

Cardiologia

negli Ospedali

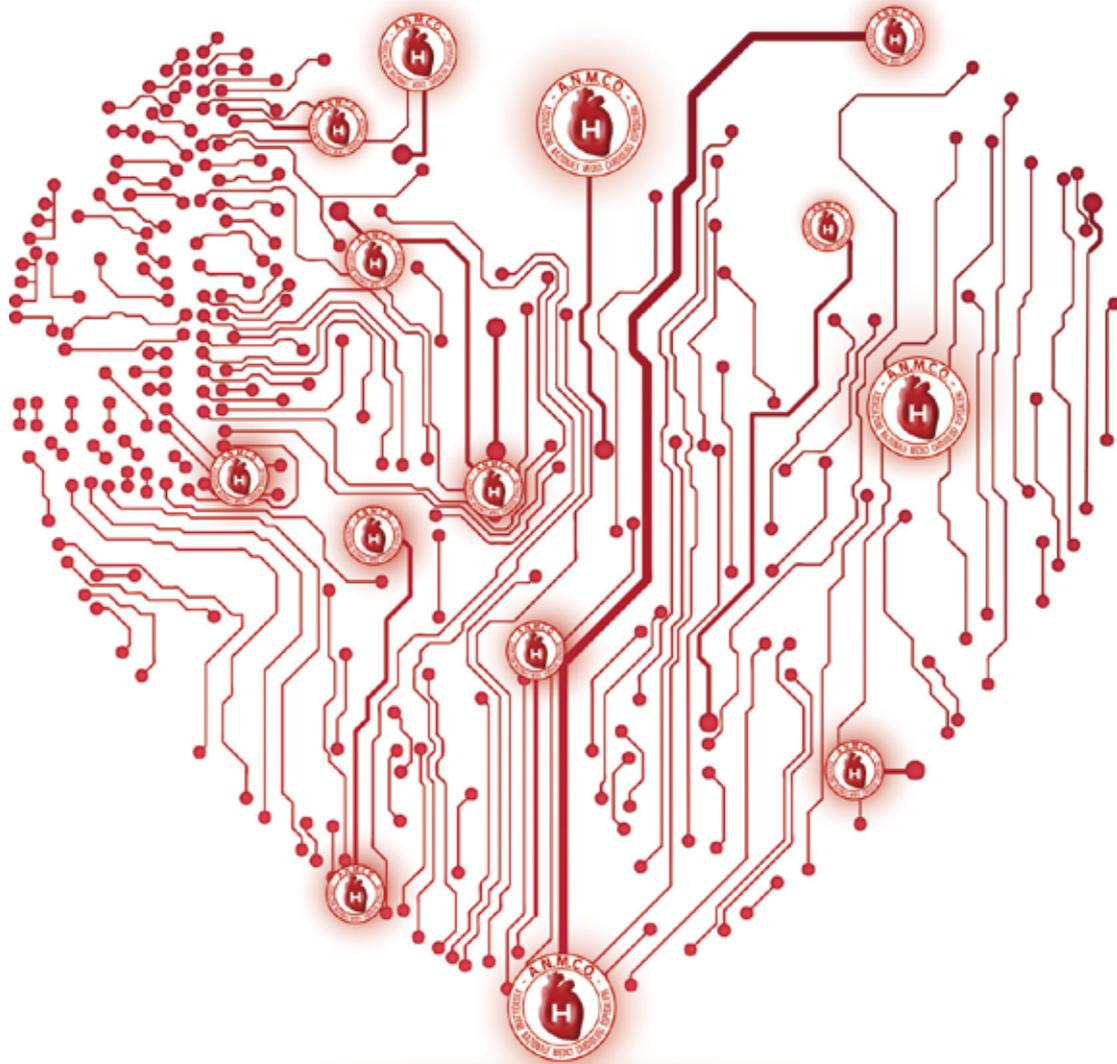


MARZO / APRILE 2021 N° 240

Rivista dell'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri – ANMCO



ANMCO IL PROGRESSO 2021 NEL CUORE



52° Congresso Nazionale

Associazione Nazionale
Medici Cardiologi Ospedalieri

www.anmco.it

PALACONGRESSI

R I M I N I

2 6 • 2 8

A G O S T O

2 0 2 1

COME PRIMA, PIÙ DI PRIMA



Lago (Cosenza) - Foto di Mario Alessandri

N. 240
marzo / aprile 2021
Rivista ufficiale dell'Associazione
Nazionale Medici Cardiologi
Ospedalieri

Editor
Manlio Cipriani
Co - Editor
Massimo Imazio
Direttore Responsabile
Mario Chiatto
Comitato di Redazione
Vincenzo Amodeo
Luisa De Gennaro
Mauro Mennuni
Gianfranco Misuraca
Stefano Urbinati
Marisa Varrenti
Redazione
Simonetta Ricci
Luana Di Fabrizio

 **ANMCO**
Via A. La Marmora, 36
50121 Firenze
Tel. 055 51011 - Fax 055 5101350
segreteria@anmco.it
www.anmco.it
**Organizzazione con Sistema di
Gestione Certificato da
KIWA CERMET secondo
la norma UNI EN ISO 9001:2015**

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

 **Stampa
Tipografia Il Bandino
Firenze**

Progetto grafico e
impaginazione
Studio Mirannalti - Fiesole (FI)

EDITORIALE

Editoriale p.4
di Manlio Cipriani

DAL PRESIDENTE

Le attività ANMCO procedono
nonostante le difficoltà p.6
*di Domenico Gabrielli a nome del
Consiglio Direttivo ANMCO*

DALLE AREE

AREA NURSING

Scenari futuri per i team p. 18
assistenziali: la sindrome
da Long Covid
*di Rossella Gilardi, Michela Barisone,
Donatella Radini, Doriana Frongillo e
il Comitato di Coordinamento dell'Area
Nursing*



**DAL CENTRO STUDI DELLA
FONDAZIONE PER IL TUO CUORE**

Il punto sugli Studi Clinici p.9
del Centro Studi della Fondazione
per il Tuo cuore
a cura del Centro Studi

DAL DIRETTIVO

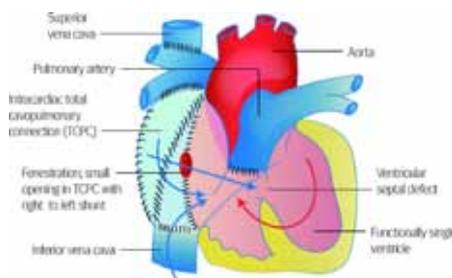
Convention dei Centri p. 13
per la Gestione del Cardiopatico
Congenito Adulto
*di Stefano Domenicucci, Silvia Favilli e
Maria Giovanna Russo*

**DALLE TASK FORCE
TASK FORCE CARDIOLOGIA
PEDIATRICA**

Cardiopatie congenite: p. 22
la transizione dall'età pediatrica
all'età adulta
*di Roberta Ancona, Silvia Favilli, Berardo
Sarubbi, Maria Giovanna Russo*

**DALLE REGIONI
CALABRIA**

Bruno da Longobucco p. 27
Orgoglio di Calabria
*di Fabiana Lucà, Mario Chiatto
e Roberto Ceravolo*



MARCHE

Cardioncologia p. 29
L'unione di una Regione: nasce la Rete Cardio-Oncologica Marchigiana
di Josephine Staine a nome del Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Marche

MEDICINA NARRATIVA

Migliorare l'aderenza p. 32
attraverso la comunicazione centrata sul paziente
di Massimiliano Marinelli



COME ERAVAMO

Il cuore negli p. 36
anni Venti (1921 - 1930)
di Maurizio Giuseppe Abrignani

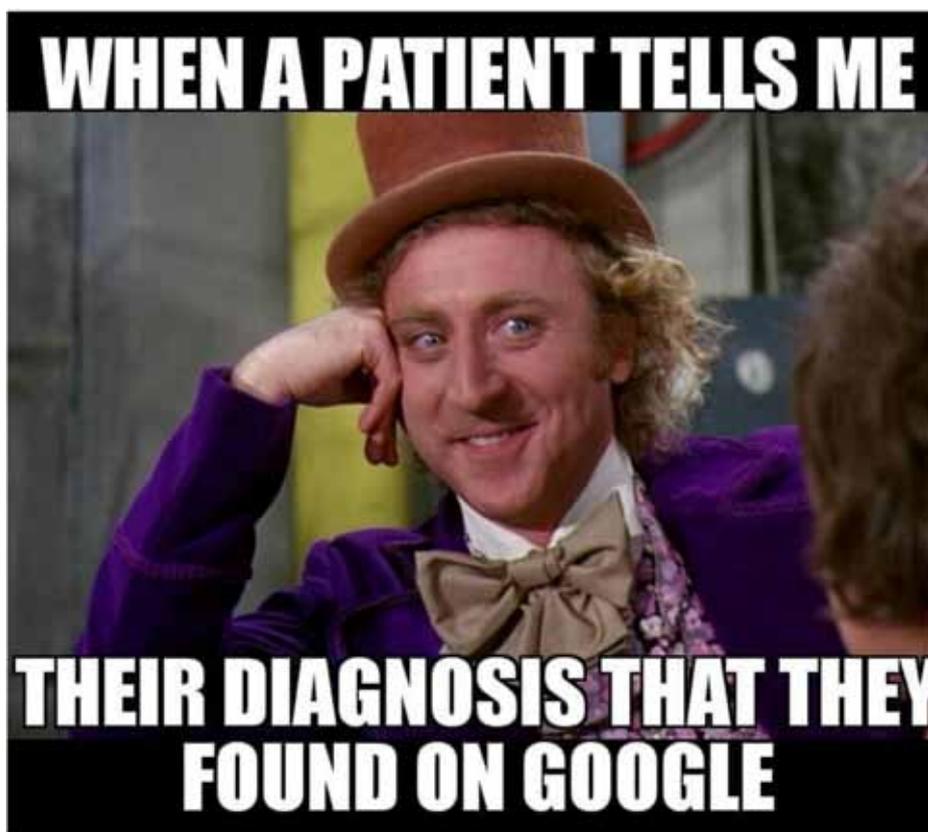


PEDAGOGIA DELLA SALUTE

Salute e medicina del territorio p.39
di Giuseppe Trebisacce

VIAGGIO INTORNO AL CUORE

Commenti all'articolo p. 41
"Siamo tutti malati e non lo sappiamo?"
Dr. Google: la metamorfosi p. 42
del Dr. Knock. E-Health e ipocondria digitale
di Alessandro Boccanelli



- Grazie al Dottor Di Tano per il suo articolo *di Giovanna Di Giannuario* p. 45
- La vicenda del Dr. Knock: presagio della rivoluzione medica del secolo breve? *di Gianfranco Misuraca* p. 47
- Il punto di vista *di Eligio Piccolo* p.49
- Riflessioni ad oltre un anno dall'inizio della Pandemia *di Marisa Varrenti* p. 50

FLASHBACK

- Joris Ivens cattura il Vento *di Franco Plàstina* p. 52



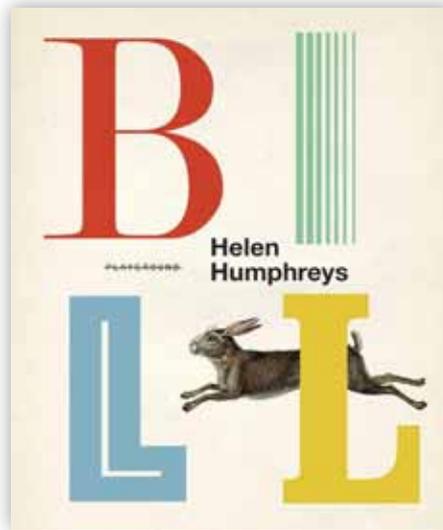
CUORI DI CHINA

- Gianni Rodari, storia di un educatore rivoluzionario *di Andrea Mazzotta* p. 56



LETTI PER VOI

- Un'amicizia straordinaria *di Beatrice Balduzzo* p. 60



- Socrate indaga. Un racconto filosofico. Ancora un Romanzo del cardiologo Claudio Cuccia *di Pasquale Caldarola* p. 62



IN RICORDO DI FAUSTO ROVELLI

- Lo stress fa bene. Fausto Rovelli p. 64 e il Centro De Gasperis *di Maria Frigerio*



- Il Professor Fausto Rovelli protagonista del percorso culturale della terapia dell'infarto miocardico in Italia *di Francesco Mauri* p. 67
- Fausto Rovelli e la Cardiologia italiana *di Maurizio Ferratini e Salvatore Pirelli* p. 70





Editoriale

Cari Lettori, vi presento questo numero di CNO ancora una volta con grande soddisfazione per il notevole numero di Soci che hanno voluto partecipare, inviandoci moltissimo materiale che ha arricchito le rubriche del giornale. Siamo a ridosso di importanti eventi per il mondo ANMCO, il rinnovo dei Direttivi Regionali e di quello Nazionale con il suo prossimo Presidente Designato, il Congresso 2021. È di questo che il nostro instancabile Presidente ci parla nel suo articolo introduttivo. Il paziente cardiologico congenito è al centro di due articoli stimolanti perché confermano anche in ANMCO, un costante e rinnovato interesse per le cardiopatie congenite, che per fortuna oggi arrivano a interessare il malato adulto e che quindi devono rimanere nel bagaglio culturale di tutti i cardiologi.

L'Area Nursing si sofferma sulla pandemia in corso affrontando un argomento di nuovissimo interesse la sindrome da Long Covid; modelli organizzativi multidisciplinari vedono l'infermiere come attore centrale insieme a medici, psicologi

e fisioterapisti. La regione Calabria ci racconta con orgoglio la storia di un illustre Collega vissuto nel tredicesimo secolo, del suo appassionato lavoro di chirurgo, dei suoi successi accademici e delle innovazioni scientifiche che il suo lavoro ha apportato alla medicina. La regione Marche ci presenta la propria nuova rete cardio-oncologica, confermando un'attiva e laboriosa dinamicità dei cardiologi marchigiani, sicuramente da prendere ad esempio. Il Prof. M. Marinelli per Medicina Narrativa affronta il problema dell'aderenza alle cure; più comunicazione mirata al paziente, più tempo dedicato al paziente, più ascolto e meno computer e scartoffie sono ancora la migliore ricetta per una buona medicina. Maurizio Abrignani ci riporta indietro di 100 anni ricordandoci da dove veniamo e la strada che ha fatto la cardiologia. Di medicina del territorio si occupa la rubrica "Pedagogia della Salute", argomento molto chiacchierato in tempo di pandemia. Siamo ancora in un momento di "tempo sospeso" dove è difficile immaginare cosa succederà, secondo molti nulla sarà

più come prima. La riorganizzazione e l'ampiamiento dell'assistenza di prossimità dei pazienti con patologia cardiovascolare rappresenterà una sfida in cui ANMCO speriamo sarà presto chiamata a partecipare. "Viaggio intorno al Cuore" ospita cinque interessanti commenti all'articolo di Giuseppe di Tano, pubblicato nel precedente numero di CNO, sulla storia narrata da Jules Romains nella sua opera teatrale "Knock o il trionfo della medicina" aprendo uno stimolante dibattito su attualissimi temi che riguardano il medico e la medicina in tempo di pandemia. Come consuetudine cinema, fumetto e letteratura completano il giornale con una recensione del nuovo romanzo di Claudio Cuccia. Quattro illustri Soci ANMCO, ricordano il Prof. Fausto Rovelli come Uomo, Cardiologo, Ricercatore e nostro Direttore. Io ricordo ancora a distanza di più di trent'anni il giorno in cui mio padre, anch'egli medico di Niguarda, mi accompagnò da studente dell'ultimo anno di Medicina presso il Centro, perché io potessi iniziare la mia storia.



Lago (Cosenza) - Foto di Mario Alessandri

«Arrivare oggi a Lago, magari sospinti dagli invitanti appuntamenti dell' "Estate Laghitana", notoriamente ricca d'iniziative a soddisfare le tante esigenze, e percorrere le suggestive viuzze del suo centro storico, significa immaginare di udire lo scalpellare della pietra nera, battuta dagli abili artigiani del luogo a farne delle caratteristiche acquasantiere, stemmi nobiliari e calamai di diversa foggia; di scorgere fra le loro polverose botteghe, i fini intagliatori del posto, le cui opere fanno bella mostra di sé nelle case e negli edifici sacri, non solo di Lago; o, ancora, imbattersi negli orologiai (da torre civica) e in quegli armieri (coltellinai soprattutto) che, a Lago, raggiunsero livelli di creatività e di esecuzione noti molto oltre gli angusti confini del borgo.

Attraversare l'antica Lago, significa anche udire, con un po' di fantasia, il ritmico volgere del lavoro domestico delle donne, sovente poco considerato ma non meno proficuo di quello maschile, intente a tessere la seta, che a Lago ebbe larga diffusione sia come merce di scambio che per impreziosire i corredi delle promesse spose. Oppure visitare, stavolta realmente, le sue belle chiese che al paese conferiscono un innegabile misticismo; particolarmente a Natale, per vedere un grande presepe, da Guinness dei primati, da tempo meta di visitatori da tutta la Regione, o durante i giorni del novenario che preludono alla festa della Madonna delle Grazie, l'8 settembre, nell'omonimo santuario.

Ma a Lago si viene anche per incamminarsi in succulenti percorsi eno-gastronomici o, più semplicemente, per assistere estasiati agli infuocati tramonti con lo Stromboli e le altre Perle dell'arcipelago eoliano ben distinte all'orizzonte».

S.C.



Le attività ANMCO procedono nonostante le difficoltà



Il Consiglio Direttivo ANMCO 2018 - 2021 in occasione del 50° Congresso Nazionale ANMCO

Elezioni Nazionali e Regionali ANMCO 2021

Cari tutti, stiamo procedendo speditamente verso uno degli appuntamenti associativi più importanti che sono il rinnovo delle cariche regionali e nazionali, che porteranno alla composizione dei nuovi Consigli Direttivi Regionali e della nuova Presidenza e Consiglio Direttivo

Nazionale. Come sapete, per quest'anno abbiamo deciso di procedere con le elezioni via web in modo da poter svincolare il momento elettorale dai Congressi Regionali e Nazionale e relative Assemblee in presenza, alla luce dell'andamento del quadro pandemico che non consente di prevedere a breve attività associative in presenza, almeno in numero adeguato. Nei prossimi giorni riceverete, se non l'avete già ricevuta

al momento della lettura del presente articolo, la circolare esplicativa che illustra le procedure di voto digitale, in essa saranno espresse tutte le indicazioni e i suggerimenti necessari per votare in tranquillità e senza particolari problemi. Ci auguriamo che la opportunità di voto digitale consenta la piena espressione del diritto di voto e una partecipazione ancora più significativa del passato a questo importantissimo momento



Il Consiglio Nazionale ANMCO 2018 - 2021 in un momento degli Stati Generali 2019

associativo. Il Consiglio Direttivo ed io siamo certi che nel prossimo biennio ANMCO sarà rappresentata in maniera eccellente dai nuovi Consigli Direttivi Regionali, Consiglio Nazionale e Consiglio Direttivo Nazionale, sotto la guida sicura ed entusiasta di Furio Colivicchi che saprà trasmettere certamente anche al prossimo Presidente Designato il segno della continuità e compattezza che hanno caratterizzato questi anni associativi, coadiuvato dal Consiglio

Direttivo a cui esprimo tutto il mio apprezzamento e tutto il mio ringraziamento per il supporto e l'amicizia dimostrate; apprezzamento e ringraziamento che vanno inoltre, ovviamente, al Consiglio Nazionale e alle altre cariche del mondo ANMCO.

Congresso Nazionale

Come ormai già saprete, il Congresso Nazionale si terrà in modalità ibrida presso la prestigiosa sede del Palacongressi di Rimini dal 26 al 28 agosto prossimi; la scelta

di differire il congresso a un arco temporale che speriamo sia meno impegnativo dal punto di vista della pandemia e consenta quindi una partecipazione in presenza adeguata e tranquilla è stata necessaria alla luce dell'evoluzione della pandemia stessa. Tale posizionamento temporale è stato poi approvato da Farindustria che ha, ancora una volta, in maniera molto responsabile, concesso la deroga per il differimento, il mio grazie personale e quello di tutto il mondo ANMCO va al Presidente Dottor Scaccabarozzi e al Dottor Svetoni che si sono adoperati perché la deroga fosse concessa in tempi molto brevi. Il posticipo della data congressuale farà sì che al momento della effettuazione del congresso sia già attiva la nuova compagine dirigente associativa, questo ci fa molto piacere e rende meno gravosa questa scelta; al fine di chiudere degnamente un periodo che riteniamo molto fattivo e di grandi soddisfazioni associative, anche se segnato dalla grave situazione

TIPOLOGIE DI SESSIONI SCIENTIFICHE

8 MAIN SESSION	14 MEET THE EXPERT
8 MINIMASTER	13 FORUM
17 SIMPOSI	17 CONTROVERSIE
4 SIMPOSI CONGIUNTI	3 CONVENTION
6 LUNCHEON PANEL	4 MY APPROACH TO
17 MINI-SIMPOSI	36 LA RICERCA CARDIOLOGICA IN ITALIA
7 AGORA' GIOVANI	3 MINICORSI NURSING
2 LETTURE	11 HOW TO
6 LETTURE MAGISTRALI	1 HIGHLIGHT
36 FOCUS	1 PRIMARY CARE CARDIOLOGY

ANMCO IL PROGRESSO 2021 NEL CUORE

ANMCO IL PROGRESSO 2021 NEL CUORE

PROGRAMMA PRELIMINARE
RESIDENZIALE e DIGITALE

52° Congresso Nazionale
Associazione Nazionale
Medici Cardiologi Ospedalieri

PALACONGRESSI
RIMINI
26 - 28
AGOSTO
2021

www.anmco.it
www.digitalanmco.it

COME PRIMA, PIÙ DI PRIMA

pandemica, motivo per cui come tutti sapete il biennio è stato trasformato in triennio, organizzeremo un Consiglio Direttivo e un Consiglio Nazionale in sovrapposizione alle date originariamente previste per il Congresso Nazionale, quindi dal 20 al 22 maggio, onde poter effettuare con una adeguata dignità associativa il passaggio di consegne con il nuovo Presidente Furio Colivicchi e la chiusura delle precedenti attività e proclamare il nuovo Consiglio Direttivo Nazionale e il nuovo Presidente Designato, prossimamente vi daremo informazioni più dettagliate. Il Congresso Nazionale sarà, come al solito, un grande evento scientifico ed associativo, stiamo procedendo alla definizione del programma e siamo certi che ancora una volta saremo in linea con la grande tradizione ANMCO. Il congresso di agosto sarà, per quanto possibile "covid free" in quanto la nostra idea è quella di accettare in presenza solo colleghi e persone vaccinate e/o immunizzate, oltre naturalmente a riproporre i protocolli di prevenzione/contenimento della infezione da SARS-COV2 già testati con successo nella edizione congressuale del 2020.

Corso di Leadership

La evoluzione del quadro pandemico ci ha costretti a differire gli ultimi moduli al periodo autunnale sperando che la situazione sia tale da poter consentire la piena partecipazione in presenza, che riteniamo essere il modo migliore per dare a tali incontri la massima efficacia.

FaD

È stata iniziata con grande successo la FaD di Cardioncologia, questo dimostra che la scelta di implementare tale modalità formativa e partecipativa

CORSO EXECUTIVE PER CLINICAL LEADERS DELLA CARDIOLOGIA E CARDIOCHIRURGIA ANMCO IN COLLABORAZIONE CON UNIMI

Leadership e direzione dell'ambito cardiologico: programma avanzato di formazione manageriale per clinical leaders
I EDIZIONE intitolata a LUCIANO MORETTI

COMITATO SCIENTIFICO	RESPONSABILI SCIENTIFICI AI FINI ECM
Furio Colivicchi, Roma Mario Del Vecchio, Milano Domenico Gabrielli, Fermo Gian Franco Gensini, Firenze	Giovanni Gregorio, Valle della Lucania Michele Massimo Gulizia, Catania Federico Lega, Milano
Furio Colivicchi, Roma Domenico Gabrielli, Fermo	

TITOLO	DATA
ORIENTARE I COMPORAMENTI E GESTIRE LE PERSONE	16-18 settembre 2021
SCELTE E COMPORAMENTI STRATEGICI PER LE CARDIOLOGIE E LA COMUNITÀ PROFESSIONALE NEL SUO INSIEME	14-16 ottobre 2021
LA DISTRIBUZIONE DELLE RESPONSABILITÀ E LE SCELTE DI ORGANIZZAZIONE	11-13 novembre 2021

è giusto e sarà sicuramente portata avanti anche dal prossimo Presidente e Consiglio Direttivo, il nostro obiettivo è quello di poter fornire ai Soci ANMCO in regola con le quote associative, a regime, un numero di FAD tali da consentire l'acquisizione dei crediti formativi necessari negli anni senza ulteriori esborsi economici; è un progetto ambizioso ma siamo certi che ANMCO riuscirà ancora una volta nell'intento. I tempi di pubblicazione di questo numero di CNO non consentono di potervi augurare una serena Santa Pasqua insieme con le vostre famiglie quindi lo faremo con altri mezzi. A questo punto vi salutiamo e vi diamo appuntamento al prossimo numero di "Cardiologia negli Ospedali" nel quale dovremo tirare le somme di questa impegnativa ma splendida esperienza. *"Noi ci abbiamo messo il cuore"*♥

SIN&RGIA
CLINICAL COMPETENCE IN CARDIONCOLOGIA
8 - 10 - 12 marzo 2021

RESPONSABILI SCIENTIFICI
Irma Biocaglia (Roma), Furio Colivicchi (Roma), Domenico Gabrielli (Roma)

PROGRAMMA

8 marzo 2021 ore 17:00-20:30

PRIMA PARTE

17:00	Introduzione e apertura Corso	D. Gabrielli (Brescia)
17:10	Cardiotoxicità da antracicline	S. Olive (Bari)
17:40	Cardiotoxicità da trastuzumab	G. Rossi (Firenze)
18:10	Discussione	
18:25	Cardiotoxicità da inibitori del VEGF	L. Parnis (Firenze)
18:45	Cardiotoxicità da fluoropirimidine	C. Lenzi (Aversa)
19:05	Discussione	
19:30	Cardiotoxicità da immunoterapia	M.L. Casali (Lido di Cambray)
19:40	Discussione	
20:10	Fine lavori	

10 marzo 2021 ore 17:30-20:30

SECONDA PARTE

17:30	Introduzione e apertura Corso	F. Colivicchi (Roma)
17:40	Medicazioni per il Cancro (Lido di Cambray), L. Parnis (Firenze)	
17:50	Eccardiografia in cardioncologia	A. Monesi (Milano)
18:00	Cardiotoxicità da ormonoterapia	L. Tarantini (Brescia)
18:30	Discussione	
18:40	Cardiotoxicità da radioterapia	F. Torzani (Milano)
18:45	Cardioncologia in epoca COVID-19	G. Gallucci (Bianoro in Valture)
19:45	Contribuzione di un PDTA in cardioncologia	G. Gensini (Palermo)
20:10	Discussione	
20:30	Fine lavori	

12 marzo 2021 ore 17:30-20:30

TERZA PARTE

17:30	Introduzione e apertura Corso	M.M. Gulizia (Catania)
17:40	Tromboembolismo venoso in oncologia	F. Colivicchi (Roma)
18:15	Fibrillazione atriale in oncologia	L. Biocaglia (Roma)
18:30	Discussione	N. Maurea (Napoli)
18:40	Discussione	
18:55	Versamenti pericardici neoplastici	C. Lenzi (Aversa)
19:15	QT lungo nei pazienti oncologici	N. Maurea (Napoli)
19:35	Sindrom coronariche acute nei pazienti oncologici	L. Biocaglia (Roma)
19:55	Discussione	
20:10	Fine lavori e compilazione questionario ECM	

SECRETARIA SCIENTIFICA, PROVIDER E.C.M. ANMCO
Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri
Via L. La Marmora, 26 - 50135 Firenze
Tel. +39 055 510385 - Fax +39 055 5301050
info@sin&rgia.it - www.sin&rgia.it

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
GISSI Outliers CAPIRE (osservazionale)	11	800	544	10 anni	Arruolamento chiuso Follow-up in corso
ISCHEMIA – Extended Follow-up In collaborazione con New York University	14 (351)	378 (5.000-6.000)	208 5.856	Fino al 2025	Arruolamento chiuso Follow-up in corso
Registro G-CHF Long Term Follow-up (osservazionale)	9 (273)	750 (25.000 circa)	576 (23.281)	Fino al 2023	Arruolamento chiuso Follow-up in corso
BLITZ-AF CANCER (osservazionale)	89 (123)	800 (1.500)	844 (1.164)	1 anno	Arruolamento in corso Follow-up in corso
EMPA-KIDNEY (randomizzato)	19 (229)	500 (6.000)	238 (6.561)	Event driven	Arruolamento in corso Follow-up in corso

Studi conclusi

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)	N° pazienti arruolati Italia (tutto il mondo)	Stato
COPE (osservazionale)	182	5.000	5.213	30 giorni	Arruolamento chiuso Follow-up concluso
BLITZ-COVID19 (osservazionale)	109	2.000 (fase prospettica) 2.000 (fase retrospettiva)	3.280 (fase prospettica) 2.774 (fase retrospettiva)	nessun fw-up	Arruolamento chiuso

■ FIBRILLAZIONE ATRIALE ■ PREVENZIONE ■ SINDROMI CORONARICHE ACUTE ■ OUTLIERS
■ SCOMPENSO ■ EMBOLIA POLMONARE ■ INSUFFICIENZA RENALE CRONICA ■ TUTTE LE PATOLOGIE



FOCUS ON

Studio COPE

Steering Committee: C. Becattini (Chairperson); M.M. Gulizia (Co-Chairman); G. Agnelli; F. Dentali; A. Di Lenarda; I. Enea; A. Fabbri; A.P. Maggioni; F. Pomerio; M.P. Ruggieri.

