

Cardiologia

negli Ospedali



RIVISTA DELL'ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDIOLOGI OSPEDALIERI - ANMCO

La nuova ANMCO:
una foresta che cresce

Il punto sugli Studi Clinici
del Centro Studi ANMCO

Dipartimento in 3D

Biennio 2015 - 2016: nani
sulle spalle di giganti...

La rete delle Cardiologie
marchigiane
per i pazienti
cardiochirurgici:
istruzioni per l'uso

Consiglio Direttivo ANMCO
Piemonte e Valle d'Aosta
2014 - 2016:
un programma per il futuro

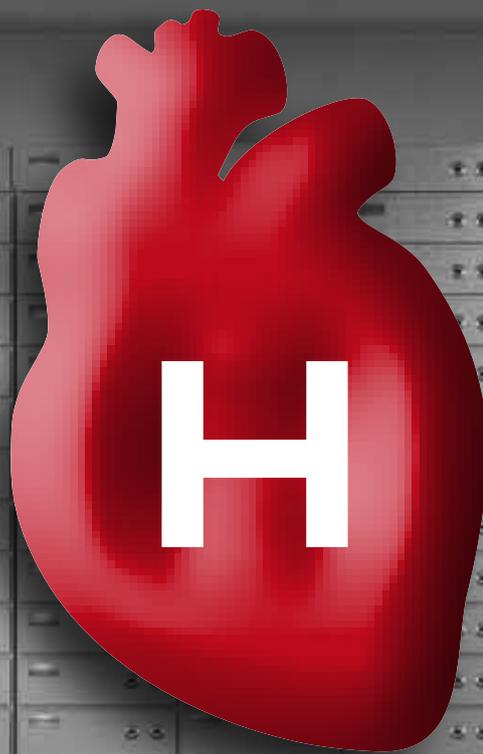
ANMCO Puglia propone:
PTDA multidisciplinare
per la corretta gestione dei
NAO

Profili giuridici della
professione medica

Counseling di coppia
per i pazienti con malattie
cardiovascolari e i loro
partner:
un nuovo impegno
formativo per l'ANMCO?

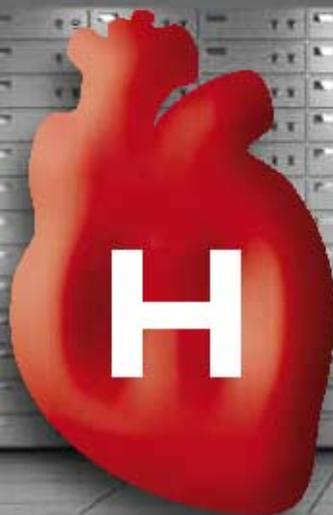
Il cuore nel primo Seicento

'O ssaje comme fa 'o core



GENNAIO • FEBBRAIO 2015 N° 203

METTI IL CUORE IN CASSAFORTE!



Per ricevere e scaricare il tuo elettrocardiogramma e i tuoi dati clinici clicca sulla **card BANCOMHEART** appesa al PDA, il tuo spazio medico e la password scarica nel menu di navigazione sinistra. www.bancadelcuore.it

PER IL TROVAMENTO

NUMERO

INDIRIZZO

AMBCO **BANCA DEL CUORE**

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

Nasce la BANCA DEL CUORE:

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

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

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

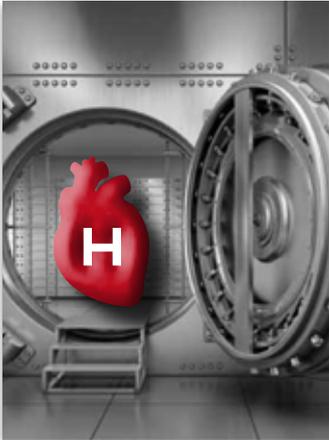



per il tuo cuore
Realizzato per il tuo cuore - HCF Onlus

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

LA BANCA DEL CUORE è un'iniziativa promossa da AMBCO - Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri e della Fondazione per il Tuo Cuore - HCF Onlus.





In copertina immagine di Banca del Cuore

N. 203
gennaio / febbraio 2015
Rivista ufficiale dell'Associazione
Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri

Editor
Maurizio Giuseppe Abrignani
Co - Editor
Federico Nardi
Comitato di Redazione
Michela Bevilacqua
Emilia Biscottini
Stefania Angela Di Fusco
Daniele Grosseto
Annamaria Iorio
Giulia Russo
Redazione
Simonetta Ricci
Luana Di Fabrizio
E-mail: cardiologiaospedali@anmco.it



ANMCO
Via A. La Marmora, 36
50121 Firenze
Tel. 055 51011 - Fax 055 5101350
segreteria@anmco.it
www.anmco.it

**Organizzazione con Sistema di Gestione
Certificato da KIWA CERMET secondo
la norma UNI EN ISO 9001:2008**

Direttore Responsabile
Mario Chiatto

Aut. Trib. di Firenze n. 2381 del 27/11/74
Centro Servizi ANMCO srl



Stampa
Tipografia Il Bandino - Firenze

Progetto grafico e impaginazione
Studio Mirannalti - www.mirannalti.it

DAL PRESIDENTE

La nuova ANMCO: p. 2
una foresta che cresce
di Michele Massimo Gulizia

DAL CENTRO STUDI

Il punto sugli Studi Clinici p. 12
del Centro Studi ANMCO

DAL GIC

Dipartimento in 3D p.14
di Maria Frigerio

DALLE AREE

**AREA MALATTIE
DEL CIRCOLO POLMONARE**
Biennio 2015 - 2016: p. 20
nani sulle spalle di giganti...
di Iolanda Enea

DALLE REGIONI

MARCHE
La rete delle Cardiologie p. 28
marchigiane per i pazienti
cardiochirurgici: istruzioni per l'uso
di Micaela Capponi e Domenico Gabrielli

PIEMONTE E VALLE D'AOSTA
Consiglio Direttivo ANMCO p. 30
Piemonte - Valle d'Aosta 2014 - 2016:
un programma per il futuro
*di Andrea Rognoni, Tiziana Aranzulla,
Marialaura Buscemi, Federico Conrotto,
Massimo Imazio, Paola Lusardi,
Matteo Santagostino, Emanuele Tizzani
e Marco Sicuro*

PUGLIA

ANMCO Puglia propone: p. 31
PTDA multidisciplinare
per la corretta gestione dei NAO
*di Francesca Pierrì, Giuseppe Modugno
e Pasquale Caldarola*

OSSERVATORIO

DI DIRITTO SANITARIO
Profili giuridici p. 32
della professione medica
*di Mario Chiatto
e Maria Giovanna Murrone*

FORUM

Consulenza sessuale per partner p. 34
e pazienti con malattie cardiovascolari:
un nuovo impegno organizzativo
per l'ANMCO
*di Sabino Scardi, Mario Chiatto e
Maurizio Giuseppe Abrignani*

COME ERAVAMO

Il cuore nel primo Seicento p. 38
di Maurizio Giuseppe Abrignani



VIAGGIO INTORNO AL CUORE

'O ssaje comme fa 'o core p. 43
di Federico Nardi



La nuova ANMCO: una foresta che cresce

Anticipando la primavera, fioriscono le iniziative dell'ANMCO



Alexander Pope (Londra, 1688-1744)

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



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



Il Congresso e la Formazione

Aumenta sempre di più l'attesa per il nostro Congresso Nazionale, con la grande sfida della sede di Milano in concomitanza dell'EXPO 2015; è anche questa un'innovazione - da 40 anni il Congresso si teneva a Firenze - per avvicinare sempre più l'offerta culturale dell'Associazione ai propri iscritti e agli altri partecipanti di discipline affini. È stata confermata l'importante sessione finale del 6 giugno con l'Istituto Superiore di Sanità, proprio all'EXPO, presso l'auditorium del Padiglione Italia *Le abitudini alimentari degli italiani sono ancora favorevoli ai fini della prevenzione delle malattie cardiovascolari?* che coinvolgerà i massimi esperti mondiali di alimentazione, stili di vita e malattie cardiovascolari, tra cui il grande epidemiologo statunitense Prof. Jeremiah Stamler, ideatore della "dieta mediterranea" e il Dott. Vittorio Krogh dell'Istituto Tumori di Milano, che ha collaborato alla versione italiana del questionario alimentare EPIC e ha consentito il suo utilizzo per l'OEC 2008-12. Durante la sessione verrà presentato, in anteprima mondiale, il nuovo Atlante del Rischio Cardiovascolare degli Italiani normalizzato sulla popolazione europea, quale progetto pilota del più vasto Registro europeo. L'ISS sarà presente al massimo livello col Commissario Prof. Ricciardi e col Direttore Generale Dott. Del Favero, co-moderatori con me in qualità di Presidente ANMCO. L'indubbia rilevanza scientifica del panel dei relato-

ri e la coniugazione con il tema dell'EXPO *Nutrire il pianeta. Energia per la vita* saranno oggetto di ampia rassegna stampa da parte di numerosi giornalisti e media televisivi specializzati già invitati alla manifestazione. Data l'importanza della sessione e per evitare ritardi nell'accesso alla sede dell'evento, è stato predisposto un percorso dedicato con un biglietto d'ingresso riservato. Ho già avuto modo di ricordare, su queste pagine, che sarà un Congresso innovativo, multimediale, gestibile e personalizzabile con l'uso di app già prima dell'evento e di iPad nelle aree interattive. Altre novità stuzzicanti saranno la presenza dei Village monotematici, sull'esempio del congresso dell'European Society of Cardiology e le 3 importanti sessioni congiunte in lingua inglese con: l'American College of Cardiology, l'European Society of Cardiology, e l'European Council for Arterial Hypertension, con la partecipazione attiva ed entusiastica dei rispettivi presidenti per tutta la durata del nostro evento scientifico. Attivatevi tutti, quindi, per una numerosa e fruttuosa partecipazione. Il Congresso rappresenta la punta di diamante della nostra sempre rilevante offerta formativa associativa, che però prevede anche interessanti Campagne Educative Nazionali la cui attivazione è imminente: ad esempio quella *I bisogni insoddisfatti della cardiopatia ischemica cronica. Siamo in linea con le linee guida: possiamo fare meglio?*, per la quale, dopo lo start up del 22 gennaio a Firenze, si svolgeranno 4 incontri della durata di due giorni a Roma (10-11 aprile), Firenze (23-24

aprile), Catania (22-23 maggio) e Milano (29-30 maggio). Ricordo inoltre l'evento del 24 marzo a Firenze sull'alimentazione (*Food Science & Food Ingredients: The need for reliable scientific approaches and correct communication*) in cui saranno coinvolti i massimi specialisti europei e statunitensi, organizzato insieme a Fondazione per il tuo cuore, con un folto ufficio stampa internazionale, sponsorizzato grazie a un grant educativo da parte di una grande e rinomata holding alimentare e altre due ulteriori Campagne Educative Nazionali, quella denominata *Cardiomab Academy*, che si terrà in 11 sedi italiane di diverse regioni, incentrata, dopo l'evento start up tenutosi a Bologna il 27 novembre 2014, sulla necessità del raggiungimento del target di Colesterolo LDL nei pazienti ad alto rischio cardiovascolare e sull'uso dei nuovi farmaci antidislipidici (anticorpi monoclonali della PCSK9) e quella sul *Management della Fibrillazione Atriale con i nuovi anticoagulanti orali* (nuove indicazioni e risultati a due anni). A questo proposito, avremo modo di parlare a breve dell'ampio studio *BLITZ-AF* che coinvolgerà oltre 300 Centri in Italia, con un follow-up di due anni. Un cenno particolare al consuntivo della Campagna formativa per la certificazione di provider BLSD di oltre 600 agenti della Polfer, distribuita su tutto lo stivale. Come vi avevo già anticipato, a seguito dell'accordo tra ANMCO, Polfer e ANSF (Associazione Nazionale per la Sicurezza Ferroviaria, attraverso l'attivissimo ing. Antonio Pagano), abbiamo realizzato l'acquisto (da



parte di ANSF) di 60 defibrillatori semiautomatici esterni che sono stati dislocati in altrettante stazioni ferroviarie di primario transito e, dopo la presentazione alla stampa del progetto in sede Polfer lo scorso dicembre a Roma, grazie ai due referenti ANMCO del Progetto (Giovanna Geraci e Mauro Persico) abbiamo iniziato la suddetta formazione, che ha visto la partecipazione attiva, entusiastica e a tempo di record di numerosissimi Istruttori BLS/ANMCO-AHA amabilmente coordinati da Mauro Persico, Coordinatore Nazionale dei Corsi RCP ANMCO-AHA. L'iniziativa è stata spontaneamente rilanciata da numerose riviste specializzate, quotidiani e dalla Rai, con articoli e interventi visionabili o scaricabili dal nostro sito web. Colgo infine l'occasione, per restare in tema, per dare il benvenuto ad Alessandro Capecchi, nuovo Coordinatore Nazionale dei Corsi RCP ANMCO-AHA, la cui nomina consiliare è stata deliberata a seguito della scadenza del mandato di Mauro Persico. A Mauro va il nostro sentimento di profonda stima e gratitudine per la grande attività svolta, sempre con solerzia e concretezza, per l'organiz-

zazione della formazione RCP e per la diffusione del marchio ANMCO in tutti i contesti sociali, contribuendo significativamente all'implementazione delle pratiche per la prevenzione e il trattamento dell'arresto cardiaco per sanitari e laici.

La Fondazione Per il Tuo Cuore: Cardiologie Aperte e la Banca del Cuore

Mentre questo numero di Cardiologia negli Ospedali arriva nelle vostre case e nei vostri reparti, si sono appena spenti i riflettori sulla **sesta Campagna di Sensibilizzazione Nazionale ANMCO e Fondazione "per il Tuo cuore" - HCF Onlus**, che si è svolta nella settimana dal 9 al 15 febbraio con l'attiva partecipazione di gran parte dei cardiologi ospedalieri dell'ANMCO. Avremo modo, nel prossimo numero, di stendere un ampio e definitivo bilancio dell'iniziativa, che si è posta, come sempre, diversi obiettivi: sensibilizzare tutta la popolazione italiana agli scopi e alla mission di ANMCO e della Fondazione per il Tuo cuore, diffondere la cultura della prevenzione informando i cittadini sui rischi per la salute cardiovascolare in modo tale che possano evitare gli stili di vita pericolosi per il cuore, e infine

spiegare l'importanza della ricerca sulle malattie del cuore.

Nella nuova edizione di **Cardiologie Aperte**, manifestazione di sensibilizzazione e prevenzione ormai diventata tradizionale, oltre 200 Cardiologie, distribuite su tutto il territorio nazionale, si sono attivate realizzando attività per la popolazione, come momenti d'incontro e dibattito tra esperti Cardiologi e cittadini, visite e consulenze in prevenzione primaria e secondaria, gazebo in piazza con la possibilità di effettuare gratuitamente screening cardiologici, alcuni anche della colesterolemia, conferenze su temi di prevenzione cardiovascolare, eventi culturali, concerti di beneficenza e altro ancora. Ogni Cardiologia è stata libera di poter avviare le proprie attività a livello locale a seconda delle proprie preferenze. Per dare seguito e completamento alla "Campagna di Sensibilizzazione alla Prevenzione dell'Arresto Cardiaco" dello scorso anno "Al cuor non si comanda", alcune Cardiologie, in particolare, hanno organizzato corsi BLS per laici nelle scuole, specie agli studenti dell'ultimo triennio dei licei italiani, in collaborazione volontaria con il nostro corpo istrut-



