea guida condivisibile universalmente senza aver mai visto fisicamente un malato a cui quella linea guida è destinata! Ippocrate aveva disegnato una figura medica con caratteristiche peculiari: uomo perfetto ma anche studioso perfetto, consapevole della possibilità di errore ma teso a minimizzare lo stesso (quindi nessun alibi di tipo sciamanico), pragmatico e filosofo al tempo stesso, con un'attenzione anche alla cura del look! Non ci si meraviglia

che con queste premesse la figura medica ha navigato nei secoli al top della scala sociale, poiché ben pochi individui potevano essere depositari di tante qualità. Ma la miscela di metodo scientifico e "privilegio" sociale può portare a risultati disastrosi: l'utilizzo di un approccio puramente meccanicistico all'essere umano associato alla "distanza" fra uomo medico e uomo paziente può facilmente portare a identificare quest'ultimo con i meccanismi delle sue malattie, e quindi far sì che egli stesso venga trattato come una macchina. In tempi relativamente recenti (rispetto alla lunga storia della medicina) si è cercato di contrastare la deriva riduzionistica che si è detta con la considerazione del "dialogo" tra medico e paziente come soluzione del problema descritto. All'interno del dialogo tuttavia si identificano componenti diverse del rapporto fra i due soggetti, componenti accettabili nella loro logicità ma spesso non altrettanto realizzabili. Si possono distinguere una componente informativa (di tipo bidirezionale: il medico deve informare a tutto campo il paziente ma a sua volta quest'ultimo non deve nascondere nulla al medico), una componente terapeutica (l'ascolto empatico allevia le sofferenze in quota del tutto rilevante) e una componente decisionale che oggi si cerca di standardizzare e condensare nel consenso informato. Non sempre le

varie componenti descritte lavorano in armonia: una componente informativa insufficiente vizierà la componente decisionale, una componente terapeutica inefficace complicherà il flusso informativo ecc. L'enfasi riposta sul dialogo ha talvolta oscurato il suo reale significato che non è fine a se stesso ma eminentemente strumentale. Esso infatti è solo il mezzo per realizzare il patto tra il medico e il paziente. Un patto che è richiesto dal paziente nei confronti di colui che dovrebbe essere tecnicamente in grado di risolvere il suo problema di salute. Anche se moralmente nobilissimo è un patto però (come tutti) rescindibile, e sebbene logica vorrebbe che la rescindibilità sia bilaterale (per mancanza di fiducia verso il medico o per mancata collaborazione del paziente) l'evidenza quotidiana ci indica che la rescindibilità da parte del paziente è molto più comune che la sua omologa da parte del medico. I principi generali del rapporto medico-paziente finora enucleati si complicano al momento del loro divenire reali. Ciò perché i due attori interpretano il copione loro assegnato sulla base di conoscenze, convinzioni e a volte pregiudizi che nel loro insieme sviluppano un modello, modello a cui entrambi possono aderire spesso in modo inconsapevole. Alcuni di questi modelli fanno parte di rappresentazioni old



Il cavadenti, Caravaggio, 1607-1609

fashioned, come ad esempio quello paternalistico, in cui il medico è delegato a “fare” il bene del paziente (come se fosse un tutore nei confronti di un minore) con il rischio che il rapporto si tinga di autoritarismi, specie se il paziente è psicologicamente debole. Oppure il modello opposto in cui il medico ha solo la funzione di informare in modo asettico (e a volte maniacale) su tutti gli aspetti della malattia e il paziente sviluppa al massimo la sua autonomia decisionale (un modello molto rappresentato nella medicina statunitense in cui l'aspetto contrattuale e di conseguenza contenzioso è molto rimarcato). Altri modelli più temperati possono anche essere osservati. Ad esempio il medico accompagna la sua informazione analitica sollecitando il paziente a mettere in campo i propri valori nella valutazione delle scelte necessarie ma è necessario in ciò che il medico sia capace di una penetrazione psicologica non ordinaria. Oppure il medico può spingersi anche oltre, illustrando egli stesso i potenziali valori utili ad una scelta e lasciando ovviamente autonomo il paziente nel percorso decisionale, con il rischio però di “prenderci il campo” e proporre i propri valori prevaricando quelli

del paziente. Ogni medico può o meno riconoscersi in questi modelli e probabilmente la capacità “professionale” può misurarsi anche nel sapere scegliere il modello più aderente alle caratteristiche e alle necessità del paziente, come avverrebbe in un cast attoriale ben affiatato. Intimamente intrecciato con le dinamiche interazionali dei modelli descritti è la tensione verso il “bene” del paziente, ma anche su questo apparentemente semplice concetto si ha molto da riflettere. Il bene può essere di natura strettamente medico-biologica (“la febbre è passata...”) ma può anche essere la percezione del bene da parte del paziente (“sì dottore, ma io mi sento debolissimo...”), percezione che può amplificarsi ad estensioni precipue del vissuto del paziente che il medico non riesce a penetrare (“non potete mandarmi a casa se sono così debole, anche se sono guarito...”) o a dimensioni che trascendono il singolo momento di malattia (“come medico ho la coscienza a posto perché ho sempre operato per il bene dell'umanità...”). Molte incomprensioni e sofferenze nel rapporto medico-paziente nascono dal mancato allineamento del concetto di bene. E infine

un po' di esame di coscienza sui “vizi” del medico, vizi che non necessariamente ledono la legge ma la morale sì, e mai come in questo campo la violazione morale è tutt'altro che un affare privato. Fra i tanti (lucrare oltremodo sulla malattia, non contribuire alla trasmissione della conoscenza per poter trarre vantaggio dalla propria esclusività, anteporre il risparmiarsi all'offrirsi), ve n'è uno a volte inconsapevole, o paradossalmente interpretato come una virtù, ma che alla lunga è nefasto nel rapporto medico-paziente: ritenere che la professione sia più importante del paziente stesso. Un sentimento a volte ben nascosto nelle pieghe del comportamento, lontano parente del lobbismo, ostacolo invisibile ma estremamente efficace di una autentica alleanza terapeutica. Nell'alleanza paziente e medico sono entrambi protagonisti nel custodire responsabilmente un bene che è stato affidato ed entrambi senza che nessuno ne sia proprietario: la salute e, per estrapolazione, la vita. L'alleanza terapeutica è, a mio avviso, l'interpretazione moderna ed ancora autentica della “missione” medica. Nel concetto di alleanza si può e si deve realizzare quella sintesi tra la visione scientifico-razionale del medico e quella esistenziale-emozionale del paziente. Ogni medico deve sentire l'obbligo di affinare le sue capacità comunicative per raggiungere questa sintesi. E di fronte a questo sforzo nessuna società resterà incapace di riconoscergliene merito. ♥