Lo studio COPE, promosso dall'Università degli Studi di Perugia insieme alla Fondazione per il Tuo Cuore ONLUS di ANMCO, e condotto in collaborazione con FADOI (Federazione delle Associazioni dei Dirigenti Ospedalieri Internisti) e SIMEU (Società Italiana di Medicina di Emergenza-Urgenza) è uno studio multicentrico, nazionale, osservazionale che ha raccolto dati sulla attuale gestione clinica in Italia dei pazienti con embolia polmonare acuta. Lo studio si propone di valutare l'attuale pratica clinica e l'adesione alle Linee Guida internazionali, l'utilizzo dei nuovi farmaci antitrombotici e le strategie di diagnosi e stratificazione del

rischio. I dati raccolti nel registro permetteranno inoltre di valutare se esiste un'associazione tra l'outcome e le diverse modalità di gestione del paziente con embolia polmonare. Hanno partecipato al COPE 182 Unità Operative ben distribuite sul territorio nazionale: 75 Cardiologie, 63 Medicine Interne e 44 Medicine di Emergenza Urgenza. L'arruolamento dei pazienti, iniziato nel Centro Coordinatore a marzo 2018 e nei primi altri Centri partecipanti a maggio 2018, si è concluso a dicembre 2020. Sono stati complessivamente arruolati 5213 pazienti, seguiti in follow-up fino a 30 giorni dalla diagnosi di embolia polmonare per raccogliere i dati relativi all'outcome clinico. Il data base dello studio è stato chiuso l'8 marzo 2021.

Sono attualmente in corso le analisi dei dati che permetteranno di valutare le attuali strategie di gestione dei pazienti con embolia polmonare acuta in Italia in termini di diagnosi, stratificazione del

rischio, ricovero e trattamento e determinare: a) la loro associazione con la mortalità intra-ospedaliera e a 30 giorni; b) l'aderenza alle Linee Guida della Società Europea di Cardiologia del 2014.

Questi aspetti verranno valutati sia nella popolazione generale che nei seguenti sottogruppi di pazienti: pazienti ricoverati in Cardiologia, pazienti ricoverati nelle Medicine d'Urgenza, pazienti ricoverati in Medicina Interna o pazienti visti in consulenza (i.e. pazienti ricoverati in altri reparti). Le cause del decesso sono state validate da un Comitato indipendente di aggiudicazione degli eventi (CEC). Poiché le Linee Guida internazionali per la gestione del paziente con embolia polmonare sono state aggiornate a settembre 2019, verrà anche fatta un'analisi per valutare l'aderenza alle nuove Linee Guida, soprattutto per quanto concerne l'uso degli anticoagulanti orali diretti e l'utilizzo dell'ecocardiogramma nei pazienti a basso rischio. ♥



Domenico Gabrielli

PRESIDENTE

DOMENICO GABRIELLI

Direttore U.O.C. Cardiologia
Ospedale San Camillo
Circonvallazione Gianicolense, 87
00152 Roma
Tel. 06/58704419 - Fax 06/58704361
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

Direttore U.O.C. Cardiologia Ospedaliera
AOU Senese Ospedale S. Maria alle Scotte
Viale Mario Bracci, 13 - 53100 Siena
Tel. 0577/585721 - Fax 0577/585339
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

Direttore F.F. - U.O. di Cardiologia
Ospedale santa Maria degli Ungheresi
Via Montegrappa - 89024 Polistena (RC)
Tel. 0966/942279-942281 - Fax 0966/943706
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 Cardiotoracovascolare
"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



ANMCO e SICP chiamano a raccolta i Cardiologi impegnati nell'assistenza ai pazienti cardiopatici congeniti adulti

Convention dei Centri per la Gestione del Cardiopatico Congenito Adulto

**Verso un'appropriata assistenza Hub & Spoke di pazienti complessi
Siamo pronti per creare una Rete Assistenziale appropriata per i pazienti cardiopatici congeniti adulti?**

Perché una Convention

Il Consiglio Direttivo ANMCO ha ritenuto importante inserire nel programma del 52° Congresso Nazionale una Convention dei centri per la gestione dei pazienti cardiopatici congeniti adulti, definiti ACHD (Adult Congenital Heart Disease): un importante segnale di attenzione alle esigenze assistenziali di una popolazione di pazienti in costante aumento, ma anche alle istanze di crescita culturale ed operativa della comunità cardiologica italiana su queste specifiche patologie, crescita che unisca i Cardiologi pediatri ed i Cardiologi dell'adulto. Per questo, la Convention viene proposta "a quattro mani" da ANMCO e SICP, la Società Italiana di Cardiologia Pediatrica,

nell'intento di promuovere un percorso assistenziale condiviso che prenda in carico il paziente cardiopatico congenito lungo tutto l'arco della sua vita, in coerenza con il concetto di continuum assistenziale recentemente stressato nelle recenti Linee Guida della Società Europea di Cardiologia⁽¹⁾. È noto che in quasi tutti i paesi occidentali solo una parte dei pazienti ACHD viene inserita in un percorso assistenziale appropriato lungo tutto l'arco della vita; una rilevante percentuale di essi, in assenza di un appropriato percorso di transizione verso le strutture dell'adulto viene persa al follow-up; il processo di 'transition', che non è il semplice trasferimento, dovrebbe quindi essere avviato già dall'adolescenza⁽²⁾. Alcuni centri di riferimento italiani si sono organizzati

integrando al loro interno percorsi assistenziali per bambini e adulti, ma questo risponde solo parzialmente alle reali esigenze dei pazienti ACHD. **Principali criticità della gestione dei pazienti ACHD**
Una gestione appropriata dei pazienti ACHD necessita di⁽⁴⁾:
- competenze scientifiche e tecnologiche per il follow up e per i frequenti reinterventi;
- competenze per la gestione dei ricoveri, spesso gestiti in modo incompleto anche nei grandi centri ospedalieri regionali;
- supporto polispecialistico per le frequenti comorbilità;
- strutture di supporto per un corretto inserimento nelle attività sociali, nel lavoro, nello sport e, per le donne, per una gestione sicura della gravidanza⁽³⁾;

Nel prossimo Congresso Nazionale ANMCO si terrà una Convention dei centri per la gestione dei pazienti adulti affetti da cardiopatia congenita dedicata alla condivisione di proposte per creare una Rete Hub & Spoke che fornisca appropriata assistenza a una popolazione di pazienti complessi sempre più numerosa

- servizi di counseling per tutti i pazienti, con specifici supporti psicoterapici per quelli che lo necessitano.

A fronte delle numerose e variegata esigenze assistenziali di pazienti complessi quali gli ACHD, si riscontrano alcune importanti criticità organizzative quali:

- impossibilità per i centri di riferimento di erogare tutte le prestazioni appropriate;
- necessità di garantire prestazioni “di base” nelle aree territoriali di residenza dei pazienti, spesso distanti dai centri di riferimento;
- appropriati criteri di selezione dei pazienti ACHD da inviare ai centri di riferimento per prestazioni di II livello.

Una Rete Assistenziale per superare le criticità

Appare quindi opportuno implementare un’efficace rete assistenziale che evidenzi le peculiarità assistenziali dei centri di riferimento, valorizzi le competenze e capacità assistenziali dei centri Spoke, favorisca la creazione di percorsi dedicati bidirezionali, con una collaborazione sinergica e complementare tra centri Hub e Spoke. È importante che le specifiche competenze presenti nei centri di riferimento trovino un corretto e bilanciato rapporto con gli operatori

che nelle altre strutture cardiologiche presenti su tutto il territorio italiano dedicano competenze e attività assistenziale ai pazienti ACHD, secondo un modello operativo che consenta di integrare l’attività dei centri Hub di riferimento con l’attività clinica dei centri Spoke territoriali. Perché questo rapporto di sinergia operativa divenga realtà, è opportuno che le Società Scientifiche:

- favoriscano la crescita culturale della comunità cardiologica, organizzando eventi finalizzati ad incrementare conoscenze e competenze in ambito ACHD;
- propongano modelli condivisi di gestione dei pazienti ACHD, interpretando e valorizzando le competenze dei centri Hub e dei centri Spoke;

La Convention è proposta “a quattro mani” da ANMCO e SICP in coerenza con il concetto di continuum assistenziale stressato dalle Linee Guida ESC 2020 sulla gestione dei pazienti cardiopatici congeniti adulti

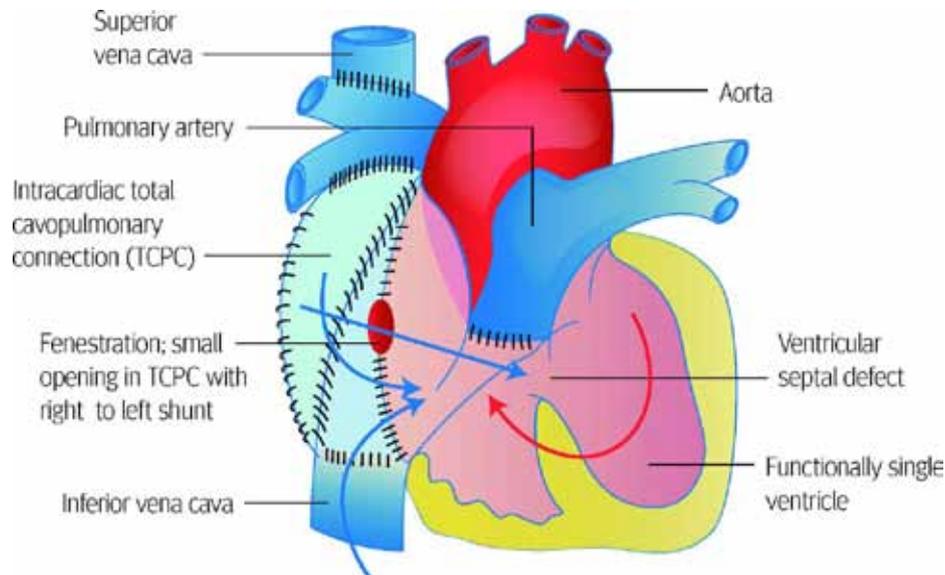
- sensibilizzino le istituzioni riguardo al riconoscimento delle criticità assistenziali dei pazienti ACHD ed al loro graduale superamento.

Per una partecipazione corale alla Convention

Tutte queste tematiche saranno trattate nell’ambito della Convention, con particolare riferimento a:

- ruolo delle linee guida e dei working group delle Società Scientifiche;
- analisi di modelli di gestione sperimentati in macro-aree regionali e nazionali;
- appropriata suddivisione dei ruoli in una Rete ACHD;
- ruolo dell’Università per uno specifico percorso formativo nelle scuole di specializzazione;
- ruolo complementare e sinergico delle strutture pediatriche e dell’adulto;
- possibile raccolta dati per un Registro ACHD.

La Convention avrà un punto di forza nella partecipazione di tutti i Cardiologi interessati a dare una risposta concreta ad istanze assistenziali che da tempo richiedono una risposta urgente: garantire un appropriato percorso di cura per tutti i pazienti cardiopatici congeniti adulti, nel rispetto dello spirito di accessibilità ed equità delle cure che ha sempre ispirato il nostro Servizio Sanitario Nazionale. La complessità clinica dei pazienti ACHD e le specifiche competenze cliniche richieste per gestirli in modo appropriato possono contribuire a rafforzare la peculiarità e non sostituibilità dei reparti di Cardiologia in un periodo in cui vengono proposti modelli sanitari che tendono a relegare la disciplina cardiologica a prevalenti funzioni di consulenza



La Convention avrà come punto di forza la partecipazione di tutti i Cardiologi interessati a dare una risposta concreta ad istanze assistenziali che da tempo richiedono una risposta urgente

e a non riconoscerne il ruolo di snodo centrale nella gestione delle cardiopatie. Condivisione di un modello operativo, complementarietà dei ruoli e accessibilità alle cure costituiscono un po' le chiavi per interpretare lo spirito con cui la Convention è stata voluta e proposta e con cui si invitano tutti i Cardiologi impegnati nella cura dei pazienti ACHD: la risposta spetta ora a tutti i colleghi interessati a questo invito per un confronto culturale ed operativo. Per favorire la partecipazione attiva ed il contributo di tutti ai lavori della Convention mettiamo a disposizione i nostri indirizzi e-mail per ricevere commenti, suggerimenti e proposte:

ci faremo carico di trasferirle ai moderatori e ai relatori affinché l'incontro rappresenti davvero un confronto allargato che tenga realmente conto delle proposte di tutti. ♥

silvia.favilli@meyer.it
mgioannarusso@gmail.com
domenicuccis@gmail.com

Bibliografia:

- 1) Linee guida europee sulle cardiopatie congenite dell'adulto: cosa c'è di nuovo? Silvia Favilli, Stefano Domenicucci, Roberto Formigari. *G Ital Cardiol* 2021;22(2):115-120 |
- 2) Cardiopatie Congenite: quando i bambini diventano adulti Silvia Favilli, Maria Giovanna Russo e

Stefano Domenicucci; "Cardiologia negli Ospedali" 2019; 227: 36-28

3) Documento di Consenso ANMCO/SICP/SIGO: Gravidanza e cardiopatie congenite

Innocenzo Bianca, Giovanna Geraci, Michele Massimo Gulizia et al. *G Ital Cardiol* 2016; 17: 687-755

4) Baumgartner H, Budts W, Chessa M et al. Working Group on Grown-up Congenital Heart Disease of the European Society of Cardiology.

Recommendations for organization of care for adults with congenital heart disease and for training in the subspecialty of 'Grown-up Congenital Heart Disease' in Europe: a position paper of the Working Group on Grown-up Congenital Heart Disease of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J* 2014; 35: 686-690.

Condivisione di un modello operativo, complementarietà dei ruoli e accessibilità alle cure costituiscono le chiavi per interpretare lo spirito organizzativo della Convention dei Centri per la Gestione del Cardiopatico Congenito Adulto



Massimo Zecchin

AREA ARITMIE

Chairperson

Massimo Zecchin (Trieste)

Co - Chairperson

Raimondo Calvanese (Napoli)

Comitato di Coordinamento

Stefano Bardari (Pordenone)

Paolo China (Mestre - VE)

Giosuè Mascioli (Bergamo)

Carlo Pignalberi (Roma)

Consulente

Martina Nesti (Arezzo)

Giuseppe Sgarito (Palermo)



Marco Di Eusanio

AREA CARDIOCHIRURGIA

Chairperson

Marco Di Eusanio (Ancona)

Co - Chairperson

Domenico Mangino (Mestre - VE)

Comitato di Coordinamento

Paolo Berretta (Ancona)

Mauro Iafrancesco (Roma)

Michele Murzi (Massa)

Fabrizio Settepani (Milano)

Consulente

Pasquale Fratto (Reggio Calabria)



Antonella Moreo

AREA CARDIOIMAGING

Chairperson

Antonella Maurizia Moreo (Milano)

Co - Chairperson

Marco Campana (Brescia)

Comitato di Coordinamento

Antonello D'Andrea (Nocera Inferiore - SA)

Alessia Gimelli (Pisa)

Donato Mele (Padova)

Massimiliano Rizzo (Roma)

Consulenti

Giovanna Di Giannuario (Rimini)

Georgette Khoury (Terni)



Roberta Rossini

AREA EMERGENZA - URGENZA

Chairperson

Roberta Rossini (Cuneo)

Co - Chairperson

Paolo Trambaiolo (Roma)

Comitato di Coordinamento

Daniela Chiappetta (Cosenza)

Marco Ferlini (Pavia)

Simona Giubilato (Catania)

Carlotta Sorini Dini (Livorno)

Consulente

Nicola Gasparetto (Treviso)



Stefania Di Fusco

AREA GIOVANI

Chairperson

Stefania Angela Di Fusco (Roma)

Co - Chairperson

Filippo Zilio (Trento)

Comitato di Coordinamento

Marco Malvezzi Caracciolo D'Aquino (Salerno)

Marco Flori (Urbino - PU)

Nadia Ingianni (Marsala - TP)

Luigi Pollarolo (Casale Monferrato - AL)

Consulenti

Giuseppe Galati (Milano)

Annamaria Iorio (Bergamo)



Marco Vatrano

AREA MALATTIE DEL CIRCOLO POLMONARE

Chairperson

Marco Vatrano (Catanzaro)

Co - Chairperson

Claudio Picariello (Rovigo)

Comitato di Coordinamento

Elisabetta De Tommasi (Bari)

Andrea Garascia (Milano)

Egidio Imbalzano (Messina)

Leonardo Misuraca (Grosseto)

Consulenti

Iolanda Enea (Caserta)

Maria Teresa Manes (Cosenza)



AREA MANAGEMENT & QUALITÀ

Chairperson

Laura Lalla Piccioni (Teramo)

Co - Chairperson

Fabiana Lucà (Reggio Calabria)

Laura Piccioni

Comitato di Coordinamento

Alessandra Chinaglia (Torino)

Damiana Fiscella (Catania)

Vincenzo Lopriore (Monopoli - BA)

Vittorio Palmieri (Napoli)

Consulenti

Alberto Deales (Fano - AN)

Gilberto Gentili (Senigallia - AN)



AREA NURSING

Chairperson Medico

Doriana Frongillo (Frascati - RM)

Co - Chairperson Medico

Tullio Usmiani (Torino)

Doriana Frongillo

Chairperson Infermiera

Rossella Gilardi (Milano)

Co - Chairperson Infermiera

Michela Barisone (Novara)



Rossella Gilardi

Comitato di Coordinamento

Stanislao Accardo (Roma)

Giovanni Falsini (Montevarchi - AR)

Maria Cristina Pirazzini (Bologna)

Gabriella Ricci (Bari)

Consulenti

Donatella Radini (Trieste)

Ilaria Cantarella (Catania)



AREA PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE

Chairperson

Daniele Grosseto (Rimini)

Co - Chairperson

Antonio Francesco Amico
(Copertino - LE)

Daniele Grosseto

Comitato di Coordinamento

Sara Cocozza (Benevento)

Michele Gabriele (Mazara del Vallo - TP)

Nuccia Morici (Milano)

Andrea Santucci (Perugia)

Consulenti

Francesco Giallauria (Napoli)

Iris Parrini (Torino)



AREA SCOMPENSO CARDIACO

Chairperson

Massimo Iacoviello (Foggia)

Co - Chairperson

Marco Marini (Ancona)

Massimo Iacoviello

Comitato di Coordinamento

Manuela Benvenuto (Teramo)

Leonarda Cassaniti (Catania)

Mauro Gori (Bergamo)

Annamaria Municinò (Sestri Ponente - GE)

Consulenti

Enrico Ammirati (Milano)

Alessandro Navazio (Reggio Emilia)

Medical Writer

Renata De Maria (Milano)

La gestione del paziente con Long Covid è una sfida multidisciplinare e multiprofessionale

Scenari futuri per i team assistenziali: la sindrome da Long Covid

Debolezza muscolare, fatica, difficoltà a respirare, tachicardia, dolore toracico e nebbia mentale sono alcuni dei sintomi persistenti e invalidanti descritti dai pazienti dopo infezione da Covid-19

È una nuova sindrome clinica ancora in corso di definizione che necessita di modelli organizzativi adeguati per la gestione e il trattamento nel lungo periodo

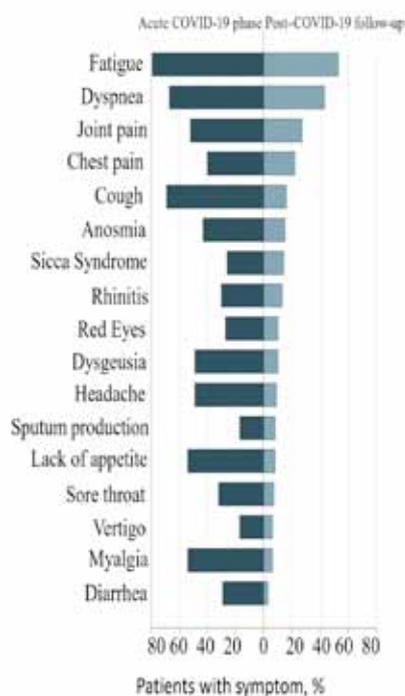


Figura 1 - A. Carfi et al. Persistent Symptoms in Patients After Acute COVID-19. *Jama*, July 9, 2020

Romina 36 anni: “ho avuto il Covid un mese fa, a volte non respiro, il cuore mi batte veloce per salire un solo piano di scale, mi sento stanca”. Marco 42 anni racconta a Renata infermiera dell’ambulatorio cardiologico “sono stato ricoverato per una pericardite da Covid due mesi fa, ma mi sento debole, ho dolori al torace intermittenti e tachicardia, l’ecocardiogramma va bene, ma io sto male”. Maria 79 anni racconta alla Cardiologa i suoi 30 giorni di isolamento a casa, mentre il marito 86 anni era ricoverato per una polmonite interstiziale, dopo due mesi dormono con la luce accesa, hanno paura. Ludovica 15 anni ha avuto il Covid a marzo 2020, chiama spesso la mamma la notte perché le manca l’aria. **“Covid a lungo raggio”**: sui social è iniziata nei primi mesi di pandemia la definizione di questa

nuova sindrome clinica, attraverso lo scambio di informazioni su Twitter di pazienti che sperimentavano sintomi persistenti dopo infezione da Covid-19, dimostrando un decorso più lungo e più complesso della malattia rispetto ai primi report di Wuhan e interrompendo gli schemi tradizionali della gerarchia scientifica. **Long Covid** è stato utilizzato per la prima volta nel maggio 2020 come hashtag su Twitter da Elisa Perego con l’obiettivo di definire la malattia nel contesto della discussione scientifica di riviste peer reviewed. Il termine è diventato rapidamente virale. Uno studio del Policlinico Gemelli ha evidenziato la persistenza di sintomi, in particolare stanchezza e dispnea nell’87.4% dei pazienti guariti da Covid-19 valutati in ambulatorio dedicato (Figura 1). Secondo l’Office for National Statistics circa una persona su 5 sviluppa dopo

La figura infermieristica, professionista integrato del team multidisciplinare, assume un ruolo importante nella gestione del paziente con Long Covid: non solo collabora attivamente nel follow up telefonico e di monitoraggio dei sintomi, ma funge anche da collettore tra i vari specialisti

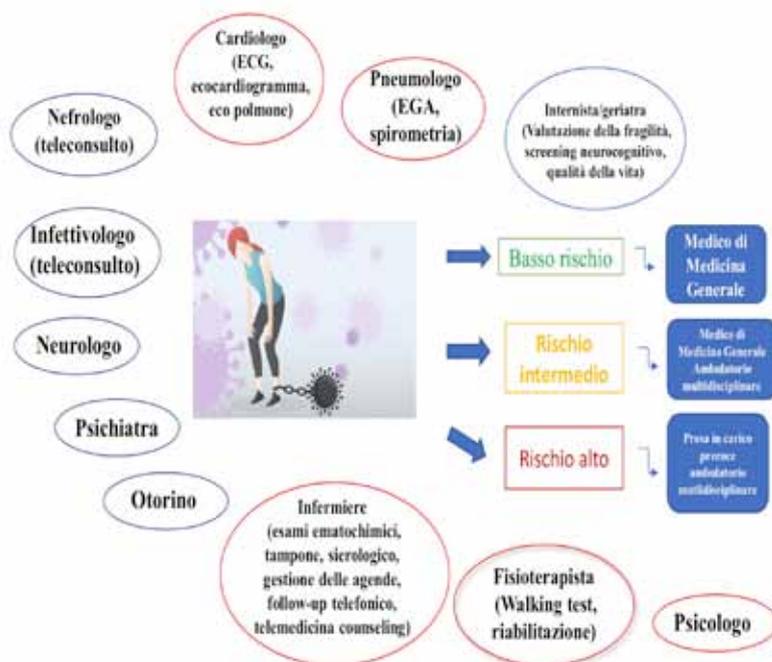


Figura 2 - Follow-up Long-COVID

infezione da Covid sintomi di durata ≥ 5 settimane. Un follow-up di 6 mesi condotto in Cina su 1.733 pazienti ha evidenziato persistenza di sintomi nel 76% dei casi, soprattutto nelle donne (ww.thelancet.com, 2021).

Astenia, debolezza muscolare e insonnia erano i sintomi più comuni, nel 23% dei casi erano presenti ansia e depressione, nel 5% dolore toracico e nel 9% palpitazioni. Recentemente il Long Covid è stato evidenziato anche nei bambini e adolescenti. La fisiopatologia di questa sindrome clinica è ancora sconosciuta, si ipotizzano meccanismi legati alla tempesta citochinica, autoimmuni o la persistenza del virus all'interno delle cellule. Ci sarà verosimilmente un incremento degli accessi in PS di pazienti con dispnea e dolore toracico post-Covid ed è attesa una popolazione di pazienti cronici con una elevata incidenza di cardiopatici, ipertesi, diabetici, obesi e nefropatici.

La valutazione e la presa in carico di questi pazienti diventa fondamentale per determinare la necessità di un percorso riabilitativo e le complicanze nel medio e lungo periodo. La gestione del paziente con Long Covid è una sfida multidisciplinare e multiprofessionale. In prospettiva il paziente Long Covid, indipendentemente dalla specialità a cui afferisce, dovrebbe essere preso in carico in un percorso di collaborazione multidisciplinare per una più corretta diagnosi differenziale e per identificare il trattamento, farmacologico e non, più appropriato (Figura 2).