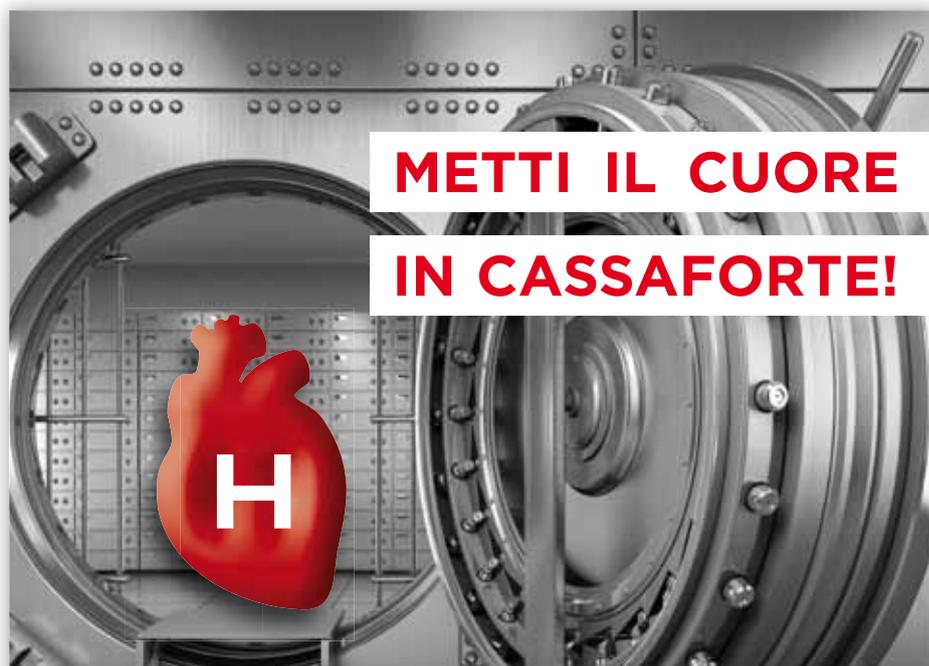
tori di Rianimazione Cardiopolmonare e/o lezioni di rianimazione cardiopolmonare per studenti e docenti. La nostra Fondazione HCF si è resa disponibile a supportare le spese gestionali del Corso BLS per laici, sostenendo il costo del rilascio della certificazione ANMCO/AHA a coloro che sono stati e saranno certificati dai nostri Istruttori RCP. L'ANMCO si è inoltre offerta di inviare, alle Cardiologie che ne hanno fatto richiesta, gli opuscoli divulgativi/informativi sui 4 argomenti di prevenzione del rischio cardiovascolare (Mangiare sano, Muoversi di più, Parliamo di fumo e Mantieni giovane il tuo cuore) e i 4 poster di grande formato che riassumono gli stessi opuscoli e che contengono anche l'invito alla raccolta fondi per la nostra Fondazione per il tuo Cuore attraverso la donazione gratuita e volontaria. Durante la Settimana "per il Tuo cuore", ma ancor più per tutto l'anno, la popolazione, cominciando dai pazienti e dai loro familiari, è stata, infatti, chiamata a sostenere, con diverse modalità di donazione (tramite la destinazione del 5x1000, bonifico bancario e/o versamento postale), l'attività di ricerca sulle malattie cardiovascolari della Fondazione. La Campagna "per il Tuo cuore" non si è fermata qui, perché ANMCO e la Fondazione hanno promosso, infatti, una novità assoluta, da me ideata per la tutela della salute cardiovascolare di tutti: la **Banca del Cuore**. È un progetto unico al mondo e rivoluzionario nel suo genere, approvato anche dall'Istituto Superiore di Sanità che,

insieme a ANMCO e Fondazione "per il Tuo cuore", collabora per la prevenzione delle malattie cardiovascolari, che permetterà di creare e di utilizzare il più ampio database nazionale, una banca dati digitale sconfinata. Si tratta di un enorme registro elettronico, una "cassaforte" virtuale in grado di custodire l'elettrocardiogramma, i valori della pressione arteriosa e i dati clinici dei cittadini. Grazie a una card di accesso personale (denominata **BancomHeart** in analogia alla ben più famosa carta di debito), sarà possibile accedere ai propri dati sanitari e all'elettrocardiogramma (custodito nella Banca del Cuore) grazie alle proprie credenziali individuali stampate sulla card BancomHeart (un User Id, cioè il proprio codice fiscale e una Password segreta, cioè un codice alfanumerico protetto da materiale tipo gratta e vinci che verrà rimosso riservatamente dal partecipante). Ogni paziente/cittadino riceve la card solo dopo aver firmato il consenso informato per il trattamento dei dati, per l'accesso alla **Banca del Cuore** e per l'autorizzazione ad ANMCO di poter svolgere attività di ricerca (su dato anagrafico anonimo) sui parametri elettrocardiografici e clinici contenuti nel database. La Password sarà conosciuta solo dal paziente, per garantire la massima riservatezza nel pieno rispetto delle vigenti normative e, in particolare, i dati ECG e clinici saranno esportati in PDF e criptati immediatamente, con una cifratura che utilizza un certificato SSL, dopo di che i dati saranno trasferiti sotto protocollo https nei

server appositamente dedicati in ANMCO. Tutti i dati rilevati all'atto dell'emissione della card saranno resi disponibili online in caso di bisogno, anche a distanza o all'estero, tramite qualunque dispositivo con connessione internet: computer, tablet o smartphone. Ogni cittadino, non solo i pazienti cardiopatici, potrà così consultare personalmente, o mettere a disposizione con facilità ai medici da lui autorizzati i propri dati per ottenere informazioni sulla propria salute cardiovascolare che, in alcuni casi, possono rivelarsi vitali, ad esempio in caso di smarrimento o di momentanea indisponibilità della documentazione cartacea. Pensiamo ad esempio a quante volte un cardiologo di pronto soccorso avrebbe necessità di comparare l'ECG che ha appena eseguito con quello di base del paziente. Le Cardiologie che aderiranno anche alla **Banca del Cuore** offriranno quindi la possibilità di eseguire, in sede o in un gazebo all'uopo allestito, un elettrocardiogramma e una misurazione della pressione arteriosa, i cui risultati verranno sia consegnati al paziente, sia salvati nella Banca del Cuore. L'elettrocardiogramma sarà contrassegnato univocamente con l'anagrafica e il codice fiscale del paziente e riporterà un numero minimo ma significativo di variabili (sesso, età, anamnesi di ipertensione arteriosa, diabete, pregresso infarto miocardico, scompenso cardiaco, fibrillazione atriale) oltre che il peso e la pressione arteriosa. In fase di prima applicazione questo sistema lavorerà con elettrocardiografi della Mortara, che ha garantito il



massimo supporto tecnico e che ha messo gratuitamente a disposizione, con un comodato gratuito a favore di ANMCO, oltre 50 macchine già pre-settate, per l'utilizzo nelle Cardiologie sprovviste. Non sarà comunque un problema per quelle Cardiologie che non entrassero in questa prima assegnazione di ecografi, perché potranno far sempre parte della Banca del Cuore, ottenendo l'apparechiatura successivamente alla Settimana del Cuore, proprio perché questa iniziativa si protrarrà per tutto l'arco dell'anno e successivamente, a oltranza. Inoltre, stiamo per concretizzare una piattaforma di scambio tecnologico che, attraverso sofisticati protocolli informatici, permetterà di utilizzare anche elettrocardiografi di altre marche, ma con caratteristiche di primaria qualità del segnale registrato. I cittadini che vorranno aderire, in modo semplice e gratuito, al progetto possono accedere al sito <http://www.bancadelcuore.it/> per conoscere tutti i dettagli, consultare l'elenco delle Cardiologie aderenti (in atto oltre 180, molte altre stanno arrivando, ma ci aspettiamo di diffondere il progetto a tutte le strutture cardiologiche italiane al più presto). Questa prestigiosa iniziativa, di indubbia valenza sociale (tra l'altro consentirà anche lo screening aritmologico di condizioni misconosciute e potenzialmente pericolose come ad esempio: malattie dei canali ionici ad alto rischio di morte cardiaca improvvisa, fibrillazione atriale, scompenso cardiaco, etc.) che conferma ancora una volta l'impegno dell'Associazione che mi



METTI IL CUORE IN CASSAFORTE!



Per visionare e scaricare il tuo elettrocardiogramma e i tuoi dati clinici attiva la tua BANCOMHEART inserendo il PIN e il tuo codice fiscale e successivamente segnala nel form di registrazione online.

www.bancadelcuore.it

PIN N. 1234567890

COGNOME FISCALE

PASSWORD

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

BANCA DEL CUORE

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

Nasce la BANCA DEL CUORE:

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

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

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



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

LA BANCA DEL CUORE è un'iniziativa promossa da ANMCO - Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri e dalla Fondazione per il Tuo Cuore - HCF Onlus.



onoro di presiedere a salvaguardia della salute dei singoli Cittadini, è partita dal 9 febbraio 2015 e continuerà per tutto l'arco dell'anno, a differenza della struttura classica di Cardiologie Aperte che si è chiusa il 15 febbraio. È un progetto che

darà lustro all'assistenza sanitaria italiana, alla ricerca cardiologica e alle Aziende Ospedaliere che contribuiranno al Progetto con il lavoro delle proprie Cardiologie. A questo proposito con grande piacere vi comunico che la Banca del



Cuore già dal primo giorno è salita vertiginosamente al primo posto su tutti i motori di ricerca Internet e abbiamo ricevuto una tale richiesta che abbiamo accelerato la stampa di altre 50.000 card BancomHeart per la settimana successiva. Questo piccolo traguardo iniziale è stato raggiunto grazie all'infaticabile sostegno che gli Associati manifestano tangibilmente per tutte le iniziative promosse da ANMCO e che, anche in questo specifico caso, testimonia la particolare attenzione ai nostri pazienti e verso i cittadini in generale. Desidero quindi non mancare questa occasione per ringraziare tutti Voi di cuore per lo straordinario impegno profuso nel proporre e sostenere Cardiologie Aperte e per la disponibilità, perseveranza e soprattutto passione con le quali molti di voi hanno aderito all'importante Progetto "Banca del Cuore", grande e comune obiettivo per il quale confido continuerete a spendervi con energia e tenacia sottolineando ancora una volta il nostro orgoglioso e qualificato impegno di Cardiologi ANMCO per la prevenzione delle malattie cardiovascolari e della morte improvvisa cardiaca a salvaguardia della salute dei Cittadini italiani.

L'Associazione

Considero, in questo periodo storico di crisi dell'associazionismo e nonostante i decisi tagli portati avanti nei confronti di diversi soci morosi da tempo, un notevole successo aver mantenuto a quasi cinquemila il numero dei soci ANMCO, cui si aggiungeranno tanti altri, tra cui moltissimi giovani, che di recente

stanno richiedendo di far parte della nostra Associazione. Abbiamo portato avanti una piccola rivoluzione nelle Aree, con l'istituzione proprio della nuova Area Giovani e di ben cinque Task Force. Vorrei dare in questo contesto il benvenuto ai nuovi Chairperson delle Aree ANMCO per il biennio 2015-2016: Renato Pietro Ricci (Aritmie), Michele Portoghese (CardioChirurgia), Fausto Rigo (CardioImaging), Serafina Valente (Emergenza-Urgenza), Iolanda Enea (Malattie del Circolo Polmonare), Giovanni Gregorio (Management & Qualità), Mauro Mennuni e Donatella Radini (rispettivamente Chairperson Medico e Infermiere dell'Area Nursing), Gian Francesco Mureddu (Prevenzione Cardiovascolare), Nadia Aspromonte (Scenari Cardiaci). Avrete notato l'assenza dell'Area e-Cardio, che è stata, in effetti, omologata alla Commissione per il Sito WEB ANMCO - Fondazione "per il Tuo cuore" (includendo nel gruppo Giovanni Tonti); in aggiunta, come anzidetto, è stata creata la nuova Area Giovani (Chairperson Marco Marini e Co-Chairperson Fabiana Lucà), per cui mi sono fortemente battuto e alla quale credo per l'originalità delle idee che mi aspetto da quest'Area. Le Aree rappresentano la forma organizzativa di aggregazione culturale e operativa dell'ANMCO, ma questo Consiglio Direttivo ha discusso alcune modifiche al Regolamento, approvato il 16 dicembre 2014, in modo tale da rendere il loro operato ancora più efficiente ed efficace. Il Chairperson, all'i-

nizio del mandato di attività di ogni anno, presenterà il proprio programma e le relative iniziative attuative alla decisione operativa del Presidente e del Consiglio Direttivo. Inoltre entro il primo mese dal proprio insediamento dovrà provvedere alla declinazione degli obiettivi biennali con un cronoprogramma che permetterà l'individuazione di indicatori misurabili a breve - medio termine, che saranno oggetto di valutazione da parte del Consiglio Direttivo e in accordo con le strategie associative concordate per il biennio in carica. Sono state inoltre istituite cinque nuove Task Force con altrettanti rispettivi Referenti: Cardiologia Pediatrica (Innocenzo Bianca), CardioGeriatrica (Giovanni Pulignano), Cardiologia dello Sport (Franco Giada), CardioOncologia (Luigi Tarantini) e CardioNefrologia (Gennaro Cice). La Task Force è un organismo di natura eminentemente tecnica che svolge la propria azione a vantaggio e/o a supporto di attività progettuali, formative, di ricerca e di comunicazione promosse dal Consiglio Direttivo, dal Consiglio Nazionale, dagli altri Organi e Organismi ANMCO, dalle altre Task Force o dalle Commissioni temporaneamente istituite dal Presidente e dal Consiglio Direttivo. La Task Force è governata da un Referente, nominato dal Presidente e dal Consiglio Direttivo, che rimarrà in carica per due anni (il suo insediamento coincide temporalmente con quello dei Chairperson delle Aree). Il Referente potrà cooptare all'interno della Task Force un numero di Componenti fino ad un massimo



PROSPETTO SINTETICO



**Convenzione Assicurativa Esclusiva
riservata agli iscritti ANMCO**

**CARDIOLOGI
Dipendenti Ospedalieri**

comprese
Intramenia Allargata e Responsabilità Primariale



- 1) **Consulenza Legale** telefonica / e-mail *Gratuita*
 Linee Verdi 800 237220 - ufficiolegale@assita.com
- 2) **Polizza Tutela Legale** indispensabile in caso di Aviso di Garanzia

<p>Garanzie</p> <ul style="list-style-type: none"> • procedimenti Penali Colposi / Dolosi • chiamata in causa Compagnia R.C. Professionale • resistenza sanzioni amministrative 	<p>Durata contratto 1 anno</p>
<p>MASSIMALE € 31.000,00 per sinistro senza limite annuo</p>	<p>Premio Annuo Lordo € 110,00 ★</p>
- 3) **Polizza Colpa Grave** per Azioni di Rivalsa esperite:

 - dall'Azienda di appartenenza
 - dall'Impresa di Assicurazione che garantisce la Struttura
 - Massimale **NON** aggregato per struttura e/o regione

GARANZIE: RETROATTIVITÀ e POSTUMA ILLIMITATE • TUTELA LEGALE Civile e Penale Illimitata		
PREMIO ANNUO LORDO	MASSIMALE	PREMIO ANNUO LORDO
Durata contratto 5 ANNI	€ 5.000.000,00 con limite di € 2.500.000,00 per sinistro	Durata contratto 1 ANNO
Premio e Condizioni Invariati per 5 anni	€ 5.000.000,00 per sinistro e per anno assicurativo	€ 640,00
€ 800,00		€ 889,00

Art. 2
Durata e proroga della Assicurazione
- ★) **Sconto complessivo di € 26,00**
valido per contemporanea stipula di entrambe le Polizze **Tutela Legale e Colpa Grave** (durata 5 anni)

PARTNER ASSICURATIVO Esclusivista della Convenzione

4) **Assita S.p.A.**
RUI A000012675

Sede e Direzione:
MILANO - Via E. Toti, 4

Ufficio:
ROMA - Via Paolo Emilio, 7

Per assicurarsi

 **Info:**  **800-237220** e-mail: medicaldivision@assita.com

di due esperti, dietro approvazione del Presidente e del Consiglio Direttivo, e per specifici compiti da svolgere in un tempo determinato. I Componenti della Task Force, esperti nelle materie oggetto della progettualità di volta in volta affrontata, resteranno in carica per il tempo necessario alla realizzazione e al completamento dell'iniziativa per la quale sono stati cooptati. Anche il Referente delle Task Force, entro il primo mese dal proprio in-

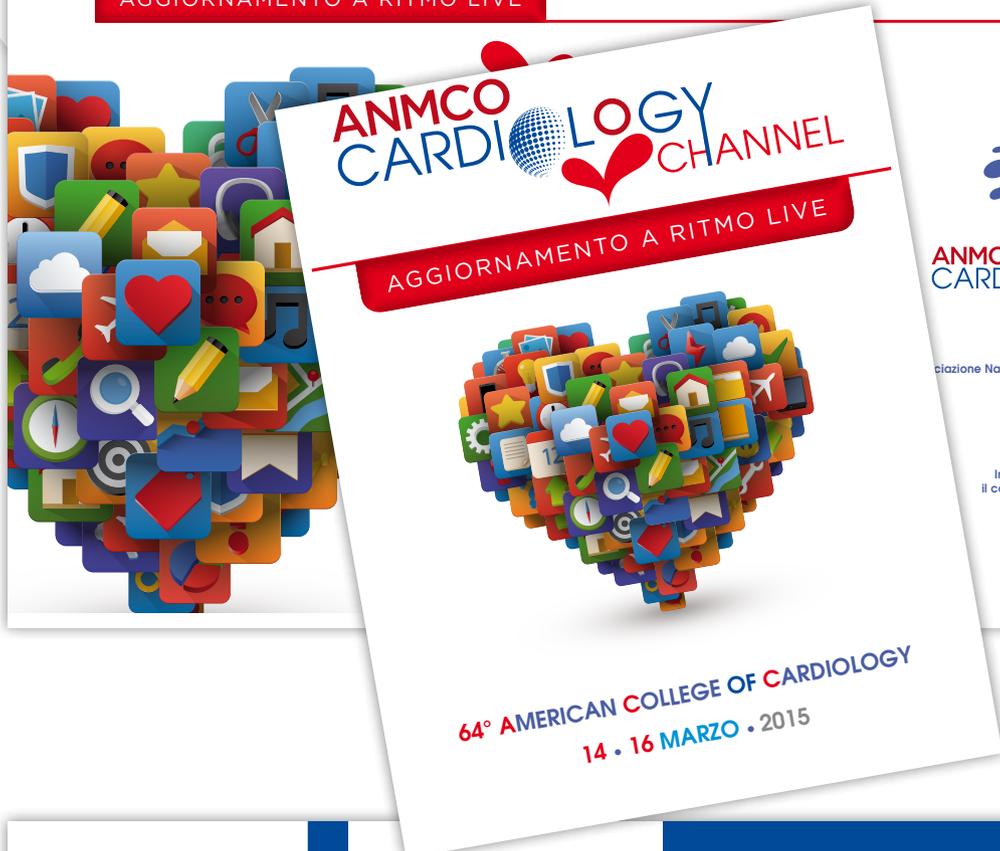
sedimento, dovrà provvedere alla declinazione degli obiettivi biennali con un cronoprogramma e l'individuazione di indicatori misurabili a breve - medio termine e soggetti a verifica trimestrale. Considero, in questi tempi in cui il fantasma della denuncia per malpractice aleggia sui nostri reparti, di avere inoltre fornito un importante servizio a tutti i soci ANMCO elaborando un prodotto assicurativo conveniente e di garanzia per

i Colleghi, stipulando un accordo con ASSITA, broker assicurativo primario in sanità, garantendo a tutti la possibilità della stipula della nuova assicurazione ANMCO/ASSITA sul rischio professionale (per colpa grave, per tutela giudiziaria, per la copertura delle spese legali), con costi e vantaggi straordinari per tutte le categorie di cardiologi clinici e interventisti di tutte le subspecialità.