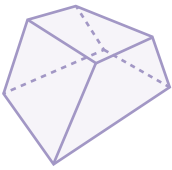
L'unione fa la forza

Registro Lombardo delle Miocarditi

Studi autoptici dimostrano come la miocardite acuta sia responsabile dal 2 al 13 % dei casi di morte cardiaca improvvisa nei giovani. Sebbene vi sia in letteratura l'evidenza che la prognosi di pazienti con miocardite acuta possa essere almeno in parte predetta dalla presentazione clinica, ad oggi rimangono incerti i dati relativi agli *outcome* a breve e lungo termine dei pazienti ricoverati con tale sospetto clinico. Alla base di tali incertezze vi è la scarsa numerosità campionaria degli studi condotti sinora su tale tipologia di pazienti e la non uniformità dei criteri considerati per la diagnosi. Da questi presupposti è nata l'idea di realizzare un progetto di collaborazione tra i principali centri cardiologici della Regione Lombardia con lo scopo di creare una rete di condivisione e di supporto per lo studio e la gestione dei pazienti con miocardite acuta. Questo è stato possibile grazie al forte spirito di collaborazione tra i 19 centri lombardi partecipanti al registro, consentendo la creazione di una rete di rapporti con possibilità di rapido ed efficace scambio di informazioni e dati che ha portato a poter analizzare una popolazione

di pazienti di notevole numerosità e soprattutto molto omogenea per epidemiologia, distribuzione territoriale e livello di assistenza sanitaria. Lo studio ha avuto l'*endorsement* ANMCO. A partire da maggio 2014 è stato avviato uno studio multicentrico retrospettivo con lo scopo di definire la storia naturale dei pazienti ricoverati con sospetto clinico di miocardite acuta, seguendone la storia clinica dalla diagnosi al follow up. Ognuno dei 19 centri cardiologici partecipanti, guidati dal centro coordinatore del Niguarda, ha raccolto i dati relativi a tutti i pazienti ricoverati dal maggio 2001 al febbraio 2017 con sospetto clinico di miocardite. Inizialmente sono stati raccolti i dati relativi a 680 pazienti che sono stati tutti rianalizzati prendendo in considerazione solo quei pazienti su cui era possibile fare diagnosi di miocardite o attraverso i dati istologici (biopsia endomiocardica e/o all'esame autoptico) oppure attraverso l'evidenza di danno miocardico agli esami ematochimici (aumento dei marcatori di miocardiocitonecrosi) associata alla presenza dei segni radiologici di miocardite acuta alla risonanza magnetica cardiaca (evidenza di edema alle immagini STIR o di

late gadolinium enhancement alle immagini post - contrasto tardive) escludendo ovviamente tutti i pazienti con diagnosi di cardiopatia ischemica. Considerando tali criteri sono stati identificati 443 pazienti con diagnosi di miocardite, numero considerevole che sarebbe stato impensabile raggiungere in assenza della collaborazione dei diversi centri. L'obiettivo principale di tale studio è stato quello di valutare l'incidenza complessiva di morte per cause cardiache e trapianto cardiaco in tale popolazione di pazienti. I risultati del lavoro hanno mostrato come circa il 26 % dei pazienti con miocardite si presentava all'esordio con disfunzione ventricolare sinistra, aritmie ventricolari sostenute o instabilità emodinamica, mentre circa il 73% si presentava con una forma non complicata. La biopsia endomiocardica è stata eseguita nel 12.6% dei pazienti, mentre il 94% dei pazienti aveva una risonanza magnetica basale. Uno dei principali risultati ha mostrato come in questa popolazione gli eventi morte per cause cardiache e trapianto cardiaco si sono verificati solo nel 3.2% dei casi durante l'ospedalizzazione e nel 4.1% dei casi nel corso dei 5 anni di



follow up. Tali dati risultano essere inferiori rispetto ai dati precedenti descritti in letteratura ma questo è probabilmente inficiato dalla ridotta numerosità campionaria di tali studi e dalla mancanza di criteri diagnostici uniformi. Il secondo importante risultato dello studio è aver dimostrato come gli eventi morte cardiaca e trapianto cardiaco, sia a breve che a lungo termine, si verificano esclusivamente nei pazienti con miocardite complicata, ossia in quei pazienti che alla presentazione clinica mostravano una funzione ventricolare sinistra inferiore al 50%, oppure eventi aritmici ventricolari sostenuti o instabilità emodinamica. Lo stesso gruppo di pazienti sembra inoltre avere una evidenza di peggioramento della funzione ventricolare sinistra agli esami strumentali di follow-up e in linea con tale dato, è stata osservata una progressiva dilatazione

ventricolare sinistra nel 17% dei pazienti con miocardite complicata rispetto al 2.9% delle miocarditi non complicate. Ma quali sono le novità portate da tale progetto? In aggiunta ai dati relativi alle percentuali di eventi, morte per cause cardiache e trapianto, che sembrano essere minori rispetto a quelli dei restanti studi riportati in letteratura, sicuramente il dato più importante riguarda la possibilità di poter stratificare il rischio dei pazienti con miocardite acuta sulla base della loro presentazione clinica dimostrando come solo quei pazienti che si presentano all'esordio con una miocardite *'complicata'* da disfunzione ventricolare sinistra, aritmie ventricolari sostenute e sindrome da bassa portata abbiano un alto rischio di andare incontro ad eventi cardiaci maggiori. Al contrario invece, quei pazienti che all'esordio di malattia presentano

una funzione ventricolare sinistra conservata, in assenza di eventi aritmici e instabilità emodinamica sembrano avere una buona risposta clinica a breve e lungo termine in assenza di eventi maggiori sebbene si presentino con danno miocardico dimostrato dall'aumento dei marcatori di miocardiocitonecrosi e dalla presenza di late gadolinium enhancement alla risonanza magnetica cardiaca. Da tale progetto di collaborazione e dai risultati ottenuti è stato possibile ricavare un aiuto nella stratificazione del rischio del paziente con miocardite acuta e di conseguenza un approccio diagnostico - terapeutico condiviso.