Alcune esperienze: l'Ospedale Niguarda di Milano, ha attivato un monitoraggio territoriale dei pazienti Covid per la fase acuta e post-acuta: è operante una squadra di infermieri di comunità, con un servizio per la sorveglianza e l'assistenza domiciliare. Il servizio è coordinato

da una centrale di monitoraggio cui fa riferimento anche l'attività di consulenza telefonica per i medici di medicina generale e per quelli delle RSA. **Trieste** da dicembre è stato creato un percorso multiprofessionale di presa in carico di assistiti post-Covid. Gli assistiti sono visitati dal medico infettivologo, in base alle necessità cliniche la persona può essere segnalata al cardiologo, neurologo, fisiatra in accordo con lo pneumologo. Dal punto di vista cardiologico da dicembre 2020 sono stati presi in carico per visita e diagnostica strumentale cardiologica una media di 8 assistiti/

Le azioni programmate e pianificate dall'equipe multidisciplinare sono supportate da sistemi di telemedicina

Covid “a lungo raggio”: sui social è iniziata nei primi mesi di pandemia la definizione di questa nuova sindrome clinica, attraverso lo scambio di informazioni su Twitter di pazienti che sperimentavano sintomi persistenti dopo infezione da Covid-19, dimostrando un decorso più lungo e più complesso della malattia rispetto ai primi report di Wuhan e interrompendo gli schemi tradizionali della gerarchia scientifica

mese. Alcuni assistiti con scompenso cardiaco sono seguiti a domicilio in teleassistenza. **La strutturazione di percorsi dedicati e condotti in equipe multidisciplinare sta prendendo forma** seppur lentamente. Iniziano ad essere pubblicate le prime esperienze di modelli multiprofessionali di gestione del Long Covid sia in ambito ospedaliero che territoriale. Nello studio di Archbald-Pannone, 2020 viene infatti descritto un modello di presa in carico dei pazienti, dove attraverso la consulenza di esperti (pneumologi, cardiologi, infettivologi, geriatri, neurologi), collegamenti e follow up infermieristici con l’ausilio della telemedicina e telemonitoraggio, si ha un controllo più standardizzato e continuativo nel tempo. L’approccio integrato e standardizzato della presa in carico di pazienti post-Covid e il monitoraggio a breve, medio e lungo termine, contribuisce al raggiungimento di importanti esiti clinici e assistenziali: 1) continuità clinico-assistenziale 2) approccio multidisciplinare, centrato sul

paziente, personalizzato, al fine dell’identificazione precoce di esiti fisici, psicologici e neurocognitivi 3) supporto al paziente e ai familiari nella corretta conoscenza del post-Covid. Ed è proprio in questi obiettivi che la figura infermieristica, professionista integrato del team multidisciplinare, assume un ruolo importante: non solo collabora attivamente nel follow up telefonico e di monitoraggio dei sintomi, ma funge anche da collettore tra i vari specialisti, nelle varie consulenze, in riferimento al percorso di cura. Le azioni programmate e pianificate dall’equipe multidisciplinare sono supportate da sistemi di telemonitoraggio nella gestione dei pazienti a domicilio con patologie croniche degenerative. In relazione al monitoraggio domiciliare dei pazienti Covid-19 mediante telemedicina, il Centro Nazionale di Telemedicina dell’ISS, ha redatto un documento dove l’Infermiere viene inserito a tutti gli effetti nel team multidisciplinare per il monitoraggio dei sintomi (Figura 3). ♥

Organization scheme of the telemedicine system

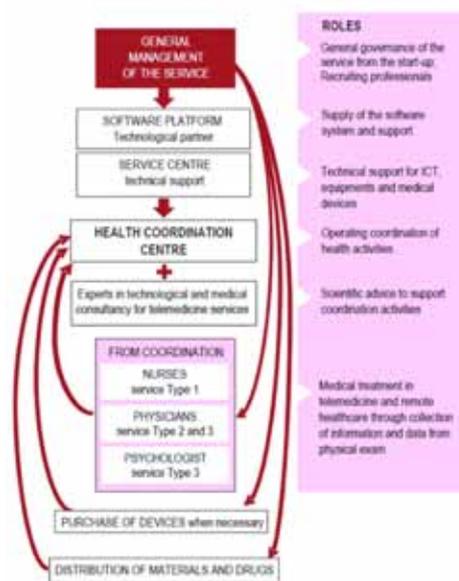


Figura 3 - Interim provisions on telemedicine healthcare services during COVID-19 health emergency. Version of April 13, 2020. Francesco Gabbrielli, Luigi Bertinato, Giuseppe De Filippis, Mauro Bonomini, Maurizio Cipolla 2020, ii, 29 p. Rapporti ISS COVID-19 n. 12/2020

Il Long Covid è una sindrome clinica caratterizzata dalla persistenza di sintomi che coinvolgono l’apparato cardio-respiratorio, muscolare e neuro-psichico dopo la fase acuta dell’infezione da Covid-19

La gestione del paziente con Long Covid richiede un approccio multidisciplinare, un percorso riabilitativo individualizzato e in casi selezionati l’utilizzo di nuovi modelli di teleassistenza



REFERENTI TASK FORCE

CARDIOGERIATRIA

**GIUSEPPE ZUCCALÀ**

Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli - Roma

www.anmco.it/pages/entra-in-anmco/aree-anmco/task-force-cardiogeriatra

CARDIOLOGIA DI GENERE

**DANIELA PAVAN**Ospedale di S. Vito al Tagliamento San Vito al Tagliamento
Pordenonewww.anmco.it/pages/entra-in-anmco/aree-anmco/task-force-cardiologia-di-genero

CARDIOLOGIA PEDIATRICA

**MARIA GIOVANNA RUSSO**Università della Campania "Luigi Vanvitelli", Ospedale Monaldi
Napoliwww.anmco.it/pages/entra-in-anmco/aree-anmco/task-force-cardiologia-pediatria

CARDIOMETABOLICA

**EDOARDO GRONDA**

Policlinico di Milano - Milano

www.anmco.it/pages/entra-in-anmco/aree-anmco/task-force-cardiometabolica

CARDIONCOLOGIA

**IRMA BISCEGLIA**

Ospedale San Camillo - Roma

www.anmco.it/pages/entra-in-anmco/aree-anmco/task-force-cardioncologia

CARDIONEUROLOGIA

**STEFANO STRANO**

Policlinico Umberto I - Roma

www.anmco.it/pages/entra-in-anmco/aree-anmco/task-force-cardioneurologiaRESPONSABILITÀ
PROFESSIONALE E
SICUREZZA DELLE CURE**GIOVANNI GREGORIO**

Ospedale San Luca - Vallo della Lucania (SA)

www.anmco.it/pages/entra-in-anmco/aree-anmco/task-force-responsabilita-professionale

Importanza della transizione dall'età pediatrica all'età adulta per il prosieguo delle cure delle cardiopatie congenite

Cardiopatie congenite: la transizione dall'età pediatrica all'età adulta

La necessità di organizzare la transizione dei cardiopatici congeniti durante l'adolescenza

La transizione dalle cure pediatriche a quelle dell'adulto è definito "spostamento pianificato intenzionale" degli adolescenti e dei giovani adulti con patologie croniche da sistemi di cura incentrati sui bambini a quelli orientati all'adulto. Con la transizione si passa dall'accoglienza e dall'accompagnamento del piccolo paziente e della sua famiglia al rapporto diretto medico-paziente, con aumento delle responsabilità per la propria salute. Con il progresso della diagnosi in epoca precoce e del miglioramento delle procedure chirurgiche, oltre il 90% dei bambini con cardiopatie congenite raggiungerà l'età adulta, per cui la popolazione di adolescenti e di giovani adulti con cardiopatie congenite è in continua crescita. Questa popolazione emergente di "sopravvissuti" ha necessità complesse. Infatti questi pazienti necessitano di cure in centri specialistici; ma, purtroppo, in assenza di programmi

strutturati che si occupano della transizione, c'è spesso un ritardo nelle cure o queste sono inappropriate a causa di un timing errato nel trasferimento dai centri pediatrici a quelli per adulti per le cardiopatie congenite, causando uno stress emotivo sui pazienti, sui familiari e sui sistemi di cura. Infatti, tra il 20 e il 75% circa degli adolescenti e dei giovani adulti interrompe le cure cardiologiche. Si stima che negli Stati Uniti almeno la metà di questi pazienti ha cardiopatie congenite complesse e meno del 30% viene inviato a centri specializzati; solo il 15% dei pazienti che vengono visitati in centri di terzo livello ha cardiopatie congenite complesse. Per tale popolazione in crescente aumento è necessario un processo di transizione ben organizzato e pianificato. Infatti, la perdita del follow-up con l'interruzione delle cure dei cardiopatici congeniti in epoca adulta può predisporre i pazienti ad un riconoscimento tardivo

dei nuovi problemi che possono insorgere. Basti pensare che secondo alcune casistiche un ritardo nelle cure di soli due anni da quando termina il follow-up negli ambulatori di cardiologia pediatrica a quando inizia l'assistenza nei centri per i cardiopatici congeniti adulti è associato ad un incremento di tre volte la necessità di interventi chirurgici o in sala di emodinamica nei 6 mesi successivi. Gli adolescenti con cardiopatie congenite sono a rischio di aumentata morbilità e mortalità cardiaca nei primi anni dell'età adulta e molti richiedono follow-up di lunga durata con cardiologi specializzati ed esperti in cardiopatie congenite. Comunque, la mancanza di conoscenze circa le loro cardiopatie congenite è comune tra gli adolescenti e tra i giovani adulti. Infatti, diversi studi hanno documentato una mancata percezione delle cure e della necessità di dover ricorrere a follow-up cardiologici. Nonostante queste



problematiche, sono pochi i programmi cardiologici pediatrici che forniscono un'organizzazione per la transizione degli adolescenti. Gli obiettivi di un programma di transizione sono quelli di preparare i giovani adulti al trasferimento delle cure, che dovrebbe consentire una continuità nell'assistenza, centrata sul paziente, appropriata per l'età e per lo sviluppo e fornisca capacità nella comunicazione, nelle decisioni e nella cura di se stessi. Questo dovrebbe favorire una maggiore indipendenza medica e personale ed un maggiore controllo della propria salute e dell'impatto psicosociale di queste patologie. Altro obiettivo del programma di transizione è quello di ottimizzare la qualità di vita, l'aspettativa di vita e gli obiettivi futuri dei giovani pazienti. Il primo stadio del processo di transizione è "immaginare il futuro" ed inizia al momento della diagnosi della malattia cronica. Questo comincia con un precoce counseling con i genitori nel considerare le aspettative future per l'istruzione, l'occupazione e la vita indipendente dei loro figli. Così come i pazienti vengono preparati a farsi carico delle crescenti responsabilità della cura della propria salute, così i genitori beneficiano dell'istruzione e del sostegno man mano che condividono gradualmente la responsabilità primaria della gestione sanitaria e poi la cedono ai figli. La conoscenza degli stadi evolutivi dell'adolescenza e l'impatto delle malattie croniche è essenziale affinché la transizione abbia successo. Nell'infanzia il paziente dovrebbe essere maggiormente coinvolto nella discussione riguardo la propria diagnosi, i farmaci che assume e le

limitazioni a svolgere alcune attività fisiche. Nell'adolescenza, bisognerebbe iniziare ad affrontare i temi riguardo i comportamenti rivolti al benessere cardiaco e riguardo il rischio del fumo, alcol e droghe. Consigli riguardo le possibili professioni da svolgere dovrebbero proseguire nelle fasi iniziali dell'età adulta, sottolineando la prognosi a lungo termine e, nelle donne, il

rischio di una eventuale gravidanza. Prima del trasferimento al centro di cardiopatie congenite dell'adulto, bisogna assicurarsi che vengano affrontati gli eventuali problemi medici o chirurgici in corso. Inoltre, bisogna fornire al centro di riferimento che seguirà il paziente una "lettera di trasferimento", che contenga la storia clinica, le informazioni mediche e psicosociali e

La transizione è la coordinazione e la continuità delle cure dall'età pediatrica a quella adolescenziale e dell'adulto. Per i pazienti con cardiopatie congenite, la transizione richiede la preparazione del paziente per il prosieguo delle cure, prevenendo i ritardi che possono predisporre ad outcomes avversi nel lungo termine. Uno dei periodi più vulnerabili è proprio la tarda adolescenza e la iniziale età adulta, periodo di transizione per definizione nei soggetti sani, dove alla crisi adolescenziale si somma la presenza di una malformazione al cuore presente sin dalla nascita. Nonostante i molteplici sforzi documentati dalla numerosa produzione scientifica dell'ultimo decennio, il problema della transizione rimane ancora aperto poiché è difficile passare dalla famiglia all'individuo che sviluppi la capacità di gestire autonomamente i problemi legati alla propria salute e rimanere in continuità di cura

le cure in atto, per un'efficace collaborazione tra gli operatori sanitari, fornendo anche una copia al paziente. La popolazione di adolescenti con cardiopatie congenite è estremamente eterogenea. Alcuni hanno residui e sequele della loro patologia, che possono variare per gravità e per manifestazioni cliniche anche nell'ambito della stessa diagnosi. Per un inquadramento appropriato del paziente con nuovi sintomi o nuove manifestazioni cliniche anche il medico di base deve conoscere la diagnosi, la storia chirurgica e lo stato cardiaco attuale, nonché i farmaci in corso; deve essere a conoscenza dello stato funzionale di base del paziente, delle restrizioni raccomandate e deve avere una comprensione della prognosi cardiaca, in modo da riconoscere i segni o sintomi correlati alla condizione cardiaca e ad un eventuale peggioramento delle condizioni cliniche. Inoltre, i cardiopatici congeniti adulti assumono numerosi farmaci, che vanno considerati anche ai fini delle interazioni farmacologiche (es. warfarin) o degli effetti cardiovascolari (es. allungamento dell'intervallo QT all'ECG). Per alcune cardiopatie congenite è, inoltre, necessaria la profilassi antibiotica dell'endocardite in seguito a procedure odontoiatriche, chirurgiche o procedure non mediche mini-invasive (es. tatuaggi cutanei, piercing cutanei); queste ultime dovrebbero essere sconsigliate. Molti pazienti con cardiopatie congenite sottoposti ad interventi chirurgici correttivi possono avere alterazioni emodinamiche residue. La transizione dovrebbe, quindi,

includere un'educazione dei pazienti riguardo la probabilità di progressione e la possibile necessità di un successivo intervento terapeutico medico, di cateterismo cardiaco o di cardiocirurgia. I pazienti dovrebbero riconoscere sintomi e segni, che suggeriscono un peggioramento del quadro clinico e la necessità di ulteriori valutazioni diagnostiche. Il cardiologo dovrebbe riconoscere gli eventi a rischio embolico, della formazione di trombi all'interno del materiale protesico sintetico o dei patch utilizzati per la chiusura degli shunt sistemico-polmonari, riconoscere la necessità di terapia con agenti antiplastrinici/anticoagulanti e prevenire l'insorgenza di patologie cardiache acquisite (malattie coronariche, valvulopatie e scompenso cardiaco) aldilà della cardiopatia congenita sottostante. Sequele delle cardiopatie congenite includono disordini ematologici, dalla cianosi clinica allo sviluppo di collaterali aorto-polmonari, sovraccarico di volume, o insufficienza ventricolare per shunt intracardiaci ed aritmie. Alcuni interventi chirurgici eseguiti in età pediatrica richiedono in età adolescenziale/adulta un reintervento (impianto di valvole, condotti o pacemaker) o sostituzione di materiale già impiantato a causa del deterioramento di questo o della crescita del paziente. Quindi è necessario pianificare un intervento di transizione per gli adolescenti guidato dai sanitari, che sia incentrato sull'istruzione della loro cardiopatia congenita e sulla capacità di riuscire ad autogestirsi, riconoscendo eventuali nuove problematiche, prevenendo così un'interruzione

nelle cure, che causerebbe un incremento di morbilità e mortalità di questi pazienti. Il modello ideale prevede l'istituzione di un ambulatorio della transizione a cui possono afferire bambini cardiopatici congeniti dai 12 anni fino a 16 anni accompagnati dai genitori. Nell'ambulatorio deve esserci la compresenza di un cardiologo pediatra ed un cardiologo esperto in cardiopatie congenite dell'adulto, di un infermiere/a della transizione e di un counselor o di uno psicologo/a che possa fornire il supporto necessario alle famiglie dei nostri pazienti in un periodo così cruciale della loro vita. In questo modo il passaggio dall'età pediatrica all'età adulta avviene gradualmente e viene vissuto come un percorso unico in continuità di cure sia strettamente cliniche che relazionali con lo scopo di migliorare gli standard assistenziali e l'aderenza alle terapie. ♥

Bibliografia

- 1) Sable C, Foster E, Uzark K, et al. Best practices in managing transition to adulthood for adolescents with congenital heart disease: the transition process and medical and psychosocial issues: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation* 2011;123:1454-1485.
- 2) Mackie AS, Rempel GR, Kovacs AH, et al. Transition intervention for adolescents with congenital heart disease. *JACC* 2018;71:1768-1777.
- 3) Gerardin J, Raskind-Hood C, Rodriguez FH, et al. Lost in the system? Transfer to adult congenital heart disease care – challenges and solutions. *Congenit Heart Dis.* 2019;14:541-548.
- 4) Landzberg MJ, Gurvitz M. Transition education, *JACC* 2018;71:1778-1780.



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

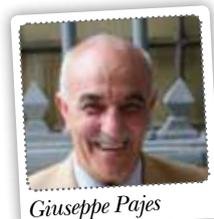
Consiglieri

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

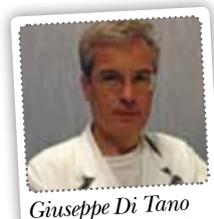
Alfredo Madrid - Napoli

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 - Milano

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
 Umberto Berrettini - Camerino (MC)
 Giovanni Bersigotti - Pesaro
 Alessandro D'Alfonso - Ancona
 Fabio Gemelli - Camerino (MC)
 Christos Katsanos - Macerata
 Stefano Moretti - Ancona
 Josephine Staine - Jesi (AN)



Marina Angela Viccione

MOLISE

Presidente

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



Federico Nardi

PIEMONTE E VALLE D'AOSTA

Presidente

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



Massimo Grimaldi

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)



Marco Corda

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



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
 Gabriele Grippo - Prato
 Alessandro Iadanza - Siena
 Stefano Lunghetti - Siena
 Luca Segreti - Pisa
 Carlotta Sorini Dini - Siena



Edoardo Bonsante

TRENTINO ALTO ADIGE

Presidente

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



Gianfranco Alunni

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)



Sakis Themistoclakis

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)



Bruno da Longobucco

Orgoglio di Calabria



Busto di Bruno di Longobucco

Figura poco nota, benchè sia stato uno dei più eminenti chirurghi del Medioevo, profondo conoscitore delle dottrine mediche greche, latine e arabe e prosecutore della chirurgia praticata da Democede di Crotone e da Filistione di Locri, innovatore in ambito delle tecniche chirurgiche, Bruno da Longobucco, nacque nei primi anni del sec. XIII

in un piccolo comune delle Terre Jonico-Silane, in provincia di Cosenza, Longobucco, come si evince dalle sue stesse rivendicazioni dei natali calabresi nella sua più famosa opera, *Chirurgia Magna*: «*Ego Brunus gente Calaber patria Longoburgensis...*», che chiariscono in maniera inconfutabile gli equivoci sulla città di origine secondo cui potrebbe essere confuso

con il chirurgo fiorentino Bruno (secondo Domenico Bandini) o Buono (secondo Filippo Villani) padre del famoso Dino del Garbo. Inoltre come chiarito da Tiraboschi, non vi sarebbe corrispondenza cronologica dato che Buono avrebbe vissuto negli ultimi anni del Duecento e nei primi del Trecento, mentre Bruno, come sostenuto dallo storico Russo, suo bibliografo, era nato all'inizio del Duecento, dato supportato dal suo stesso trattato, *Chirurgia Magna*, scritto nel gennaio del 1253, frutto della maturità e dell'esperienza del medico, verosimilmente scritto tra i quaranta ed i cinquanta anni di età. Relativamente agli studi, secondo Salvatore De Renzi, Bruno sarebbe appartenuto alla Scuola Medica Salernitana la quale incise molto nei suoi operati, mentre le fonti che lo collocavano nello Studio Napoletano sono state totalmente smentite dal Russo. Frequentò a Bologna la scuola di Ugo Borgognoni da Lucca, divenendo allievo impareggiabile, fino a superarlo tanto che il De Renzi, scrive: «*E forse neppure il suo nome [Ugone] sarebbe arrivato a' posteriori ove non fosse surto altro uomo, che veniva a congiungere insieme le dottrine degli antichi e l'efficace chirurgia de' moderni. Quest'uomo fu Bruno da Longobucco. Calabrese dotto e intraprendente*». Nel 1222, si trasferì a Padova dove contribuì alla fondazione dell'Università divenendo il primo



La statua di Bruno di Longobucco - Longobucco (Cosenza)

docente di chirurgia e uno dei professori fondatori della facoltà di medicina. Ottenuta l'autorità dello status di Magister, titolare di una delle tre cattedre di medicina, divenne l'esponente principale di una corrente di chirurgia medica di matrice greco-araba, fortemente innovativa che viene messa in luce dai suoi principali scritti, la *Chirurgia Magna*, e la *Chirurgia Parva* o *Minor*. Svolsse inoltre l'attività di docenza a Verona. Il Russo ne fissa la morte nel 1286. In controcorrente con la visione medioevale del chirurgo, professione non ritenuta meritevole di rispetto poiché esercitata più dal chirurgo-barbiere, dal cavadenti, dal flebotomo o dal cerusico, Bruno da Longobucco si pose invece come uno dei promotori della branca chirurgica tanto da far assurgere la chirurgia al ruolo di "nobile compagna della medicina". La *Chirurgia Magna*, sua opera principale, in due tomi da 20 capitoli ciascuno, suscitò grande



Un salasso ritratto nel capolettura di un manoscritto medioevale

scalpore tanto da essere considerata per tutto il Medioevo uno dei sacri testi della medicina, contenendo oltre a nozioni di anatomia umana, anche elementi su interventi e tecniche chirurgiche per quei tempi sperimentali sulla terapia delle fistole anali e sulla castrazione degli uomini. Il trattato, tradotto in ebraico e in latino ebbe infatti un'ampia diffusione tanto da essere considerato come testo di riferimento, nei primi decenni del '300, anche nella grande scuola medica di Montpellier, in Francia, sede di una tradizione che rivaleggiava con quella della Scuola Medica Salernitana, fino ad essere imposto nel 1406 dall'Università di Bologna tra le opere obbligatorie per conseguire la laurea in medicina. La *Chirurgia Parva*, composta da ventitré brevi capitoli, fu scritta come compendio del testo maggiore e tradotta in italiano, francese, tedesco ed ebraico. Le altre opere (*Capitoli del Bruno della utilità*

delli chauteri; Cura delle postieme tracta dal Bruno, Bruni Tractatus de apostematibus; Capitolo del Bruno della compositione del corpo de l'omo; Bruni medicamenta varia; De utilitate sequentium medicamentorum; Impiastri e ricette varie; Del fluxu del ventre; Bruni... materia medica; Sententia Bruni de egretudinibus oculorum) rivestono minore importanza. Bruno da Longobucco introdusse le tecniche di drenaggio dei fluidi dalle cavità sierose e degli edemi localizzati mediante puntura e successiva aspirazione dei liquidi e fu ideatore di originali tecniche di sutura con l'ausilio di particolari aghi, con budello di animale, con fili di seta o cotone, cimentandosi per primo nell'intervento chirurgico di cataratta. Grazie al cospicuo apporto dato alla scienza medica da Bruno da Longobucco la sua figura entra a pieno titolo nella storia della medicina e viene tramandata ai posteri come orgoglio di Calabria. ♥



Cardioncologia L'unione di una Regione: nasce la Rete Cardio-Oncologica Marchigiana

L'identificazione precoce dei pazienti a rischio di sviluppare disfunzione cardiaca è l'obiettivo principale sia per il Cardiologo che per l'Oncologo

Negli ultimi anni si sono avuti significativi progressi nel campo del trattamento del paziente oncologico soprattutto in termini di sopravvivenza, tutto ciò non senza risvolti negativi se si considerano gli effetti collaterali a carico del sistema cardiovascolare. Abbiamo imparato quanto lo **sviluppo della cardiotoxicità** sia un fattore limitante l'utilizzo di terapia antineoplastica e questo ha di certo un forte impatto sulla qualità della vita e sulla sopravvivenza di tali pazienti. Pur trattando da sempre, in qualità di Cardiologi, pazienti oncologici è da pochi anni che abbiamo iniziato a condividere il paziente neoplastico con l'oncologo attraverso un percorso condiviso. È nata l'esigenza, dalla sensibilità dei Cardiologi, di poter istituire un ambulatorio Cardio-Oncologico nell'ottica di un miglioramento globale dell'assistenza al paziente oncologico attraverso un percorso condiviso tra Oncologo e Cardiologo. La condivisione delle informazioni tra



i due specialisti è fondamentale per poter mettere a punto un programma terapeutico oncologico.

L'ambulatorio Cardio-Oncologico nasce con il fine di poter stratificare pazienti, identificando quelli ad alto, medio e basso rischio di sviluppo di

cardiotoxicità e nello stesso tempo ha il fine di identificare per ciascun paziente, precocemente, un danno subclinico al fine di attuare, quanto più tempestivamente un trattamento capace di "schermare" e proteggere il cuore, da un danno conclamato.

L'ambulatorio Cardioncologico ha il fine di identificare il rischio di sviluppo di cardiotoxicità e il possibile danno subclinico per istaurare un trattamento cardioprotettivo. Necessaria la presenza di un percorso condiviso tra Cardiologo e Oncologo con protocollo unico condiviso tra le Cardiologie e adattato alle diverse realtà ospedaliere

Identificare precocemente

significa agire prima che ci sia la manifestazione clinica.

Compito del Cardiologo è quello di permettere all'Oncologo di massimizzare il trattamento chemioterapico mentre la sua parte è quella di minimizzare, per quanto possibile, il rischio cardiaco attraverso l'ottimizzazione della terapia cardiologica, prima e durante la chemioterapia; potenziando la terapia di una cardiopatia nota, introducendola per il trattamento dei fattori di rischio CV di nuovo

Lo sviluppo della cardiotoxicità è un fattore limitante l'utilizzo di terapia antineoplastica

riscontro; inoltre fondamentale è lo studio attento di pazienti già precedentemente trattati con terapie antitumorali e come tali ad alto rischio.

Occupandomi di Cardioncologia da molti anni, un anno fa circa, ho voluto unire le forze di diverse Cardiologie Marchigiane in modo da poter creare un gruppo Cardio-Oncologico; un gruppo che potesse essere guidato, nella propria pratica ambulatoriale, da un **protocollo unico e condiviso** (approvato ANMCO) ovviamente adattato alle esigenze

e realtà di ogni singola struttura ospedaliera. L'idea è stata accolta dai miei colleghi con entusiasmo, e questo sentimento è stato alla base dei nostri incontri periodici dove la discussione costruttiva è stato un elemento prezioso di crescita. È nato così il gruppo **Cardio-Oncologico Marche** (Tabelle 1 e 2). Il fine è quello di poter avere una stessa linea di condotta nella valutazione e nel follow-up del paziente così complesso come quello oncologico, non solo, ma anche di poter creare un database comune da cui attingere informazioni utili.