AGGIORNAMENTO A RITMO LIVE

AGGIORNAMENTO A RITMO LIVE



ANMCO CARDIOLOGY CHANNEL
Aggiornamento a ritmo Live

È una iniziativa di Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri



Iniziativa realizzata con il contributo educativo di



64° AMERICAN COLLEGE OF CARDIOLOGY
14 - 16 MARZO - 2015



• 64° ACC •
LIVE FROM SAN DIEGO

ANMCOCARDIOLOGYCHANNEL

permette di essere aggiornati in tempo reale sulle più importanti novità, in contemporanea con la loro presentazione.

Un modo pratico e innovativo per "partecipare" senza viaggiare!

La prima diretta sarà effettuata dal 64° ACC • AMERICAN COLLEGE OF CARDIOLOGY • in programma a SAN DIEGO DAL 14 AL 16 MARZO.

Si colleghi attraverso un computer o un device mobile e acceda agli articoli di aggiornamento - realizzati dalla Redazione Scientifica presente negli U.S.A - per essere informato in tempo reale sui lavori congressuali.

ANMCOCARDIOLOGYCHANNEL è un servizio digitale, interattivo e multicanale, che si "adatta" alle esigenze di fruizione di tutti gli utenti:

• **PORTALE WEB** con gli articoli di approfondimento curati dalla Redazione Scientifica, accessibili tutte le volte che si desidera, sia on-line che off-line (scaricando gli articoli)

• **APP CARDIOCHANNEL** per iOS e Android con notifiche push delle ultime news, per accedere ai contenuti da un dispositivo mobile

ANMCO CARDIOLOGY CHANNEL

ANMCOCARDIOLOGYCHANNEL è il servizio *Live News* in diretta dai più importanti Congressi mondiali della Cardiologia

Si iscriva subito al servizio!

- Invii il **coupon** compilato in tutte le sue parti al numero di fax **02 58105318**
- Mandi una **scansione** dello stesso coupon compilato all'indirizzo e-mail **staff@cardiologychannel.it**
- Si colleghi al portale **www.cardiologychannel.it**, acceda all'area registrazione e compili il form
- Scarichi l'**APP CARDIOCHANNEL** sul suo dispositivo mobile e acceda all'area registrazione

A seguito della sua iscrizione riceverà, direttamente all'indirizzo di posta elettronica da lei indicato, le credenziali d'accesso per collegarsi ad **ANMCOCARDIOLOGYCHANNEL**

ANMCOCARDIOLOGYCHANNEL è informazione e commento a ritmo Live dai più importanti Congressi internazionali, **in diretta dal cuore** della Cardiologia!



PRESIDENTE



Michele Gulizia

MICHELE MASSIMO GULIZIA

Direttore U.O.C. di Cardiologia
Ospedale Garibaldi-Nesima
Azienda Rilievo Nazionale
e Alta Specializzazione "Garibaldi"
Via Palermo, 636 - 95122 Catania
Tel. 095/7598502 - Fax 095/7598505
michele.gulizia@alice.it

VICE-PRESIDENTE



Antonio Amico

ANTONIO AMICO

Direttore U.O. di Cardiologia - UTIC
Ospedale San Giuseppe da Copertino
Via Carmiano, 5 - 73043 Copertino (LE)
Tel. 0832/936259 - Fax 0832/930877
afamico@gmail.com

VICE-PRESIDENTE



Furio Colivicchi

FURIO COLIVICCHI

Direttore f.f. U.O.C. di Cardiologia
Ospedale San Filippo Neri
Via G. Martinotti, 20 - 00135 Roma
Tel. 06/33062294 - Fax 06/33062489
f.colivicchi@sanfilipponeri.roma.it

PAST - PRESIDENT



Francesco Maria Bovenzi

FRANCESCO MARIA BOVENZI

Direttore U.O. di Cardiologia
Ospedale San Luca
Via G. Lippi Francesconi - 55100 Lucca
Tel. 0583/449515
f.bovenzi@usl2.toscana.it

PRESIDENTE - DESIGNATO



Andrea Di Lenarda

ANDREA DI LENARDA

Direttore S.C. Centro Cardiovascolare
Azienda Servizi Sanitari n.1 Triestina
Via Slataper, 9 - 34125 Trieste
Tel. 040/3992879 - Fax 040/3992935
andrea.dilenarda@assl.sanita.fvg.it

SEGRETARIO GENERALE



Federico Nardi

FEDERICO NARDI

Dirigente Medico - S.O.C. di Cardiologia
Azienda Sanitaria VCO - Ospedale Castelli
Via Fiume, 18 - 28922 Verbania
Tel. 0323/541302 - Fax 0323/541592
federico.nardi1@gmail.com

TESORIERE



Carmine Riccio

CARMINE RICCIO

Responsabile U.O.S.D. "Gestione del post-IMA e prevenzione secondaria"
Azienda Ospedaliera S. Anna e S. Sebastiano
Via Palasciano, 1 - 81100 Caserta
Tel. 0823/232362 - Fax 0823/232362
carmine.riccio@tin.it

CONSIGLIERI

GIANFRANCO ALUNNI



Gianfranco Alunni

Responsabile Struttura
Semplice Area Scompenso
- Cardiologia e Fisiopatologia
Cardiovascolare
Azienda Ospedaliera Uni-
versitaria di Perugia
Ospedale Santa Maria della
Misericordia

P.le G. Menghini - 06132 Perugia
Tel. 075/5782238 - Fax 075/5782214
gianfrancoalunni@gmail.com

ROBERTO CAPORALE



Roberto Caporale

Dirigente Medico - U.O.C.
di Cardiologia Interventistica
Azienda Ospedaliera di
Cosenza
Presidio Ospedaliero
dell'Annunziata
Via F. Migliori, 72 - 87100
Cosenza

Tel. 0984/681371 - Fax 0984/681374
caporale.roberto@gmail.com

GIANCARLO CASOLO



Giancarlo Casolo

Direttore S.C. di Cardiologia
- Ospedale Versilia
Via Aurelia, 335 - 55043
Lido di Camaiore (LU)
Tel. 0584/6059721 - Fax
0584/6059897
g.casolo@usl12.toscana.it

GIUSEPPE DI TANO



Giuseppe Di Tano

Dirigente Medico - U.O. di
Cardiologia
Azienda Istituti Ospitalieri
Largo Priori, 1 - 26100 Cre-
mona
Tel. 0372/405323 - Fax
0372/433787
giditano@tin.it

GIOVANNA GERACI



Giovanna Geraci

Dirigente Medico - U.O. di
Cardiologia - UTIC
Azienda Ospedali Riuniti
Villa Sofia - Cervello
Presidio Ospedaliero V.
Cervello
Via Trabucco, 180 - 90146
Palermo

Tel. 091/6802692 - Fax 091/6802674
giovannageraci@hotmail.com

GUERRINO ZUIN



Guerrino Zuin

Dirigente Medico - U.O. di
Cardiologia
Ospedale dell'Angelo
Via Paccagnella, 11 - 30174
Mestre (VE)
Tel. 041/9657213 - Fax
041/9657235
guerrino.zuin@ulss12.ve.it



Studi da poco conclusi

Nome dello Studio	N° centri attivi Italia (tutto il mondo)	N° paz previsti da protocollo Italia (tutto il mondo)	N° paz arruolati Italia (tutto il mondo)	Durata prevista del follow-up
EYESHOT	203	3.000	2.585	intraospedaliero
CYCLE In collaborazione con Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri e Consorzio Mario Negri Sud	31	444	410	6 mesi

Studi in corso

Nome dello Studio	N° centri attivi Italia (tutto il mondo)	N° paz previsti da protocollo Italia (tutto il mondo)	N° paz arruolati Italia (tutto il mondo)	Durata prevista del follow-up	Stato dell'arruolamento	
STEM-AMI OUTCOME	46	1.530	250	2 anni	in corso	Newsletter
GISSI Outliers VAR	10	60	62	3 anni	chiuso	Newsletter
GISSI Outliers CAPIRE	11	800	544	5 anni	chiuso	Newsletter
COMPASS in collaborazione con Population Health Research Institute, Hamilton	22 (460)	861(21.400)	766 (12.556)	Event driven	in corso	
HPS3-REVEAL In collaborazione con Oxford University	26 (444)	1.300 (30.000)	1.660 (30.624)	Event driven	chiuso	
ISCHEMIA In collaborazione con New York University	16 (288)	378 (8.000)	80 (1.383)	Event driven	in corso	
TOSCA.IT In collaborazione con Società Italiana Diabetologi	61	3.371	3.012	Event driven	chiuso	

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



Studi di prossima attuazione

Nome dello Studio	N° centri attivi Italia (tutto il mondo)	N° paz previsti da protocollo Italia (tutto il mondo)	N° paz arruolati Italia (tutto il mondo)	Durata prevista del follow-up	Stato dell'arruolamento
DYDA 2 Trial In collaborazione con Associazione Medici Diabetologi	61	3.371	3.012	Event driven	chiuso

■ PREVENZIONE

■ SINDROMI CORONARICHE ACUTE

■ OUTLIERS

FOCUS ON

DYDA 2 Trial

Il DYDA 2 Trial è uno studio indipendente, nazionale multicentrico di fase III, randomizzato in doppio cieco, promosso dalla Fondazione per il Tuo cuore e dalla Fondazione AMD (Associazione Medici Diabetologi).

L'obiettivo primario è valutare l'effetto di linagliptin 5 mg/die rispetto al placebo sulla funzione sistolica del ventricolo sinistro in pazienti affetti da diabete mellito di tipo 2 con geometria VS concentrica e disfunzione sistolica VS asintomatica. Obiettivi secondari sono la valutazione della funzione diastolica del VS e della funzione sistolica longitudinale LV misurata mediante Doppler tessutale.

È inoltre prevista una valutazione della funzione sistolica anche con un'analisi effettuata attraverso lo "Speckle-Tracking Echocardiography" che consente la misurazione della contrattilità sia delle fibre circolari centroparietali che longitudinali.

Dati sperimentali suggeriscono che il linagliptin, inibitore della dipeptidil-peptidasi-4 (DPP-4), oltre a esercitare le classiche azioni glucoregolarie, abbia effetti diretti sul sistema cardiovascolare di cardioprotezione e vasodilatazione e, nell'uomo, che produca un miglioramento della funzione meccanica VS.

Il linagliptin (o il placebo) sarà utilizzato in add-on per livelli di HbA1c che non corrispondono agli attuali vincoli di prescrivibilità dell'AIFA.

Lo studio prevede l'arruolamento di 186 pazienti da parte di circa 15 centri a cui afferiscono pazienti diabetici e che lavoreranno in collaborazione con i rispettivi laboratori di ecocardiografia di riferimento.

La funzione sistolica del VS sarà valutata con ecocardiografia transtoracica tradizionale (tecnica ecocardiografica M-mode) come percentuale dell'accorciamento delle fibre circolari miocardiche presenti a livello centroparietale. Saranno analizzate le variazioni tra i valori di accorciamento di tali fibre misurati alla valutazione ecocardiografica basale e quelli misurati all'ecocardiogramma finale, da effettuarsi a 48 settimane dalla randomizzazione.

Ciascun paziente sarà sottoposto ad una visita di screening in cui saranno effettuati ECG ed ecocardiogramma per valutare l'idoneità del soggetto allo studio. Se questa verrà confermata, il paziente verrà randomizzato, entro una settimana dalla visita di screening, ad assumere linagliptin 5 mg, o il corrispondente placebo, una volta al giorno. Alla visita di randomizzazione verrà inoltre effettuato un prelievo di sangue. Il paziente sarà seguito in follow-up con visite cliniche dopo 2, 12, 24 e 48 settimane. Alla visita a 12 settimane sarà ripetuto un prelievo di sangue, mentre alla visita finale a 48 settimane, oltre al prelievo di sangue, saranno eseguiti anche un ECG ed un ecocardiogramma.

Le analisi biomorali, ECG ed ecocardiografiche saranno centralizzate.

Il Coordinamento generale dello studio sarà svolto in modo congiunto dalla Rete di Ricerca AMD di Roma e dal Centro Studi ANMCO di Firenze.

L'avvio dello studio è previsto nel primo trimestre del 2015. Tra ottobre e novembre 2014 sono state raccolte le adesioni da parte dei centri di Diabetologia e Cardiologia.



DIPARTIMENTO IN 3D

Cardiologia, andata e ritorno

Nel numero 199-200 di maggio-giugno/luglio-agosto di "Cardiologia negli Ospedali" Gregorio e Tozzi fotografano l'organizzazione dipartimentale della Cardiologia italiana, evidenziando il divario tra realtà e prefigurazione. Il numero di Dipartimenti cardiologici si riduce, e nella quotidianità spesso facciamo fatica a identificare una vision di lungo periodo.

Negli ultimi vent'anni la Cardiologia si è connotata per lo sviluppo delle superspecializzazioni, con vantaggi per la qualità delle cure e per gli esiti, ma anche con una ridondanza di posizioni apicali e una rigidità organizzativa che mal si conciliano con un'efficiente gestione delle risorse umane. Mentre riflettiamo sulla sua dipartimentalizzazione incompiuta, qua e là la Cardiologia (la degenza cardiologica) pare avviata a ritroso verso un rientro nell'alveo della medicina interna. Viene riconosciuta la specificità dell'attività interventistica ad alto contenuto tecnologico e, all'altro estremo, dei servizi ambulatoriali, dove però la responsabilità strategica della Cardiologia risulta depotenziata, essendo il governo della domanda affidato alla medicina generale.

Una Cardiologia senza cuore?

In Italia la Cardiologia è cresciuta intorno alle Unità Coronariche (che ora preferiamo chiamare



Unità di Cura/Terapia Intensiva Cardiologica: UCIC/UTIC), il luogo di avvio della sequenza di interventi che hanno ridotto drasticamente la mortalità per infarto acuto. Mentre nascono strutture affini per le acuzie vascolari neurologiche (Stroke Unit), paradossalmente si prevede di inglobare le UCIC nelle Terapie Intensive generali o, ove esistenti, cardiocirurgiche. Dobbiamo guardare la realtà e chiederci se le UCIC nella configurazione attuale siano ancora così determinanti per il destino dei pazienti che ospitano. La ripersione precoce ha cambiato il decorso delle sindromi coronariche acute, ridotto le complicanze aritmiche meccaniche ed

emodinamiche, e permesso un rapido transito verso strutture postintensive e riabilitative. La tecnologia wireless azzerava la necessità di accogliere in un'unica area i soggetti che richiedono monitoraggio ECG. Il ruolo dell'UCIC nel trattamento dello scompenso avanzato resta da definire, anche perché mancano Linee Guida cui riferirsi. Inoltre non tutte le UCIC posseggono, oltre la "I" della sigla, le dotazioni e competenze che sostanziano un vero approccio intensivo ai pazienti ischemici o scompensati più compromessi. Da anni la Cardiologia ospedaliera s'interroga sul proprio rinnovamento e sull'evoluzione dell'UCIC, senza mai però mettere in discussione la sua centralità, e, con essa, il nucleo concettuale fondativo della Cardiologia che abbiamo costruito. Le nostre elaborazioni teoriche non sono risultate però abbastanza convincenti da confermare il primato della Cardiologia al di fuori dei grandi Ospedali.