Ammirati E., Cipriani M., et al. Clinical Presentation and Outcome in a Contemporary Cohort of Patients with Acute Myocarditis: The Multicenter Lombardy Registry. *Circulation* 2018



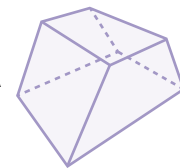
Il Cuore tra medicina, scienza e letteratura

Al centro del pensiero e della cultura

<<Dall'antichissima credenza popolare che il cuore fosse il centro della vita spirituale ed affettiva dell'intimo, rimasto non solo nel linguaggio ma pur nel pensiero che fosse il centro della vita spirituale ed affettiva dell'uomo>>, così titolava la 27ª Tornata degli Studi Storici dell'arte medica promossa a Fermo nel 1993 dallo Studio Firmano per la storia dell'arte medica e della scienza. Il Prof. Mario Santoro, medico pediatra e storico della medicina, fondatore dello Studio Firmano nel 1955, aveva avviato la tradizione delle biennali della Marca, congressi di argomento storico - medico, successivamente denominati Tornate, che hanno goduto della partecipazione dei principali storici della medicina italiana ed europea, come Adalberto Pazzini, Loris Premuda, Enrico Coturri, Mirko Grmek, solo per citarne alcuni. La scelta del tema delle Tornate avveniva a cura del Prof. Santoro: in maniera insolita per il convegno del 1993 sceglie un titolo piuttosto articolato e, per la prima volta, incentra l'attenzione non su un aspetto del pensiero filosofico storico - medico ma su un organo, il cuore, attraverso cui rilegge la storia della medicina dall'antichità alla contemporaneità. Con la sua geniale capacità intuitiva

Mario Santoro comprende che la storia del cuore in medicina è ben più della semplice storia di un organo: il cuore diventa una chiave di rilettura del pensiero medico occidentale nella sua evoluzione, ma anche la metafora in grado di unificare nel suo significato testimonianze linguistiche, letterarie ed iconografiche. Il cuore al centro della vita fin dalle prime testimonianze iconografiche impresse dall'uomo alla luce del fuoco sulle pareti rupestri delle caverne: le frecce intrise nel sangue stanno ad indicare il cuore dell'animale per indicare dove colpire la preda. Visione ancestrale in cui prende forma la sede dello spirito vitale, ereditata poi dalla filosofia antica: il cuore aristotelico centro della vita animale che ha dominato per secoli la tradizione non soltanto storico - medica occidentale, ma quella culturale nelle sue diverse espressioni. Basta pensare alle tracce che di ciò restano nella dimensione linguistica: il cuore si presta come organo per eccellenza ai traslati, alle allegorie, alle metafore, alle similitudini. Il cuore è di leone, là dove alberga il coraggio, è quieto o è in tempesta in preda al turbine delle emozioni, può essere spezzato dall'angoscia e dal

dolore, può battere forte o essere rubato dall'amore. Il cuore è gentile tanto che <<Amor ch'al cor gentile ratto s'apprende>> canta Dante o può smettere di battere in preda alle emozioni come freddamente sentenza Metastasio per il quale il cuor non batte più alla visione dell'amata. Se di un uomo che ha energia fisica si dice che ha fegato, organo tradizionalmente ritenuto produttore del sangue, di un uomo che ha forza d'animo, coraggio e capacità di umana generosità si dice che ha cuore. A cuore aperto ci si svela e ci si racconta nella propria intimità. E le ferite del cuore sono mortali sia in senso fisico sia metafisico: se il cuore viene materialmente colpito evacua una gran quantità di sangue e con esso lo spirito vitale e la lesione fisica risulta mortale; parimenti un dolore forte inflitto ai sentimenti ed all'anima può condurre alla morte spirituale. Dunque il cuore come parte vitale dell'organismo in cui si incentra non solo la vita animale ma anche quella spirituale: anima, sentimenti, energia. Tutto nel cuore ha principio. Nella storia della medicina al cuore si attribuiscono funzioni diverse speculari dell'evoluzione del pensiero medico: dopo le scoperte anatomiche del Cinquecento in cui



se ne conferma la supremazia sugli altri organi del corpo, nel Seicento si impone il cuore pompa degli iatromeccanici nel corpo macchina, il cuore fucina degli iatrochimici in cui col calore si trasformano le sostanze vitali, nella fisiologia il cuore come organo da osservare ancora pulsante nell'animale appena sezionato, cercando di carpire i segreti di questo movimento da cui nasce la vita. Ed ancora nel Seicento, per analogia, è il cuore della terra ad attirare l'attenzione degli studiosi: mondi sotterranei favolosi come quelli descritti dal gesuita Athanasius Kircher in cui albergano spiriti vitali in grado di trasformare le rocce, di esalare calore attraverso i vulcani e le sorgenti calde. È nel cuore della terra che pulsa l'energia. Tra Settecento e Ottocento il cuore è organo da auscultare con nuovi strumenti - lo stetoscopio di Laennec, o più tardi di cui mappare l'energia elettrica con l'elettrocardiografo di Einthoven, anche per coglierne l'arresto che segna la vera morte. I rumori del cuore sono i segni da cogliere per interpretarne le patologie. Parallelamente sul piano culturale al razionalismo settecentesco in cui domina il cervello che analizza, che quantifica e risolve, si contrappone il romanticismo ottocentesco in cui è il cuore a farla da padrone: storie d'amore, sullo sfondo di paesaggi cupi e tempestosi che fanno eco al turbinio delle passioni del cuore umano. Un mondo di emozioni che riemerge in maniera impetuosa e tragica, dagli abissi oscuri in cui la luce dell'intelletto