La Rete Cardio-Oncologica

Marchigiana ha stretta relazione anche con il territorio attraverso la informazione dei Medici di Medicina Generale al fine di attenzionare quei pazienti liberi da malattia, ma con necessità di controlli cardiologici a distanza. I controlli nel paziente guarito vanno certamente eseguiti per lungo tempo non sapendo, allo stato attuale, quando tali pazienti si possano ritenere liberi da eventi cardiovascolari. Anche in questo pesante periodo pandemico il nostro lavoro ambulatoriale cardioncologico non si è mai fermato. Lavoriamo nei nostri ambulatori affinché ogni paziente oncologico possa portare a termine il proprio programma terapeutico non dimenticando che l'evento

cardiovascolare è "in potenza" mentre la patologia neoplastica è per loro "realtà". Nei nostri ambulatori il paziente oncologico viene valutato al **tempo zero** prima di intraprendere chemioterapia, **in corso** di trattamento, qualora dovessero presentarsi problematiche specifiche, **al termine** del programma terapeutico (nei casi metastatici si attua un controllo cadenziate in base al tipo di antineoplastico somministrato e alla potenzialità sua di cardiotoxicità). Il paziente è sottoposto al tempo zero e nei

Il paziente oncologico deve portare a termine il proprio programma terapeutico

successivi controlli ad ECG basale, ecocardiografia (basale e attraverso metodica di speckle tracking-GLS), dosaggio troponina (per terapia con antitumorali - trastuzumab e immunoterapia). Si attua uno stretto controllo dei fattori di rischio, controllo delle patologie cardiache preesistenti, ma anche e soprattutto si istaura (con il consenso del paziente) una terapia cardioattiva lì dove dovesse essere evidenziato un danno subclinico grazie alla combinazione di GLs e cTnT: due metodi non invasivi e affidabili nel prevedere la possibile

disfunzione cardiaca in pazienti trattati con chemioterapia. I controlli seguono uno schema diverso in base alla classe di “farmaci antineoplastici” utilizzati, ma sempre standardizzato. L'identificazione precoce dei pazienti a rischio di sviluppare disfunzione cardiaca è l'obiettivo principale sia per il Cardiologo che per l'Oncologo, in modo da intraprendere un programma terapeutico antineoplastico quanto più personalizzato ed avere una pianificazione di un più stretto monitoraggio della funzione cardiaca e la introduzione, dove indicata, in fase precoce di una terapia cardiologica di supporto e preventiva.

Ad oggi è molto bassa, per la nostra esperienza, la percentuale di pazienti che hanno dovuto sospendere in modo definitivo il trattamento oncologico per cardiotossicità. La **Cardioncologia è una disciplina ancora in “fieri”**, ad oggi priva di vere linee guida quindi c'è ancora molto da scoprire e migliorare, ma siamo certi che la crescita nella nostra pratica clinica-diagnostica e terapeutica possa derivare dalla collaborazione oltre che dal fervido confronto di diverse idee, senza mai dimenticare che il nostro agire non si discosta mai da un unico fine quello di dare ad ogni singolo paziente un adeguato percorso e trattamento. ♥

Identificare precocemente possibili danni da cardiotossicità e farlo attraverso un protocollo unico condiviso nelle diverse realtà ospedaliere marchigiane

Incidenza Tumori Totale M (aa 2014)

TERRITORIO	CASI
Ancona	5519
Ascoli P.	2137
Fermo	1824
Macerata	3801
Pesaro-Urbino	4046
Regione Marche	17327

Incidenza Tumori Totali F (aa 2014)

TERRITORIO	CASI
Ancona	4549
Ascoli P.	1774
Fermo	1416
Macerata	2940
Pesaro-Urbino	3367
Regione Marche	14046

Rete Cardio-Oncologica Marchigiana

Josephine Staine UO Cardiologia - UTIC C. Urbani-Jesi; Miriam Mariotti UO Cardiologia UTIC Fabriano; Annalisa Lamari AORMN Pesaro; Paolo Volpe UO Cardiologia Senigallia; Marco Flori UOC Cardiologia UTIC Urbino; Elisabetta Pettinelli Cardiologia UTIC Civitanova Marche; Marco Marchesini UO Cardiologia Fano - Marche Nord; Erika Baiocco UOC Cardiologia - UTIC Macerata; Matteo Fiorini UO Cardiologia Camerino; Anna Patrignani UTIC Cardiologia Senigallia; Irene Giannini UO Cardiologia di Camerino; Germana Gizzi UO Cardiologia UTIC San Benedetto del Tronto; Federico Guerra Clinica di Cardiologia ed Aritmologia Ospedali Riuniti Umberto I - Lancisi-Salesi - Università Politecnica delle Marche



Migliorare l'aderenza attraverso la comunicazione centrata sul paziente



La storia di Marco

Marco, cinquantaduenne, sposato e con una figlia ventenne, è un rappresentante di un'importante azienda di abbigliamento per la quale è spesso in viaggio anche della durata di alcuni giorni. Affetto da SCA, ricoverato e sottoposto con successo a PTCA, è ricevuto dal giovane cardiologo che gli consegna la lettera di dimissione per il suo medico, elencando dettagliatamente la terapia che deve assumere e quando dovrà tornare a controllo.

Il medico gli indica lo stile di vita più appropriato, sottolineando la necessità di abbandonare del tutto l'abitudine tabagica e di iniziare un'attività fisica moderata, incoraggiandolo a svolgere tra 30 e 60 minuti di attività fisica aerobica preferibilmente tutti i giorni. Quanto all'alimentazione, il cardiologo sottolinea l'importanza di inserire ad ogni pasto principale una porzione di cereali e derivati (pane, pasta, riso, mais), privilegiando prodotti integrali e a ridotto contenuto in grassi e di

ricordarsi di non far mai mancare 2 o più porzioni tra verdura e frutta, per un totale di 4-5 porzioni al giorno, dando la preferenza a prodotti di stagione, limitando il consumo di prodotti di origine animale quali carne rossa, affettati e insaccati a 2-3 volte al mese.¹

Marco esce con la seguente terapia: Betabloccante 1\2 x 2, Aceinibitore 1 x 2, Antiaggregante P2Y12 1 x 2, ASA 1, IPP 1, Statina ad alta efficacia 1, Acidi grassi polinsaturi 1, Allopurinolo 1\2. Marco, dopo il

colloquio con il cardiologo che si è protratto per una ventina di minuti, felice di poter tornare a casa, entra in auto guidata una volta tanto dalla moglie; tuttavia dopo qualche km i dubbi cominciano a farsi insistenti: *Silvana, dice alla moglie, per l'alimentazione ci pensi tu eh?! Poi dopo quando sarò fuori a lavorare, mi darò una regolata.*

Ma quante compresse devo prendere al giorno? Hai sentito? 10, 11 al giorno roba da matti!

Io che prendevo solo quella per lo stomaco al mattino per il rigurgito... Col lavoro che faccio me ne scorderò sicuramente qualcuna. Comunque il colesterolo è a 200 e non è per niente alto. Ti ricordi che ne ho avuto di più e il dottore mi aveva detto che bastava la dieta e camminare. Poi tutti dicono che ora ho tutti i vasi aperti e sto meglio di prima.

Poi ti ricordi Gianni che, dopo che ha preso la medicina per il colesterolo, non riusciva a camminare per i dolori... Col cavolo che la prendo io.

Non fare il bambino, risponde la moglie, non sei ancora tornato a casa e già vuoi fare come ti pare! Già ti sei scordato la paura quando ti ha preso il dolore al petto? Devi prendere tutto ciò che ti ha detto il dottore e vedi che se ti trovo con una sigaretta in mano...

Aho, non scherziamo! Lo sai che non si può smettere di fumare immediatamente! Anche quel medico più anziano e che capisce ha detto che va bene anche ridurre il numero a poche al giorno. Dai per il colesterolo ci pensi tu con la dieta e per le sigarette ti assicuro che saranno poche poche.

Fai un po' come ti pare, ma poi se ti riprende il dolore davanti, lo chiami tu il 118!

Dopo una decina di giorni, Marco ritorna in ufficio: si sente debole,

va in farmacia: la PA è 115/80 la frequenza cardiaca è 50.

Ecco perché non mi reggo in piedi. Ho la pressione troppo bassa. La prossima settimana voglio andare dal dottore così me la misura, intanto qual era la medicina per la pressione? Prende l'aceinibitore in mano questo è meglio che non lo prendo più altrimenti mi ammazza.

Marco riprende a lavorare e non assume regolarmente i farmaci, soprattutto quelli previsti all'ora di pranzo e alla sera quelle volte che è a cena di lavoro.

Una mancata aderenza

La storia appena letta evidenzia il rischio che Marco vada incontro alla causa più frequente di insuccesso terapeutico: quella di una scarsa aderenza al piano di cura. La storia è tanto più interessante in quanto il giovane cardiologo ha fornito le informazioni necessarie nella gestione di una fase post acuta di una sindrome coronarica, eppure Marco sembra disattendere le indicazioni impartite con le possibili ricadute negative negli esiti della cura.² Può essere utile, quindi, riflettere sulle cause della mancata aderenza, per delineare un approccio comunicativo che possa migliorare l'adesione di Marco al piano terapeutico. Donald Meichenbaum, nel suo testo seminale sull'aderenza, pone il termine in contrasto con quello di compliance e lo utilizza per indicare un più attivo e volontario coinvolgimento del paziente in un comportamento mutualmente accettato per condurre ad un risultato terapeutico o di prevenzione.³ Nel 2003 la WHO definisce l'aderenza come la misura in cui il comportamento di una persona, l'assunzione di farmaci,

il seguire una dieta, e / o attuare cambiamenti nello stile di vita, corrisponde alle raccomandazioni concordate da un professionista della salute.⁴ Una scarsa aderenza può essere *intenzionale* come nella storia di Marco o *non intenzionale* quando, per motivi legati ad una ridotta alfabetizzazione sanitaria (*Health Literacy*) o a problematiche del sistema sociosanitario, la persona non è in grado di seguire il piano terapeutico proposto. Nell'ambito strettamente farmacologico, l'aderenza può essere misurata, come la percentuale di pillole che il paziente assume secondo le modalità prescritte. Per convenzione, l'aderenza ai farmaci cardiovascolari si definisce adeguata secondo il cut off dell'80%. Rispetto alla variabile tempo, i pazienti sono classificati come non aderenti se interrompono un farmaco prima di un certo limite temporale mentre il termine *persistenza* nel trattamento cronico, che traduce lo *stay on therapy* anglosassone, indica per quanto tempo il paziente rimane nell'alveo delle indicazioni terapeutiche. Per *non aderenza primaria* si intende una situazione in cui il paziente sospende l'assunzione di un farmaco prima ancora di esaurire la prima prescrizione, o addirittura prima ancora della prima assunzione.⁵ Prima di ogni riflessione, è necessario comprendere come la storia di Marco non rappresenti affatto un'eccezione tra i comportamenti di coloro che sono dimessi dopo una sindrome coronarica acuta. La non aderenza al trattamento è un evento comune nei pazienti affetti da patologie cardiovascolari e non solo tra i pazienti, ma anche tra i

professionisti della salute che solo nel 79% dichiarano una buona aderenza terapeutica.⁶ Circa il 24% dei pazienti dopo il ricovero per un IMA non aderiscono completamente alla terapia dopo 7 giorni dalla dimissione.⁷ Tra i pazienti dimessi con aspirina, statina, beta bloccanti il 34% sospende almeno un farmaco e il 12% tutti e tre dopo un mese dalla dimissione.⁸ Per quanto riguarda la non aderenza primaria, una recente metanalisi per quattro dei più comuni farmaci per malattie croniche: antipertensivi, agenti ipolipemizzanti. Ipoiplicemizzanti e antidepressivi ha rilevato come il tasso aggregato fosse del 14,6%.⁹ In media, quindi, 15 su 100 terapie prescritte per malattie o condizioni croniche non sono iniziate dai pazienti.

Un approccio comunicativo orientato alla persona

Il paziente persiste nella terapia o la interrompe per tre principali ragioni: è convinto o no dell'importanza del farmaco, ha paura che il farmaco potrà essere più dannoso che utile, oppure, soprattutto in alcuni sistemi sanitari, ritiene che costi troppo.¹⁰ È importante considerare che la non aderenza rappresenta, nella maggior parte dei casi, un comportamento razionale guidato dalle credenze del paziente sul suo trattamento, sulle idee in merito alla malattia, alla prognosi e correlato con le esperienze acquisite nel corso della terapia e nel vissuto della malattia. Da questo punto di vista, quindi il momento della comunicazione diviene decisivo per migliorare l'aderenza al trattamento, tuttavia è necessario sottolineare come l'obiettivo preliminare di ogni conversazione che intenda incrementare l'aderenza non sia quello di fornire le

informazioni necessarie per il caso, ma di orientarsi verso la persona, verificando la cosiddetta *triade della scelta* ed intercettando le eventuali *false credenze* che ostacolano la corretta assunzione della terapia proposta. Con *triade della scelta* si intende che le medicine si assumono quando il paziente:

- 1) comprende che c'è qualcosa che non va e che si intende risolvere;
- 2) pensa che il farmaco possa agire verso il problema che si è compreso;
- 3) pensa che il rapporto pro e contro dell'assunzione del farmaco sia a favore dei pro.¹¹

Comunicare al paziente l'insieme delle informazioni che supportano l'assistenza della fase post acuta di una SCA senza verificare la triade della scelta, né tentare di intercettare false credenze in merito al trattamento, può essere del tutto futile, considerato anche che la capacità di ricordare le informazioni mediche può variare dal 40 all'80% a seconda dei casi.¹² Si tratta, dunque, di iniziare la comunicazione determinando *l'agenda del paziente* che, come è stata delineata nell'articolo precedente,¹³ si sviluppa nelle dimensioni del contesto, idee e interpretazioni, aspettative, desideri e sentimenti, mettendosi in dialogo con tale agenda con l'obiettivo della *concordanza* del piano di cura che rappresenta il fine di ogni visita medica. Tanto più si raggiunge una concordanza tanto più elevata sarà l'aderenza intenzionale e la persistenza al piano di cura concordato. Se si torna alla storia di Marco e si analizza l'agenda, è facile comprendere come il *contesto* possa già predire la possibilità di una scarsa aderenza. Il lavoro di rappresentante, la scarsa esperienza con una politerapia sono tutti fattori che dovrebbero essere analizzati in sede

di dimissione e far parte della ricerca di una concordanza possibile sul piano di cura. Inoltre, l'ascolto attivo dell'agenda avrebbe fatto emergere alcune *false credenze* che hanno determinato in gran parte la mancata aderenza alla terapia. Tra le false credenze, che hanno condotto Marco a non iniziare o a interrompere la terapia, troviamo l'idea che, dopo aver essere stato sottoposto a PTCA, il problema sia stato risolto (punto 1 della triade), che il valore di 200 di colesterolo non rappresenta un rischio tale da assumere un farmaco (punti 1 e 2 della triade) che la statina impedisce alla muscolatura di camminare (punto 3 della triade), che l'aceinibitore abbassa troppo la PA e la frequenza cardiaca (punto 3 della triade). Ponendo la triade della scelta come punto pratico di riferimento della comunicazione tra cardiologo e paziente prima della dimissione, emerge che l'aderenza di Marco sarà tanto più elevata quanto sarà consapevole dei rischi che corre, pur essendo stato trattato (punto 1) che i farmaci consigliati hanno tutti mostrato la loro efficacia per ridurre tali rischi (punto 2) e che attraverso la relazione con i curanti il profilo favorevole delle terapie potrà essere mantenuto (punto 3). Far emergere false credenze, durante la sessione di spiegazione e pianificazione di una visita medica, attraverso *l'ascolto attivo dell'agenda del paziente*, permette individuare le idee e i dubbi di Marco che influiscono negativamente nella triade della scelta. Una volta fatta emergere la credenza, il cardiologo, può facilmente utilizzare una skill a tre gradini in grado di correggere le idee errate del paziente che si dipana in: 1 far emergere la credenza; 2 legittimare l'idea del paziente; 3 spiegare. Dopo che la credenza è emersa (primo

gradino), il medico, in modo non giudicante, potrà accettarla, seppure senza condividerla. L'accettazione della credenza riferita dal paziente serve a legittimare il fatto che una persona può avere idee o aspettative senza che si debba sentire svalutato o svilto per una loro possibile falsità. Una mancata legittimazione incide negativamente sul processo comunicativo erigendo, a volte, un muro al di là del quale il paziente rimane con le proprie idee, mentre l'accettazione permette al medico di utilizzare il terzo step della tecnica contro le false credenze, infatti, dopo aver fatto emergere la credenza e legittimato il paziente, è possibile fornire una spiegazione che ora può avere più probabilità di essere accolta. Ad esempio durante l'incontro con Marco parlando della terapia.

Cardiologo *Poi le proponiamo un farmaco che abbassa il suo colesterolo che attualmente è 200. Come si è comportato in passato con i valori del colesterolo? (domanda aperta ponendosi nella modalità di ascolto attivo).*

Marco *Bè ricordo che ho avuto valori più alti, mi pare sino a 240, 250 e il dottore mi aveva detto che bastava la dieta e camminare. Non è, dottore, che questo farmaco fa venire i dolori alle gambe? Un mio amico che lo prendeva non riusciva più a camminare e ha dovuto smetterlo.*

Cardiologo *Molte persone ritengono che valori di 200 non siano alti, soprattutto per chi come lei che in passato ha presentato valori maggiori, (legittimazione e accettazione della credenza), tuttavia... (ora è il momento di una spiegazione scientifica effettuata tramite un linguaggio non gergale). Inoltre, mi rendo conto come, soprattutto con il suo lavoro, possa essere preoccupato della possibilità di dolori ai muscoli delle gambe (legittimazione ed approccio empatico), tuttavia... (spiegazione*

scientifica con linguaggio non gergale della improbabilità dell'effetto collaterale e di ciò che si potrà fare nel caso si presentasse).

In questo semplice esempio, all'interno della skill a tre gradini della gestione di una falsa credenza, erano presenti altre skill come l'uso di *domande aperte, l'ascolto attivo* e un *approccio empatico* che sono caratteristiche della comunicazione orientata alla persona e che potrebbero essere oggetto di un ulteriore articolo, orientato alla pratica della comunicazione per migliorare l'aderenza.

Infine, per il cardiologo, l'approccio narrativo orientato alla persona non deve essere considerato una novità, in quanto, nella sua essenza, si trova già inserito *nelle linee guida europee 2016 sulla prevenzione delle malattie cardiovascolari nella pratica clinica*. Ad esempio, tra i principi di una comunicazione efficace per facilitare le modifiche del comportamento¹⁴, troviamo:

- Riconoscere il punto di vista dell'assistito nei confronti della sua malattia e dei fattori che vi hanno contribuito.
- Incoraggiare l'esternazione dei suoi timori, ansie o preoccupazioni e delle proprie motivazioni alla base del cambiamento comportamentale e le probabilità di successo.

Questi punti non sono altro che l'indicazione a porre l'agenda del paziente al centro della comunicazione e a tenere in considerazione la triade della scelta ogni qualvolta si ricerchi la concordanza sul piano di cura. ♥

Note

1 - Greco C. et al., Documento ANMCO/ GICR-IACPR/ GISE L'organizzazione dell'assistenza nella fase post-acute delle sindromi coronariche, *G. It Cardiol vol 15 suppl 1 n1 2014, 3s-26s*.

- 2 - Ho P.M., Bryson, C.L., Rumsfeld J.S., *Medication Adherence Its Importance in Cardiovascular Outcomes, Circulation, June 16, 2009, 3028-3035.*
- 3 - Meichenbaum D and Turk DC. *Facilitating Treatment Adherence: A Practitioner's Guidebook*. New York: Plenum Press, 1987 20.
- 4 - WHO, *Adherence to long-term therapies, Evidence for action. 2003*
- 5 - Volpe M., Degli Esposti L., Romeo F., Trimarco B., Bovenzi FM., Mastrocinquino V., Battistoni A., *Il ruolo dell'aderenza al trattamento farmacologico nella terapia cronica delle malattie cardiovascolari: documento intersocietario di consenso G ITAL CARDIOL | VOL 15 | SUPPL 1 AL N 10 2014*
- 6 - Corda RS, Burke HB, Horowitz HW. *Adherence to prescription medicines among medical professionals. South Med J 2000; 93:585-589*
- 7 - Jacekiewicz CA, Li P, Tu JV. *Prevalence, predictors, and outcomes of primary nonadherence after acute myocardial infarction. Circulation. 2008;117:1028-1036*
- 8 - Ho PM, Spertus JA, Masoudi FA, Reid KJ, Peterson ED, Magid DJ, Krumholz HM, Rumsfeld JS. *Impact of medication therapy discontinuation on mortality after myocardial infarction. Arch Intern Med. 2006; 166:1842-1847*
- 9 - Lemstra M., Nwankwo ., Bird Y, Moraros J., *primary nonadherence to chronic disease medications: a meta analysis, Patient Prefer Adherence 2018; 12: 721-731*
- 10 - Mc Horney CA. *the adherence estimator: a brief, proximal screener for patient propensity to adhere to prescription medications for chronic disease. Curr Med Res Opi. 2009; 25(1) 215-238*
- 11 - Shea S. C., *The Medication interest Model, how to talk with patients about their medications, (2nd edition) Wolters Kluwer 2019*
- 12 - Visser L NC., *The value of physicians' affect-oriented communication for patients' recall of information PEC 100 2017 2116-2020*
- 13 - Marinelli M., *La comunicazione centrata sul paziente (parte seconda), Cardiologia negli Ospedali, 2019 232, 82*
- 14 - Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, et al. *2016 European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts). Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation. Eur Heart J 2016;37:2315-81*

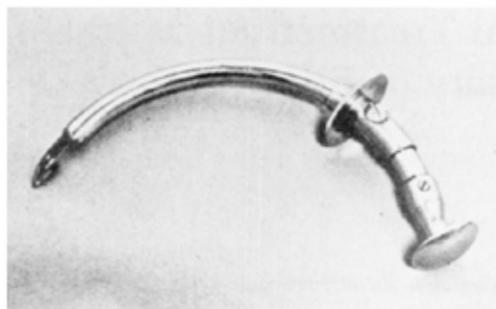
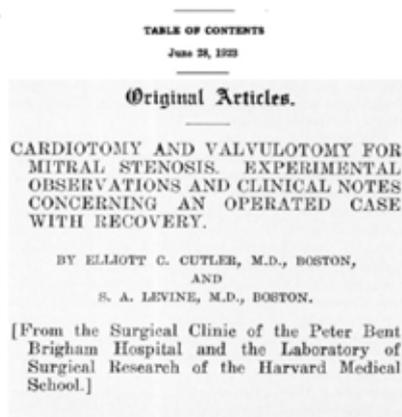


Piccola storia della medicina cardiovascolare

Il cuore negli anni Venti (1921-1930)

I ruggenti anni Venti, che naufragano nella Grande Depressione

The Boston Medical and Surgical Journal



Cardiovalvulotome, 1924

In questi anni proseguono i grandi progressi in ambito biochimico. Nel 1921 Mellanby scopre la vitamina D. Nel 1922 Howell ottiene l'eparina, la cui struttura sarà chiarita dallo svedese Jorpes. Nel 1926 Harrington precisa la formula della tiroxina. Nel 1928 Szent Györgyi isola la vitamina C. Nello stesso anno la Commissione per l'Igiene della Società delle Nazioni denomina ufficialmente i gruppi sanguigni in O, A, B e AB. Nel 1929 Dam e MacFarlane identificano la vitamina K (da Koagulation) e nel 1930 Tillet e Francis la Proteina C Reattiva. Non meno importanti sono le innovazioni in campo diagnostico. Nel 1923 Svedberg costruisce la

prima ultracentrifuga. Nel 1928 viene costruito il Coagulometro di Brodie: una peretta di gomma fa oscillare, in camera chiusa, una goccia di sangue, amplificata da una lente. Nel 1930 viene messa a punto l'elettroforesi e Ruska costruisce il primo microscopio elettronico, mentre la ditta Hellige di Friburgo realizza l'emoglobino metro di Sahli. Questo decennio vede la scoperta di due molecole fondamentali per la terapia farmacologica: l'insulina (Banting, Best e Macleod, 1921) e la penicillina (Fleming, 1929). Vengono inoltre fondate la Terumo (1921, da Kitazato) e il Nordisk Insulinlaboratorium, l'attuale Novo Nordisk (1922, da Hroch) e nel 1923

si costituisce in Italia il Consiglio Nazionale delle Ricerche. Non meno importanti furono gli avanzamenti in cardiologia.

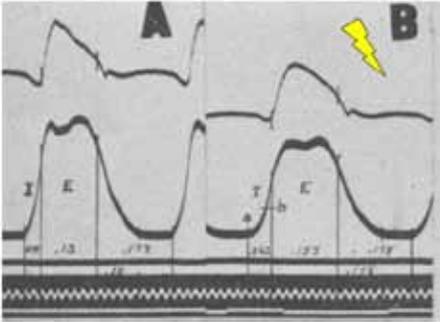
Terapia

Nel 1924 i laboratori Ciba sintetizzano la Coramina (dietilammide nicotinic), farmaco stimolante del cuore e dei centri respiratori. Lo stesso anno è sintetizzato il Mersalile, sale sodico di un composto organometallico contenente mercurio, che si dimostra un diuretico meno tossico degli altri mercuriali; per questo avrebbe dominato a lungo il campo della terapia antiipertensiva fino alla scoperta dei tiazidici. Nel 1930 viene anche isolata la digossina.

Emodinamica

Il portoghese Egas Moniz inventa nel 1926 l'angiografia cerebrale, iniettando nelle carotidi isolate chirurgicamente una sostanza radiopaca (soluzione al 25% dicloruro di sodio) e ricavando in questo modo il disegno vascolare del cervello. Nel 1929 Dos Santos realizza allo stesso modo anche l'aortografia addominale. Lo stesso anno inizia la storia della cardiologia interventistica: Forßmann, giovane medico di Eberswald, vicino a Berlino, si inserì un catetere uretrale

L'esperimento di Wiggers



La pressione aortica (curve superiori), la pressione sistolica ventricolare sinistra e il rapporto di incremento pressorio (dP/dt) (curve inferiori) in un cuore canino sono superiori in un battito spontaneo (A) rispetto a un battito iniziato da una stimolazione elettrica dell'apice (B).

"...careful inspection of some thirty records where... contractions were induced by direct stimulation [of the ventricle] showed without fail that [the] early phase of slower contraction is prolonged and that the tension develops more gradually. When artificial stimuli are given... at rates corresponding to the normal for any heart, the initial slower rise of intraventricular pressure is prolonged, the isometric contraction phase is lengthened... the pressure maximum is lower, and the duration of systole is increased. Such changes do not indicate fundamental alterations in the properties of contractility or irritability, however, nor may they be interpreted as evidence that similar changes occur in the fundamental contractions of the separate fractions of ventricular muscle. On the contrary, they are explained by differences in the order of excitation..."

Wiggers CJ. Am J Physiol. 1925;73:346.

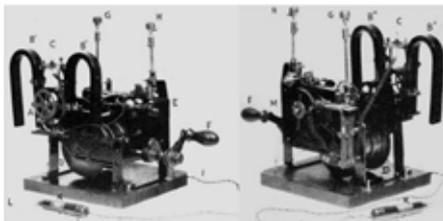
nella vena cubitale, spingendolo per 65 cm e andandosene tranquillamente a piedi in sala raggi, dove un tecnico radiografò il catetere nell'atrio dx. Forßmann chiese, profeticamente, a His (lo scopritore dell'omonimo fascio) di poter impiegare il cateterismo per somministrare direttamente farmaci all'interno del cuore, fare elettrocardiogrammi e visualizzare con un mezzo di contrasto le cavità cardiache e le coronarie, ma His lo sconsigliò recisamente e il suo primario, Sauerbruch, lo scacciò dalla clinica, dicendo che al massimo era degno di lavorare in un circo; dovette abbandonare i suoi esperimenti,

diventò urologo e poi medico di provincia. Tuttavia, Cournand e Richards, che condivideranno più avanti con lui il premio Nobel, ripresero subito il suo metodo, realizzando l'angiografia cardiaca, studiata anche in Italia da Silvestrini e Guardabassi.