Colmare il divario

Oggi la politica sanitaria mira a spostare gli investimenti dalla specialistica ospedaliera alla medicina del territorio, senza considerare che le malattie di cuore restano la prima causa di morte e di ricovero, e che la gestione specialistica migliora il processo e gli esiti. I cittadini paiono sensibili alla prossimità, accessibilità, e assenza di costi aggiuntivi del servizio sanitario, meno ai suoi contenuti



specifici, ed è improbabile che l'assorbimento delle cardiologie da parte del Dipartimento medico o d'emergenza scateni la loro protesta. La valorizzazione dei servizi sanitari come somma di singole prestazioni e l'iperspecializzazione associata a procedure o programmi complessi rendono difficile valutare l'efficacia e il costo/efficacia delle innovazioni, e garantire equità di accesso indipendentemente dal punto di primo contatto con il paziente. La comunità scientifica propone sempre più spesso la creazione di team multidisciplinari dedicati (Tabella 1), ma questa soluzione a prima vista ideale potrebbe, portata all'estremo, accrescere i costi senza risolvere il piano decisionale. I superesperti di un settore non possono essere lasciati soli a giudicare l'utilità della loro metodica e della loro terapia. Meno ancora sono in grado di farlo i cardiologi generalisti, che non riescono a stare al passo delle tecnologie continuamente proposte dall'industria, che spesso entrano nel novero delle opzioni rimborsate dal servizio sanitario ancor prima di una rigorosa documentazione di efficacia. Colmare il gap tra i livelli che possiamo definire tecnico e clinico, uno che conosce la terapia e l'altro il paziente, è necessario e possibile, tramite l'aggiornamento permanente, la discussione collegiale, e la compartecipazione dei due livelli alla ricerca clinica, specie nella sorveglianza post-marketing, come la tradizione della Cardiologia italiana e in particolare dell'ANMCO ha insegnato.

TABELLA 1: Team multidisciplinari per la gestione di alcune condizioni cardiache

Scompenso cardiaco:	- cardiologo, infermiere, psicologo, fisioterapista - nefrologo, nutrizionista, specialista cure palliative, assistente sociale, geriatra...
Trapianto cardiaco:	- cardiologo, cardiocirurgo, infermiere, psicologo, infettivologo, nefrologo, anatomopatologo, fisioterapista, assistente sociale, nutrizionista, ematologo, oncologo, chirurgo generale...
VAD:	- cardiologo, cardiocirurgo, anestesista, infermiere, tecnico, psicologo, perfusionista, fisioterapista, infettivologo, gastroenterologo, assistente sociale, specialista ferite difficili...
TAVI:	- cardiologo interventista, cardiologo clinico, cardiocirurgo, anestesista, ecocardiografista, tecnico radiologo, geriatra, fisioterapista...
Mitraclip:	- cardiologo interventista, cardiologo clinico, cardiocirurgo, anestesista, ecocardiografista, tecnico radiologo, fisioterapista...
Occlusione auricolare:	- elettrofisiologo, cardiologo interventista, ecocardiografista, anestesista, tecnico radiologo, cardiocirurgo....
Patologia aortica:	- cardiocirurgo, chirurgo vascolare, radiologo interventista, anestesista, tecnico radiologo....
Miocardiopatie:	- cardiologo, genetista, esperto RM cardiaca, psicologo, anatomopatologo...

Legenda:	RM: risonanza magnetica; TAVI: impianto di valvola aortica transcatetere; VAD: dispositivo di assistenza ventricolare.

Il Dipartimento 3D

Nel 1968 Fausto Rovelli, che ha fondato e plasmato la Cardiologia ospedaliera italiana, aveva stilato un progetto di Dipartimento che si è realizzato, solo in parte, in quello che ora mi trovo a dirigere (Figura 1 e Tabella 2). I suoi appunti insegnano ancora qualcosa, non solo per quello che c'è (un insieme di competenze che devono lavorare

insieme, sviluppando ciascuna le proprie linee di lavoro; una rete di relazioni con organizzazioni pubbliche e private, profit e non profit, professionali e laiche, per la ricerca la formazione la divulgazione e il fundraising; e naturalmente il rapporto con l'ANMCO, allora nata da poco) ma anche per quello che manca: l'organizzazione gerarchica. Ci sono linee di collegamento, non

delimitazioni di confini.

La partizione in strutture complesse e semplici imita e appesantisce l'organizzazione tradizionale per divisioni (di nome e di fatto), ostacola la condivisione delle conoscenze e degli obiettivi (prima ancora di quella delle risorse), e alimenta rivalità interne a scapito della competizione

per l'eccellenza. Inoltre assegna pochi incarichi di responsabilità rispetto al potenziale di sviluppo dei professionisti, ma sempre troppi secondo l'alta direzione e il governo regionale.

Proviamo invece a sperimentare un modello di Dipartimento 3D, dove le D indicano le dimensioni che descrivono il nostro lavoro (1: orizzontale, di

area; 2: verticale, dei percorsi; 3: trasversale, dei servizi, Tabella 3).

I singoli professionisti potrebbero coordinare un ambito e collaborare ad altri, essendo tutti però coinvolti nella responsabilità per il raggiungimento degli obiettivi, che diventerebbero di tutti. Sembra più facile in un grande Ospedale come quello dove lavoro,

TABELLA 2: Struttura attuale del Dipartimento Cardiotoracovascolare "A. de Gasperis"

Tipo	Struttura	Livello/Attività										
		TI	AI	DO	WH/WS	DH/DS	MAC	AMB vis.	AMB diagn	Cons	CO	tele
SC	Cardio 1- Emodinamica	X	X	X	X	X		X	X	X	X	
SS	-UCIC	X						X		X		
SC	Cardio 2- Scopenso e Trapianto		X	X	X	X		X		X	X	X
SC	Cardio 3- Elettrofisiologia/ stimolazione		X	X	X	X		X		X	X	X
SC	Cardio 4- Diagnostica non invasiva		X	X	X		X	X	X	X		
SS	- Imaging avanzato								X	X		
SSD	Cardio territoriale							X	X	X		
SC	Cardiochirurgia		X	X				X		X	X	X
SS	- cardiochirurgia pediatrica		X	X				X		X	X	
SC	Chirurgia Toracica		X	X	X	X		X		X	X	
SS	- chirurgia endoscopica							X	X	X	X	
SC	Chirurgia vascolare		X	X	X	X		X	X	X	X	
SC	III Servizio Anestesia e Rianimazione	X						X		X	X	
SS	- UCICT	X								X	X	
SC	CNR- Fisiologia Clinica								X			
SC	Centro Dislipidemie							X	X	X		
SS	Cardiologia Pediatrica											

Legenda: AI: degenza ad alta intensità; AMB diagn: attività diagnostica ambulatoriale; AMB vis: visite ambulatoriali; CNR: consiglio nazionale delle ricerche; CO: camera operatoria; cons: consulenze per interni; DH/DS: day-hospital, day surgery; DO: degenza ordinaria; MAC: attività ambulatoriale complessa; SC: struttura complessa; SS: struttura semplice; SSD: struttura semplice a valenza dipartimentale; tele: telecardiologia; UCIC: unità di cure intensive cardiologiche; UCICT: unità di cure intensive Cardiotoraciche.



TABELLA 3: esempio di dipartimento 3D applicato al Dipartimento de Gasperis

1 - Dimensione orizzontale: identificazione di aree che meritano responsabilità medica

- UNITÀ CURE INTENSIVE CARDIOTORACICHE
- UNITÀ CURE INTENSIVE CARDIOLOGICHE
- ALTA INTENSITÀ DI CURA

2 - Dimensione verticale o dei percorsi

- sindrome coronarica acuta
- insufficienza cardiaca cronica avanzata
- LVAD di lungo periodo
- trapianto cardiaco
- shock cardiogeno e assistenza circolatoria short term
- malattie del muscolo cardiaco e aritmie, forme familiari e forme rare
- Cardiomiopatie e scompenso in età pediatrica
- fibrillazione atriale
- Ipertensione
- dislipidemie
- Ipertensione polmonare
- Aritmie ventricolari complesse
- patologia aortica
- Valvulopatie aortiche
- Valvulopatie mitraliche
- Cardiomiopatia ipertrofica
- GUCH
- rivascolarizzazione del pz cronico
- Blocchi e bradiaritmie
- ...

Per dare coerenza ai percorsi, questi possono essere raggruppati sotto la "regia" di soggetti con responsabilità strategica per grandi linee di lavoro, es come segue: può essere necessaria la partecipazione di più soggetti alla regia (es cardiologo + cardiocirurgo per cardiopatie strutturali)

- Cardiopatia ischemica

- sindrome coronarica acuta
- Ipertensione,
- dislipidemie,
- prevenzione e controllo dei fattori di rischio
- rivascolarizzazione del pz cronico

- Insufficienza cardiaca

- insufficienza cardiaca cronica avanzata
- shock e assistenza short term
- malattie del muscolo cardiaco e aritmie, forme familiari e forme rare
- Ipertensione polmonare
- HCM
- Trapianto cardiaco
- LVAD long term

- Cardiopatie strutturali

- Valvulopatie aortiche
- Valvulopatie mitraliche
- Chiusura PFO
- Occlusione auricola
- Leak perivalvolari

- Aritmologia, elettrofisiologia, elettrostimolazione

-

3 - Dimensione trasversale o dei servizi/trattamenti

- Ecocardiografia
- Ergometria
- ECG dinamico e tilt test
- RM cuore
- Cateterismo cardiaco, angiocardiografia e coronarografia diagnostica
- Interventistica coronarica
- Interventistica per cardiopatie strutturali
- Trattamento ablativo delle aritmie
- Elettrostimolazione
- Resincronizzazione
- Telecardiologia
- Consulenza aziendale
- Consulenza per il PS
- Consulenza per il territorio
- ...

ma nei piccoli Ospedali si potrebbe immaginare un numero minore di punti di responsabilità, che comprenda lo spettro dalla patologia acuta e iperacuta alla specialistica territoriale, tutelando la specificità della cultura cardiologica, e uniformandola a partire dall'Ospedale fino agli ambulatori e alla medicina del territorio. Anche grazie all'ANMCO la nostra

Cardiologia ha imparato a lavorare in una rete di pari con eccellenti risultati. Il nostro compito è implementare lo screening di soggetti a rischio, applicare in modo ragionato le terapie evidence-based inclusa l'interventistica, strutturare il follow-up dei cronici, alternando i ruoli di regista, operatore o consulente secondo le caratteristiche e il peso della cardiopatia nei diversi

pazienti. Solo aprendo le nostre UCIC a nuove categorie di pazienti e al contributo di altri professionisti, e uscendone per portar fuori del nostro recinto la cultura e la competenza cardiologica potremo farne apprezzare il valore e riconoscere la primazia – che, rassegnamoci, non significherà salvaguardare tutti i primariati. ♥

AREA ARITMIE		CHAIRPERSON Renato Pietro Ricci (Roma)	CO - CHAIRPERSON Achille Giardina (Cagliari)
AREA CARDIOCHIRURGIA		CHAIRPERSON Michele Portoghese (Sassari)	CO - CHAIRPERSON Leonardo Patanè (Pedara - CT)
AREA CARDIOIMAGING		CHAIRPERSON Fausto Rigo (Mestre - VE)	CO - CHAIRPERSON Paolo G. Pino (Roma)
AREA EMERGENZA-URGENZA		CHAIRPERSON Serafina Valente (Firenze)	CO - CHAIRPERSON Emilio Di Lorenzo (Avellino)
AREA GIOVANI		CHAIRPERSON Marco Marini (Ancona)	CO - CHAIRPERSON Fabiana Lucà (Marsala - TP)
AREA MALATTIE DEL CIRCOLO POLMONARE		CHAIRPERSON Iolanda Enea (Caserta)	CO - CHAIRPERSON Amedeo Bongarzone (Milano)
AREA MANAGEMENT & QUALITA'		CHAIRPERSON Giovanni Gregorio (Vallo della Lucania - SA)	CO - CHAIRPERSON Antonia Mannarini (Bari)
AREA NURSING CHAIRPERSON MEDICO		CHAIRPERSON MEDICO Mauro Mennuni (Colleferro - Roma)	CO - CHAIRPERSON MEDICO Massimo Imazio (Torino)
AREA NURSING CHAIRPERSON INFERMIERE		CHAIRPERSON INFERMIERE Donatella Radini (Trieste)	CO - CHAIRPERSON INFERMIERE Sabrina Egman (Palermo)
AREA PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE		CHAIRPERSON Gian Francesco Mureddu (Roma)	CO - CHAIRPERSON Maurizio Giuseppe Abrignani (Erice - TP)
AREA SCOMPENSO CARDIACO		CHAIRPERSON Nadia Aspromonte (Roma)	CO - CHAIRPERSON Andrea Mortara (Monza - MB)



REFERENTI TASK FORCE

CARDIOLOGIA PEDIATRICA



INNOCENZO BIANCA
(Catania)

CARDIOGERIATRIA



GIOVANNI PULIGNANO
(Roma)

CARDIOLOGIA DELLO SPORT



FRANCO GIADA
(Noale - VE)

CARDIONCOLOGIA



LUIGI TARANTINI
(Belluno)

CARDIONEfrologia



GENNARO CICE
(Napoli)



Biennio 2015 - 2016: nani sulle spalle di giganti...

Area Malattie del Circolo Polmonare tra l'attività svolta
in un recente passato e quella di un immediato futuro

«*D*icebat Bernardus Carnotensis nos esse quasi nanos gigantium humeris insidentes, ut possimus plura eis et remotiora videre, non utique proprii visus acumine, aut eminentia corporis, sed quia in altum subvehimur et extollimur magnitudine gigantea.»



«Diceva Bernardo di Chartres che noi siamo come nani sulle spalle di giganti, così che possiamo vedere più cose di loro e più lontane, non certo per l'acume della vista o l'altezza del nostro corpo, ma perché siamo sollevati e portati in alto dalla statura dei giganti.»

L'aforisma di Giovanni di Salisbury (Metalogicon) da lui attribuito a Bernardo di Chartres, ben si adatta al mio modo di sentire in questo momento: da neo Chairperson dell'Area Malattia del Circolo Polmonare mi sento un nano con l'onore di sedere sulle spalle di "giganti" conosciuti in questi anni. Le Aree sono il motore di Ricerca dell'Associazione; loro compito è "garantire continuità di attenzione e di iniziative nei campi della Cardiologia di loro pertinenza"; quindi, per l'Area, sui temi embolia polmonare e ipertensione polmonare. Non tutti sanno quanto sia gradevole il clima lavorativo nel Comitato di Coordinamento dell'Area Malattie del Circolo Polmonare. Il Dott. Pietro Zonzin, che nel 2003 creò l'Area, ha sempre contribuito a determinare nei Soci quel clima di "disinteressato

interesse" su embolia polmonare e ipertensione sistolica polmonare che, diciamo pure, se non fosse per i Nuovi Anticoagulanti Orali e i farmaci per la terapia dell'ipertensione arteriosa polmonare, sarebbero rimasti degli argomenti di nicchia per il Cardiologo Clinico. Al Dott. Zonzin, primo Chairman dell'Area, sono seguiti i dottori Giuseppe Favretto, Carlo D'Agostino, Andrea Rubboli, Loris Roncon, Michele Azzarito. Ognuno ha lasciato una traccia indelebile nell'Area in termini di umanità e di professionalità, lo stesso dicasi dei Componenti i Comitati di Coordinamento, degli esperti che hanno affiancato il board, basti per tutti citare il Dott. Franco Casazza, il Dott. Stefano Ghio, il Prof. Andrea Maria D'Armini. Dal 2004, quando sono entrata a far parte dell'Area prima come iscritta, poi come Componente del Comitato di Coordinamento nazionale, referente degli Studi INCIPIT, Co-Chairperson ho collaborato con colleghi da tutta l'Italia. Ho avuto la fortuna di conoscerli e apprendere da ognuno di loro, ora mi ritengo lusingata di essere Chairperson dell'Area per il 2015 -



2016. Inoltre, sento la responsabilità di mantenerne lo standard qualitativo, infatti, l'Area Malattie del Circolo Polmonare ha avuto sempre un elevato profilo culturale, professionale e umano e ha mantenuto vivo l'interesse sui temi a lei cari attraverso molteplici binari. È inevitabile, nel fare un bilancio, riferirsi alle modalità di lavoro e a ciò che l'Area ha prodotto. Nell'Area siamo abituati a lavorare in "working-group", per problematiche, e sia l'embolia polmonare sia l'ipertensione polmonare vedono coinvolti specialisti in varie branche della medicina. Il Registro IPER (Italian Pulmonary Embolism Registry), nato per la costanza dei dottori Franco Casazza e Amedeo Bongarzone, si è rivelato strumento di lavoro per quanti fra Cardiologi, Pneumologi, internisti si occupano di TEP in Italia. Esso ha fornito interessanti informazioni sulla clinica, su come è cambiato il nostro approccio alla EP dai tempi dell'ICOPER sia in termini di diagnosi con l'utilizzo quasi esclusivo dell'angio TC torace al posto della scintigrafia polmonare perfusoria, sia in termini terapeutici; ha contribuito a fornire un modello per la stratificazione del rischio della TEP, ha dato informazioni sul significato prognostico dei trombi flottanti in atrio destro e ancora ci fornirà dati sul follow up. Tali dati sono stati oggetto di comunicazioni nei Congressi Nazionali ANMCO, nei Congressi europei ESC e di molteplici pubblicazioni su riviste internazionali (Thromb Res 2012, 139 (6) 847-52; CHEST 2013, 144 (5) 1539-45; Thromb Haemost 2014; 111: 53-57).