Mario Santoro (Catignano, 1905 - Fermo, 1998), medico, storico della medicina fondatore dello Studio Firmano, Provenienza: archivio Studio Firmano

lo aveva relegato, perché contro le ragioni del cuore non si può combattere freddamente. È chiaro come con il cuore, nella cultura occidentale, si è designato nei secoli molto più che un organo del corpo umano: si è formato un significato traslato in parte simbolico, in parte metafisico che racchiude l'essenza vitale dell'uomo, la sua anima. Il cuore racchiude in sé i misteri più grande per l'uomo: l'inizio del suo battito ne segna la vita, l'ultimo battito ne decreta la morte. È l'alone di mistero da cui è avvolto il cuore si riflette anche nelle sue caratteristiche anatomiche: è un organo nascosto profondamente internato, quasi sigillato nel corpo umano, protetto dalla selva di arterie e vene che quasi ne celano la presenza; ha un

colore "carneo", come lo definisce il grande anatomico cinquecentesco Vesalio, più tenue di quello che colora le altre carni, eppure dotato di una robustezza di tessuti non riscontrabile in altri organi, al punto che per sezionarlo occorre uno strumento di pietra fine e tagliente. Ma il mistero dei misteri compete alla religione cattolica che attribuisce al cuore il supremo altare: il culto del Cuore di Gesù e di quello Immacolato di Maria. È nel cuore del Figlio dell'Uomo ed in quello di Sua Madre l'essenza dell'incarnazione e del mistero religioso. Cenni tratti, quelli sopra illustrati, dalle relazioni edite nel volume degli Atti della 27^a Tornata dello Studio Firmano, un punto di partenza ineludibile per lo studioso, non solo di storia della medicina, che vuole compiere questo viaggio affascinante nella storia della nostra cultura. Una lettura in cui perdersi perché il cuore con la sua storia secolare può affascinare il medico, lo storico, il letterato, l'Uomo.

Bibliografia essenziale

- M. Santoro, *Scritti Medici*, a cura di G. Leopardi, L. Verdoni, Fermo, Andrea Livi editore, 1998.
- M. Santoro (a cura di), *Atti del 1. Convegno della Marca per la storia della medicina: Fermo, Sede dell'antica Università. 26 - 27 Marzo 1955*, Fermo, Tip. Properzi e Spagnoli, 1955.
- M. Santoro, (a cura di), *Atti della 27 Tornata dello studio Firmano per la storia dell'arte medica e della scienza*, Fermo, s.n., 1993 (Ancona, Benedetti s.r.l., 1993)
- Il volume della 27 Tornata contiene n. 18 titoli analitici di interventi dedicati al tema *"Dall'antichissima credenza popolare che il cuore fosse il centro della vita spirituale ed affettiva dell'intimo, è rimasto non solo nel linguaggio ma pur nel pensiero che fosse il centro della vita spirituale ed affettiva dell'uomo"*



Cardiologia e Professori, gioia e dolori

Breve storia della Cardiologia italiana da uno che ha avuto la ventura di parteciparvi

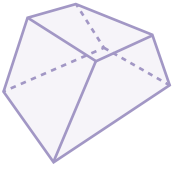
Nella prima metà del secolo scorso la pneumologia, la cardiologia, la gastroenterologia, la neurologia e l'ematologia costituivano la medicina interna, le altre discipline erano chirurgiche. La prima ad affrancarsi come specialità indipendente fu la neurologia e la psichiatria, che dopo Freud e Jung, l'elettroencefalogramma e l'elettroshock di Cerletti necessitavano di specifiche competenze. La seconda fu la pneumologia che grazie, si fa per dire, alla tubercolosi ha avuto bisogno dell'isolamento e dei sanatori. Quando venne il turno della cardiologia, che con l'elettrocardiogramma e l'emodinamica richiamava oramai dedizioni specifiche, si scatenò la reazione degli internisti, specie i clinici universitari, che si vedevano allontanati da quel glorioso impegno culturale, che si era sviluppato da Morgagni ('700) a Laennec ('800) e ad Einthoven ('900). Per citare solo le tappe principali, che dall'anatomia patologica all'auscultazione e al fenomeno elettrico, avevano

appassionato generazioni di medici. Il cateterismo del cuore poi, la base per la cardiocirurgia e per i futuri bypass e stent era già di per sé una specialità. I maliziosi dicevano che senza i cardiopatici diminuiva significativamente per i clinici anche il guadagno pecuniario e di "potere". Certo ogni rivoluzione è fatta di nobili intenti e di interessi più umani. Per chi l'ha vissuta, come il sottoscritto, oggi essa appare quasi un'epopea gloriosa, finita bene, le cui tappe tuttavia non furono tutte così nobili come il fine. Ricordo, anni cinquanta, l'istituzione da parte dell'Università della docenza in Cardiologia, riconoscimento da noi indispensabile per la successiva creazione delle cattedre di quella disciplina. Durò solo il tempo indispensabile affinché coloro che ne avevano fatto domanda venissero bloccati, per decisione dei maggiori universitari che, resisi conto dell'incauto "autolesionismo", avevano deciso che quella docenza non si doveva fare, come il matrimonio dei Promessi Sposi. Fortunatamente anche in questa nostra storia intervenne la

Provvidenza unita a una divina ironia della sorte: uno degli esclusi a quella docenza, Vittorio Puddu, diverrà non solo primario cardiologo di un prestigioso reparto di Roma, ma poi anche Presidente della Società Mondiale di Cardiologia; mentre uno di quei maggiori che contribuirono al