Elettrofisiologia

Nel 1921 Kerr e Bender osservano che alcune sincopi sono dovute a tachicardie ventricolari. Nel 1925 Wiggers dimostra che la stimolazione elettrica ventricolare compromette la performance del cuore canino. Questo non impedì gli studi fondamentali sulla stimolazione elettrica del cuore di Albert Salisbury

L'artificial cardiac pacemaker di A.S. Hyman



«...Poiché l'intero fenomeno della stimolazione prodotta dall'irritazione meccanica dell'ago dipende dalla formazione di potenziali elettrici, è probabile che il controllo dell'ultimo fattore possa influenzare in maniera favorevole le variazioni della contrazione miocardica. La puntura dell'ago dà solo inizio ad una contrazione cardiaca singola; se differenze di potenziali elettrici potessero essere prodotte ritmicamente alla comparsa di una asistolia, sembrerebbe a priori possibile produrre contrazioni regolari del cuore mediante uno stimolo artificiale...»

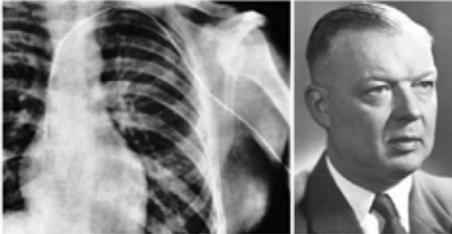
“When artificial stimuli are given... at rates corresponding to the normal for any heart, the initial slower rise of intraventricular pressure is prolonged, the isometric contraction phase is lengthened...”

Hyman (1893-1972), che dal 1928 iniziò a progettare un apparecchio, che chiamò *artificial cardiac pacemaker*, che stimolava ritmicamente un dispositivo cuore-polmoni, formato da uno stimolatore ad induzione con interruttore polifasico rotante, che consentiva l'applicazione diretta al muscolo cardiaco di una corrente faradica attraverso un ago-elettrodo bipolare con poli vicini sullo stesso ago. Nel 1928 Korbler osservò che toccando il cuore, subito dopo un arresto cardiaco, con un lungo ago, si produceva un focolaio miocardico di aumentata eccitabilità, che dava origine ad extrasistoli, sostituite in seguito dal ritmo sinusale. Esisteva però il rischio di ledere i vasi coronarici e di aggravare la lesione miocardica. In un congresso a Sidney, nel 1929, anche Marc C. Lidwill mostrò una macchina elettrica per la stimolazione cardiaca, formata da

“...feci un salasso al mio gomito sinistro e passai il catetere per tutta la sua lunghezza, 65 cm, senza nessun intralcio...”

Werner Forßmann

(Berlino, 29 agosto 1904 – Schopfheim, 1° giugno 1979)



«...Inizialmente, feci una prova preliminare del metodo; per questo un collega si era messo gentilmente a mia disposizione per forare la vena antecubitale con un grande ago. Gli spiegai poi, come avevamo fatto sul cadavere, di passarmi un catetere ureterale ben unto di misura 4 della scala French attraverso una cannula in vena. Il catetere poté essere introdotto con estrema facilità nella vena fino ad una distanza di 35 cm... Usai un anestetico locale

e, dal momento che si rivelò difficile fare una puntura endovenosa su di me con un grande ago, feci un salasso al mio gomito sinistro e passai il catetere per tutta la sua lunghezza, 65 cm, senza nessun intralcio... Durante il passaggio del catetere io percepivo soltanto una sensazione di calore lungo la parete della vena, simile alla sensazione di un'iniezione endovenosa di cloruro di calcio. Durante i ripetuti passaggi il catetere spesso incontrava una parziale ostruzione al margine superiore della vena succlavia; in quei momenti sentivo una particolare sensazione di caldo dietro la clavicola, alla base del collo; e contemporaneamente a causa della stimolazione del tronco vago, una leggera tosse irritante... Ho registrato le posizioni del catetere procurandomi nastri radiografici, e fui in grado di osservare l'avanzamento del catetere in modo chiaro sullo schermo fluoroscopico, attraverso uno specchio tenuto per me...»

Louis Wolff (1898- 1972), Paul Dudley White (1886-1973) e Sir John Parkinson (1885-1976)



I Premi Nobel per la Medicina 1921-1930

- 1922 ARCHIBALD V. HILL** (Regno Unito) & **OTTO F. MEYERHOF** (Germania)
Ricerche sul metabolismo
- 1923 FREDERICK G. BANTING** (Canada) & **JOHN J.R. MACLEOD** (Canada)
Scoperta dell'Insulina
- 1924 WILLEM EINTHOVEN** (Paesi Bassi)
Invenzione dell'Elettrocardiogramma
- 1926 JOHANNES A.G. FIBIGER** (Danimarca)
Scoperta del carcinoma da Spiroptera
- 1927 JULIUS WAGNER-JAUREGG** (Austria)
Trattamento malarico della demenza paralitica
- 1928 CHARLES J.H. NICOLLE** (Francia)
Studi sul tifo
- 1929 CHRISTIAAN EIJKMAN** (Paesi Bassi) & **FREDERIK G. HOPKINS** (Regno Unito)
Scoperte sulle vitamine
- 1930 KARL LANDSTAINER** (Stati Uniti)
Scoperta dei gruppi sanguigni

una piastra indifferente e da un ago-elettrodo con polo positivo che veniva applicato direttamente sul cuore, con cui riferì che era riuscito a rianimare un bambino.

Nel 1930, la migliore terapia per l'arresto cardiaco era rappresentata dalle iniezioni intracardiache transtoraciche, ma si praticava anche la stimolazione meccanica del cuore, per mezzo della pressione sul precordio e sul diaframma. Analizzando questi metodi di terapia, Hyman indicava che su 250 casi in cui i pazienti erano stati così trattati si erano avuti risultati positivi nel 25% dei casi. Il farmaco di scelta per l'iniezione intracardiaca era generalmente l'adrenalina, mentre etere, caffeina, destrosio, tiosolfato di sodio, canfora, digitale e strofantina erano usati con minor frequenza.

Nel 1930 viene infine descritta la sindrome di Wolff-Parkinson-White.

Cardiochirurgia

Il 20 maggio 1923 Elliott C. Cutler realizza il primo successo nella chirurgia della stenosi mitralica utilizzando un Cardiovalvulotomo su una dodicenne con stenosi mitralica serrata al Peter Bent Brigham Hospital di Boston, Massachusetts. Poco tempo dopo, il 6 maggio 1925, anche l'inglese Henry Souttar aggredisce con efficacia una valvola mitrale stenotica, allargando col dito medio l'ostio valvolare. Con lo stesso approccio, nel 1928 dieci pazienti con stenosi valvolari furono sottoposti a un intervento più complesso, che implicava la dilatazione digitale e la sezione o l'asportazione parziale dei lembi valvolari; tuttavia, 9 di essi morirono in ospedale e uno dopo meno di cinque mesi. Molta strada doveva ancora essere percorsa. ♥



Salute e medicina del territorio

La pandemia da Covid 19, dalla quale fatichiamo a liberarci, oltre ad aver evidenziato il valore della salute come bene pubblico primario, solennemente sancito dalla Costituzione, ha messo a nudo una serie di debolezze e di criticità del nostro sistema sanitario, che pure è considerato tra i migliori del mondo, per il fatto di riconoscere la salute come un diritto inalienabile della persona e per il fatto di raggiungere risultati complessivamente soddisfacenti in considerazione delle risorse impiegate rispetto ad altri Paesi OCSE. Una delle criticità maggiormente evidenziate è la condizione di frammentarietà e di disomogeneità territoriale dei servizi socio-sanitari di prossimità, che nella fase più acuta dell'emergenza pandemica ha concorso al sovraccollimento degli ospedali, con tutte le drammatiche conseguenze che ne sono seguite, testimoniate dalla crudezza dei numeri e delle immagini, difficilmente cancellabili dalle nostre menti. Non è del tutto peregrino pensare che tale precarietà di servizi socio-sanitari di prossimità, oltre che alle scelte dei decisori politici e agli interessi di soggetti economici privati, sia da attribuire anche ad una concezione "datata" della medicina, che continua a considerare la salute come assenza di malattia e non come benessere (*Well-*

being) della persona, che si realizza all'interno di un contesto fortemente integrato e col concorso di più soggetti coordinati tra loro.

L'assistenza di prossimità

Ed è proprio da qui, dall'anello debole della catena, dall'organizzazione dei servizi di prossimità che bisogna partire, rivedendo la vecchia logica "medico-centrica" e valorizzando le *best practices* che le realtà territoriali hanno prodotto negli ultimi anni. Tra le iniziative orientate alla prevenzione nell'ottica del coinvolgimento attivo della persona, particolare rilievo assume il Progetto "Family Health" di recente elaborazione (2017) che, rispetto al "Fascicolo elettronico sanitario", prodotto dal medico di famiglia e dal personale abilitato di strutture diverse, è gestito direttamente dal paziente (*patient engagement*) attivamente coinvolto nella gestione del proprio stato di salute. La specificità del Progetto consiste nella digitalizzazione e nell'aggiornamento continuo della propria scheda sanitaria e di quella dei familiari, in un rapporto permanente col medico di famiglia e con le altre figure socio-sanitarie di prossimità. Un'altra iniziativa importante della medicina di prossimità è l'"Aggregazione Funzionale Territoriale" (AFT), una nuova forma organizzativa delle cure primarie, che consente ai medici e ad

altri operatori della salute di offrire ai cittadini un'assistenza capillare e continuativa sul territorio. Si tratta di presidi socio-sanitari integrati che potenziano i servizi territoriali realizzando un rapporto più diretto con le persone bisognose di cura e di assistenza continua e limitando gli accessi inappropriati alle strutture ospedaliere, che così possono gestire i casi di effettiva complessità. Oltre che visite mediche, prestazioni diagnostiche semplici, prescrizioni di farmaci e certificazioni, in tali presidi il cittadino può ricevere informazioni di educazione sanitaria e collaborazione e assistenza in caso di ricovero ospedaliero. Si tratta solo di alcune tra le tante iniziative, nate dal basso negli ultimi anni in diverse realtà del Paese col proposito di integrare la rete dell'assistenza pubblica e, molto spesso, di colmare le lacune e le debolezze che essa presenta. La prova della loro importanza è data dall'attenzione che ad esse riserva il servizio sanitario nazionale nel suo processo di potenziamento e di ri-orientamento che la pandemia da Covid 19 ha reso necessario e indifferibile e che l'ingente afflusso di risorse europee rende possibile. Nella bozza del *Recovery Plan* – Sezione salute – c'è infatti un paragrafo interamente dedicato all'assistenza di prossimità, nel quale il modello organizzativo di diritto alla salute si

situa organicamente nella visione di una “Sanità pubblica ecologica”, che fa propri gli obiettivi dei progetti “One World-One Health” e “Planetary Health”, che considerano la lotta per la salute come una questione di pertinenza non della sola sanità, ma della società intera. L’assistenza di prossimità degli anni a venire si fonderà su tre momenti strettamente collegati tra di loro.

1. *La casa come luogo primario di cura.* Dinanzi ai cambiamenti epidemiologici in atto (invecchiamento della popolazione, aumento della morbilità e delle patologie croniche) l’assistenza domiciliare integrata (ADI) è ritenuto il modello di cura più efficace e alternativo al ricovero ospedaliero. Essa consente l’attuazione di percorsi terapeutici integrati dal punto di vista sanitario e sociale, lasciando nel proprio *habitat* naturale la persona fragile e pluri-patologica destinataria del servizio. Ciò comporta la riorganizzazione dei servizi di cura domiciliare e lo sviluppo di un modello digitale di ADI che, in una logica di complementarità e non di esclusività del mezzo tecnologico, preveda il monitoraggio e la diagnosi a distanza dei pazienti.

2. *La Casa della comunità.* Si tratta di una struttura fisicamente identificabile, che si caratterizza come punto di riferimento, di accoglienza e di orientamento ai servizi di assistenza

primaria di natura sanitaria, socio-sanitaria e sociale per i cittadini di un territorio, che garantisce interventi multidisciplinari grazie alla contiguità spaziale dei servizi e all’integrazione dei professionisti che operano secondo programmi integrati tra servizi sanitari, e tra questi e quelli sociali.

3. *L’Ospedale di comunità.* Si tratta di una struttura intermedia tra l’assistenza territoriale, fornita a domicilio o nella Casa di comunità, e il ricovero ospedaliero. Il suo compito è l’erogazione dell’assistenza necessaria a quei soggetti che non hanno bisogno di un ricovero ma solo di un’assistenza e di una vigilanza sanitaria che non potrebbero ricevere a domicilio. Oltre che rendere concreto il diritto di cura della persona che ne ha bisogno, l’obiettivo è quello di sgravare l’ospedale da prestazioni di bassa complessità, riducendo sensibilmente gli accessi impropri alle strutture di ricovero e di pronto soccorso.

Il ruolo della formazione

Va da sé che tali proposte organizzative, finalizzate al miglioramento degli *standard* qualitativi della salute dei singoli e della comunità dei territori, avranno possibilità di successo a determinate condizioni:

a) *che nella società si affermi una visione integrata di salute.* il benessere della persona si ottiene non solo

garantendo l’accesso alle cure e i livelli essenziali di assistenza (LEA), ma agendo anche sui condizionamenti economici e ambientali che ne ostacolano la realizzazione;

b) *che si investa nel reclutamento e nella formazione di nuove professionalità.*

Il concetto rinnovato di salute postula la presenza di diverse figure professionali, dotate di competenze, non solo tecniche, digitali e manageriali, ma anche pedagogico-relazionali. Il rapporto con l’altro (in questo caso il paziente-cittadino) è fondamentale per la riuscita di qualsivoglia operazione di cura.

c) *che si realizzi il pieno coinvolgimento della comunità:* le reti assistenziali del territorio, i comitati dei cittadini, il terzo settore, il volontariato. Questo richiede una strategia comunicativa in grado di realizzare “percorsi bidirezionali”, in modo che la comunità non sia passiva destinataria di contenuti informativi, ma parte attiva e partecipe, capace di fornire indicazioni, esprimere bisogni ed, eventualmente, resistere alle misure di prevenzione stabilite dai responsabili istituzionali, qualora non fossero ritenute vantaggiose per la comunità.

Un compito alquanto impegnativo, che la prospettiva nient’affatto rassicurante di possibili nuove emergenze socio-sanitarie rende assolutamente indifferibile. ♥

Commenti all'articolo "Siamo tutti malati e non lo sappiamo?"

Opinioni a confronto

"Siamo tutti malati e non lo sappiamo?"

Partendo dall'articolo del Dott. Giuseppe Di Tano pubblicato nell'ultimo numero di "Cardiologia negli Ospedali" (N. 239, gennaio - febbraio 2021) abbiamo voluto dare spazio ad un dibattito sulle questioni che apre l'emblematica storia narrata da Jules Romaines nella sua più conosciuta opera teatrale "Knock o il trionfo della medicina". Era il 1924 ma molte delle dinamiche che si andavano innescando intorno al ruolo del medico e della medicina sono sorprendentemente attuali. Pubblichiamo nelle prossime pagine alcuni interventi che raccolgono le riflessioni nate dalla lettura dell'articolo: dalle considerazioni sull'importanza della prevenzione e il rischio di iper-medicalizzazione all'impatto della tecnologia nella medicina contemporanea, dalle responsabilità dell'industria farmaceutica all'autonomia del medico rispetto ai meccanismi in atto nella fondamentale missione di cura del malato. Si infiltrano infine nelle varie riflessioni i ricordi personali o tramandati di un tempo perduto, ma non troppo.

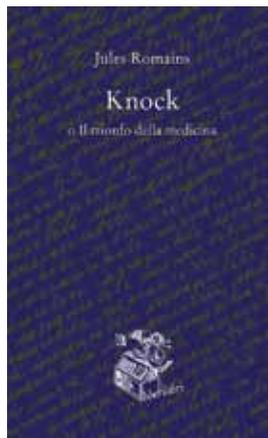


VIAGGIO INTORNO AL CUORE
DI GIUSEPPE DI TANO

Medicina per tutti?

Siamo tutti malati e non lo sappiamo?

Commedia o realtà? Una lettura apparentemente leggera e divertente, consigliata a tutti i Dottori per riflettere su temi immortali e attuali..., su approcci sanitari, decisioni, obblighi professionali e non solo



Qualcuno ha già ipotizzato che Jules Romaines, scrittore e commediografo francese del primo novecento, si godrebbe questi tempi di pandemia, incredulo che quanto da lui raccontato un secolo fa in una brillante commedia in tre atti, **Knock o il trionfo della medicina** (il copione è contenuto in un piccolo ed agile libretto riedito da Liberilibri

Editore), sia oggi il protagonista delle nostre giornate, dei tanti talk show televisivi dove clinici, virologi, scienziati ed intellettuali, scettici dei lockdown o dell'uso delle mascherine, fautori del confinamento protettivo al proprio domicilio o della vaccinazione obbligatoria di massa, si confrontano, litigano, su come garantire la salute, quali le scelte più opportune, più efficaci, più liberali per la "popolazione tutta". La trama è semplice. Il giovane Knock è il nuovo medico condotto del piccolo villaggio di Saint-Maurice. Subentra

«lo non conosco gente sana. Sa cosa diceva Pasteur? "Coloro che si credono sani sono malati senza saperlo"»

all'ormai stanco Dottor Parpalaid che se ne va a Lione, e nel cedergli la sua clientela (a pagamento...) e passargli le consegne, gli prospetta una vita tranquilla, poco lavoro perché in paese stanno tutti benone, nessuno ha davvero bisogno di cure. Nessuno va dal medico per



Federico Collino, Nietta Zocchi e Sergio Tofano in un adattamento televisivo del 1956



Telemedicina, teleconsulto, strumenti di controllo remoto e consultazione di Internet rendono più facile la vita agli ipocondriaci

Dr. Google: la metamorfosi del Dr. Knock

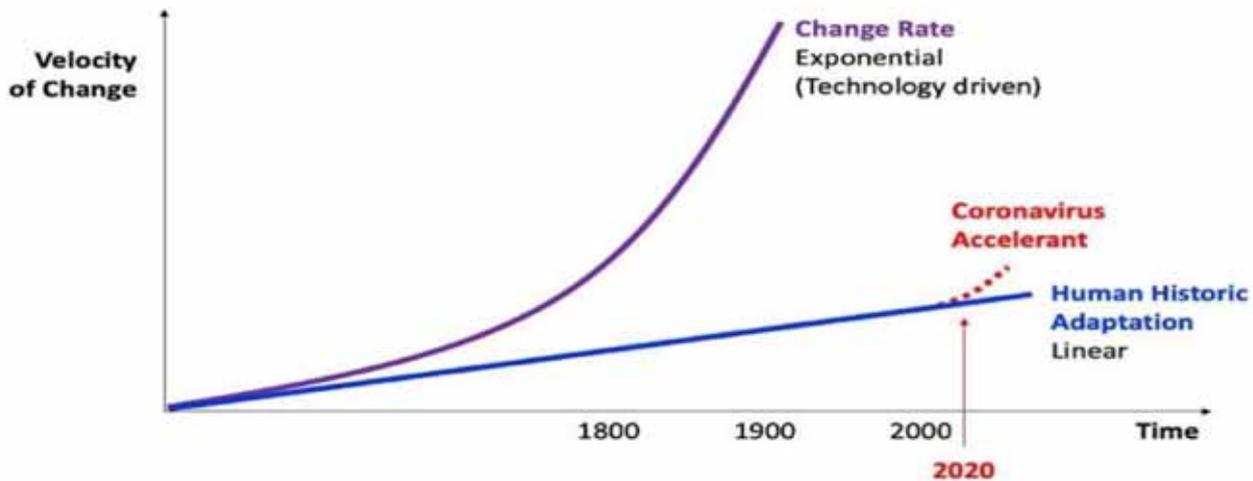
E-Health e ipocondria digitale

L'ipocondria digitale sta dilagando, favorita dal balzo in avanti della tecnologia indotto dalla necessità di distanziamento sociale Covid-dipendente

Il piccolo villaggio di Saint Maurice, dove il Dr. Knock era riuscito nell'impresa di "far sentire tutti un po' malati" si è espanso all'infinito, è diventato, grazie a Internet e alla tecnologia digitale, il Villaggio Globale di Saint Maurice. Il Dr. Knock ha chiuso il suo studio e si è rifugiato in una nuvola e per rendersi irriconoscibile ha cambiato nome: Dr. Google, anzi Prof. Google, in considerazione del suo vastissimo sapere medico e non solo. La tecnologia digitale stava lentamente e inesorabilmente crescendo secondo una curva proporzionale alla capacità di adattamento umano quando, all'improvviso, ci siamo tutti dovuti chiudere in casa per sfuggire alle insidie del virus che circola nelle strade e siamo ricorsi in massa alla tecnologia con una conseguente impennata del virtuale a regolare



CORONAVIRUS ACCELERANT: Speeds Our Digital (Human) Transformation



La riprogettazione dell'assistenza sanitaria è legata allo sviluppo della tecnologia e della intelligenza artificiale
La gestione delle informazioni mediche è in larga parte affidata al cittadino, che spesso si autotrasforma in paziente, nasce quindi la nuova sindrome della "ipocondria digitale"

la nostra vita (Figura 1). Con il virtuale comunichiamo (e quanto!), compriamo, ci divertiamo, visitiamo musei e gallerie, viaggiamo, ci innamoriamo e, ovviamente, ci curiamo. Alcuni giorni fa è venuta nel mio studio (15 giorni dopo la seconda dose di vaccino) la signora Marcella, 93 anni, proprietaria di un albergo (ora vuoto), accompagnata da un pronipote 25enne. Gli occhi erano due punti brillanti semisepolti tra le rughe, il naso adunco e sottile, i capelli radi con tracce di tintura non rinnovata, ma, soprattutto, intorno al polso ridotto ad un involucro di pelle a coprire ulna e radio, luccicava un nero e brillante Apple Watch. Il pronipote le aveva insegnato a trasferire il segnale elettrocardiografico rilevato dallo strumento sull'iPhone e a trasmetterlo per mail o whatsapp e con quello da settimane mi

tormentava con comunicazioni che non conoscevano orario, né feste. Serviva a distinguere se quelle tre extrasistoli erano o meno fibrillazione

Il Dr. Knock ha chiuso il suo studio e si è rifugiato in una nuvola e per rendersi irriconoscibile ha cambiato nome: Dr. Google, anzi Prof. Google

atriale. Gli occhi della signora, finalmente vera e non virtuale, mi guardavano scrutatori, anche per verificare se io sapevo tutto quello che lei aveva letto su Google sulle aritmie

cardiache, sugli anticoagulanti, sul rischio embolico ed emorragico, sui possibili effetti collaterali dei farmaci (Figura 2). Moltiplicate questo per miliardi di persone. Il business del futuro si chiama e-Health ed è con questa che dobbiamo imparare a confrontarci. L'attesa di vita è molto aumentata, ma non l'attesa di vita in buona salute, per cui, intorno ai 70 anni, comincia l'epoca degli acciacchi. Questi assai raramente si

L'intelligenza artificiale non sostituirà i dottori, ma i dottori che non sanno usare l'intelligenza artificiale saranno sostituiti da quelli che la sanno usare

presentano da soli, ma quasi sempre in gruppo, e si chiamano malattie cronico-degenerative. Questo significa sempre meno Ospedale e sempre più territorio, e le soluzioni a questa rivoluzione epidemiologica sono in corso. La gente sta a casa, comunica e trasmette dati: telemedicina, teleconsulto, strumenti di controllo remoto: una pacchia per gli ipocondriaci e per i produttori di tecnologia. Software, piattaforme digitali, devices (ossimetri, sfigmomanometri, glucometri, moduli ecg, bioimpedenziometrie, handgrip, telecamere e tanto altro) sono l'oggetto di investimento del

Dr. Knock moderno e dell'industria che ne ascolta i consigli e nello stesso tempo gli propone nuove forme di stimolo all'ipocondria "per far sentire tutti un po' malati". La riprogettazione dell'assistenza sanitaria è pertanto legata a due fenomeni, uno epidemiologico (l'aumento dei malati cronici e la pandemia), l'altro allo sviluppo della tecnologia e della intelligenza artificiale. In questo contesto, una larga parte delle informazioni sulla salute non è necessariamente mediata dalla figura del medico, perdendosi il vantaggio del necessario filtro. La gestione delle informazioni mediche, sia relative alla diagnosi che alla cura, è quindi in larga parte affidata al cittadino, che spesso si autotrasforma in paziente, perché non riesce a districarsi nelle suggestioni della narrazione informatica. Nasce quindi la nuova sindrome della "ipocondria digitale": consultazione ossessiva di Google, automisurazione di tutti i parametri corporei misurabili, sviluppo progressivo di sintomi uguali a quelli trovati su internet, ricorso a internet stesso per trovare la soluzione alla malattia autodiagnosticata, sofferenza e inquietudine crescenti. Il chiarimento dei sintomi può venire dal medico, ma non necessariamente. Si pensi a Babylon Health, ormai dilagante nella regione di Londra, dove ai quesiti del paziente (o presunto tale) non risponde un medico, ma un operatore guidato dagli algoritmi dettati dall'intelligenza artificiale. Esiste un rimedio a questa possibile deriva? La proposta ci viene da Oxford, dove il filosofo italiano Luciano Floridi, che insegna etica della informazione, ha coniato il termine "Online/Onlife": a

fronte dell'eccesso di digitalizzazione, Floridi raccomanda il recupero e la conservazione di quanto c'è di buono nella tradizione, ovvero "onlife". Così, nella riprogettazione dell'assistenza, dovremo tenere conto della assoluta necessità di trovare un punto di incontro tra il tocco umano del medico e dell'infermiere

Nella riprogettazione dell'assistenza, dovremo tenere conto della assoluta necessità di trovare un punto di incontro tra il tocco umano del medico e dell'infermiere e le opportunità che la rivoluzione digitale ci offre

e le opportunità che la rivoluzione digitale ci offre. Anche il medico però dovrà tenersi molto aggiornato: sicuramente l'intelligenza artificiale non sostituirà i dottori, ma i dottori che non sanno usare l'intelligenza artificiale saranno sostituiti da quelli che la sanno usare. ♥