Ora di bilanci: l'Area Malattie del Circolo Polmonare si interroga sulla attività svolta negli ultimi anni; il bilancio è positivo: dall'IPER al Documento di follow up per la TEP, dalla Survey al Registro PETER per la trombectomia percutanea, dalle Linee Guida ESC sulla Embolia Polmonare alla Campagna Educazionale per l'Embolia Polmonare, dalle Survey INCIPIT al Registro per l'Ipertensione Polmonare

Le Linee Guida ESC dell'agosto 2014 sull'Embolia Polmonare, pongono l'accento su molteplici snodi decisionali nella gestione della patologia tromboembolica venosa: nella fase diagnostica sulla importanza della probabilità clinica pre-test, sulla scelta di appropriati esami strumentali, sulla importanza della stratificazione prognostica per la decisione della scelta e la durata della terapia. Per la scelta terapeutica, come Area stiamo cercando di espandere in Italia la cultura della trombectomia percutanea, con la Survey PETER, promotori i dottori Roncon e Zonzin. La recente Campagna Educazionale ANMCO "universo trombosi: embolia polmonare", coordinata dal Dott. Azzarito e me, è stata utile per verificare l'importanza del confronto tra specialisti nel settore su quesiti che non hanno risposta univoca in letteratura. Veniamo al secondo tema: quello della condizione fisiopatologica ipertensione polmonare. Perché

profondere energia nella creazione di una rete in Italia per una patologia rara presente nella forma idiopatica in circa 1/1.000.000? In realtà tale condizione fisiopatologica sottende 37 quadri clinici diversi e, nella classe I (Dana Point 2008), comprende forme associate a cardiopatie congenite, a connettivopatie, all'HIV, quindi la reale incidenza della patologia è destinata a salire con l'affinarsi dello screening e della diagnosi. Come topic offre molteplici snodi decisionali: il sospetto diagnostico; la diagnosi differenziale; la stratificazione della severità della patologia; la scelta terapeutica con il passaggio dalla terapia per os a quella con prostaglandine endovena; il follow up. Nel corso dell'ultimo decennio ho coordinato la Survey INCIPIT1 (GIC 2010,11(5):402-7) per sensibilizzare i laboratori di ecocardiografia in Italia sulla stima dell'ipertensione sistolica polmonare e l'indagine conoscitiva

«Nos esse quasi nanos gigantium humeris insidentes, ut possimus plura eis et remotiora videre, non utique proprii visus acumine, aut eminentia corporis, sed quia in altum subvehimur et extollimur magnitudine gigantea»



**Il bilancio dell'attività dell'Area è positivo e la progettualità ambiziosa di questo biennio, ha bisogno del sostegno di quanti convergono nel Comitato di Coordinamento e di tutti i Soci iscritti all'Area
Prendiamo il largo insieme, con uno sguardo riconoscente al passato e uno ottimista al futuro!**

INCIPIT2 (GIC 2014,15(12):710-6) per verificare lo stato dell'arte sui gruppi di lavoro per l'ipertensione polmonare nelle Cardiologie italiane. Più di 100 Cardiologie in Italia hanno partecipato alle iniziative e riteniamo i risultati ottenuti preliminari alla creazione di una rete per la sorveglianza dell'ipertensione polmonare. Il nuovo Chairperson presenta il proprio programma al Consiglio Direttivo all'inizio del mandato e all'inizio del secondo anno di attività, pertanto mi sento di condividere con voi alcuni obiettivi dell'Area.

1) Sostegno delle iniziative in corso: il Registro PETER (Pulmonary Embolism Thrombectomy Registry) volto a implementare una rete per la trombectomia percutanea sul territorio nazionale; l'elaborazione di un documento di consenso sul follow up della tromboembolia polmonare visto che non esistono Linee Guida in

merito.

2) Formazione sul tema dell'embolia polmonare: diffusione delle Linee Guida ESC 2014 con la promozione di incontri sul territorio nazionale; elaborazione di position paper.

3) Elaborazione di una modalità di gestione condivisa della condizione fisiopatologica ipertensione polmonare e della ipertensione arteriosa polmonare in particolare, sul territorio nazionale.

4) Coinvolgimento di tutti gli iscritti dell'Area con la diffusione delle iniziative dell'Area attraverso il nuovo sito web.

Posso dire che il bilancio dell'Area è positivo e la progettualità ambiziosa di questo biennio ha bisogno del sostegno di quanti convergono nel Comitato di Coordinamento e di tutti i Soci iscritti all'Area. Prendiamo il largo insieme, con uno sguardo riconoscente al passato e uno ottimista al futuro! ♥

«Siamo come nani sulle spalle di giganti, così che possiamo vedere più cose di loro e più lontane, non certo per l'acume della vista o l'altezza del nostro corpo ma perché siamo sollevati e portati in alto dalla statura dei giganti»



www.anmco.it

**Convenzione Assicurativa Esclusiva
riservata agli iscritti ANMCO**



www.assita.com

**CARDIOLOGI
Dipendenti Ospedalieri**

comprese

Intramenia Allargata e Responsabilità Primariale

1) **Consulenza Legale telefonica /e-mail**
Linee Verdi 800 237220 - ufficiolegale@assita.com

Gratuita

Polizza Tutela Legale indispensabile in caso di Avviso di Garanzia

2) **Garanzie**

- procedimenti Penali Colposi / Dolosi
- chiamata in causa Compagnia R.C. Professionale
- resistenza sanzioni amministrative

**Durata
contratto
1 anno**

MASSIMALE € 31.000,00
per sinistro
senza limite annuo

Premio Annuo Lordo
€ 110,00 ★

Polizza Colpa Grave per Azioni di Rivalsa esperite:

- dall'Azienda di appartenenza
- dall'Impresa di Assicurazione che garantisce la Struttura
- Massimale **NON** aggregato per struttura e/o regione

3) ★

GARANZIE: RETROATTIVITÀ e POSTUMA ILLIMITATE • TUTELA LEGALE Civile e Penale Illimitata		
PREMIO ANNUO LORDO	MASSIMALE	PREMIO ANNUO LORDO
Durata contratto 5 ANNI	€ 5.000.000,00 con limite di € 2.500.000,00 per sinistro	Durata contratto 1 ANNO
Premio e Condizioni invariati per 5 anni		€ 576,00 € 800,00
	€ 5.000.000,00 per sinistro e per anno assicurativo	Art. 2 Durata e proroga della Assicurazione

★) **Sconto complessivo di € 26,00**
valido per contemporanea stipula di entrambe le Polizze
Tutela Legale e Colpa Grave (durata 5 anni)

PARTNER ASSICURATIVO Esclusivista della Convenzione

4) **Assita S.p.A.**
RUI A000012675

Sede e Direzione:
MILANO - Via E. Toti, 4

Ufficio:
ROMA - Via Paolo Emilio, 7

Per assicurarsi



Numero Verde
800-237220

e-mail: medicaldivision@assita.com

ABRUZZO

Presidente: Gerardo Rasetti (Pescara)
Consiglio Regionale:
 Marcello Caputo (Chieti)
 Alberto D'Alleva (Pescara)
 Alessandro D'Arma (L'Aquila)
 Donatello Fabiani (Teramo)
 Claudio Frattaroli (Popoli - PE)
 Luigi Leonzio (Lanciano - CH)
www.anmco.it/regioni/elenco/abruzzo



Gerardo Rasetti

FRIULI VENEZIA GIULIA

Presidente: Matteo Cassin (Pordenone)
Consiglio Regionale:
 Silvana Brigido (Monfalcone - GO)
 Vito D'onofrio (San Vito al Tagliamento - PN)
 Mauro Driussi (Udine)
 Elisa Leiballi (Pordenone)
 Marco Milo (Trieste)
 Giulia Russo (Trieste)
 Diego Vanuzzo (Udine)
 Olga Vriz (San Daniele del Friuli - UD)
www.anmco.it/regioni/elenco/friuli



Matteo Cassin

BASILICATA

Presidente: Francesco Sisto (Potenza)
Consiglio Regionale:
 Andrea Andriani (Policoro - MT)
 Giacinto Calculli (Matera)
 Vincenzo Capogrosso (Melfi - PZ)
 Maria Maddalena De Francesco (Matera)
 Eduardo Fanchiotti (Marsicovetere - PZ)
 Rinaldo Lauletta (Lagonegro - PZ)
 Maria Ausilia Petruzzi (Potenza)
 Domenico Polosa (Potenza)
www.anmco.it/regioni/elenco/basilicata



Francesco Sisto

LAZIO

Presidente: Massimo Uguccioni (Roma)
Consiglio Regionale:
 Gerardo Ansalone (Roma)
 Andrea Avella (Roma)
 Alessandro Battagliese (Roma)
 Massimo Ciavolella (Frascati - RM)
 Andrea Ciolli (Roma)
 Stefania Angela Di Fusco (Roma)
 Fabio Ferranti (Ostia - RM)
 Angela Beatrice Scardovi (Roma)
www.anmco.it/regioni/elenco/lazio



Massimo Uguccioni

CALABRIA

Presidente: Vincenzo Amodeo (Reggio Calabria)
Consiglio Regionale:
 Sergio Arena (Crotone)
 Francesco Fontana (Cosenza)
 Maria Levato (Lamezia Terme - CZ)
 Saverio Salituri (Rossano - CS)
 Giuseppe Valiante (Vibo Valentia)
 Marco Vatrano (Catanzaro)
www.anmco.it/regioni/elenco/calabria



Vincenzo Amodeo

LIGURIA

Presidente: Massimo Zoni Berisso (Genova)
Consiglio Regionale:
 Massimiliano Basso (Savona)
 Alberto Camerini (Genova)
 Stefano Domenicucci (Genova)
 Roberto Mureddu (Imperia)
 Luca Olivotti (Pietra Ligure - SV)
 Marco Piccininno (Genova)
 Giorgio Tonelli (La Spezia)
 Alessandro Vallebona (Rapallo - GE)
www.anmco.it/regioni/elenco/liguria



Massimo Zoni Berisso

CAMPANIA

Presidente: Rosario Sauro (Avellino)
Consiglio Regionale:
 Archimede Caruso (Oliveto Citra - SA)
 Gerardo Angelo Ciampa (Benevento)
 Rodolfo Citro (Salerno)
 Luigi Raffaele Elia (Napoli)
 Domenico Miceli (Napoli)
 Antonio Palermo (Caserta)
 Francesco Piemonte (Frattamaggiore - NA)
 Bernardino Tuccillo (Napoli)
www.anmco.it/regioni/elenco/campania



Rosario Sauro

LOMBARDIA

Presidente: Fabrizio Oliva (Milano)
Consiglio Regionale:
 Marco Ferlini (Pavia)
 Francesco Melchiorre Gentile (Cinisello Balsamo - MI)
 Luigi Moschini (Cremona)
 Domenico Pecora (Brescia)
 Claudio Pedrinazzi (Crema)
 Pierfranco Ravizza (Lecco)
 Michele Romano (Mantova)
 Roberta Rossini (Bergamo)
www.anmco.it/regioni/elenco/lombardia



Fabrizio Oliva

EMILIA ROMAGNA

Presidente: Stefano Urbinati (Bologna)
Consiglio Regionale:
 Stefano Cappelli (Carpi - MO)
 Ottorino Giuseppe Catapano (Forlì - FC)
 Stefano Ferraro (Piacenza)
 Marco Ferri (Reggio Emilia)
 Daniele Grosseto (Rimini)
 Alberto Menozzi (Parma)
 Biagio Sassone (Cento - FE)
 Elisabetta Varani (Ravenna)
www.anmco.it/regioni/elenco/emilia



Stefano Urbinati

MARCHE

Presidente: Domenico Gabrielli (Fermo)
Consiglio Regionale:
 Micaela Capponi (Macerata)
 Christian Corinaldesi (Ancona)
 Walid Daher (Fabriano - AN)
 Raffaele Di Pillo (Ascoli Piceno)
 Elena Falchetti (Senigallia - AN)
 Matteo Francioni (Ancona)
 Giuseppe Rescigno (Ancona)
 Giovanni Tarsi (Pesaro)
www.anmco.it/regioni/elenco/marche



Domenico Gabrielli

MOLISE

Presidente: Francesco Versaci (Campobasso)
Consiglio Regionale:
 Angela Rita Colavita (Campobasso)
 Gianludovico Magri (Campobasso)
 Alexandra Sabusco (Campobasso)
 Antonio Trivisonno (Isernia)
www.anmco.it/regioni/elenco/molise



Francesco Versaci

SARDEGNA

Presidente: Gavino Casu (Nuoro)
Consiglio Regionale:
 Simona Aramu (Oristano)
 Antonio Asproni (Sassari)
 Alberto Boi (Cagliari)
 Cristiana Montaldo (Cagliari)
 Giuseppe Pes (Cagliari)
 Isabella Simongini (Olbia)
www.anmco.it/regioni/elenco/sardegna



Gavino Casu

P.A. BOLZANO

Presidente: Roberto Cemin (Bolzano)
Consiglio Regionale:
 Massimiliano Manfrin (Bolzano)
 Patrick Teja Rudolf Paulisch (Merano - BZ)
www.anmco.it/regioni/elenco/bolzano



Roberto Cemin

SICILIA

Presidente: Giacomo Chiarandà (Caltagirone - CT)
Consiglio Regionale:
 Andrea Colletti (Sciaccà - AG)
 Nicola Giunta (Palermo)
 Giuseppe Leonardi (Catania)
 Antonino Nicosia (Ragusa)
 Giuseppe Paleologo (Messina)
 Giovanni Maria Polizzi (Partinico - PA)
www.anmco.it/regioni/elenco/sicilia



Giacomo Chiarandà

P.A. TRENTO

Presidente: Alberto Menotti (Trento)
Consiglio Regionale:
 Claudio Cemin (Rovereto - TN)
 Danila Girardini (Rovereto - TN)
 Simone Muraglia (Trento)
 Prisca Zeni (Trento)
www.anmco.it/regioni/elenco/trento



Alberto Menotti

TOSCANA

Presidente: Silvia Severi (Grosseto)
Consiglio Regionale:
 Toni Badia (Prato)
 Francesco Bellini (Livorno)
 Nazario Carrabba (Firenze)
 Paolo Fontanive (Pisa)
 Gabriele Giuliani (Firenze)
 Alessio Lilli (Lido di Camaiore - LU)
 Silvia Maffei (Siena)
 Paola Pasqualini (Grosseto)
www.anmco.it/regioni/elenco/toscana



Silvia Severi

PIEMONTE E VALLE D'AOSTA

Presidente: Marco Sicuro (Aosta)
Consiglio Regionale:
 Tiziana Claudia Aranzulla (Torino)
 Marialaura Buscemi (Alessandria)
 Federico Conrotto (Torino)
 Massimo Imazio (Torino)
 Paola Lusardi (Torino)
 Andrea Rognoni (Novara)
 Matteo Santagostino (Biella)
 Emanuele Tizzani (Rivoli - TO)
www.anmco.it/regioni/elenco/piemonte



Marco Sicuro

UMBRIA

Presidente: Adriano Murrone (Perugia)
Consiglio Regionale:
 Euro Antonio Capponi (Gubbio - PG)
 Marco Castronuovo (Terni)
 Paolo Chioocchi (Foligno - PG)
 Giorgio Maragoni (Spoleto - PG)
 Lina Marinacci (Città di Castello - PG)
 Gianluca Zingarini (Perugia)
www.anmco.it/regioni/elenco/umbria



Adriano Murrone

PUGLIA

Presidente: Pasquale Caldarola (Bari)
Consiglio Regionale:
 Angelo Aloisio (Taranto)
 Alessandra De Castro (Brindisi)
 Gabriele De Masi De Luca (Tricase - LE)
 Giuseppe Modugno (Bisceglie - BT)
 Michele Palella (Bari-Carbonara - BA)
 Francesca Pierri (Manduria - TA)
 Rossella Troccoli (Monopoli - BA)
 Massimo Villella (San Giovanni Rotondo - FG)
www.anmco.it/regioni/elenco/puglia



Pasquale Caldarola

VENETO

Presidente: Loris Roncon (Rovigo)
Consiglio Regionale:
 Cristina Andriani (Montebelluna - TV)
 Maurizio Anselmi (San Bonifacio - VR)
 Claudio Bilato (Padova)
 Giovanni Conti (Este - PD)
 Daniele D'este (Dolo - VE)
 Francesca De Cian (Feltre - BL)
 Gianfranco Frigo (Cittadella - PD)
 Giovanni Turiano (Conegliano - TV)
www.anmco.it/regioni/elenco/veneto



Loris Roncon



La rete delle Cardiologie marchigiane per i pazienti cardiocirurgici: istruzioni per l'uso