Vittorio Puddu



blocco delle docenze chiederà una “scorciatoia” alla cattedra in cardiologia per il figlio, che per buona sorte la meritava. Si potrebbe definire la nascita della Cardiologia italiana un parto distocico poiché l’evento non fu fisiologico, come in altri paesi, ma una vera e propria lotta fra l’ospedale che ne avvertiva di più l’esigenza assistenziale specialistica e l’università che temeva la frammentazione della cultura e dell’impegno medico, oltre che del potere. Non che negli altri paesi a sanità avanzata non si avvertisse questo pericolo. Le precedenti esperienze con altre discipline già separate da tempo avevano creato problemi per il malato, spesso alla ricerca di qualcuno che facesse la sintesi dei suoi mali, talvolta coinvolgenti vari organi. Se ne rese conto la stessa Società Mondiale di Cardiologia quando nel 1958 assegnò al suo futuro Presidente, il fondatore del più prestigioso Istituto di Cardiologia di quegli anni, la prolusione sul tema: “Grandezza e miseria della specialità medica”. Ignacio Chavez la svolse da par suo, puntando sull’impegno culturale umanistico del medico e sull’importanza della collaborazione tra i differenti specialisti; così come egli aveva realizzato nel suo Istituto, dove l’odontoiatra dialogava con il clinico, l’elettrocardiografista con lo sperimentatore, l’emodinamista con l’embriologo. Da noi in Italia la Cardiologia indipendente nacque negli ospedali per una specie di germinazione spontanea, ma ad

opera di medici colti e intraprendenti che, spiegate le ragioni, trovarono ascolto nei dirigenti politici, senza l’opposizione dei loro internisti, molti dei quali si prepararono essi stessi per dirigere quella specialità. Cominciò Milano nel Niguarda, poi Roma, Trieste, Udine, Ancona, Palermo e via via molti altri, centinaia. Il dado era tratto, ma la



Giorgio Antonio Feruglio

resistenza universitaria continuò, direi quasi con una pervicacia da pensare che quei Direttori avessero smarrito “il ben dell’intelletto”; specie dopo che gli ospedalieri si dovettero costituire in società, l’ANMCO, con fini sia organizzativi che culturali, in silenziosa, ma non tanto, opposizione a quella universitaria, la SIC. La quale, manteneva l’affiliazione con la Società Internazionale, dove non si riusciva a capire quella strana dicotomia italiana. Fino ad ora non

ho voluto di proposito fare i nomi dei molti cardiologi che iniziarono e poi fecero grande la nuova Associazione ospedaliera, ma uno ritengo debba essere ricordato per il suo impegno intelligente durante molti anni, Giorgio Antonio Feruglio di Udine. La lotta fra le due associazioni fu dura e senza esclusione di colpi, sempre si capisce con il garbo tra persone intelligenti e responsabili, che miravano a una cardiologia degna dei contributi ai congressi più qualificati e dei progressi assistenziali sempre migliori. Talvolta ci scappava anche qualche nota che coglieva di quella tenzone un aspetto umoristico e distensivo. Come quando a un congresso dove il presidente della SIC si chiamava Cesare e quello dell’ANMCO Antonio, questi, rispondendo alle critiche del primo, esordì dicendo: “Non vorrei apparire l’Antonio che pronuncia l’orazione sulla salma di Cesare...”, lasciando alla bonaria risata del pubblico l’intento distensivo. O quando un simpatico collega del sud, Federico Marsico, durante una riunione dove si discuteva di come rapportarsi con il “nemico”, se ne uscì con la battuta <<A Napoli dicono: quando vai con un universitario stattenne con una mano innanzi e una indietro>>. Ci furono perfino momenti in cui pareva si stesse realizzando un certo accordo fra le due associazioni, quasi una fusione secondo i più ingenui. Fu quando nella SIC, dove partecipavano anche membri dell’ANMCO, fu concordata la nomina come Presidente di un



Fausto Rovelli

ospedaliero, il più prestigioso peraltro, Fausto Rovelli di Milano. Assistetti alla riunione in cui si doveva votare tale decisione, l'atmosfera pareva quella di un consiglio democristiano e tale si dimostrò perché segretamente fu concordato di non approvarla. E Rovelli, pallido per l'affronto e "senza far motto" si alzò e prese il treno del ritorno. Ci fu anche un simpatico codicillo di quella infelice riunione fra le due Società "nemiche". Un episodio banale, ma che sottolinea il grado di assurda rivalità fra persone intelligenti, obbligate a cercare nell'umorismo e nella battuta l'incredibile emulazione. Subito dopo la sventurata votazione, il Segretario della SIC Prof. Strano (nomen omen, avrebbe detto qualcuno), che impassibile ne aveva comunicato l'esito, con la stessa imperturbabilità continuò l'ordine del giorno del Consiglio comunicando che a Genova si erano tenuti i corsi SIC di aggiornamento in cardiologia da parte del Prof.

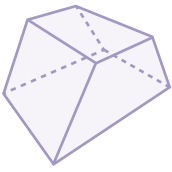
Caponnetto. Il quale, detto senza malevolenza, nella cardiologia italiana non si era mai particolarmente distinto, se non negli anni futuri per la sua avversione a soccorrere la morte improvvisa con i defibrillatori impiantabili. Un Carneade, pensò il consigliere ospedaliero Federico Marsico, che colse il destro per

interloquire: <<Scusasse Professore Strano, ma chi è stu Caponnetto>>. E il Segretario, sempre impassibile, ignorando la recondita ironia, rispose: <<Il Prof. Salvatore Caponnetto è il Direttore della Cattedra di Cardiologia dell'Università di Genova>>. Risposta: <<Grazie assai Professore Strano, oggi abbiamo imparato che il Prof. Caponnetto è il direttore...>>. Nel frattempo, mentre gli universitari pensavano fosse doveroso continuare quella lotta di retroguardia, che tentava di ostacolare la partecipazione dell'ANMCO alla sua visibilità nella Società Internazionale, di cui la SIC era il rappresentante ufficiale, la proliferazione dei reparti ospedalieri si moltiplicava a vista d'occhio dall'Alpe al Lilibeo, tutti impegnati a realizzare i progressi della specialità e a dare il loro contributo culturale nelle riviste e nei congressi nazionali e stranieri. L'apice fu raggiunto nel 1980 quando si realizzò in oltre 200 Unità