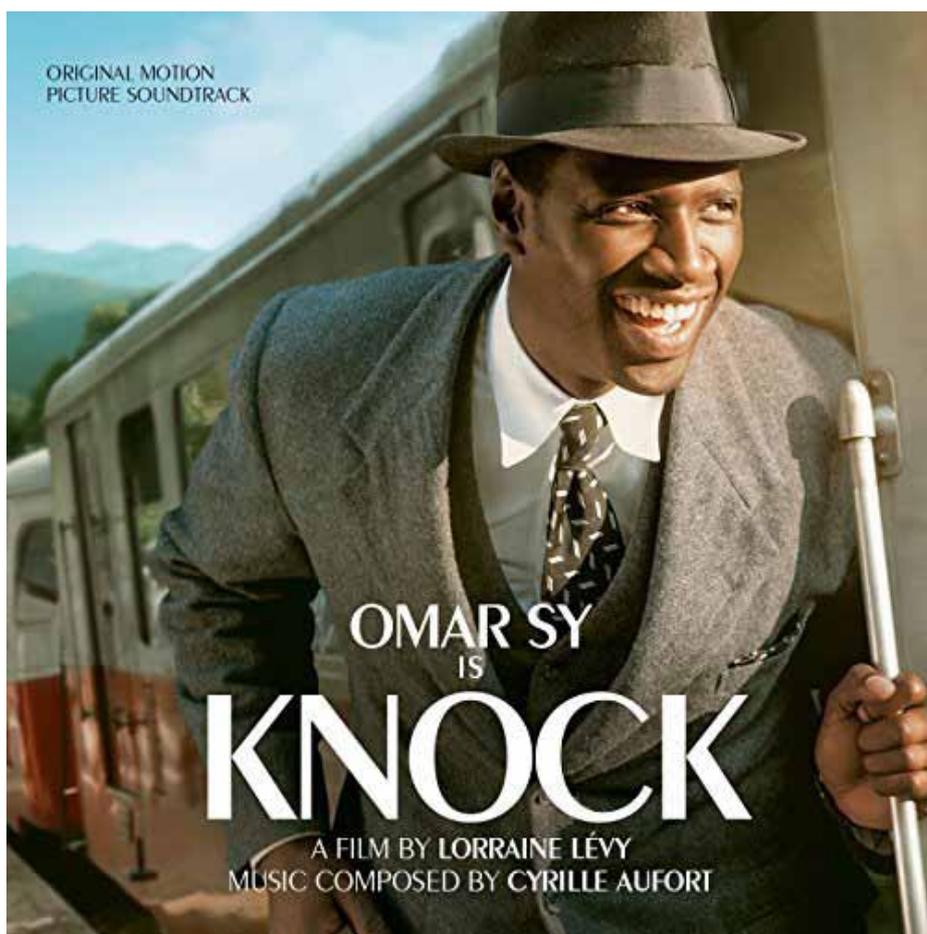


Grazie al Dottor Di Tano per il suo articolo

Dobbiamo ringraziare tutti il Dottor Di Tano perché con il suo articolo sul romanzo di Jules Romains “Knock, o il trionfo della medicina”, ha toccato un tema quanto mai attuale legato sia alla emergenza Covid che stiamo vivendo che ai cambiamenti strutturali dell’arte medica negli ultimi decenni. La domanda con cui apre il suo commento editoriale “*Siamo tutti*

malati e non lo sappiamo?” è una domanda a cui oggi purtroppo ancora non sappiamo rispondere. Ormai da marzo dello scorso anno siamo stati bombardati mediaticamente da talk show televisivi, esperti e scienziati che hanno detto tutto e il contrario di tutto, anche quando il problema era ancora poco conosciuto e non valutabile. Basti pensare che anche riviste prestigiose hanno pubblicato

articoli su strategie terapeutiche farmacologiche e poi ritrattato i dati presentati a distanza di mesi. Il continuo oscillare delle informazioni e delle certezze, ha fatto vacillare e creato ancora più paura sia negli addetti ai lavori (personale sanitario) che immaginiamoci nei non addetti ai lavori. Gli ospedali stessi per la popolazione generale sono diventati da “templi di cura e prevenzione” delle malattie a fonte di malattia, generando paura nei pazienti stessi che spesso con altre patologie gravi sono arrivati tardi o non sono arrivati in tempo. L’elenco generale quotidiano dei numeri negativi dell’epidemia ha generato una fobia sociale e la risposta alla domanda iniziale del dottor Di Tano forse è “sì”, molto probabilmente siamo diventati tutti malati, se non fisicamente sicuramente psicologicamente, per la paura di essere contagiati o essere portatori di patologia, una malattia altamente infettiva. La pan-medicalizzazione del Dottor Knock è un piano socioeconomico per creare un grande guadagno per lui e per i suoi collaboratori: il farmacista ed il banditore. La commedia è una satira che sottolinea la commercializzazione della medicina e il ruolo della pubblicità che iniziava ad essere applicata alla medicina, ma svela anche come una persona abile possa piegare a piacimento la mente del popolo, persino del suo collega, predicando allora uno degli episodi



più tristi degli ultimi secoli: l'avvento della dittatura nazista. Quando l'interesse per il guadagno personale supera l'interesse per il bene del paziente e per il bene pubblico, viene a cadere l'essenza dell'ars medica, si viene meno al famoso giuramento di Ippocrate che forse tanti hanno dimenticato. Vorrei citare a tal proposito solo i primi due punti del giuramento di Ippocrate: "consapevole dell'importanza e della solennità dell'atto che compio e dell'impegno che assumo, giuro: 1) di esercitare la medicina in autonomia di giudizio e responsabilità di comportamento contrastando ogni debito condizionamento che limiti la libertà e l'indipendenza della professione; 2) di perseguire la difesa della vita, la tutela della salute fisica e psichica, il trattamento del dolore e il sollievo della sofferenza nel rispetto

della dignità e libertà della persona". La mercificazione della medicina sta portando e porterà purtroppo alla perdita di fiducia dei pazienti nelle figure sanitarie troppo coinvolte in scandali economici. Basti pensare poi alla commercializzazione dilagante delle prestazioni mediche inserite a volte anche nei canali di vendite a prezzo scontato. Voglio sperare però che continui ad esistere sempre qualche onesto medico che creda nell'alto ideale morale del nostro lavoro, che non manipoli i pazienti e il suo lavoro per i propri interessi personali (modello Dottor Knock) o per lavorare meno (modello Dottor Parpalaid), ma cerchi di svolgere il proprio lavoro con coscienza, con onestà intellettuale e rettitudine, abbiamo bisogno oggi più che mai di poter credere in un mondo migliore. Alla domanda provocatoria titolo

dell'articolo "*Siamo tutti malati e non lo sappiamo?*" forse risponderei che non esistono verità assolute, la virtù giace nella giusta misura o regola, esistono pazienti che giungono a noi convinti di essere malati ma sono sani, che dobbiamo rassicurare ed ai quali tutt'al più possiamo dare consigli di prevenzione delle malattie e pazienti malati a cui dobbiamo dare la giusta terapia, rassicurando sempre il paziente sulle possibilità terapeutiche di guarigione ove possibile. Ogni volta che ci avviciniamo ad un malato dovremmo pensare che nella stessa posizione potrebbe esserci un nostro caro, un nostro familiare o "congiunto" e cosa vorremmo per loro se non il miglior trattamento disponibile, volto a preservare non solo la loro salute fisica ma anche quella psichica. ♥



Riflessioni a margine dell'articolo di Giuseppe Di Tano

La vicenda del Dr. Knock: presagio della rivoluzione medica del secolo breve?



Nel numero 239 (gennaio - febbraio 2021) di "Cardiologia negli Ospedali" Giuseppe Di Tano propone una bella riflessione sulla commedia "Knock

(o il trionfo della medicina)" scritta da Jules Romains all'inizio degli anni '20. Il dr Knock subentra al dr Parpalais in un piccolo centro della Francia dove circa tremila persone

vivono isolate (la stazione ferroviaria più vicina dista 11 chilometri) conducendo una vita all'apparenza felice. A Saint Maurice si può morire in tenera età (lasciando alla natura

il compito di selezionare i più forti) o più avanti negli anni, senza darsi troppa cura delle condizioni di salute tra la nascita e la morte, perché tutti sono sostanzialmente sani, come ritiene anche il dr Parpalais, che si limita ad osservare quanto succede, prescrivendo al massimo tisane e ricevendo una paga, spesso in natura, una volta l'anno, nel giorno di San Michele. Mi ha colpito molto la similitudine di questo racconto con i ricordi che

Mi ha colpito molto la similitudine di questo racconto con i ricordi che i vecchi del mio piccolo paese in Calabria avevano di quegli anni

i vecchi del mio piccolo paese in Calabria avevano di quegli anni. Mia nonna lasciò mia madre bambina; morì all'improvviso a 32 anni, aveva forti mal di testa, le fu consigliata come cura *“un cambiamento d'aria in montagna”* e in montagna cessò di vivere dopo pochi giorni. Mastro Tonino, sarto nella cui bottega ci si riuniva a chiacchierare nei lunghi pomeriggi estivi della mia giovinezza, raccontava di uno stimato medico di quegli stessi anni che consigliava a tutti la stessa terapia *“dieta, dieta, dieta”* e *“riposo, riposo, riposo”*; viveva del piccolo stipendio di medico condotto e della *stimanza* (venivano così definiti i compensi in natura)

dei suoi assistiti. Era questa, a parte l'ostetricia, la piccola chirurgia e una odontoiatria da brividi la medicina che si praticava nei piccoli centri agli inizi dello scorso secolo.

Il dr Knock opera una rivoluzione nel piccolo villaggio. Avvia un'intensa attività di visite, all'inizio gratuite, fa nascere nella mente dei suoi assistiti il timore che possano avere una qualche malattia e in poco tempo trasforma tutti gli abitanti in malati più o meno reali. È il *“trionfo della medicina”* che giova molto in termini economici al medico, al farmacista, alle attività commerciali del luogo, e all'albergo che si trasforma in una struttura clinico assistenziale. Ma Knock è un impostore o un visionario? Forse tutte e due le cose insieme. La pièce anticipa molti aspetti discutibili della medicina di oggi: la medicalizzazione di tutta la popolazione; la creazione di imperi economici e commerciali basati su farmaci e cure di ogni tipo; l'affiorare di bisogni di salute indotti che mirano alla cura del corpo e della mente (fino agli eccessi della chirurgia estetica); i tentativi di conservare prerogative della giovane età di chi è ormai avanti negli anni e d'altro canto la pletera congressuale che in molti casi più che all'aggiornamento sembra indirizzata a sostenere i bilanci di alberghi, ristoranti, agenzie e compagnie di viaggio, aziende farmaceutiche e elettromedicali. Non possiamo però escludere che Knock (e dunque l'autore) avesse una capacità visionaria, tipica delle fasi post-catastrofiche (in questo caso la guerra), anche sugli aspetti positivi della medicina del futuro, che cessa di essere medicina di

attesa per divenire progressivamente medicina di intervento. L'intero arco dell'esistenza è oggi costellato di atti terapeutici e preventivi, un tempo inconcepibili, che hanno portato in pochi decenni ad un impensabile miglioramento della qualità e quantità di vita. Progressi che, se non proprio trionfo, sono sicuramente una strada maestra da seguire, anche per la Cardiologia che è tra le punte di diamante di questo

Non possiamo escludere per Knock una capacità visionaria, tipica delle fasi post-catastrofiche (in questo caso la guerra)... la medicina cessa di essere medicina di attesa per divenire progressivamente medicina di intervento

virtuoso processo. E infine diamo al dr Knock il merito di aver indotto il dr Parpalais a prendere coscienza di una possibile malattia coronarica quando alla fine, anche lui stregato dai metodi del più giovane collega, confessa *“non è che soffra di qualcosa in particolare... però a volte, quando faccio le scale, avverto un dolore che parte da qui e si irradia... e poi delle palpitazioni...”* ♥



Il punto di vista

Cari Mario e Manlio l'invito mi è molto gradito e coinvolgente perché il libro di Jouis Romain, giustamente riportato a confronto da Giuseppe Di Tano, è degli anni 20 del secolo scorso, alla fine dei quali sono nato, figlio di ostetrica impegnata e intrappolato in quell'ambiente, poi medico io stesso, ho vissuto il tempo dei Parpallaid e dei Knock fino all'evoluzione attuale. Una rivoluzione alla francese direi, con Napoleone incluso, perché da allora tutto è cambiato. Il Condotta, sia quello dai modi familiari alla Fucini (Parpallaid) che il collega più intraprendenti e "in combutta" con il farmacista (Knock), entrambi tuttavia impegnati a sbrigare da soli quasi tutto, dal salasso al parto distocico, hanno lasciato il posto al moderno medico di base e ai molti specialisti, ospedalieri o meno. Ai quali le Riforme e le consuetudini concedono di non rispondere al telefono e di godersi in pace il fine settimana, alla faccia del giuramento di Ippocrate. Mentre i clinici universitari od ospedalieri, i maestri, che allora

apparivano più nella letteratura che nella medicina sociale, oggi hanno aggiunto la loro apparizione anche nei media, alternandosi in una gentile concorrenza. Le conoscenze medico-scientifiche e le applicazioni strumentali in quel frattempo si sono moltiplicate per mille e più, sia nella diagnostica che nella terapia, e hanno coinvolto tutti, medici, politici, l'industria farmaceutico-tecnologica e pure i pazienti nelle loro attente rivalse. Anche il paragone, ossia la mescolanza tra interessi commerciali delle ditte e quelli dell'impegno dei medici per migliorare la loro attività, si sono così moltiplicati e intralazzati da rendere difficile distinguere il lecito dall'illecito. Anni fa un clinico famoso denunciò da un pulpito congressuale la carovana di medici sponsorizzati a un congresso oltreoceano, più interessati al turismo che alle relazioni in una lingua che non conoscevano. D'altro canto vi sono farmaci, come la chinidina, di per sé essenziali, che l'industria ha tolto dal commercio perché si vendono poco, mentre

altri, come gli anticolsterolo, vengono raccomandati anche tra un telegiornale e un talk show, senza accennare alle loro controindicazioni per gli effetti collaterali, e senza essere vietato per l'uso scorretto della medicina senza presa di responsabilità. L'altro problema, quello sollevato da Pasteur, la consapevolezza o la paura di essere malati, si è esteso pure lui a dismisura. Lo denunciano i tantissimi controlli medici, necessari e superflui, l'affluenza indiscriminata ai pronto soccorso, i costi nella sanità, anche quelli di lusso come la certificazione obbligatoria per fare sport, mentre mille altri diritti hanno reso non più necessaria l'intraprendenza disinvoltata del dottor Knock. Oggi poi, immersi nella pandemia virale, siamo al si salvi chi può! Che Dio ce la mandi buona e ci faccia entrare nel cervello, che ci ha dato e usiamo male, l'idea di un nuovo ordinamento nell'utilizzare le conquiste ottenute per migliorare la nostra salute e quella del pianeta. ♥



Riflessioni ad oltre un anno dall'inizio della Pandemia

Commento all'articolo "Siamo tutti malati e non lo sappiamo?"
del Dr. Giuseppe di Tano

È passato oltre un anno da quando abbiamo sentito parlare per la prima volta di "Pandemia da Covid-19", un anno che ha visto cambiare le nostre vite (personali e professionali) e le nostre abitudini con una rapidità che nessuno di noi avrebbe mai immaginato. Nel commentare l'articolo del Dr. Di Tano, vorrei soffermare l'attenzione sulla frase conclusiva che sintetizza in poche righe, alcuni concetti fondamentali in tempi di Pandemia:

"Conciliare sicurezza, oggettività scientifica, obbligatorietà sanitarie, protezione sociale con le libertà individuali è tema complesso, in cui anche i metodi persuasivi, giustamente preferiti a quelli impositivi potrebbero non essere immuni da condizionamenti di sorta".

Temi tanto attuali quanto delicati sui quali tutti noi ci siamo interrogati e siamo stati a nostra volta interpellati ma ai quali, ancora oggi, non sappiamo dare una risposta univoca. Non di rado infatti siamo stati spettatori di discussioni, dibattiti e scontri tra le idee discordanti dei principali esperti in materia riguardo le scelte più opportune da mettere in pratica al fine di garantire la salute dell'intera comunità.

E in un contesto fatto spesso di incertezza, è stato fondamentale il ruolo degli stessi esperti e dei professionisti sanitari (spesso operatori in prima linea in questa

"Conciliare sicurezza, oggettività scientifica, obbligatorietà sanitarie, protezione sociale con le libertà individuali è tema complesso, in cui anche i metodi persuasivi, giustamente preferiti a quelli impositivi potrebbero non essere immuni da condizionamenti di sorta"

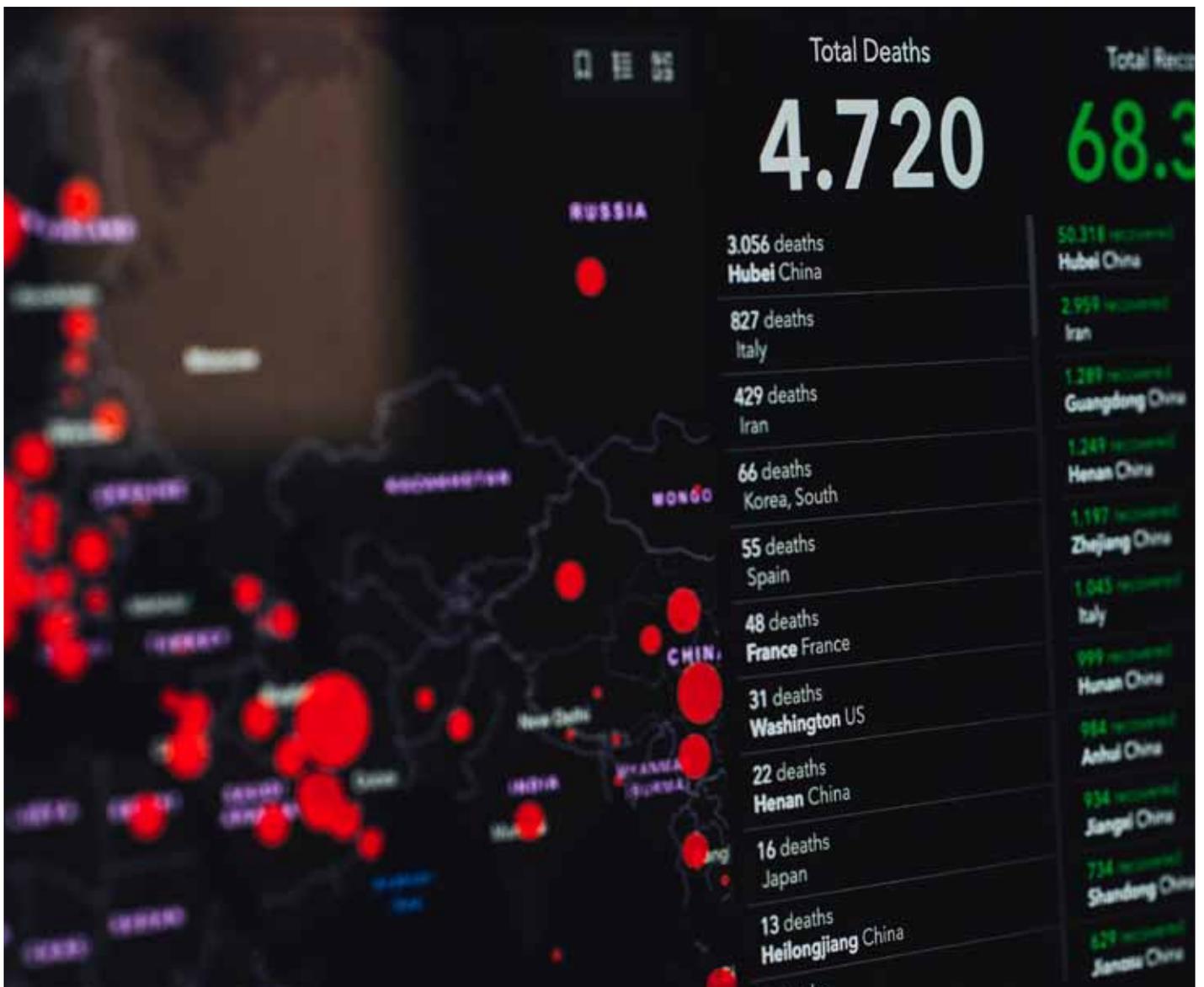
lunga lotta al virus) che supportati dai media, hanno cercato di *spiegare l'epidemia*, illustrandone le *modalità di contagio* e divulgando i consigli di *comportamento e prevenzione* dando

indicazioni su *"cosa fare e cosa non fare"* nella comune lotta al virus, facendo attenzione a non valicare il sottile limite tra informazione e "terrorismo sanitario". Tutti ricordiamo i messaggi diffusi dal Ministero della Salute spesso accompagnati da esplicative iconografie, diffuse dalle principali reti di divulgazione, sulle prime semplici raccomandazioni per contenere il contagio da Coronavirus: dal lavaggio delle mani, all'utilizzo corretto della mascherina, al distanziamento sociale... Ma la domanda che torniamo a farci e rifarci è spesso la medesima: quali sono le scelte più opportune, per garantire la salute di tutti, senza limitare *"troppo"* le libertà individuali, a cui tutti abbiamo dovuto in parte rinunciare? Credo che rispondere a tale domanda sia estremamente complesso. Basti pensare al semplice utilizzo della mascherina, primo strumento di protezione/prevenzione che già *gli scettici del caso* vedono come *una sorta di imposizione* di dubbia efficacia che vede *limitata* la propria libertà. Cosa dire allora parlando di *lockdown, chiusure e limitazioni negli spostamenti*? Appare intuitivo, ma non scontato, pensare che per combattere la diffusione del virus, si sia reso

necessario ridurre i contatti e limitare gli spostamenti anche se ciò ha significato lontananza dalle persone più care anche per lunghi periodi. Noi sanitari siamo stati sicuramente i principali fautori e sostenitori di tale necessità ma anche riguardo questo punto numerosi sono stati gli scontri e i dibattiti tra scienziati, intellettuali e i cosiddetti *scettici del lockdown* più preoccupati delle conseguenze che tali chiusure avrebbero comportato a

lungo termine. E le conseguenze sono e saranno diverse e abbracceranno diversi campi. Pensiamo al delicato tema delle scuole chiuse e della didattica a distanza, dei ristoratori e alberghieri che hanno visto le loro attività chiuse per mesi, del mondo della cultura, del delicato momento storico che musei, cinema e teatri stanno vivendo dopo la chiusura forzata per evitare la diffusione del Covid. Ma finalmente arrivano i

vaccini e, per la prima volta forse dall'inizio della Pandemia, è possibile intravedere uno spiraglio di speranza e rassicurazione. E allora si torniamo ai concetti di cui sopra, parliamo di *sicurezza e oggettività scientifica* per arrivare al tema dell'*obbligatorietà delle vaccinazioni* che diventerà sempre più attuale nella messa in atto di una campagna vaccinale strategica il cui fine ultimo sarà quello di garantire la *salute della comunità intera*. ♥

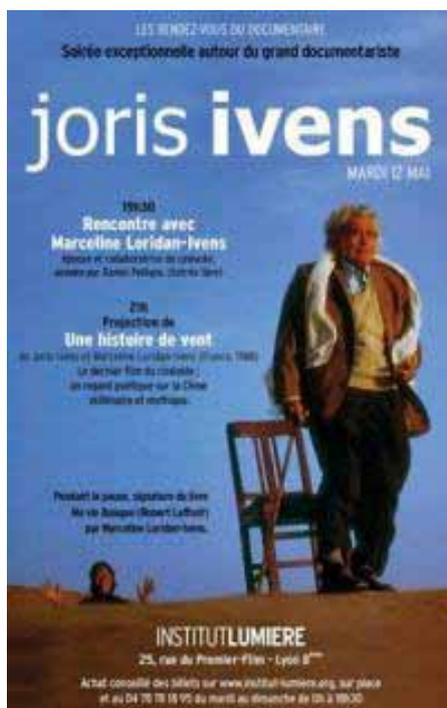




Joris Ivens cattura il Vento

“Io e il Vento” (“Une Histoire de Vent”)

Joris Ivens, Robert Flaherty, John Grierson, Dziga Vertov sono gli Autori che, in maggior misura, nel XX Secolo hanno dato rilievo e dignità artistica al film-documentario. Nel classico Cinema di finzione, gli elementi costitutivi sono costruiti artificialmente e rappresentano una realtà mediata dal Regista per esprimere ciò che ha immaginato e che risulta definito comunemente nella sceneggiatura: una realtà messa in scena. Il film documentario, chiamato spesso nei paesi anglosassoni “non fiction”, teoricamente dovrebbe rappresentare la realtà come si è manifestata davanti alla macchina da presa, senza mediazioni e senza attori: una realtà pura, oggettiva. In pratica il film documentario è certamente una realtà ma vista, almeno in parte, soggettivamente. Automaticamente virata al soggettivo proprio dal metodo cinematografico. Il Regista decide quando scattare, come inquadrare, cosa scegliere in fase di registrazione e poi, alla fine, nel montaggio. Questo genere cinematografico non è stato frequentemente considerato forma d'Arte. Atteggiamento verso il quale si è ribellato Ivens: *<<il documentario è spesso sottovalutato dalla critica e preso come il fratello povero del cinema. Il documentario non è solo documentazione, è dialogo con il pubblico. Il dialogo che il documentarista ha con il pubblico è più profondo di quello che stabilisce un regista di film. È più facile raccontare una storia che interessare, commuovere, descrivendo e*



penetrando un'esperienza della vita reale. Nel documentario si deve fare appello al contempo all'intelletto e al cuore, si deve essere lucidi ed emozionanti>>. La produzione filmica di Joris Ivens, sviluppata per oltre 50 anni, dedicata quasi esclusivamente al documentario, ha interessato le tematiche della natura, del lavoro, della indipendenza e della libertà dei popoli. Influenzato da un lato dalla scuola naturalista di Flaherty, che riconosce come suo virtuale maestro, dall'altro dalla scuola realista di Vertov. Un percorso cinematografico complesso. Realizzato con viaggi in tutto il mondo, tanto da meritare l'appellativo di “Olandese Volante”. I primi film, sul finire degli anni '20, sono da inserire nel “cinema d'avanguardia” con una concezione





estetica del documentario (“Pioggia”, “Il Ponte”). Si rivolge poi al documentario industriale. Al documentario di guerra. Alla rivoluzione dei popoli oppressi. Non trascurando film con il tema della natura, iscritti nel genere “cinipoema”. Sul finire degli anni ‘80, alla soglia dei 90 anni, anche per scrollarsi la fama di “militante politico”, vuole realizzare un film di “finzione”, tra finzione e documentario. Parte per la Cina con Marceline Loridan, compagna nel lavoro e nella vita. Nasce “Une Histoire de Vent” con tre protagonisti: Ivens, il Vento, la Cina.