Il 15 gennaio scorso si è tenuto, presso la sala Convegni dell'Ospedale "Madonna del soccorso" a San Benedetto del Tronto, grazie alla collaborazione dei Colleghi Parato, attuale FF della locale Cardiologia, e Persico, precedente FF, e con buona risposta di audience da parte della comunità cardiologica marchigiana, il primo dei due incontri scientifici organizzati dal Consiglio Direttivo Regionale in collaborazione con i Colleghi della Cardiocirurgia di Ancona diretti dalla Dott.ssa Torracca. Lo scopo di questa riunione scientifica era quello di uniformare i criteri di analisi ecocardiografica e di valutazione clinica pre-operatoria dei pazienti con valvulopatia mitralica e/o aortica da sottoporre a correzione chirurgica. I passi avanti fatti dalle tecniche cardiocirurgiche ci permettono approcci sempre meno traumatici (quali la ministernotomia e la minitoracotomia) con notevoli vantaggi per il paziente, riduzione delle complicanze e dei tempi

di degenza, pur non dovendo rinunciare all'efficacia del gesto chirurgico stesso che sempre meno esita in una sostituzione valvolare con protesi e sempre più si traduce nella riparazione della valvola malata, con i ben noti benefici che questo comporta, su tutti la riduzione del rischio di endocardite e soprattutto la non necessità di terapia anticoagulante a lungo termine. Tutto questo è attuabile se a monte si è eseguito una corretta selezione dei pazienti sulla base di un approfondito esame ecocardiografico, esame condotto secondo una metodologia corretta che metta in luce una serie di parametri che solo in questa sede possono essere valutati in modo adeguato perché in condizioni emodinamiche reali e non artificiali, quali quelle che si creano in corso di anestesia generale e nella fase post-operatoria, a questo va aggiunta una valutazione clinica complessiva che consenta una corretta stratificazione dei pazienti ai fini della scelta della tecnica da utilizzare e della

indicazione chirurgica stessa. L'analisi ecocardiografica condotta attraverso la tecnica transtoracica e laddove questa non sia sufficiente completata tramite quella transesofagea è infatti l'unica metodica diffusa in modo omogeneo in tutta la periferia a fornire tutti i dati necessari al cardiocirurgo per decidere come correggere al meglio un vizio valvolare. Nel caso in cui ci si trovi di fronte ad un problema di stenosi aortica il Dott. Carlo Zingaro ci ha rapidamente ricordato come sia assolutamente necessario da parte del chirurgo evincere dal referto ecocardiografico: gradienti transvalvolari medio e massimo, area funzionale e/o anatomica indicizzata, valvola bicuspidale o tricuspide, localizzazione della stenosi (valvolare, sopra o sotto-valvolare), caratteristiche strutturali delle cuspidi, delle commissure e dell'anello. Di fronte ad un'insufficienza aortica dobbiamo sempre studiare con molta attenzione sia la radice aortica sia



INTERAZIONI TRA CARDIOLOGO E CARDIOCHIRURGO NUOVE INDICAZIONI E TECNICHE 1° Meeting	INTERAZIONI TRA CARDIOLOGO E CARDIOCHIRURGO NUOVE INDICAZIONI E TECNICHE 2° Meeting
Ospedale Madonna del Soccorso San Benedetto del Tronto Giovedì 15 gennaio 2015 ore 17.00	Ospedale di Senigallia Senigallia (AN) Giovedì 5 febbraio 2015 ore 17.00
Cardiochirurgia mininvasiva: indicazioni e tecniche 17.00 - 17.30 Mitrale Filippo Capresto (Ancona) Dirigente Medico presso la Cardiochirurgia degli Ospedali Riuniti di Ancona 17.30 - 18.00 Aorta Carlo Zingaro (Ancona) Dirigente Medico presso la Cardiochirurgia degli Ospedali Riuniti di Ancona	Indicazioni e work-up diagnostico per l'impianto di TAVI transapicali / La valutazione del rischio cardiocirurgico 17.00 - 18.00 Ghafa Gironi (Ancona) Dirigente Medico presso la Cardiochirurgia degli Ospedali Riuniti di Ancona Michele Piccoli (Ancona) Dirigente Medico presso la Cardiochirurgia degli Ospedali Riuniti di Ancona
Minimum dataset ecocardiografico per una corretta pianificazione di chirurgia riparativa mitrale ed aortica 18.00 - 18.30 Mitrale Carlo Zingaro (Ancona) Dirigente Medico presso la Cardiochirurgia degli Ospedali Riuniti di Ancona 18.30 - 19.00 Aorta Carlo Zingaro (Ancona) Dirigente Medico presso la Cardiochirurgia degli Ospedali Riuniti di Ancona	Candidati a impianto di VAD 18.00 - 18.30 Work-up diagnostico Sacha Matteucci (Ancona) Dirigente Medico presso la Cardiochirurgia degli Ospedali Riuniti di Ancona 18.30 - 19.00 Gestione pre e post-impianto Alessandro D'Almondo (Ancona) Dirigente Medico presso la Cardiochirurgia degli Ospedali Riuniti di Ancona
 a cura del Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Marche	 a cura del Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Marche

l'aorta ascendente, perché il rigurgito potrebbe non essere ad origine dalla valvola e basta ma potrebbe derivare dalla dilatazione dell'aorta ascendente a valvola perfettamente normale. Inoltre è fondamentale studiare non solo la funzione sistolica e diastolica del ventricolo sinistro, ma anche valutare i volumi e lo shape del ventricolo sinistro segnalando la presenza di eventuali speroni subaortici e/o di gradienti a livello del tratto di efflusso con l'intenzione di prevedere problemi post-riparazione come ad esempio il SAM. Quando ci troviamo ad analizzare l'insufficienza mitralica di origine degenerativa i parametri da tenere in considerazione sono molteplici anche perché le tecniche riparative sono varie e combinabili tra loro: tipologia ed origine del jet con relativa quantizzazione della gravità,

lombi e scallo coinvolti, dimensioni dell'anello, estensione della lesione e distanza dalle commissure, distanza setto-coaptazione, ampiezza di A2 e P2. A tutto ciò vanno aggiunti l'area di tethering e la misura della coaptation depth in caso di insufficienza mitralica di tipo funzionale, nonché dati numerici sulle dimensioni dell'atrio sinistro e clinici sul tempo d'insorgenza dell'eventuale fibrillazione atriale associata alla valvulopatia in modo da indirizzare il nostro cardiocirurgo o verso l'ablazione chirurgica dell'aritmia o verso la chiusura dell'auricola sinistra. The last but not the least, direbbero gli anglosassoni, la sessione è volta al termine con il monito di non trascurare mai l'analisi della valvola tricuspide e del ventricolo destro. Infatti sulla tricuspide si può intervenire

efficacemente con il posizionamento di anelli e la funzionalità del ventricolo destro rimane una discriminante di gran peso per poter predire la buona riuscita del gesto chirurgico. Il successivo appuntamento è previsto per il 5 febbraio a Senigallia per parlare di impianto di VAD e screening pre-TAVI; questi incontri hanno come fine anche quello di sentirci più uniti e coinvolti nella rete cardiocirurgica della Regione Marche che fa riferimento all'unico centro dotato di tale opportunità che sono gli OORR di Ancona, uniformare i percorsi pre-operatori, aumentando la consapevolezza dei Cardiologi coinvolti, consentendo di offrire la migliore risposta possibile ai bisogni di salute dell'utenza. ♥



Il nuovo Consiglio Direttivo Regionale del Piemonte - Valle d'Aosta
prosegue il cammino con una programmazione ambiziosa

Linee Programmatiche del Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Piemonte - Valle d'Aosta per il biennio 2014 - 2016

DI ANDREA ROGNONI, TIZIANA ARANZULLA, MARIALAURA BUSCEMI, FEDERICO CONROTTO, MASSIMO IMAZIO,
PAOLA LUSARDI, MATTEO SANTAGOSTINO, EMANUELE TIZZANI E MARCO SICURO

Nel corso dell'Assemblea dei Soci ANMCO Piemonte - Valle d'Aosta che si è tenuta a Torino ad aprile 2014 è stato eletto il nuovo Consiglio Direttivo Regionale per il biennio 2014 - 2016 che è così composto: Tiziana Aranzulla di Torino, Marialaura Buscemi di Alessandria, Federico Conrotto di Torino, Massimo Imazio di Torino, Paola Lusardi di Torino, Andrea Rognoni di Novara, Matteo Santagostino di Biella ed Emanuele Tizzani di Rivoli. Nel Corso della prima riunione del Consiglio Direttivo, alla presenza anche del Segretario Nazionale e Socio piemontese Federico Nardi, Marco Sicuro è stato nominato all'unanimità Presidente. La programmazione del biennio proseguirà lungo la strada tracciata dal precedente Consiglio Direttivo guidato da Marco Bobbio ed in particolare prevederà

Aggiornamento scientifico attraverso una piattaforma webinar online e con la pubblicazione di una newsletter

l'organizzazione, per il 2015, di una piattaforma pilota Webinar - FAD per l'aggiornamento online dei Soci, con cinque lezioni di un'ora ciascuno comprendenti la presentazione di due casi clinici commentati. Ritenendo l'aggiornamento e la collaborazione scientifica i compiti principali della nostra società, verrà inaugurata, pubblicata online e resa consultabile sul sito ANMCO nazionale attraverso il link dedicato alle pagine regionali, una newsletter che riporterà i contributi scientifici prodotti dai singoli centri cardiologici

piemontesi e valdostani; sarà attivata, inoltre, una fattiva collaborazione con la rete oncologica regionale. Il 17 aprile 2015 si terrà a Torino il Congresso Regionale annuale organizzato in collaborazione con la sezione piemontese della Società Italiana di Cardiologia che vedrà l'alternarsi di relazioni frontali e casi clinici discussi collegiamente con l'obiettivo di coinvolgere un numero sempre maggiore di colleghi. Infine a maggio 2015 verrà organizzata la manifestazione culturale di sensibilizzazione alle problematiche cardiologiche intitolata "cuore in cammino" con la partecipazione dei Centri cardiologici regionali e di pazienti cardiopatici che raggiungeranno le diverse sedi correndo. Tanto è il lavoro che ci aspetta anche in collaborazione con il Consiglio Direttivo Nazionale, ma l'impegno sarà massimo. ♥



DALLE REGIONI - PUGLIA

DI FRANCESCA PIERRI,
GIUSEPPE MODUGNO
E PASQUALE CALDAROLA



ANMCO Puglia propone: PDTA multidisciplinare per la corretta gestione dei NAO

**I Workshop: 23 gennaio 2015
Partecipanti**

1. Rappresentanti CDR ANMCO: P. Caldarola, G. Modugno, F. Pierri, R. Troccoli
2. Cardiologi ospedalieri ASL Bari: L. De Gennaro, G. Scalera
3. Cardiologi Universitari: M. Di Biase, L. Pellegrini
4. Cardiologo territoriale ASL Bari: F. Brescia
5. Internista ASL Bari: M. Calvani
6. Rappresentanti MMG: G. Sportelli, M. Zamparella
7. Neurologi ASL Bari: N. Cacudi, R. Misceo
8. Chirurgo ASL Bari: L. Petrelli, G. Ognissanti
9. Medico PS ASL Bari: C. Trotta
10. Ematologi/Coagulologi ASL Bari: A. Iannone, A. Mazzone, R. Scarsella
11. Ematologi/Coagulologi ASL Lecce: L. Ria

Asst Azienda Generale San. Giovinetti Giuseppe
Direttore Sanitario: Dott. Carlo Di Bari
Direttore Amministrativo: Dott. Riccardo Caporaso

Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale
Pazienti in trattamento anticoagulante orale con
antagonisti della vitamina K e nuovi anticoagulanti orali
nella ASL BT

Coordinatore e il Progetto: Dott. Giuseppe Modugno
Relazione del PDTA a cura di:
Giuseppe Modugno, Giovanni Di Biase, Ottavio Paolo Priolo,
Antonio Caldarola, Pasquale Caldarola, Giuseppe Troccoli



Su iniziativa dell'ANMCO Puglia si è svolto a Bari il primo workshop che ha riunito Cardiologi, Neurologi, Internisti, Chirurghi, Coagulologi/Ematologi e Medici di Medicina Generale con lo scopo di elaborare un PDTA sul follow-up dei pazienti in trattamento con i NAO. L'iniziativa, che ha coinvolto rappresentanti di tutte le ASL della Puglia, parte dall'esame del PDTA predisposto nella ASL BT sulla gestione della TAO, in cui ha svolto il ruolo di coordinatore il dottor Giuseppe Modugno, membro del Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Puglia. Tale PDTA, comprensivo di un software applicativo denominato "TAO NAVIGATOR ver 1.0" costituisce una

piattaforma di riferimento per la gestione della terapia anticoagulante orale (Warfarin e NAO). Il workshop si è posto come obiettivo quello di favorire la comunicazione tra tutte le figure mediche coinvolte nella gestione dei pazienti anticoagulati per definirne specifici ruoli. Il medico di medicina generale infatti individua i pazienti candidati alla terapia anticoagulante e li invia al medico prescrittore che, dopo aver scelto il farmaco più appropriato, rinvia il paziente al proprio medico di base per la gestione in cronico della terapia; tra queste figure si inserisce il coagulologo che, oltre ad individuare pazienti non ben controllati con gli acecumarolici e quindi candidati ai nuovi farmaci, collabora con altri

medici ospedalieri (Medici di Pronto Soccorso, Chirurghi, Ortopedici, Internisti etc.) nella gestione delle complicanze. Obiettivo del PDTA è quello di individuare precisi compiti per ciascuna figura professionale, stabilire delle linee guida comportamentali per la gestione del follow up dei pazienti in trattamento con i NAO, offrendo a tutte le figure coinvolte del materiale di supporto (lettera informativa, tesserino del paziente anticoagulato, schede di follow-up) oltre che predisporre una scheda di raccolta dati, unica a livello regionale, per tutti i pazienti anticoagulati. Il workshop si riunirà con queste finalità con cadenza bimensile e prevede di ultimare i suoi lavori entro giugno 2015. ♥



L'art. 3 della legge Balduzzi e la responsabilità professionale dell'esercente attività sanitarie

Profili giuridici della professione medica

Le novità introdotte dal recente intervento legislativo in tema di responsabilità penale del medico

Cosa è la legge Balduzzi?

La c.d. legge Balduzzi è un intervento legislativo del 2012 (d.l. n. 158 del 2012, convertito con modificazione in l. n. 189 dello stesso anno) che – tra altre cose – ha introdotto significative novità su un tema particolarmente delicato quale la responsabilità professionale dell'esercente le professioni sanitarie. Al riguardo dispone l'art. 3, comma 1 della legge che *«L'esercente la professione sanitaria che nello svolgimento della propria attività si attiene a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica non risponde penalmente per colpa lieve. In tali casi resta comunque fermo l'obbligo di cui all'articolo 2043 del codice civile. Il giudice, anche nella determinazione del risarcimento del danno, tiene debitamente conto della condotta di cui al primo periodo»*.

Il legislatore introduce novità di rilievo rispetto tanto al versante penalistico quanto a quello civilistico della responsabilità medica: la significatività di tali disposizioni, pur nella relativa sinteticità, rende

opportuno analizzarli distintamente onde cogliere gli effetti che ne derivano nel quotidiano esercizio della professione medica. Seguendo l'ordine “suggerito” dal legislatore, possiamo dunque analizzare innanzitutto quello che abbiamo definito “versante penalistico” della responsabilità medica, senza dubbio evocativo di maggiore carica di disvalore e finanche di stigma rispetto a quello civilistico.

Cosa dispone la legge Balduzzi in tema di responsabilità penale?

La scelta legislativa è quella di escludere la rilevanza penale della condotta del medico (e più in generale dell'esercente la professione sanitaria) che abbia agito conformandosi alle cc.dd. linee guida ed alle buone pratiche e purché non sia integrata una condotta colposa in misura grave.

Quali sono le finalità sottese a tale scelta?

Può ritenersi che il fine perseguito sia duplice. Per un verso si è

inteso approntare uno strumento di tutela non tanto del singolo medico, quanto, deve piuttosto e più correttamente ritenersi, della stessa arte medica. Il legislatore pare infatti aver cercato uno strumento con il quale affrontare il fenomeno della c.d. “medicina difensiva”: con tale espressione si intende quel complessivo atteggiamento ispirato ora ad un eccesso esasperato di cautele, ora ad una aprioristica rinuncia a casi più problematici o a trattamenti innovativi in conseguenza del quale le scelte del medico sono in qualche misura condizionate anche dal timore di incorrere in conseguenze “spiacevoli”. Per altro verso, più prettamente giuridico, si è voluto dotare l'operatore giuridico, ed in particolare il giudice, di strumenti “concreti” onde colmare i margini di incertezza connessi al tema della colpa penale, che il più delle volte presuppone trascuratezze, omissioni, cose che si dovevano fare e non sono state invece compiute: il giudice, nel procedere alla verifica



La conformità a Linee Guida accreditate nella comunità scientifica può escludere la responsabilità penale se non ricorre colpa grave

della eventuale reale integrazione di una condotta contrassegnata da trascuratezze ed omissioni, potrà e dovrà avvalersi non più della sola sensatezza, quanto di una teoria ben costruita, condivisa e perciò idonea a orientare la prassi.