Coronariche, coordinate dal Niguarda di Milano e l'Istituto Farmacologico Mario Negri, la sperimentazione di un farmaco trombolitico utile nell'infarto miocardico acuto. Lo studio, che ebbe l'acronimo GISSI, risultò decisamente benefico, fu il primo e con il privilegio di essere pubblicato su Lancet. Oramai anche gli stranieri si domandavano cos'era questa anomalia SIC-ANMCO: i più benevoli la giustificavano con la nostra "geniale" individualità fin dal Rinascimento, altri sorridendo dicevano che le beghe in Italia sono endemiche e la conseguenza di una eccessiva personificazione, che non trova la quadra per raggiungere né il comune interesse, né quello della specialità. Contemporaneamente, mentre alcune leve universitarie, lontane da questa diatriba, conseguivano cose egregie, come il gruppo di Attilio Maseri a Pisa, altri,



Luigi Condorelli



con molta prudenza s'intende, cercarono di far capire ai vecchi maestri che i tempi erano cambiati, Condorelli aveva fatto il suo tempo, e che non si poteva rimanere indietro, proprio laddove si forgia la cultura e l'insegnamento. Nacquero così le prime cattedre universitarie, a Padova, Bologna, Napoli, Verona, Roma, Pavia, Torino, Trieste, per dire le principali, ma oggi sono già una trentina. Quella che allora fece più rumore pare sia stata Bologna, nata in piena diatriba, e che vide un universitario, Bruno Magnani, programmato dicevano per la Clinica Medica, ossia l'apice, rinunciarvi e optare per la Cardiologia. Credo che negli ultimi venti anni, da me non più seguiti direttamente, le cose siano un po' cambiate. Si è istituita una Federazione Italiana di Cardiologia che unisce le due associazioni e le nuove generazioni vedono il passato così come lo stigmatizzavano prima gli stranieri e guardano avanti. Ci sono stati perfino alcuni ospedalieri, pochissimi, chiamati come ai tempi di Murri, alla cattedra e altri, più numerosi, cooptati nell'insegnamento nelle scuole di specialità. Ma la costituzione universitaria non ha fatto molti cambiamenti per far dimenticare, anche ai giornalisti, la famigerata "baronia". Quel suo regolamento interno fatto di "fasce", che ricordano certe società segrete, rimane un codice, di quelli che forse solo le rivoluzioni riusciranno a cambiare. Oggi, tempo in cui la meritocrazia sta facendo sentire di più il suo peso e faccia anche

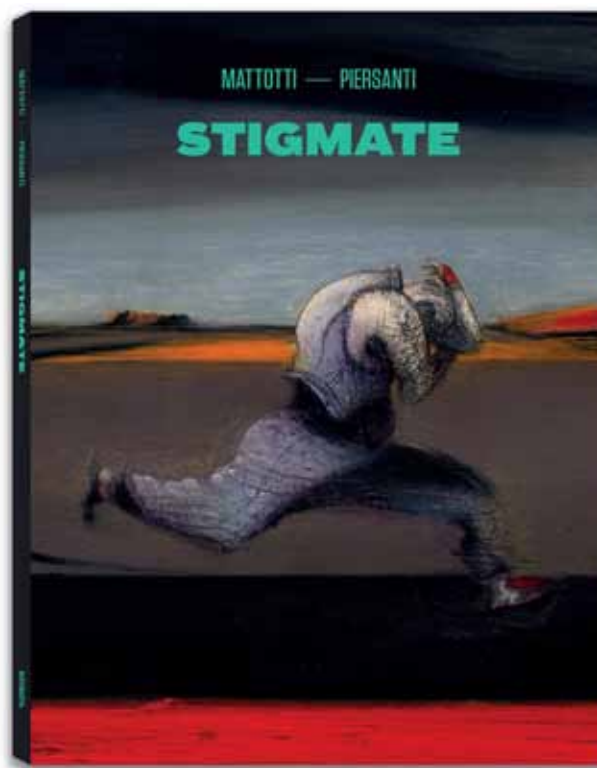
sperare che prima o dopo cada il muro, i giovani in formazione si confrontano di più per la competenza, vanno dove si possono preparare meglio e sembrano togliersi ogni distintivo. Mi informano però che onde togliere ogni rivalità intestina si è deciso di dare alla Federazione "unificante" un nome internazionale: Italian Federation of Cardiology. Nel concludere questa mia breve storia, un tantino polemica perché di parte, sono lieto nel constatare che le nuove generazioni, indifferente l'origine ospedaliera o universitaria, danno più peso alla cultura che al potere. Ma stiano attente perché un nuovo nemico molto più pericoloso delle passate divergenze sta avanzando, la burocrazia. La quale, apparentemente estranea ai problemi strettamente sanitari e alleata alla politica, deve giustificare la sua esistenza, per il 90% superflua. E per conseguirlo già da anni questa "piovra" si è intromessa con circolari, riunioni e altri perditempo, fino alla suddivisioni in dipartimenti, dove, a farla breve, il comando passerà a loro, tramite dirigenti estranei alla disciplina, mentre i primari diventeranno a tutti gli effetti i loro aiuti. Come prevenire questa presumibile caduta dell'assistenza al malato e della passione per la ricerca? Non sono un politico, ma forse vale la pena di sentire un esperto, qualcuno come il Prof. Carlo Cottarelli, già interpellato per la sua competenza e onestà. ♥