Io e il vento

Il film inizia con una didascalia: «*Il Vecchio Uomo che è l'eroe di questa storia è nato alla fine dell'ultimo secolo in un paese*

in cui gli uomini si sono sempre sforzati di domare il mare e di controllare il vento. Egli ha attraversato il ventesimo secolo con una telecamera in mano, in mezzo alle tempeste della storia del nostro tempo. Nella sera della sua vita, a 90 anni, sopravvissuto alle guerre e alle lotte che ha filmato, il Vecchio Cineasta parte per la Cina. Ha maturato un progetto pazzo: catturare l'immagine invisibile del vento». Soffia il vento. Le pale di un mulino a vento ruotano velocemente e si confondono con il paesaggio olandese. Un bambino (Ivens da bambino) su un aereo giocattolo grida alla mamma che vuole spiccare il volo verso la Cina. Documentario e finzione si incrociano. Il reale si alterna all'immaginario, ai ricordi, ai sogni. La Cina attuale, di quel momento, una



delle più antiche civiltà del mondo, richiama storia, tradizioni, leggende. Il vecchio Cineasta, sofferente di asma da molto tempo, cerca il Vento, come respiro della vita, su una duna del deserto del Gobi, in Mongolia. Il vento non arriva e il Regista pensa e fantastica. Il maestro di arti marziali *Tai chi* gli mostra i movimenti ritmici, la danza che facilita il respiro e suggerisce che il segreto del respiro sta nel seguire il ritmo del vento d'autunno. Si rievoca la leggenda di *Yi l'Arciere* che salvò la terra, quando 10 soli minacciavano di bruciarla. Tirò le frecce su 9 soli distruggendoli, e la terra fu salva. *Chang'e*, sua sposa, beve l'elisir della immortalità e si trasferì sulla luna. Sulla luna non c'era vento, una vita piatta, noiosa, senza felicità. Poi la storia del poeta *Li Po* che annegò nel fiume tentando di afferrare il riflesso della luna sull'acqua. Ad ogni anniversario della sua morte il riso gettato ai pesci, impedisce che lo divorino. Sulla duna il fragile Ivens aveva accusato un grave malessere. Ricoverato in Ospedale aveva continuato a sognare, a pensare, al Vento, alla Cina. Superato il male torna alla vita reale, tocca le mani dei bambini e parla solo con il linguaggio delle mani. Vuole possedere la maschera del Vento, che ne racchiude il segreto. Alla guardia che gliela affida e che gli fa ritrovare per un attimo il regolare respiro, dà in omaggio, riconoscente, un rullo di un suo film d'amore (*Branding*). Su una lettiga, su una barella su per le Montagne, sul Monte Tai. Poi ad ammirare un pezzo della Grande Muraglia Cinese, costruita 200 a. a.c. La visita al Museo per filmare la tomba dell'Imperatore custodita dalle statue di 7.000 guardie è ostacolata dalla sciocca e limitante burocrazia della Cina. Supplisce acquisendo



statue di terracotta da un artigiano, e riproducendo tutta la scena in laboratorio. Lo riportano sulla duna nel deserto. Non c'è ancora vento. Il grande Cineasta si pone ancora una volta la domanda: <<Siamo pazzi a fare un film sul Vento!>>. Risponde deciso: <<Filmare l'impossibile è il meglio della vita>>. Si era già cimentato sulla follia di catturare il vento molti anni prima con il Maestrale in Provenza ("Pour le Mistral"). Nel deserto arriva una Maga. Potrebbe muovere il vento con due ventilatori e un diagramma disegnato sulla sabbia. A condizione che le si creda. Il vecchio Regista-interprete, che ha sempre creduto nella scienza, cede alla Magia: "non solo la scienza fa tutto". Si muove vorticosamente il Vento. Torna il respiro dell'uomo e della Terra. Torna la Vita. Il vento è l'elemento naturale che condiziona la vita dell'uomo. Porta la pioggia che rende fertile la terra e alimenta i fiumi. Porta il bello e il cattivo tempo. Ma, quando è violento, può procurare danni. In senso fisico entra nella storia della umanità con i trasporti marittimi e fluviali. Per migliaia di anni la civiltà ha camminato sulle ali del vento. Nella nostra epoca la energia eolica è il sostegno della economia verde. In una intervista concessa ad Aldo Tassone (agosto 1988) Joris Ivens affermava: <<il vento è il soffio che rimuove le scorie, ripulisce la storia dei luoghi comuni, anche ideologici>>. È il simbolo delle cose che cambiano, è il carattere del variare del mondo. La chiave metaforica che gli serve per compiere il viaggio nel passato. Non solo "una Storia di Vento". Anche "Vento della Storia". Il vecchio Cineasta mostra un piglio giovanile nel districarsi, con il suo ultimo film, nelle pieghe della Storia. Per la storia del Cinema riproduce un brano onirico di "Viaggio nella Luna" di Georges



Meliès. Del suo Cinema, riproduce brani di “Branding” e di “I 400 Milioni”. Filma in Cina, culla di una tra le più antiche civiltà del mondo. Ama la Cina e i Cinesi. Per la Cina ha realizzato documentari che hanno illustrato la lotta di liberazione dal dominio giapponese e, di seguito, l’avvento del regime comunista. Un documentario lunghissimo in 12 puntate (1 h per ciascuna) sulla Rivoluzione Culturale “Come You Kong rimosse le montagne”. È stato considerato e criticato come “militante politico”. Lo è stato soltanto in senso cinematografico. Il Vento della storia “porta via le foglie secche, le scorie, può modificare le ideologie”. In “Io e il Vento” Ivens sa ironizzare sulle manifestazioni retoriche della rivoluzione cinese: la visita al circo, i comizi, i matrimoni di massa. Ironizza e critica le lentezze burocratiche della nuova Cina, che limitano le riprese, riducono la libertà e dichiara di volersi battere in ogni caso per la sua Arte. Joris Ivens, nel 1985, ancora nella fase di progettazione del film, intervistato da Aldo Tassone, dichiara: «*Vorrei che fosse una sorta di “ciné-poème”, un poema visivo; un viaggio sulle ali del vento nei meandri della più antica civiltà del mondo*». In una scena del Film il protagonista si sporge su una altura del deserto con un microfono fissato su una lunga asta e un rilevatore di decibel per misurare il

Vento. Dai quattro angoli del Mondo gli giungono le voci:

*Sono il vento gelido della Sierra Madre/
Sono il canto di Moby Dick.../...ma mi desiderate.../in fondo ai mari del mondo/
Sono il vento dei campi di grano./Rido, rido/rido tutta la giornata.../Sono il cerchio proibito./Chi mi supera avrà il fiato mozzato./Sono il föhn.../Sono il maestrone.../Il diavolo dell'Europa gotica.../Van Gogh tentò di dipingermi e impazzì.../In Tunisia sono il ghibli.../Sono il tornado del Nebraska.../...ma per tutti sono l'odioso Simoun./Un giorno supererò il muro del suono./Il bambino argentino capriccioso e crudele/Ahimè! Oramai il mio segreto/verrà taciuto. /Omaggio a coloro che detengono i segreti/Sono l'amante effimero.../il balocco delle nuvole,/un sospiro nel cielo cinese./Sono la moschea di Cadice,/sono io che allontano l'aria greve della notte,/sono il soffio del primo giorno della creazione/che galleggiava sulle acque.*
È IL CANTO UNIVERSALE DEL VENTO

Invita l’attrice Cinese a declamare la poesia del Vento: «*L'erba di Yan sembra tessuta con fili di azzurro,/ il ramo verde del gelso si inclina,/tu languisci in attesa del ritorno,/fino ad allora il mio cuore soffrirà,/e tu, galante vento di primavera,/ che fai qui nella mia camera?*»

Il flusso poetico delle parole si unisce al flusso poetico delle immagini. Il protagonista attende ancora sulla duna,

nel deserto. Ancora non c’è il Vento, tutto è fermo, immobile. Si converte alla Magia. Torna il Vento. Soffia impetuoso. Il suo volto si illumina. Sorride felice. Ha vinto. Ha catturato il Vento. Lascia ad Altri il posto, sulla sedia, sulla duna. Il suo ultimo film è una sintesi della sua opera. Un discorso sull’Uomo, sull’Arte e sulla natura dell’Arte, sul Cinema. Il percorso che un uomo compie nella vita. Un testamento spirituale. Ivens muore pochi mesi dopo la conclusione. Nella intervista rilasciata ad Aldo Tassone nel 1988 il grande Documentarista ha ribadito che, con “Io e il Vento”, ha inteso realizzare il suo primo film di finzione per “varcare la barriera che si frappone tra documentario e finzione”. Ha tentato di filmare direttamente “la poesia che aveva trovato nei primi film, nella stagione della avanguardia degli anni Trenta”. Per ritrovare la vena poetica degli esordi. Joris Ivens non è solo Autore di documentari politici, è anche un Poeta. ♥

Bibliografia

- K. Kreimeier: Il Cinema di Joris Ivens. Mazzotta ed.1977
- V. Tosi: Joris Ivens. Cinema e Utopia. Bulzoni ed. 2002
- Treccani: Enciclopedia del Cinema: Documentario (dilemma vero/falso), 2003
- A. Tassone: Io e il Vento. Vivi il Cinema n.15-16, nov-dic 1989
- F. Strauss, S. Toubiana: Entretien avec Joris Ivens et Marceline Loridan à propos de Une Histoire de Vent. Cahiers du Cinema, 419, marzo 1989
- F. Andreotti: Il Cinema di Joris Ivens e le messe in scena della realtà (Io e il Vento l’ultimo respiro del film documentario). Tesi di Laurea. Univ Pisa. Facoltà di lettere e filosofia,1996
- E. Parretti: Tre modi di fare Cinema Documentario. Tesi di Laurea. Univ. Roma la Sapienza. Facoltà di lettere e filosofia, 2000



Si concludono le celebrazioni per il centenario dalla nascita

Gianni Rodari, storia di un educatore rivoluzionario

Leggere il futuro imparando dal passato: la lezione di Gianni Rodari

Il 23 ottobre del 1920, ad Omegna, in Piemonte, nasce Gianni Rodari e tutto cambia. La storia della letteratura italiana, l'approccio e il rapporto di un popolo con la fantasia, con l'immaginario, si rivoluziona e partono le lancette del cambiamento che porterà ad una nuova percezione della dimensione fantastica. A volte basta un solo uomo e il suo pensiero per cambiare ogni cosa. Certo, di uomini come Gianni Rodari ne nasce uno ogni cent'anni. Chi è stato Gianni Rodari, e chi sia tutt'ora, sebbene siano passati quarant'anni dalla sua scomparsa, è domanda impenitente e impertinente, che non tollera una sola risposta, e quelle che accetta non possono rispettare un'etichetta cronologica, né un desiderio di completezza. Rodari lo si può celebrare solo raccontando la sua storia (o parte di essa), di uomo, di scrittore, di pedagogista, di giornalista... di rivoluzionario. Il Rodari che vive nell'immaginario collettivo fu scrittore e affabulatore che raccontava favole al telefono, filastrocche in cielo e in terra, storie e parole per giocare, fiabe e fantafiabe, novelle fatte in macchina e che spiegava come solo lui sa fare perché i re sono re. La sua produzione è come un mare fatto di parole che

Il 23 ottobre del 1920, ad Omegna, in Piemonte, nasce Gianni Rodari e tutto cambia. La storia della letteratura italiana, l'approccio e il rapporto di un popolo con la fantasia, con l'immaginario, si rivoluziona e partono le lancette del cambiamento che porterà ad una nuova percezione della dimensione fantastica. A volte basta un solo uomo e il suo pensiero per cambiare ogni cosa. Certo, di uomini come Gianni Rodari ne nasce uno ogni cent'anni

onda dopo onda si infrangono sulla battaglia, lasciando storie al ritirarsi della marea. Rodari fu anche giornalista impegnato, che mise la sua prosa al servizio dei più deboli e di quelle lotte sociali che meritano di essere combattute e raccontate. Ma su tutto, Rodari fu in primo luogo un educatore e un formatore, quando questa parola non aveva ancora il carisma della verità che ha oggi. Era questa la sua più intima essenza. Educò i più piccoli all'immaginazione e i più grandi a capire il valore di quell'immaginazione come linguaggio per parlare ai bambini, come chiavistello per entrare nei loro mondi. Nel suo primo libro, nel 1951, *Manuale del pioniere* (Edizioni di cultura sociale) Rodari si mostra ideologo del suo tempo. Si sofferma su concetti dalla valenza sociale quale la democrazia, la pace, la ricerca del giusto in un mondo ingiusto, ma lo fa ponendo già da allora la lente di ingrandimento sui bambini e sui ragazzi. Si rivolge agli educatori del tempo e chiede loro la prima rivoluzione di metodo: non l'imposizione, ma l'offerta dell'attenzione, la ricerca di comprensione, di empatia con gli interessi dei ragazzi, in modo da capirne la dimensione

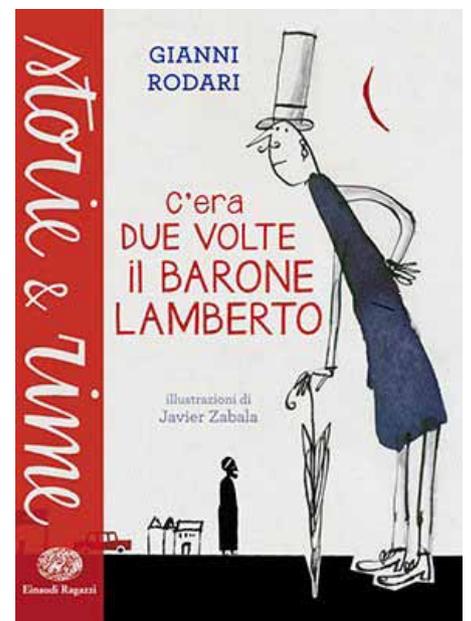
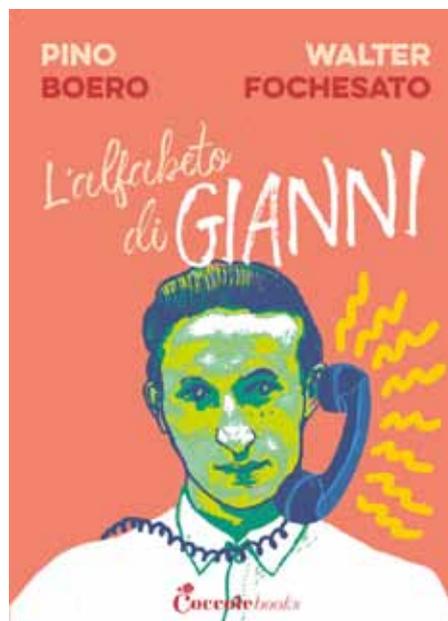


esistenziale e trovare il meccanismo con cui far scattare la creatività e il coinvolgimento. Per quell'opera venne "scomunicato" dal Vaticano, che lo definì "Ex-seminarista cristiano diventato diabolico" (nel 1931 la madre dell'autore lo fece entrare in un seminario, ma comprese ben presto che non era la strada giusta per il figlio). Le parrocchie bruciavano così copie del manuale, ed altri suoi libri, tanto che trovare oggi una prima edizione dell'opera è una vera sfida. Tutto ciò avvenne in seguito alla così detta scomunica dei comunisti, cioè il decreto della Congregazione del Sant'Uffizio pubblicato il 1 luglio del 1949. Il decreto dichiarava illecita, a detta della Congregazione stessa, l'iscrizione al partito comunista, nonché ogni forma di appoggio ad esso. La Congregazione dichiarò inoltre che tutti coloro che professavano la dottrina comunista erano da ritenere apostati, quindi incorrevano nella scomunica.



Rodari al tempo dirigeva la rivista *Il Pioniere*, il Settimanale di tutti i ragazzi d'Italia legato all'Associazione Pioniere d'Italia (API), realtà che era alla base del crescente interesse e di un progetto ben delineato del PCI per l'educazione delle giovani

generazioni. Viene chiamato a Roma da Giancarlo Pajetta per fondare e dirigere quella che si rivelerà un'esperienza da cui germogliò la sua visione. Il settimanale non aveva una politica editoriale edulcorata. Rodari, che fu maestro di fantasia,





riteneva che la realtà non dovesse mancare nella formazione dei ragazzi, tanto che *Il Pioniere* presentò anche fatti di cronaca, scioperi, scontri tra operai e polizia, con feriti e morti. Al tempo stesso Rodari non tralasciò mai la parte dell'immaginario, tanto

che rimase alle cronache un suo scontro con Nilde Iotti, avente a tema il valore dei fumetti. La Iotti sosteneva che i fumetti fossero “tra le cause di irrequietezza, di scarsa riflessività, [...] di tendenza alla violenza [...] della gioventù”. In



realtà la prima donna Presidente della Camera sbagliava ritenendo, e restando influenzata da ciò, che il fumetto fosse stato “Lanciato da Hearst, imperialista cinico e fascista”, dato che il primo a promuoverlo fu Pulitzer (sì, proprio colui a cui fu intestato l'ambito premio giornalistico) sulle pagine domenicali del New York World con Yellow Kid. Quella di Hearst fu solo una risposta alla concorrenza, anche se sfruttò i fumetti e il genio dei suoi autori, primo tra tutti Winsor McCay, per fini politici. Ma questa è un'altra





storia. Quella che ci piace raccontare è quella di Rodari, che sulle pagine di *Rinascita*, sostenne che il fumetto aveva la forza di smarcarsi dai canoni statunitensi e conquistare una nuova autonomia espressiva utile alla diffusione di idee progressiste tra le masse. “Accanto ai libri - scrive Rodari in una lettera al direttore - possono i fumetti essere uno strumento, anche secondario, in questa lotta oggi? Se

non possono smettiamo di stamparli”. I fumetti non sparirono, nonostante la dura risposta a Rodari di Togliatti, che era appunto il direttore di *Rinascita*, il quale dichiarò. “Per conto nostro non metteremo a fumetti la storia del nostro partito o della rivoluzione”. Aveva ragione Rodari, visto che di racconti a fumetti dedicati al Comunismo e alla desiderata rivoluzione citata ce ne sono oggi a

bizzeffe. Ma il focus non è la solo la figura di un uomo che resta sempre sé stesso anche a fronte del vento che gli soffia contro tanto da destra quanto da sinistra, ma piuttosto la capacità del pedagogo di guardare oltre i suoi tempi. Oggi, tanto quanto oltre cent’anni fa, le idee di Rodari sono attuali e indispensabili nella formazione dei più piccoli. ♥



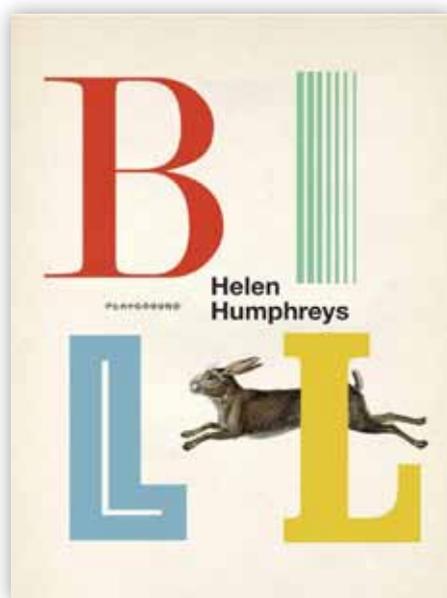


L'amicizia tra i due protagonisti, Leonard e Bill, è un incontro tra due solitudini, una relazione fatta di attenzione e protezione reciproche

Un'amicizia straordinaria

Storia di un'amicizia anomala, ma molto profonda, tra un bambino smarrito e un uomo selvatico e misterioso che vive nel suo stesso villaggio

Helen Humphreys, scrittrice e poetessa canadese di grande interesse e spessore letterario, nel suo ultimo romanzo, intitolato "Bill", pubblicato dall'editore Playground, racconta, con grande sensibilità, una storia ispirata ad un fatto di sangue realmente accaduto nel 1947 a Canwood, nel Saskatchewan (Canada), un delitto efferato che, nonostante tutto, nascondeva in sé aspetti delicati e a loro modo commoventi. Il romanzo si avvale del fatto di cronaca solo come pretesto per distaccarsene immediatamente e regalarci una prosa efficace guidata dalle emozioni. In questo libro colpisce soprattutto l'analisi approfondita della psicologia dei personaggi. Helen Humphreys con "Bill" ha scritto un libro intenso e introspettivo ambientato per la prima parte, che corrisponde temporalmente a quella dell'infanzia del protagonista, in un piccolo paesino del Canada. L'autrice ci racconta la storia di Leonard Flint, che è la voce narrante del romanzo, un ragazzino solitario di circa dieci anni, vittima di bullismo a scuola e costretto a far fronte ad un padre alcolizzato e assente. Leonard, per sopravvivere giorno dopo giorno, stringe un'amicizia



L'amicizia tra Leonard e Bill risulta incomprensibile agli occhi degli altri abitanti, che non la approvano e non la comprendono proprio per l'apparente distanza anagrafica e caratteriale dei due soggetti

anomala, ma molto profonda, con un uomo selvatico e scorbutico, soprannominato Bill Zampe di Coniglio, che vive nel suo stesso

villaggio. Bill ha per casa una grotta ai piedi di una collina, in cui abita con i suoi due cani, e si mantiene con qualche lavoro da giardiniere e vendendo come portafortuna le zampe dei conigli che lui stesso cattura e accumula in modo maniacale. Quest'uomo insolito è l'unica persona con cui il ragazzino si relaziona perché attratto dallo spirito libero e ancestrale di Bill e dal loro legame, una relazione che per Leonard costituisce l'unico affetto possibile al di là del suo severo contesto familiare e che rappresenterà nel tempo, una volta cresciuto, un vero e proprio mito della sua triste infanzia. Questa amicizia risulta incomprensibile agli occhi degli altri abitanti del villaggio, che non la approvano proprio per l'apparente distanza anagrafica e caratteriale dei due soggetti, ma che il lettore intuisce essere vitale per il ragazzino, destinato suo malgrado a vivere una quotidianità drammatica e dolorosa. L'amicizia tra Leonard e Bill è un incontro tra due solitudini che nel silenzio costruiscono un sistema di attenzione e protezione reciproche, come dice lo stesso Leonard esprimendo, seppur spaesato, i sentimenti che prova nei confronti dell'amico: "Non so spiegare la sensazione che

provo quando corro con Bill sotto lo sterminato cielo azzurro della prateria. È come se mi guidasse fuori dal buio, fuori da un senso di solitudine che nemmeno sapevo di provare”.

Sarà sconvolgente per Leonard vedere Bill compiere un atto crudele e apparentemente inspiegabile, un gesto definitivo che avrà conseguenze drammatiche negli anni successivi; il crimine che viene commesso distrugge tutto e prende il sopravvento sulle vite dei due protagonisti separandoli, ma solo fisicamente, perché la vita dimostrerà che il loro legame è destinato a perdurare negli anni a venire e che

Il romanzo ci racconta con sconvolgente profondità il valore di una amicizia anomala tra due persone apparentemente distanti, ma che rappresentano l'una per l'altra l'unico rifugio e conforto reciproco in un mondo in cui le relazioni sono poco appaganti

non potrà essere eliminato nemmeno da un atto irreparabile. Il tempo non sanerà la ferita, anzi porterà Leonard a fare scelte professionali in una direzione ben precisa, quella della psichiatria, che lo introdurrà e immergerà nel misterioso territorio della mente umana; non è un caso se, dodici anni dopo, ritroviamo Leonard

Helen Humphreys, ispirandosi ad un fatto di cronaca realmente accaduto nel 1947 in Canada, racconta di un'amicizia, quella tra Leonard Flint, un bambino solitario, e Bill, un uomo insolito e scorbutico. Sarà sconvolgente per Leonard vedere Bill compiere un atto crudele e apparentemente inspiegabile che li allontanerà. Il legame con Bill sarà un'ossessione per Leonard nel corso di tutta la sua vita, fino a quando, ormai adulto e intrapresa la strada della psichiatria, lo ritroverà nell'ospedale psichiatrico nel quale lavora. La malinconia per ciò che è stato riattiverà in Leonard una nostalgia ancestrale che lo porterà a cercare di sanare le proprie ferite

nell'intento di percorrere questa carriera, dal momento che decifrare il significato profondo delle vite altrui e della propria lo appassiona, forse proprio nel tentativo di comprendere ciò che ha vissuto e visto da bambino. Nella seconda parte del romanzo, Leonard Flint è un giovane medico psichiatra appena assunto all'Istituto Weyburn, il più grande Istituto di igiene mentale del Canada, una struttura nota per la sua politica progressista in cui si sperimenta un approccio nuovo ai disturbi mentali, somministrando LSD ai pazienti e ai medici stessi, per esplorare in profondità l'eziologia dei disturbi psichiatrici, pratica con la quale Leonard non si trova completamente d'accordo fin da subito. Leonard si trova a far fronte ad alcune problematiche all'interno della struttura in quanto si sente inadeguato e si dimostra incapace di seguire i pazienti come dovrebbe perché, il caso vuole che proprio in questo Istituto il

giovane medico ritrovi Bill, cambiato rispetto ad un tempo e incapace di riconoscerlo. In Leonard si riaccende immediatamente la sua ossessione per questa persona, come se il tempo non fosse trascorso, riaprendo una relazione che trova conforto nel reciproco senso di rifugio; la malinconia per ciò che è stato riattiva in Leonard una nostalgia ancestrale: “Mi manca quel pezzo del mio passato in cui ci conoscevamo e ci appartenevano”. Leonard si distrae, perde di vista le sue responsabilità, con gravi conseguenze lavorative e personali che lo indurranno a riportare a galla dolorose ferite. La scrittura tagliente e cruda cerca di eliminare i preconcetti e di delineare un racconto che scardini idee convenzionali e stereotipate sull'amicizia e sui legami affettivi affrontando temi toccati come la solitudine, la diversità e la sofferenza, ma anche l'amicizia, l'altruismo e l'accettazione. ♥

Sarà sconvolgente per Leonard vedere Bill compiere un atto crudele, un gesto definitivo che avrà conseguenze drammatiche negli anni successivi



Socrate indaga Un racconto filosofico

Ancora un romanzo del cardiologo Claudio Cuccia



Dopo “L’infarto. Piccola guida per evitarlo” (2015), “Le Parole del cuore” (2017) e “Malato ma non troppo” (2019), Claudio Cuccia, Direttore del Dipartimento Cardiovascolare della Fondazione Poliambulanza di Brescia, già Presidente ANMCO della Lombardia e Presidente Nazionale dell’ATBV, propone una sua nuova opera: “Socrate Indaga. Un racconto filosofico”, edito da Scholé. Claudio **Cuccia, cardiologo colto, profondo, interessato agli aspetti della umanizzazione delle cure oltre che a quelli tecnici e tecnologici della professione medica**, questa volta ci propone un romanzo giallo ambientato nella Atene classica, che vede come protagonisti Socrate, sua moglie Santippe e tanti volti della Grecia classica: Platone, Aristofane, Pericle, Ippocrate, Fedone. Il ritrovamento del dito mozzato di Perittione, uomo gentile, generoso e premuroso, vicino di casa di Socrate, ne fa sospettare un omicidio commesso da parte di Cassiopea/Targelia, presunta sua amante, donna sensibile, che ama danzare, dialogare, sedurre, trasferitasi da Mileto ad Atene, per realizzare la condizione di donna libera. Le indagini sono affidate a Leandro e al suo allievo Critobulo, personaggi di grande simpatia ed umanità, mentre il ruolo di accusatore è riservato a Demétrios, arconte che

vive «per il successo, per soddisfare le proprie ambizioni a scapito dei diritti degli altri»; la difesa della donna, invece, spetta al sommo filosofo Socrate. Attiva è la partecipazione di Santippe, insopportabile moglie di Socrate, donna arrogante, superba, invidiosa e della sua amica Andromeda, nonché moglie di Perittione, falsamente sgomenta per la scomparsa del marito. L'indagine si svolge incalzante, in un clima caratterizzato dai soliti toni ironici di Claudio Cuccia, che propone spiritosi e continui battibecchi tra Socrate, amichevolmente chiamato "Tino" e sua moglie Santippe, "Tippy", per risolversi in un finale a sorpresa come in un giallo che si rispetti.

Ma perché Socrate? Non solo perché era persona affabile, gentile, mite, altruista, ma perché è il filosofo noto per la ricerca della verità, per il desiderio di conoscere, del sapere di non sapere, con la mente aperta più ai dubbi che alle certezze; il filosofo del dialogo con i giovani, dell'arte di saper far emergere dagli allievi i propri pensieri, i cui valori Cuccia apprezza e fa propri.

Socrate è il filosofo della brachilogia, delle brevi sentenze, che Cuccia inventa e fa dire ai suoi personaggi: «Le parole portano la fragranza del pensiero agli olfatti giusti per odorarla». «Le parole sono ponti che uniscono emozioni, paure, speranze... persone». «L'uomo è un animale che si distingue per

l'ingegno e la capacità di socializzare».

«La Cultura crea affanni». «Fatevi domande, le risposte forse verranno, forse no, ma poco importa». «Solo il perdono spegne il fuoco della vendetta». «La mente quando è pigra vuole soluzioni facili, cerca comode scorciatoie». «La strada più facile per avvicinarsi alla verità è capire le ragioni per cui abbiamo torto». Il contesto classico e la cultura umanistica di Cuccia rappresentano l'humus ideale per affrontare anche temi di grande rilevanza socio-culturale.

Contro i confini, i recinti

e le frontiere: «Beata sia la contaminazione... e le frontiere siano luoghi di incontro, luoghi di salvezza, ... per guardarsi finalmente negli occhi... essere contaminati non cancella le differenze, ma coglie il meglio per creare il nuovo», ci diranno Fedone e Senofonte.

Contro l'ossequio facile: «È facile essere gentili quando la gentilezza non costa nulla... vien naturale essere amabili e cordiali con un amico o con un ospite di pregio... Ma di fronte ad una persona che indossa una veste infangata ed è scalzo quale animo si disporrà in te? Di accoglierlo o respingerlo?... l'ossequio è il segno della stupidità».

La stupidità e la saggezza: «Lo stupido non ascolta, parla, è colui che prende tutto per buono.... Che non coglie i non detti. Lo stupido non si pone problemi, mentre il saggio è critico, non è polemico, soppesa le parole, ne elabora il senso».

La scienza, la magia e l'umanizzazione

delle cure: un ampio capitolo viene dedicato ad Ippocrate che «si proponeva di allontanare la scienza dalle credenze magiche e religiose, per renderla razionale e rigorosa» e che proponeva di considerare il corpo umano come «un tempio, che va curato e rispettato», che esaltava i rapporti tra mente e corpo. «Gli dei né danno, né tolgono i malanni» affermerà Critobulo rivolto a Zotikos, un medico-sacerdote, avezzo a prestare cure omeopatiche; «un medico non deve mai arrendersi» e soprattutto deve creare un patto con il paziente, un'alleanza coraggiosa, non una dipendenza che ne umili la dignità.