Cosa sono quindi le linee guida e le buone pratiche?

Le linee guida, seconda una nota definizione, sono “raccomandazioni di comportamento clinico, elaborate mediante un processo di revisione sistematica della letteratura e delle opinioni scientifiche, al fine di aiutare medici e pazienti a decidere le modalità assistenziali più appropriate in specifiche situazioni cliniche”: si tratta di direttive utili al fine di creare omogeneità di trattamenti terapeutici e sanitari per fattispecie che presentano caratteristiche comuni, redatte da istituzioni scientifiche, strutture sanitarie o pubbliche autorità che offrono al medico suggerimenti operativi in fatto di diagnosi, prognosi e cura. Maggiori incertezze si hanno nel definire le buone pratiche, espressione con la quale è stata trasposta nel nostro ordinamento la nozione angloamericana di *best practice*. Pare comunque potersi concludere nel senso che esse individuano consolidate consuetudini operative, anch'esse generalmente riconosciute e condivise.

È quindi sufficiente la sola osservanza delle linee guida e delle migliori pratiche per escludere profili di responsabilità penale?

Confidare nella mera osservanza

delle *leges artis* per escludere possibili profili di responsabilità penale sarebbe erroneo. La legge – pur nel perseguimento di finalità di semplificazione, delle quali si è detto – esige la sussistenza di ulteriori requisiti che, unitamente alla osservanza dei protocolli comportamentali, devono ricorrere nelle varie fattispecie concrete per poter escludere la responsabilità penale.

Quali sono gli ulteriori requisiti richiesti per escludere la responsabilità penale?

È necessario per un verso che le linee guida e le migliori pratiche siano quelle accreditate dalla comunità scientifica; per altro verso che la condotta del sanitario integri al più gli estremi della c.d. colpa lieve.

Chi individua le linee guida e le migliori pratiche accreditate dalla comunità scientifica?

È sostanzialmente compito del singolo medico individuare le *leges artis* effettivamente condivise sul piano scientifico internazionale e alle quali conformare il proprio operato. Si tratta di una scelta di certo non semplice in ragione dell'assenza in Italia di un sistema ufficiale di accreditamento formale delle linee guida – e tanto nonostante l'esistenza di un Sistema nazionale Linee Guida gestito dall'istituto Superiore della Sanità – e correlativa presenza di parametri operativi formalizzati che talvolta sono improntati anche ad esigenze di contenimento e razionalizzazione della spesa. Tuttavia deve ritenersi che tale

circostanza non per ciò stesso sia negativa, recuperando al medico lo spazio di necessaria autonomia e personalizzazione del piano terapeutico successiva all'alleanza terapeutica con il paziente. Proprio per tale ragione, ancora, la scelta delle linee guida, pure accreditate sul piano internazionale, non significa “negazione” delle particolarità del caso concreto che in taluni casi comporterà la necessità finanche di discostarsi da modelli comportamentali precostituiti.

Quando la colpa è non lieve?

Non è questa la sede per addentrarsi sul tema penalistico della colpa. Per individuare quindi quale sia il secondo requisito che il legislatore esige per poter escludere la responsabilità penale del medico – ossia la colpa lieve – deve ricordarsi come questa non sia configurabile nel caso di gravi inosservanze di regole dell'arte che creino un rischio irragionevole per la salute o ancora la violazione di obblighi di diligenza particolarmente importanti in un contesto caratterizzato dalla possibilità di riconoscere il rilievo o il numero degli obblighi stessi e della possibilità di comportarsi in modo conforme.

Possono residuare comunque conseguenze per il sanitario?

Sì. Laddove la condotta del medico non sia penalmente sanzionabile, residuerà tuttavia obbligo risarcitorio secondo le regole civilistiche, delle quali si dirà nel prossimo “incontro” sulla legge Balduzzi. ♥



Un evento cardiaco o un intervento cardiocirurgico non significano la fine dell'intimità: la qualità della vita sessuale per le persone con cardiopatia ischemica, scompenso cardiaco, cardiopatie congenite o dopo impianto di defibrillatore o intervento di cardiocirurgia è molto importante

Counseling di coppia per i pazienti con malattie cardiovascolari e i loro partner: un nuovo impegno formativo per l'ANMCO?

I Cardiologi dovrebbero consigliare adeguatamente i pazienti e i loro partner sulla ripresa della vita sessuale



I problemi relativi alla sfera sessuale affliggono una gran parte dei pazienti con malattie cardiovascolari, tanto che dopo un evento cardiaco, in particolare se acuto (per cardiopatia ischemica o scompenso cardiaco) o dopo impianto di pacemaker, defibrillatore o intervento cardiocirurgico molti di essi non riprendono per nulla la loro precedente attività sessuale. Un evento cardiaco non dovrebbe significare invece la fine dell'intimità. Numerosi fattori, da soli o in associazione, possono influenzare la ripresa dell'attività sessuale dopo un evento cardiologico acuto (Tabella I). Questo spiega il gran numero di pazienti, di entrambi i

sessi, con manifestazioni di disfunzione sessuale, dei quali però pochi hanno in realtà specifiche motivazioni fisiche tali da limitare o abolire i rapporti sessuali: ansia, depressione, timore che il rapporto sessuale possa aggravare la propria cardiopatia attivando eventi cardiaci acuti e persino causare una morte improvvisa, infatti, possono compromettere la ripresa di una regolare vita sessuale molto più della stessa malattia cardiaca. La sessualità è una componente critica della qualità della vita anche nei cardiopatici e nei loro partner; numerosi pazienti, in particolare quelli più giovani con cardiopatia ischemica acuta, sentono



molto tale problema. Già durante il ricovero in reparto, superato il timore della morte, essi si pongono degli interrogativi sul proprio futuro come: potrò riprendere la mia vita sessuale, potrò avere disturbi durante il rapporto sessuale, potrò usare la trinitrina in caso di dolore al petto, potrò ancora usare gli inibitori della fosfodiesterasi-5? Tutta una serie di domande alle quali qualcuno dovrebbe rispondere. Spesso, tuttavia, i Cardiologi e gli infermieri dei reparti cardiologici, presi dall'ansia di salvare il miocardio e la stessa vita dei pazienti, dimenticano questi e altri problemi della precedente vita quotidiana e sociale che l'episodio ischemico acuto ha interrotto bruscamente (Tabella II). Eleonor Steinke e i suoi collaboratori affermano che i Cardiologi sono in genere riluttanti a discutere di sesso con i pazienti (in particolare se di sesso femminile), anche se le donne e i giovani sono più propensi a parlarne. Invece medici, infermieri e tutto il personale, sia durante la fase acuta sia nel corso della riabilitazione, devono giocare un ruolo importante anche nella consulenza relativa alla vita sessuale: per tale motivo devono essere informati e formati sulle modalità più idonee per affrontare anche le problematiche relative all'attività sessuale dei pazienti. Recenti Linee Guida forniscono il rationale per affrontare molte questioni quali i tempi della ripresa sessuale, la sicurezza e la valutazione specifica individuale, perché molti pazienti e i loro partner

Tabella I: Cause che possono influire su una normale attività sessuale

- Impatto emotivo della malattia cardiaca
- Timore che il rapporto sessuale provochi la comparsa di sintomi cardiaci, in particolare della recidiva e della morte durante l'amplesso
- Riduzione del desiderio sessuale e della libido
- Disfunzione erettile o eiaculazione ritardata o precoce (per gli uomini)
- Problemi di orgasmo, secchezza vaginale, dolore durante il rapporto (per le donne)
- Ansietà e depressione
- Effetti indesiderati dei farmaci
- Mancanza di piacere soggettivo
- Aversione sessuale
- Età

hanno bisogno di un counseling sessuale e desiderano parlare di quest'argomento con gli operatori sanitari. Diversi anni fa uno degli autori del presente articolo, come coordinatore del Gruppo di Studio per la Riabilitazione del Cardiopatico, aveva già discusso su *Primary Cardiology* (1990, 5, 377) il ruolo del Cardiologo in questo contesto.

In quell'occasione, oltre a disegnare i campi di applicazione dell'educazione alla salute in Cardiologia, sottolineava che «*il Cardiologo deve partecipare più attivamente anche nel campo dell'informazione e dell'educazione sanitaria dei pazienti, soddisfacendo in tal modo le nuove esigenze dei cardiopatici che desiderano avere più informazioni per modificare*

Tabella II: Motivi della scarsa comunicazione cardiologo-paziente

- Il cardiologo clinico è spesso troppo occupato e/o troppo imbarazzato per far fronte ai problemi sessuali dei cardiopatici
- La formazione dei medici predilige la salute fisica e mentale e non quella sessuale
- Molti cardiologi non hanno la competenza e la disponibilità a discutere di vita sessuale con i pazienti
- I pazienti sono spesso riluttanti a discutere di sesso con i cardiologi per imbarazzo, ignoranza, paura del ridicolo
- I pazienti sono del parere che gli aspetti della loro vita intima riguardino la "mente" e non il corpo



il proprio stile di vita e partecipare più attivamente alla gestione della propria malattia» (S. Scardi). Nello stesso tempo si poneva l'accento sugli errori che spesso si commettono quando si fa educazione alla salute: privilegiare l'ideologia piuttosto che la didattica, il fanatismo invece della dedizione ai pazienti, sovrastimare la propria autorità di medico, fornire informazioni a carattere unidirezionale (medico > paziente e non viceversa), sotto-stimare le barriere di linguaggio, appellarsi ingenuamente all'ansia dei pazienti, fornire restrizioni spesso inutili, con la conseguenza di una insufficiente attendibilità del medico docente. Per affrontare al meglio questo problema, invece, nel campo dell'educazione sessuale in particolare, potrebbero essere utilizzati depliant e materiale iconografico (si riporta ad esempio la scheda compresa nel kit educativo fornito dal decreto assessoriale sulla dimissione della Regione Sicilia), video, discussioni individuali e riunioni di gruppo. Il modello operativo, che deve essere il più possibile semplice e tener conto del grado di cultura dell'utente, deve essere proposto a tutti i cardiopatici e ai loro partner. Perciò all'interno del programma riabilitativo, accanto alla stratificazione del rischio clinico, è necessaria anche la consulenza sessuale, eventualmente con la collaborazione di esperti di altre discipline (urologia, ginecologia, medicina sessuale, psicologia, psichiatria ecc.) con un approccio di squadra, multidisciplinare.



I) SCHEDA ATTIVITA' SESSUALE

La maggior parte dei pazienti può mantenere le sue normali abitudini nell'attività sessuale.

Un normale rapporto sessuale con il partner abituale, in un setting familiare, senza stress aggiuntivi, lontano da un pasto abbondante o dall'assunzione di alcool implica uno sforzo pari a salire un piano di scale o lavare dei pavimenti.

Se siete in grado di compiere queste attività, potete compiere un atto sessuale.

Sono invece più pericolose le situazioni ad alto coinvolgimento emotivo (come le relazioni extraconiugali).

Se il sesso è un problema che ci crea ansia o se durante l'atto sessuale avvertite dolore toracico o altri sintomi parlatene con il vostro medico che vi aiuterà a trovare una soluzione.

Possibilità di utilizzo di inibitori della PDE-5 come sildenafil, taladafil o consimili:

- consentita
- sconsigliata
- controindicata (terapia con nitrati)



Tale counseling sembra avere un effetto importante sulla ripresa sessuale nel cardiopatico. È nostra opinione che l'ANMCO potrebbe organizzare riunioni formative in cui discutere con i Cardiologi e gli altri operatori (in primis gli infermieri) le problematiche sessuali e gli altri aspetti della vita sociale dei cardiopatici. I Cardiologi e il personale infermieristico, in conclusione, devono anzitutto cambiare

mentalità, respingendo miti e stereotipi, perché il sesso e l'intimità sono aspetti importanti della vita: perciò il Cardiologo deve affrontare anche la salute sessuale dei suoi pazienti che, anche se malati, possono essere interessati alla vita sessuale e pertanto devono acquisire conoscenze sull'attività sessuale e l'impatto che hanno su di essa la cardiopatia e gli stessi farmaci utilizzati per curarla. ♥

Per approfondire l'argomento:
Steinke EE, Jaarsma T. "Impact of cardiovascular disease on sexuality". In: Moser DK, Riegel B, eds. Cardiac Nursing. St. Louis, MO: Saunders; 2008.
Levine GN, Steinke EE, Bakaeen FG et al. "Sexual activity and cardiovascular disease. A Scientific Statement from the American Heart Association". Circulation 2012; 125: 1058-1072.



La lezione di anatomia del Dr. Nicolaes Tulp (Rembrandt, 1632, Mauritshuis, l'Aia)

Il cuore nel primo Seicento

l'Era del Rinascimento Scientifico

Harvey, di cui abbiamo parlato nel capitolo precedente, rappresenta l'esempio paradigmatico di un secolo, il XVII, che già dai suoi albori si può denominare l'era del rinascimento scientifico. In questo periodo sono gettate, infatti, le fondamenta di un nuovo tipo di scienza medica, libera dal retaggio del medioevalismo galenico (sia pure ancor presente)

e diretta alla formulazione di leggi e principi generali attraverso l'esperimento piuttosto che l'osservazione scolastica dei fenomeni. È difficile ricordare tutte le principali scoperte di quest'epoca, ma è sufficiente menzionare gli studi con cui Galileo contestò la teoria del geocentrismo, le prime leggi sulla pressione atmosferica stabilite da Pascal e la dimostrazione da parte

di Keplero che le orbite dei pianeti sono regolate da leggi matematiche. Tutto questo fermento scientifico era inoltre supportato dal punto di vista filosofico dalle teorie razionalistiche di Cartesio, Bacone, Campanella e Giordano Bruno, che contribuirono ad aprire la strada al metodo sperimentale. Cominciarono a essere fondate accademie di esperti per la

Un tentativo di adattare il principio sperimentale anche alla medicina si manifesta attraverso le teorie iatromeccanica e iatrochimica

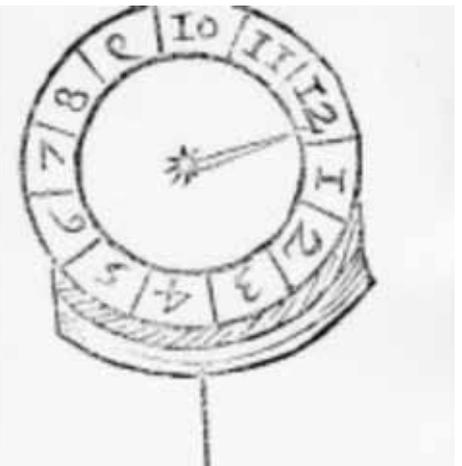


Cartesio (Renè Descartes, 1596-1650)

trasmissione delle informazioni ottenute da continue scoperte, simbolo di un sapere privo di pregiudizi, aperto al nuovo e alla sperimentazione: l'Accademia dei Lincei a Roma (1603, a opera di Federico Cesi), la Royal Society a Londra e l'Accademia delle Scienze a Parigi. Il XVII secolo vide anche l'emergere di vari giornali che pubblicavano spiegazioni coincise delle nuove scoperte e osservazioni, una novità rispetto alla precedente pratica dell'edizione di testi interi, che diede la possibilità a ogni autore di esprimere le proprie opinioni rispetto a un particolare argomento. Nonostante ciò, non si registrarono inizialmente grandi scoperte né in patologia, né in terapia, anche perché era difficile mettere ordine nel calderone delle innumerevoli dottrine mediche e scuole di pensiero: troppo lontane erano le posizioni dei seguaci della teoria umorale, di chi si affidava alle capacità autoguaritrici dell'organismo

umano, degli interventisti, di chi propendeva per farmaci di origine animale o vegetale. Ancora nel 1605, in un'apologia alla Teriaca, il medico e filosofo Orazio Guarguanti da Soncino scrive che il suo uso è fondamentale per difendere la salute degli esseri umani da infinite malattie e non solo contro i veleni e nel 1637 il londinese Thomas Brian pubblica il libello polemico *Pisse-Prophet* contro l'uso smodato dell'*uroscopia* o *uromanzia* da parte di ciarlatani e presunti medici, attraverso la quale pretendono di predire sesso, età, stato di salute e lunghezza della malattia: *sarebbe meglio per il medico visitare una volta il suo paziente piuttosto che osservare venti volte le sue urine*. Un tentativo di adattare il principio sperimentale anche alla medicina si manifesta attraverso le teorie *iatromeccanica* e *iatrochimica* (ovvero medicina meccanica e chimica): entrambe tentavano di applicare ai processi fisiologici leggi e regole proprie dei corpi inorganici. La prima cercava la spiegazione di tutti i fenomeni biologici in regole

di meccanica e di matematica, formule e calcoli numerici. Il filosofo francese Cartesio fu uno dei primi scienziati ad accettare la nuova teoria di Harvey ma, in polemica col medico inglese, cercherà di dare una spiegazione completamente meccanica del moto del sangue e del cuore, considerato come il principale mantice della macchina del corpo, o, meglio ancora, come una macchina a combustione. Cartesio ribadirà anche la dicotomia platonica tra corpo e psiche, distinguendo nell'uomo il corpo materiale (inteso come pura macchina fisica) e l'anima spirituale, cui vengono collegate le funzioni mentali (volontà, coscienza, pensiero ecc.). Fondatore della iatromeccanica fu il veneziano Santorio Santorio (1561-1636), allievo della scuola galileiana. Il primo esperimento controllato sul metabolismo umano fu pubblicato nel 1614 nel suo libro *Ars de statica medecina*. Grazie a una stadera, bilancia di straordinarie dimensioni (era in grado di sorreggere una stanza con tanto di letto e scrivania)



Il cuore divenne un campo importante per dibattere i pro e i contro delle concezioni meccanicistiche e vitalistiche del corpo, poiché si adattava ad ambedue le teorie

calcolava la variazione del peso del corpo dovuta non solo alle attività quotidiane (sonno, alimentazione, esercizio, rapporti sessuali) ma anche alla perdita dei materiali eliminati attraverso le deiezioni. Trovò che la maggior parte di ciò che l'individuo assumeva era persa in quella che chiamava *perspiratio insensibilis*, che avviene attraverso la pelle ed i polmoni. Ebbe così l'intuizione dell'esistenza del metabolismo (fu quindi il capostipite degli endocrinologi) e capì anche che la sudorazione serviva all'eliminazione del calore. Allo stesso modo di Harvey, Santorio attribuì questo processo a una forza vitale che animava il tessuto vivente, partendo dalle tesi ippocratiche della salute come equilibrio e della malattia come squilibrio misurabile attraverso lo squilibrio del metabolismo. Fu anche il primo a usare il termometro ad aria per misurare la febbre e a misurare il polso (ma la paternità gli è contesa

da Christian Huygens). Il modello di Santorio (pulsimetro o pulsilogio) introdotto nel 1625, utilizzava dei pesi in piombo appesi a un filo la cui lunghezza era regolata in modo da farla corrispondere al polso del paziente, che oscillavano al suo ritmo con una frequenza registrata su una scala calibrata.