La santità secondo Piersanti e Mattotti

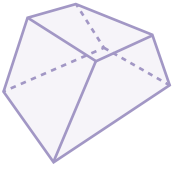
Quando la santità è dei peccatori

Da San Paolo, folgorato sulla via di Damasco, a San Francesco, illuminato tra le piazze di Assisi, il dono della santità, per quanto è noto, non ha mai tenuto conto della natura di coloro che venivano toccati da una diversa consapevolezza del tutto. Saulo di Tarsia, il futuro San Paolo, negli atti degli apostoli veniva descritto come “Sempre fremente minaccia e strage contro i discepoli del Signore”. San Francesco, quando era ancora Francesco d’Assisi, figlio di mercante di tessuti e stoffe, intraprese una carriera militare che lo portò anche ad essere detenuto nelle prigioni di Perugia, come prigioniero di guerra. Sant’Agostino, nelle sue confessioni racconta: <<Vollì commettere un furto, e lo commisi senza essere in miseria: o forse sì, povero com’ero di giustizia, che avevo a noia, e straricco di iniquità. Rubai quello che avevo in abbondanza e di qualità molto migliore, e del resto non era per goderne che volevo rubarlo, ma per il furto stesso, per il peccato>>. E cento altri potrebbero essere gli esempi. Possiamo dunque supporre che la santità non trova chi la cerca, ma che, in alcuni casi, si palesi non tanto a chi la rifugge, ma proprio a coloro che la ignorano, a coloro che da essa sono più lontani, che di santo non hanno nulla? E’ questo il



presupposto di una storia toccante, tragica e meravigliosa per la grazia con cui è raccontata, intitolata Stigmatate, opera dello scrittore e sceneggiatore Claudio Piersanti e del Maestro del Fumetto italiano, Lorenzo Mattotti. Pubblicata in una nuova splendida edizione da Logos Edizioni, Stigmatate è un libro che suona le corde dell’anima del lettore, che egli sia credente, ateo, agnostico o semplice curioso. Il protagonista senza nome del

racconto, disegnato, come confessa lo stesso Mattotti, <<a unghiate, rovi aguzzi e scarabocchi, perché la vita del protagonista non è stata altro che questo: una foresta di filo spinato arida e confusa>>, è un povero disgraziato. Bevitore, disonesto, violento, peccatore incallito, viene toccato, all’improvviso e senza che ci sia bisogno di un incipit motivazionale, dalla grazia divina attraverso il dono delle stigmate. Le sue mani, afflitte da ferite che non si rimarginano,