La ricerca della verità: il giallo non può concludersi che con un inno alla verità, presentato con la "cucciana" ironia. Socrate, rivolgendosi a Critobulo, lo invita a non privarsi della continua ricerca della verità - «unica luce che illumina il cammino» - La verità è ciò che il saggio, con occhio responsabile, antepone all'ingiusto e al falso. E poi si legge, in un ultimo dialogo tra marito e moglie, che «La verità mi fa male, lo sai» «Nessuno mi può giudicare, nemmeno tu», «Ognuno ha il diritto di vivere come può». Beh, come negarlo, già allora, nell'Atene classica, le canzonette erano un modo per farsi capire. Non vi pare?

Complimenti all'amico Claudio e buona lettura a tutti i colleghi. ♥

«Se ne va un Cardiologo stimato e amato da tutta la comunità cardiologica. Una vita dedicata alla cura dei pazienti ed alla ricerca, che ha dato un notevole contributo alla crescita della Cardiologia italiana. Ho avuto modo di conoscerlo in occasione degli Studi GISSI, e fin da subito ho percepito in lui un uomo dotato di un'estrema cordialità, innamorato della sua professione. Colgo l'occasione per esprimere la mia vicinanza alla famiglia».

Mario Chiatto

Direttore Responsabile di "Cardiologia negli Ospedali"

DI MARIA FRIGERIO

Il fondatore di uno dei primi Centri di Cardiologia e Cardiochirurgia in Italia, nel ricordo di chi ha lavorato al suo fianco

Lo stress fa bene Fausto Rovelli e il Centro De Gasperis

Racconti del passato, frammenti dell'eredità di un ineguagliabile maestro, per imparare a guardare al futuro

Quando ho messo piede per la prima volta al Centro De Gasperis, nel 1978, il Prof. Fausto Rovelli sembrava esserne il primario da sempre. Quarant'anni più tardi, dall'autobiografia scritta dopo il suo novantesimo compleanno ho appreso che Rovelli, mentre con Angelo De Gasperis (chirurgo toracico: la specializzazione in cardiocirurgia neppure esisteva) costruiva uno dei primi Centri di cardiologia e cardiocirurgia del nostro paese, neppure prendeva uno stipendio: era a Niguarda come "assistente volontario". Solo dopo qualche anno, nel 1956, quando la chirurgia cardiotoracica si era staccata dalla chirurgia generale, era stato assunto come assistente cardiologo. Ecco perché a Niguarda c'erano due cardiologie, una figlia della medicina interna, l'altra nata con la cardiocirurgia. Nel '78 la prima occupava la metà di un piano

in un vecchio padiglione, la seconda (il De Gasperis) si sviluppava su tre piani di un edificio ingrandito e rinnovato grazie anche al contributo di donazioni private, che ospitava le degenze cardiologiche (tre per adulti e una pediatrica), la cardiocirurgia,



Foto 1 - Fausto Rovelli con Alessandro Pellegrini, in una fotografia degli anni '70

la chirurgia toracica, e le sale di emodinamica. Al piano terreno c'erano l'Unità Coronarica, la Terapia Intensiva della Cardiochirurgia (e più in là, sotto i portici, gli ambulatori), mentre le camere operatorie erano al piano interrato. Si diceva che nell'altra

Nei ricordi di Maria Frigerio, gli insegnamenti e lo stile di un grande maestro, che ha realizzato un prototipo di Dipartimento Cardiologico che ha fatto scuola in Italia

Cardiologia ci fosse un vero letto per il medico di guardia, mentre in De Gasperis ci arrangiavamo con una poltrona-letto scomoda da aprire e soprattutto da chiudere. Non che il cardiologo di turno in De Gasperis dormisse molto: oltre ai circa 80



Foto 2 - Fausto Rovelli ricorda Alessandro Pellegrini, scomparso nel 2007, durante il Convegno di Cardiologia del settembre dello stesso anno

pazienti distribuiti sui 4 piani, avevamo in carico le consulenze in Pronto Soccorso e in tutto l'ospedale, così voleva Rovelli. C'era un frequentatore volontario in appoggio, e gli anestesisti-rianimatori, i vicini della porta accanto, erano fin da allora gli "angeli custodi" dei nostri pazienti più critici. (Anni dopo, quando l'*altra* cardiologia venne inclusa nel nuovo dipartimento, neppure la determinazione di Rovelli bastò a ottenere una vera fusione, realizzatasi solo più tardi grazie al ricambio generazionale). Diverse circostanze mettevano alla prova i giovani cardiologi del De Gasperis. Chi, al mattino presto, montava le angiografie sulla moviola nella sala riunioni, lo faceva con l'incubo che la pellicola sfuggisse ai dentini che l'avrebbero dovuta catturare, e si accartocciasse, irrimediabilmente danneggiata, sotto gli occhi di Rovelli,

di Pellegrini (allora direttore della Cardiocirurgia), di Casolo (il nostro radiologo, detto *l'infallibile*), nonché dei colleghi più anziani, degli infermieri e dei tecnici dell'emodinamica. Ben più seria la posizione di chi sedeva, sempre al mattino presto, nel corridoio antistante lo studio del Professore, preparandosi a relazionare scrupolosamente su come perché e nonostante quali attenzioni e cure quella notte in UCIC si fosse verificato un decesso. Più umiliante anche se obiettivamente meno grave presentare un caso clinico in una discussione collegiale, o peggio al nostro tradizionale convegno di settembre, e vedere Rovelli alzarsi, sospirare, ed esordire dicendo «Questo caso è stato presentato malissimo». Però era una scuola straordinaria. Era un luogo dove potevi imparare moltissimo, a partire da quegli incontri del mattino quando

Al De Gasperis le teorie contemporanee sulle organizzazioni sanitarie si erano concretizzate ancora prima di essere state scritte: da noi, l'Heart Team esisteva almeno dal 1978

Rovelli, Pellegrini, Casolo, i medici di reparto e gli emodinamisti rivedevano insieme gli esami del giorno prima. Oppure al letto del paziente, quando i cardiologi pediatri diagnosticavano cardiopatie congenite complesse e ne stimavano la gravità sulla base dell'esame obiettivo, dell'ECG e della radiografia del torace, prima ancora di eseguire il cateterismo. O vicino a chi aveva un'idea nuova e la forza di svilupparla, Antonio Pezzano ad esempio, che aveva creduto dal principio nelle potenzialità dell'ecocardiografia, nonostante qualcuno dicesse che "vedeva la Madonna": in camera operatoria, poi,



Foto 3 - Fausto Rovelli riceve una targa a ricordo della 50° edizione del Convegno di Cardiologia nel settembre 2016

Rovelli era esigente prima di tutto con se stesso Andava veloce, guardava avanti, non si occupava di ricavare vantaggi personali dalle sue idee, come la storia del GISSI dimostra

si poteva verificare come apparissero nella realtà quelle valvole che avevamo giudicato stenotiche, insufficienti, calcifiche o lacerate dalle vegetazioni. C'erano caposala che sapevano tutto, e infermieri esperti che ti prendevano le misure dall'inizio, ma se rispettavai il loro lavoro essi pure ti rispettavano, e ti davano le dritte giuste. Tutti con la fierezza di appartenere a una squadra prestigiosa, al cui buon nome tutti sentivano di dover contribuire. Segretarie comprese. Approccio multidisciplinare, continuità delle cure, dipartimento, educazione

Ho trascorso sotto la direzione di Fausto Rovelli parte dei miei anni giovanili, dall'ultimo anno dell'Università agli inizi della mia carriera di cardiologo, per questo li racconto con un pizzico di leggerezza Non so se al Professore sarebbero piaciute queste righe, ma sono sicura che non avrebbe apprezzato uno stile retorico o celebrativo



Foto 4 - Fausto Rovelli, in un recente ritratto, utilizzato nella brochure di invito alla festa per il suo 100° compleanno, tenuta a Niguarda nel novembre 2018

permanente, medicina centrata sul paziente, miglioramento continuo della qualità, sinergia tra ricerca e pratica clinica, volontariato e privato sociale: queste parole oggi riempiono articoli, animano convegni, vengono ripetute come formule rituali nei documenti di consenso, nelle normative, nelle teorie contemporanee sulle organizzazioni sanitarie. Al De Gasperis si erano concretizzate ancora prima di essere state scritte: da noi l'*Heart Team* esisteva almeno dal 1978. E quale esempio di educazione permanente migliore del convegno (allora chiamato Corso di aggiornamento) che Rovelli ha progettato e realizzato, mettendo in pratica un'idea sua e di Renato Donatelli, dal 1967 in avanti? Oltre che per i partecipanti che si sono succeduti (e i tanti che sono tornati) negli anni, il corso è stato, ed è tuttora, uno strumento straordinario di confronti e di coesione per noi che lo organizziamo ogni anno. Il Corso di settembre

e il GISSI sono i pezzi più pregiati dell'eredità che Rovelli lascia a tutta la cardiologia italiana, e quelli che hanno vissuto queste esperienze accanto a lui lo ricordano come l'ineguagliabile maestro che è stato. Pazienza, allora, se le risorse umane (noi) non eravamo in cima ai suoi pensieri. Non che non ci conoscesse, o non avesse un'opinione sul nostro conto. Ma si imparava presto che l'ospedale è fatto per i pazienti, non per chi ci lavora. Del resto, Rovelli era esigente prima di tutto con se stesso. Andava veloce, guardava avanti, non si occupava di ricavare vantaggi personali dalle sue idee - come la storia del GISSI dimostra. C'era una tensione costante a sapere di più, lavorare di più, capire di più per curare meglio. Seguirlo, sforzarsi di stare al suo passo, significava essere sotto pressione. Ma noi sapevamo di poterci fidare di lui, anche quando, contraddicendo il pensiero corrente, ripeteva spazientito: «*Lo stress... lo stress fa bene!*». ♥

Il Professor Fausto Rovelli protagonista del percorso culturale della terapia dell'infarto miocardico in Italia

L'unità di cura intensiva
coronarica, i primi successi
terapeutici per curare
l'infarto miocardico e il ruolo del
Professor Fausto Rovelli

Poco più di 50 anni fa l'infarto miocardico acuto, mai considerato un'epidemia, perché non trasmissibile, era responsabile di un elevato numero di decessi sia durante la fase acuta (circa 25-50.000 persone ogni anno in Italia), sia durante la fase cronica per i suoi postumi dovuti all'insufficienza cardiaca. Impressionava in modo particolare il dato epidemiologico che circa il 50% dei soggetti colpiti potesse morire all'esordio a causa di un'aritmia cardiaca. È per questa ragione che negli anni '60 nacquero nel mondo le prime Unità di Cura Coronarica, che permettevano di sorvegliare il decorso della malattia fin dall'esordio in reparti con una super sorveglianza sia in termini strumentali, con il monitoraggio dell'attività elettrica del cuore sia con la presenza di personale super addestrato per affrontare gli eventi aritmici e gli episodi di scompenso acuto. In Italia per primi il Professor



Il Presidente ANMCO in carica Giorgio Antonio Feruglio consegna al Prof. Rovelli e al Centro De Gasperis la Targa d'oro ANMCO 1985



Congresso Nazionale ANMCO 1986: un momento di intensa consultazione tra Giorgio Antonio Feruglio e Fausto Rovelli, Coordinatore del Comitato Organizzatore del Congresso

Fausto Rovelli a Milano e il Professor Attilio Reale a Roma nel 1967, dopo un breve periodo trascorso negli Stati Uniti d’America introdussero queste conoscenze. Ed in particolare a Milano il professor Fausto Rovelli con grande tenacia e con l’aiuto di alcuni sapienti mecenati riuscì a fondare il primo reparto di Unità di Cura Coronarica. I benefici in termini clinici furono subito evidenti perché molti pazienti “risuscitarono” da morte certa o con la defibrillazione o successivamente con la stimolazione elettrica del cuore, riducendo la mortalità per infarto miocardico da 30-50% al 25% nei primi anni ‘70. L’attenta sorveglianza dei soggetti

colpiti dalla malattia anche con il monitoraggio emodinamico e non solo elettrico ha permesso la somministrazione adeguata e ben controllata dei farmaci vasodilatatori (nitroprussiato di sodio e nitroglicerina, catecolamine) hanno permesso di riconquistare un equilibrio funzionale accettabile del cuore lesa da danno ischemico anche molto avanzato per mantenere la vita. **Fibrinolisi nell’infarto miocardico: una “banale” e “formidabile” storia** Purtroppo ancora all’inizio degli anni ‘80 era abbastanza deludente assistere al realizzarsi di un infarto, nella sua evoluzione inarrestabile e distruttrice fino alla comparsa delle

complicanze più gravi: aneurisma del ventricolo, rottura del cuore (per inciso quest’ultima era era più frequente negli anziani), shock cardiogeno, bassa portata, scompenso cardiaco. Chi ha passato ore e ore di osservazione davanti ai pazienti che erano magari arrivati in poco meno di un’ora dalla comparsa del dolore al petto ha assistito impotente all’evoluzione critica e inarrestabile del danno ischemico irreversibile anche mettendo in atto sistemi di protezione del miocardio piuttosto limitati e deludenti. Si studiava con attenzione l’evoluzione dell’elettrocardiogramma e si riusciva a descrivere l’estensione del danno



anatomico spesso verificabile al riscontro autoptico purtroppo. Non servivano a nulla gli alti dosaggi dei nitrati, del cortisone, serviva a poco, se non in casi particolari di coronarospasmo la somministrazione del verapamil, proposta dal Prof. Attilio Maseri che sosteneva che lo spasmo coronarico fosse la causa di quasi tutti gli infarti) o dei betabloccanti che riducevano il lavoro del cuore (ipotesi cara agli svedesi e agli americani). I benefici erano minimi. Fortunatamente un certo De Wood osò fare la coronarografia a un piccolo numero di pazienti con infarto in atto e documentò che in quasi tutti vi era una coronaria chiusa, a volte da un trombo recente. Per questo il Professor Rentrop osò iniettare in coronaria una piccola quantità di streptochinasi, un farmaco che scioglieva i coaguli: la coronaria si riapriva e il decorso successivo dell'infarto era meno grave. Ma si poteva ottenere la stessa cosa con una somministrazione massiva dello stesso farmaco in una vena periferica, semplificando molto la procedura? L'idea era di un professore tedesco, Schroeder. Ma molti l'avversavano per la paura che complicanze emorragiche vanificassero lo sforzo di una buona cura per l'infarto. Il Professor Rovelli mi chiamò nel suo studio e cercò di vincere le mie paure, generate da una precedente esperienza vissuta presso il Policlinico di Milano, quando per iniziativa del Prof. Mannuccio Mannucci somministravamo la streptochinasi dopo oltre 24 ore dall'inizio della malattia. Il risultato è stato pubblicato sul *New England Journal of Medicine* e non è stato risolutivo in

termini di vantaggi sulla mortalità anche per la presenza di numerose complicanze emorragiche. Il Prof. Rovelli mentre ero incaricato di seguire direttamente i pazienti dell'UCC mi convinse a rifare l'esperienza sulla base delle nuove informazioni e applicai il trattamento di nuovo. Fortuna volle che il primo paziente trattato fosse un signore giunto in unità coronarica dopo due ore dall'inizio del dolore, causato da un infarto anteriore esteso. Il risultato fu eclatante, perché l'elettrocardiogramma del paziente dopo due ore dal trattamento era tornato quasi normale e soprattutto la funzione contrattile risultò solo minimamente compromessa. Il risultato stupì il Professor Rovelli, che nel giro di pochi giorni decise di convocare a casa sua alle ore 20 una riunione col Prof. Antonio Lotto, Mario Bossi, Augusto Foresti, Gianni Tognoni e me (ero diventato il più sfigatato sostenitore della terapia con streptochinasi nell'infarto miocardico), per studiare la possibilità di un trial clinico che risolvesse i dubbi sull'utilità della terapia: nacque quella sera il GISSI (Gruppo Italiano per lo Studio della Streptochinasi nell'Infarto). Tognoni e Maria Grazia Franzosi scrissero in pochi giorni il protocollo dello studio sulla base della loro esperienza nei grandi trial e dei nostri suggerimenti di clinici. Mia moglie disegnò in poche ore di notte il logo dello studio (un'Italia al centro di un mondo stilizzato). Lo studio fu presentato in un Congresso dell'ANMCO a tutti i cardiologi italiani, che lo accolsero con un certo entusiasmo e concorsero alla sua realizzazione in poco più di un

anno e mezzo. Fu un vero successo e rivoluzionò la terapia dell'infarto in tutto il mondo: documentò per primo l'ipotesi di un beneficio sostanziale del trattamento oltre che una serie di preziose informazioni. La riduzione della mortalità, che globalmente era del 20%, con la terapia applicata nelle prime 24 ore dall'esordio dei sintomi, diventava del 50% se applicata entro la prima ora: c'era più che da stupefarsi. Fu un periodo fantastico in cui furono documentate altre splendide informazioni che condizionarono il progresso della terapia nell'infarto miocardico acuto per diversi anni. Tra le principali:

- riduzione dell'efficacia della terapia fibrinolitica e della riapertura della coronaria responsabile dell'infarto col passare delle ore dall'esordio dei sintomi;
- l'efficacia era maggiore negli infarti più estesi;
- vi fu un'importante riduzione fino alla scomparsa dei decessi per rottura di cuore e delle maggiori complicanze meccaniche come la rottura del setto interventricolare o l'aneurisma del ventricolo di sinistra. Tali informazioni hanno spinto poi la ricerca successiva ad accelerare i tempi di riapertura coronarica con la angioplastica e la rivascolarizzazione chirurgica completa. Questi formidabili progressi sono certamente ascrivibili in parte ai pionieri come il Professor Rovelli che hanno trascinato con la loro capacità di intuizione e di convinzione numerosi colleghi verso avventure il cui esito non era per nulla scontato. ♥

Fausto Rovelli e la Cardiologia italiana

In seguito alla recente scomparsa di Fausto Rovelli crediamo sia importante sottolineare quello che il “nostro” professore ha rappresentato per la Cardiologia italiana. Abbiamo ritenuto di riassumere alcuni punti in cui,

nell’arco della sua lunga attività lavorativa, è stato fondamentale ed incisivo nella nostra disciplina.

La grande intuizione

Negli anni ‘60 la Cardiologia come specialità non esisteva e tutto ciò che atteneva al cuore e al sistema

cardiovascolare nel suo complesso era considerato una branca secondaria della medicina interna. La sua grande intuizione fu quella di attribuire alla Cardiologia la dignità a tutti gli effetti di una disciplina autonoma e non vi è alcun dubbio che, in questo ambito,



ANMCO e Fondazione per il Tuo cuore al Quirinale (13 febbraio 2009): il Presidente Giorgio Napolitano consegna al Prof. Rovelli la targa in segno di riconoscimento per lo Studio GISSI

progressive competenze, sviluppo di tecnologie, studi, ricerche cliniche specifiche abbiano determinato negli anni un miglioramento significativo nella cura dei pazienti cardiopatici. Sviluppare la Cardiologia ha inoltre comportato profonde variazioni strutturali e della metodologia di lavoro dei reparti ospedalieri e nel nostro caso, la istituzione della prima Unità di Cura Coronarica presso l'Ospedale Maggiore di Niguarda e successivamente il Dipartimento di Cardiologia e Cardiochirurgia.

Unità di Cura Coronarica

Il riposo prolungato, la somministrazione di antiaritmici (Lidocaina) e il monitoraggio del ritmo cardiaco erano in passato i principali ed unici presidi terapeutici nell'infarto acuto. La prognosi e gli alti tassi di mortalità dei pazienti rimanevano comunque inaccettabili. L'istituzione delle Unità di Cura Coronarica ha consentito di curare progressivamente in una struttura dedicata tutti i soggetti affetti da sindrome coronarica acuta afferenti e ciò ha comportato grandi miglioramenti nella conoscenza e nella cura dei pazienti. Si sono identificati nuovi farmaci, nuovi e condivisi approcci terapeutici, ne sono scaturiti studi approfonditi sui meccanismi patogenetici dell'infarto. Agli inizi degli anni '80 con la collaborazione dell'Istituto Mario Negri venne istituito un gruppo di lavoro per lo studio della Streptochinasi nell'infarto miocardico acuto. Il progetto GISSI che ne seguì, ottenne l'adesione del 90% delle Unità Coronariche Italiane e la randomizzazione di più di 12.000 pazienti. Lo studio, riconosciuto a livello internazionale "come una pietra miliare della cardiologia"

dimostrò che la somministrazione nella fase acuta del fibrinolitico per via venosa, modalità perseguibile pertanto in tutte le unità di cura coronarica, era in grado di ridurre significativamente la mortalità del paziente affetto da infarto miocardico acuto e di migliorarne la prognosi a distanza. Un risultato altrettanto importante dello Studio GISSI è stato quello di promuovere negli anni seguenti trial di ricerca, anche in ambiti internazionali, con analogo disegno sperimentale e di standardizzare le modalità di cura dell'infarto miocardico su tutto il territorio nazionale.

Il lavoro in rete

Dopo il GISSI, grazie anche al contributo dell'ANMCO e del suo organo di divulgazione ufficiale, il "Giornale di Cardiologia", si è introdotta nella pratica clinica una nuova modalità di lavoro "il lavoro in rete". Le reti dell'unità coronariche volute da ANMCO furono una innovazione storica e portarono inoltre a modalità standardizzate nella assistenza e nella ricerca. L'ANMCO in seguito si è assunta il compito di ottimizzare e standardizzare le cure su tutto il territorio nazionale nell'ambito non solo della cardiopatia ischemica acuta, ma anche delle cardiopatie del paziente cronico, dell'insufficienza cardiaca e della prevenzione delle malattie cardiovascolari. Dalla rete di ANMCO inoltre è opportuno sottolineare come siano stati proposti e realizzati gli Studi GISSI che hanno consegnato alla comunità medica internazionale nuovi standard di trattamento dell'infarto miocardico.

La ricerca clinica

ANMCO ha promosso e realizzato il Centro Studi ANMCO operativo

dagli anni '90. Il Centro Studi, diretto dal Dott. Aldo Maggioni, ha ideato e coordinato innumerevoli studi di ricerca clinica con rigore e metodologia apprezzati in tutto il mondo. Il prestigio internazionale che ne è derivato ha fatto sì che Peter Sleight, uno dei più autorevoli Cardiologi internazionali, ha sottolineato in un suo editoriale che "Noi tutti possiamo imparare dai cardiologi italiani".

Il dipartimento di cardiologia e cardiochirurgia

Nel progressivo sviluppo delle conoscenze in Cardiologia sono emerse alcune branche specialistiche che hanno acquisito e richiesto nel tempo competenze specifiche: l'aritmologia, la cardiologia pediatrica, l'insufficienza cardiaca, l'emodinamica diagnostica ed interventistica. Contemporaneamente i progressi realizzati nella cardiochirurgia si dimostrarono entusiasmanti e presto si evidenziò l'importanza della complementarità delle due discipline cardiologica e cardiochirurgica nell'ottimizzazione delle strategie terapeutiche nel paziente cardiopatico. Il Prof. Rovelli, comprese l'importanza di non disperdere e frammentare la cultura cardiologica e cardiochirurgica e sostenne con forza una loro gestione unitaria. Tale approccio avrebbe garantito condivisione, ottimizzazione delle risorse, programmi di formazione, elaborazione di linee guida. Nacque così l'idea del Dipartimento Cardiologico e Cardiochirurgico: la sua istituzione che in un primo tempo ebbe difficoltà ad essere accettata sul territorio nazionale per diversi motivi tra cui una scarsa attitudine al lavoro di gruppo, timori di perdita di posizioni



Congresso Nazionale ANMCO 1993: il Presidente in carica Pier Filippo Fazzini consegna il distintivo d'oro al Prof. Fausto Rovelli

apicali di privilegio e/o di potere, si dimostrò in seguito condicio sine qua non per l'implementazione dei migliori sistemi di cure.

Il corso di Rovelli e la diffusione della cultura cardiologica in Italia

Il professore sostenne da sempre l'importanza della diffusione della cultura cardiologica e realizzò nell'anno 1867 con il professore Renato Donatelli (insigne pioniere della Cardiocirurgia) il "Corso di Aggiornamento in Cardiologia e Cardiocirurgia" che divenne negli anni conosciuto in ambito nazionale come "Il Corso di Rovelli". Il Corso che da allora si svolge annualmente a Milano, costituisce a tutt'oggi uno degli appuntamenti più importanti ed irrinunciabili per molte generazioni di cardiologi, internisti, cardiocirurghi italiani. Fin dagli inizi il Corso si connotò diverso rispetto ai

convegni tradizionali monotematici: si svolgeva in più giorni, dalle ore 8 alle 20, gli argomenti trattati coprivano volutamente tutti gli ambiti della Cardiologia e della Cardiocirurgia. Nei partecipanti si suscitò la consapevolezza immediata che potesse essere una sicura ed efficace fonte di apprendimento per la presenza di tematiche di grande interesse presentate e discusse da docenti ampiamente selezionati. Nella diffusione della cultura cardiologica infine crediamo non si possa non ricordare l'importanza del "Giornale Italiano di Cardiologia" di cui il professor Rovelli è stato il primo direttore.

Il nostro breve contributo è sicuramente poco esaustivo nel sottolineare l'importanza che il professore Rovelli ha avuto in ambito cardiologico. È indubbio che oltretutto grande promotore della

cultura cardiologica, sia stato un vero pioniere in ambito clinico: in "De Gasperis" (così abbiamo chiamato la nostra Istituzione per anni) ricordiamo l'impianto del primo pace-maker cardiaco, la prima sostituzione valvolare, la somministrazione della fibrinolisi per via endovenosa nell'infarto acuto, il trattamento dell'insufficienza cardiaca avanzata, la promozione dei primi trapianti cardiaci. Tutti noi del De Gasperis e gran parte dei Cardiologi italiani hanno avuto un grande privilegio nel conoscere e lavorare con il Prof. Rovelli. Il suo insegnamento ha contribuito in modo significativo alla nostra formazione di medici e Cardiologi e si è sicuramente tradotto in una migliore cura dei nostri pazienti.

Grazie professore per essere stato il nostro maestro. ♥

Corsi FaD ANMCO

sito Web www.anmco.it

CHI SIAMO | STRUTTURA ASSOCIATIVA | COME ASSOCIARSI | COOKIE POLICY | PRIVACY POLICY | ENGLISH VERSION



Associazione Nazionale
Medici Cardiologi Ospedalieri



Corsi FaD ANMCO

Accedi all'ampia offerta formativa a distanza

ecm.anmco.it

CONGRESS
IN PROGRESS
2021



DIGITAL
ANMCO

www.digitalanmco.it

Accedi
alla piattaforma
FaD



output CLINICAL CASE!

PODfast ANMCO

LATEST NEWS

SEZIONE REGIONALE

AREA O TASK FORCE ANMCO

Seleziona quella di tuo interesse

Seleziona Area o Task ...

Congressi Regionali ANMCO



Portale del Provider ECM ANMCO dedicato ai corsi di Formazione a Distanza - FaD

Per accedere ai corsi di formazione utilizza le stesse credenziali di accesso ai servizi del sito ANMCO, non è necessario essere socio. Se non sei ancora in possesso delle credenziali registrati.

Accedi!

Username

Password

Login

Ho dimenticato lo username o la password?

Registrati

Ho bisogno di assistenza? Scrivi la tua richiesta

Corsi disponibili

CONVENTION CARDIOLOGIE LOMBARDE

16-17 APRILE 2021

ecm.anmco.it

Congressi Regionali ANMCO



Virtual Badge

Virtual Badge

Full ECM

regional.anmco.it