La seconda, il cui primo esponente si potrebbe considerare Paracelso, interpretava la malattia come un'alterazione chimica, uno squilibrio tra acidi e basi, sconfinando talvolta nel campo dell'alchimia. L'olandese Franciscus de la Boe (1614-1672), meglio conosciuto come Sylvius, vedeva nella fermentazione la chiave di volta di tutti i processi fisiologici. Tra i personaggi di spicco di questa scuola va inoltre ricordato van Helmont, che teorizzò la presenza di tre tipi di entità nel corpo umano: gli archei, principi spirituali che danno la vita ai vari organi; il gas, termine coniato dallo stesso scienziato belga, che rappresentava la materia aeriforme derivante dai processi fermentativi che si svolgono nell'organismo; il blas, cioè il movimento che accompagna ogni trasformazione di energia. La malattia era causata dal cattivo funzionamento degli archei e si manifestava con anomale fermentazioni. Van

Helmont nel 1630 definisce il diabete una malattia del sangue, che descrive talvolta lipemico, ed è riconosciuto quale primo misuratore del peso specifico nell'analisi dell'urina. Nel 1642

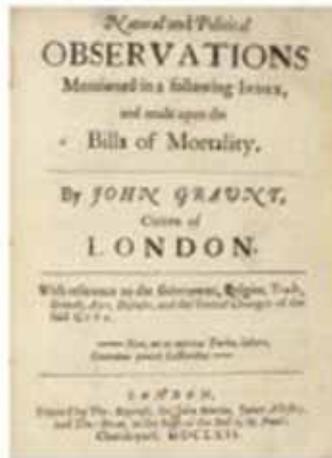


Johann Baptist van Helmont (1578-1644)

Guillaume de Baillou per primo distingue tra reumatismo e gotta, parola derivata dal latino gutta (goccia) in quanto nell'antichità si riteneva che uno degli umori dell'organismo, non più in equilibrio con gli altri, cadeva all'interno delle articolazioni, causando la malattia. Il cuore divenne un campo importante per dibattere i pro e i contro delle concezioni meccanicistiche e vitalistiche del corpo, poiché si adattava ad ambedue le teorie. La metodologia sperimentale e l'utilizzazione del microscopio riuscirono progressivamente a svelare l'intero enigma del cuore. Abbiamo già parlato di Galileo, il cui più importante apporto alla scienza fu l'uso della matematica, necessaria per quantizzare l'esperimento (bisognava dare un significato alle cose solo dopo averle osservate e misurate) e che ebbe anche il merito di usare i



l'occhialino (o *perspicillum*) di Galileo Galilei, 1612



John Graunt, *Natural and political observations upon the bill of mortality*

mezzi ottici non solo per vedere le cose grandi ma anche per vedere quelle piccole. Galileo consigliava in una sua lettera di usare l'*occhialino* per osservare le cose invisibili, chiamato microscopio probabilmente dal suo allievo Francesco Stelluti. I microscopi di Galileo avevano però dei grossi problemi perché presentavano dei difetti di rifrazione e riflessione della luce, per cui mostravano molte immagini illusorie: ciò comportò loro feroci critiche. Molti allievi della scuola di Galileo riuscirono tuttavia a mettere in evidenza delle strutture molto fini, dando perciò il via alla cosiddetta anatomia scompositiva o artificiosa. Per esempio Giovanbattista Odierna (1597-1660), a Palermo, bollì l'occhio di una mosca e dimostrò che era formato da una miriade di lenti che permettevano di vedere a 360°. Anche Marco Aurelio Severino (1580-1656), professore di Anatomia e Medicina a Napoli e autore del primo trattato

illustrato di patologia chirurgica (1632), abbracciò appieno la filosofia galileiana e usando il microscopio descrisse addirittura l'utero dello scarabeo (che, naturalmente, ne è privo). Severino sosteneva che il microscopio doveva servire a vedere cose invisibili e che l'anatomia non doveva essere considerata come arte del tagliare ma servire per scomporre e ricercare gli atomi (*Anatomia dissutrix non dissectrix*). Lo studio microscopico degli insetti evidenziò, in effetti, che cose che sembravano assolutamente grossolane erano invece molto complicate. Nel 1644 un altro allievo di Galileo, Evangelista Torricelli, dimostra con un esperimento la pressione atmosferica e l'esistenza del vuoto, portando alla messa a punto del barometro (proprio da questa invenzione è nata l'unità di misura della pressione millimetri di mercurio, mmHg) e avvia lo sviluppo della termometria. L'interesse per l'anatomia come

importante fondamento della conoscenza medica si diffuse rapidamente e la dissezione iniziò a essere praticata con maggiore libertà e frequenza, col conseguente fenomeno dei furti di cadaveri dalle tombe. In questi anni si scopre anche che i reperti anatomici possono essere conservati in alcool. È di quest'epoca la celeberrima lezione di anatomia di Rembrandt. Gaspere Aselli (1581-1626) milanese, professore di anatomia all'Università di Pavia e Pisa, esaminando un cane che aveva appena mangiato un pasto grasso, vide una rete bianchissima nelle maglie del mesentero e ipotizzò di aver scoperto il quarto tipo di circolazione (erano i vasi chiliferi, che chiamò *vene lattee o bianche*). Nel 1622 realizzò un atlante che conteneva le prime stampe a colori, in cui descrisse erroneamente che questi vasi si svuotavano nel fegato piuttosto che nel dotto toracico. Il sistema linfatico verrà scoperto solo qualche decennio dopo: prima il parigino Jean Pequet (1622-1674) identificò la cisterna del chilo in quella parte del sistema venoso formato dalla giuntura tra la giugulare sinistra e la vena succlavia e poi l'intera circolazione linfatica venne descritta dal romano Giovanni Guglielmo Riva (1627-1677) e da Thomas Bartholin (1616-1680). Va però ricordato che Bartolomeo Eustachio aveva già descritto il dotto toracico del cavallo nel 1564. Nel campo della terapia, Theodore Turquet de Mayerne (1573-1654), di Ginevra, introdusse, grazie alla sua posizione di medico reale in Inghilterra, un certo ordine nella preparazione e diffusione dei farmaci.

Il suo passo iniziale fu separare la corporazione dei droghieri da quella dei farmacisti. Sponsorizzò la *Pharmacopeia Londinensis* del Royal College of Physicians, che, sebbene non avesse alcun merito di originalità (era una copia della VI edizione della *Augsburg Pharmacopeia*), approfondiva le caratteristiche qualitative che devono presentare i farmaci prodotti e prevedeva condanne per chi prepara medicamenti che possano arrecare danno al paziente. La scoperta della circolazione sanguigna fece proporre una nuova tecnica medica: introdurre i medicamenti direttamente per via ematica in modo da raggiungere tutti i vari punti del corpo meglio di quanto non potessero fare se introdotti con l'alimentazione. Si fecero così, da varie parti, esperimenti di perfusione, nel corso dei quali tutti i liquidi possibili vennero immessi per via ematica, indiscriminatamente e senza fondamento logico: oppio, birra, vino, emetici, brodo di carne, crema d'orzo,

canfora, latte, mercurio, cloruro d'ammonio, essenza di tabacco, persino urina. La Royal Society dichiarò guerra aperta a questi nefasti pervertimenti, e incaricò due Commissioni dell'esecuzione scientifica degli esperimenti di perfusione e trasfusione. Giovanni Colle, professore dell'Università di Padova, in un'opera pubblicata nel 1628 dal titolo *Methodus facilis parandi jucunda, tuta, et nova medicamenta* non solo parlò della trasfusione del sangue e dell'infusione dei medicamenti, e dei loro effetti, ma ne descrisse minutamente il metodo per praticarla. Il professore di Rostock Magnus Pegel e il chimico e medico di Halle Andreas Libavius riferirono le parole di uno sconosciuto tedesco: *«Il medico dovrà prendere cannule d'argento che passano l'una nell'altra. Apra l'arteria dell'individuo sano, vi introduca una cannula e ve la fissi. Poi apra anche l'arteria dell'ammalato, e fissi nel lume l'altra cannula. Entrambe queste cannule vengano ora congiunte, e il sangue caldo, spirituale e arterioso*

dell'uomo sano scorrerà nell'ammalato, procurandogli la fonte di vita e scacciando da lui ogni languore».

Sono anni in cui si sviluppano anche l'epidemiologia e la prevenzione cardiovascolare. Nel 1620 nasce John Graunt, autore di una delle prime opere di statistica epidemiologica venute alla luce in Europa (*Natural and political observations upon the bill of mortality*), in cui i dati dei certificati di morte stilati dai ministri del culto vengono riassunti sotto forma di tavole, percentuali e probabilità. Inizia in questo periodo anche la lotta al fumo. Nel 1642 due bolle papali, revocate solo nel 1725, vietano l'uso di tabacco al clero, pena la scomunica. Nella Russia dello zar Michele Romanov il tabacco è attaccato come *pianta del diavolo* e per chi fuma c'è l'esilio, la tortura e, nel 1674, la pena di morte (revocata nel 1676). Anche in Germania, nel Sultanato turco e in Cina, per i fumatori di tabacco, c'è la pena capitale. ♥



“‘O ssaje comme fa ‘o core”

Pino Daniele: un cuore in viaggio



“**O** ssaje comme fa ‘o core...”¹ Inizio questo breve articolo non scientifico con una frase di una delle canzoni più conosciute di Pino Daniele. Una canzone scritta da due amici che quando scrivevano ci mettevano, appunto, il cuore. Così, ironia della sorte, Pino Daniele e Massimo Troisi, sono stati uniti da un destino comune che li ha visti traditi da quello stesso cuore appassionato e consumato! “La vita stessa è un viaggio da fare a piedi” diceva Bruce Chatwin. Un

viaggio, con un motore che pompa incessantemente il carburante, anche quando la macchina sembra ferma. Ed è a quel motore, cui spesso non diamo ascolto anzi, surriscaldiamo mandandolo su di giri, che dobbiamo la strada percorsa. Manutenzione? Spesso, ci pensiamo non appena comincia ad ingolfarsi per il troppo lavoro e le troppe strade sterrate affrontate senza precauzioni. “Mi manca il fiato e non so cos’è... e a volte credo di star bene pensando a quello che mi conviene...”². Infatti, troppo

spesso tralasciamo una corretta prevenzione primaria a favore di quella secondaria. Ma è proprio quel motore che è al centro della nostra vita, dei nostri viaggi. “*Ci sono viaggi che si fanno con un unico bagaglio: il cuore*” (Audrey Hepburn). Il cuore di Pino Daniele ha battuto più di 2.000.000.000 di volte, sempre con una musicalità unica, che dava al nostro cantautore quella marcia in più, permettendogli di esprimere al meglio le proprie passioni e sentimenti che abbracciavano tutti



senza distinzioni sociali. Ho visto e sentito cantare le sue canzoni dalle strade fino ai grandi teatri passando attraverso bar ed uffici, unendo persone che non si conoscevano e che spesso non si sarebbero più riviste: “*se prendo un po’ di te ... se prendi un po’ di me ...*”³. Ma “*o ssaje comme fa’ o core*” scrivevano Massimo e Pino. Immagino i concitati momenti in cui Pino chiamando l’ambulanza diceva “*se chiudo gli occhi mi scoppia il cuore...*”⁴ e subito dopo, da guerriero quale era, non riuscendo a stare fermo ad aspettare, rivolgendosi ai suoi cari “*voglio di più di quello che vedi... sai che strillerò per farmi valere...*”⁵ Così il guerriero ha deciso di andare lontano per essere curato e guardando nello specchio si sarà detto “*vita mia ti*

giuro, sono tante le autostrade ...”⁶ Ma sfortunatamente, forse le autostrade erano troppe. In quanti consessi a carattere politico e/o scientifico, abbiamo ascoltato o parlato di ritardo evitabile, rete STEMI, tempo è muscolo, eppure oggi la cronaca impietosamente ci mette di fronte ad eventi, forse evitabili. Purtroppo, caro Pino come dicevi, anzi cantavi “*il tempo non ti perdona, non ti perdona niente*”⁷ Ma oggi ricordiamo le sue musiche e le sue parole con i tanti fan che ripetendo “*comm’è triste e comm’è amaro stà assettato a guardà tutt’è cose, tutt’è parole ca niente pòнно fa*”⁸ si sono riuniti cantando per dare l’ultimo saluto al proprio beniamino con il desiderio di “*saglie ‘a voglia d’alluccà*”⁹ Caro Pino, le tue

melodie volano con te verso nuovi orizzonti, nuovi palcoscenici ma a noi restano nel cuore e nella “*sacca ... carte e cartuscelle...*”¹⁰ che terremo sempre con noi. Ma domani? Beh domani, con l’esperienza di ieri e la consapevolezza di oggi, spero proprio che sia ... “*tutta ‘nata storia!*”¹¹ ♥

1. *O ssaje comme fa’ o core* da “Sotto o sole”, 1992.
2. *Anima* da “Non calpestare i fiori nel deserto”, 1995.
3. *Mal di te* da “Che Dio ti benedica”, 1993.
4. *Resta cu’ mme’* da “Non calpestare i fiori nel deserto”, 1995.
5. *Voglio di più* da “Nero a metà”, 1980.
6. *Vita mia* da “Bonne soirée”, 1987.
7. *Pigro* da “Passi d’autore”, 2004.
8. *Terra mia* da “Terra mia”, 1977.
9. *Alleria* da “Nero a metà”, 1980.
10. *Carte e cartuscelle* da “Mascalzone latino”, 1989.
11. *Tutta ‘nata storia* da “Bela ‘mbriana”, 1982.

46°

Congresso Nazionale

Associazione Nazionale

Medici Cardiologi Ospedalieri



Non m ANMCO di certo!

Il Congresso Nazionale **2015**:
un evento imperdibile che proietta
la nuova ANMCO nel futuro.

Partecipa anche tu e scopri tutte le novità della formula congressuale:

- **Villaggio multimediale** con ledwall e aule interattive dotate di iPad, pc monitor ed e-poster su widescreen
- **Meet the Expert** a numero chiuso e **Face to face**
- **Sessioni interattive di referenziazione ECO** con i più celebri esperti mondiali
- **My Congress App** per iPhone, iPad, smartphone e tablet Android
- **Location inedita: Milano, sede dell'Esposizione universale EXPO 2015**

Milano, 4-6 giugno 2015, Milan Hotel Marriott
iscritti su www.anmco.it



METTI IL CUORE

IN CASSAFORTE!



BANCA
DEL
CUORE



Perflettere e scattare il tuo elettrocardiogramma e i tuoi dati clinici
in caso BANCOMHEART invieremo il PIN, il tuo codice fiscale e la password
segnata sul form di registrazione online.

www.bancadelcuore.it

PIÙ IL 1254867890

CODICE
FISCALE

NUMERO



L'Ufficio Sanitario di Sanità
Mantenimento Nazionale (Sanità)
Credito Italiano (Credito Italiano)
e la Fondazione per il Tuo Cuore
collaborano per la prevenzione
della malattia cardiovascolare.

BANCA
DEL
CUORE