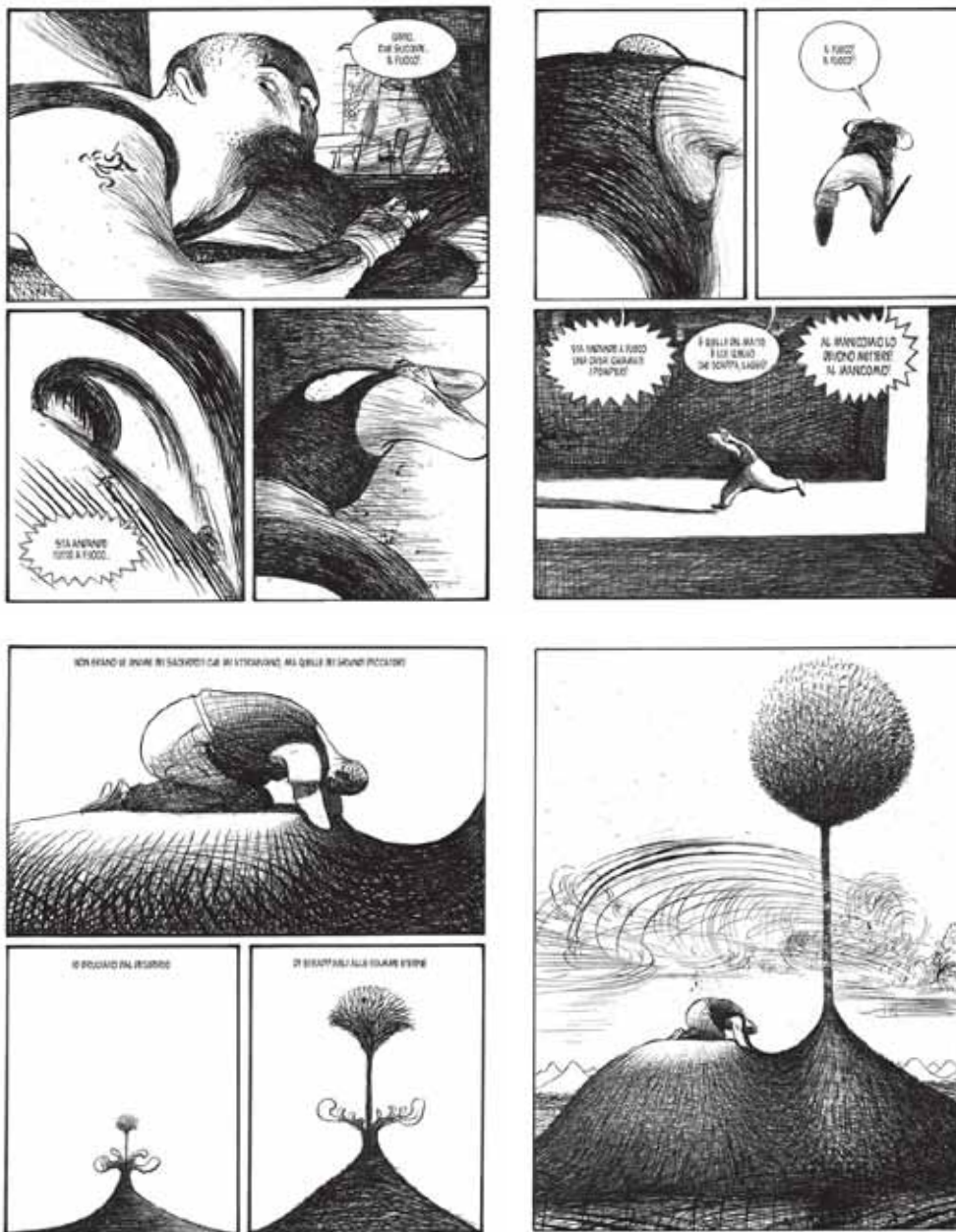


iniziano a sanguinare. Come reagirebbe un uomo moralmente e psicologicamente stabile di fronte a questo miracolo? E come, uno che invece ha trascorso la propria vita all'insegna della solitudine, della rabbia e della violenza? Ma soprattutto, perché tale dono dovrebbe toccare a tal guisa di persona? A quest'ultima domanda risponde, in un certo qual modo, Santa Teresa di Lisieux, quando dice: <<Non erano ancora le anime dei sacerdoti che mi attraevano, ma quelle dei grandi peccatori. Bruciavo dal desiderio di strapparli alle fiamme eterne...>>. E' questa, forse, la natura della santità? Il buio più profondo è anticamera della luce più intensa? Piersanti e Mattotti raccontano il viaggio, fisico e spirituale, di quest'uomo che compie un percorso esperienziale e concettuale, che passa dal rifiuto, alla negazione, alla perdita delle coordinate del proprio reale, come se solo dopo aver smarrito tutto, anche se stessi, fosse possibile ritrovarsi. Ma l'aggrapparsi ad una concezione lineare della propria vita, il rifiuto per la scoperta di essere stati scelti, è una trappola che l'incedere inconsapevole della propria nuova esistenza pone sul cammino del protagonista, il quale tenta di sfuggire al proprio



dono, innescando, forse, una furia divina. Alla fine del racconto, dopo essersi smarrito, dopo aver perso il proprio io nel mare del sé, dopo aver provato la solitudine degli uomini santi, o condannati alla santità, l'ubriacone dalle mani sanguinanti troverà il proprio equilibrio, accentuando il suo dono, senza chiedersi se esso sia reale, divino, o più, o meno. Quindi, se il raggiungimento della santità non è un percorso, forse lo può essere la sua accettazione, l'accoglimento nei limiti della percezione umana di ciò che è senza limiti. È questo l'aspetto più appassionante del





volume di Piersanti e Mattotti: la benevolenza verso l'ineluttabile che i due autori hanno nei confronti alla propria creatura di inchiostro e carta che alla fine di un lungo percorso di dolore, comprende l'incomprensibile semplicemente accettandolo. E, per rimanere in tema, non si può negare che il segno di Lorenzo Mattotti, in quest'opera, tocca il divino: l'autore

frusta le pagine con segni spezzati, scarabocchi barocchi e manichei, frastagliando il segno, giocando con le ombre, quasi come se tutto l'intero volume fosse un unico lunghissimo segno che si attorciglia su stesso concentrico, iperbolico, contraddittorio come uno specchio infrangibile della realtà, che si è spezzato in mille pezzi. Stigmatè è un volume che scuote il barattolo

della domande che nascondiamo dentro di noi: come tutte le grandi opere non fornisce risposte, ma accende nei lettori quella capacità di osservare la realtà con occhi diversi, che permettono di cogliere santi e peccatori nello stesso sguardo, senza la paura e senza la presunzione di poterne capire la più intima essenza o le più palesi differenze. ♥

METTI IL CUORE IN CASSAFORTE!



LA SALUTE DEL NOSTRO CUORE È IL BENE PIÙ PREZIOSO: È LA NOSTRA STESSA VITA... METTIAMOLO IN CASSAFORTE!

Aderisci alla **BANCA DEL CUORE**: il tuo elettrocardiogramma con i valori della pressione arteriosa e i tuoi dati clinici verranno custoditi in una "cassaforte" virtuale. Grazie al tuo **BANCOMHEART** personale, potrai aprirla tutte le volte che vorrai, anche a distanza, tramite computer, tablet o smartphone.

- ♥ Vai su www.bancadelcuore.it e consulta l'elenco delle Cardiologie aderenti
- ♥ Prenota il tuo elettrocardiogramma presso la Cardiologia prescelta
- ♥ Richiedi la card **BANCOMHEART** all'atto dell'esame
- ♥ Attiva la tua card **BANCOMHEART** sul sito www.bancadelcuore.it per rendere sempre visibili e scaricabili il tuo elettrocardiogramma e i tuoi dati clinici, ovunque e a ogni tua richiesta.

Anche quest'anno la Prevenzione Cardiovascolare arriva direttamente da te!

La **BANCA DEL CUORE** sarà infatti in tour per l'Italia: sempre su www.bancadelcuore.it puoi scoprire quando e in quale piazza si fermerà il truck, dove potrai effettuare un check cardiovascolare gratuito.

TUTTI I DETTAGLI DELL'INIZIATIVA SU www.bancadelcuore.it



PROTEGGI IL TUO CUORE

"Partecipa al programma nazionale di prevenzione cardiovascolare BANCA DEL CUORE!"

Michele Massimo Gulizia
Presidente Fondazione per il Tuo cuore



Per visionare o scaricare il tuo elettrocardiogramma e i tuoi dati clinici attiva la card **BANCOMHEART** inserendo il PIN, il tuo codice fiscale e la password segreta nel form di registrazione online.

www.bancadelcuore.it

PIN N. 1234567890

CODICE FISCALE

PASSWORD

L'Istituto Superiore di Sanità, l'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri e la Fondazione per il Tuo cuore collaborano per la prevenzione delle malattie cardiovascolari.

LA BANCA DEL CUORE è un Progetto di Prevenzione Cardiovascolare per la popolazione italiana promosso dalla Fondazione per il Tuo cuore - HCF Onlus.

DEL **BANCA**
CUORE



L'Istituto Superiore di Sanità, l'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri e la Fondazione per il Tuo cuore collaborano per la prevenzione delle malattie cardiovascolari.

LA **BANCA DEL CUORE** è un Progetto di Prevenzione Cardiovascolare per la popolazione italiana promosso dalla **Fondazione per il Tuo cuore - HCF Onlus**.



