

# Cardiologia

negli Ospedali

LUGLIO/AGOSTO • SETTEMBRE/OTTOBRE 2016

N° 212 - 213

Rivista dell'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri - ANMCO

*Papa Francesco va  
incontro ai Cardiologi*

«Voi vi occupate  
della cura del cuore...  
Trovandovi di fronte a  
questo libro della vita, che  
porta in sé ancora tante  
pagine da scoprire, voi vi  
accostate con trepidazione e  
senso di timore».



# YOU ARE HERE



R I M I N I  
11-13 MAGGIO 2017  
PALACONGRESSI

**48° Congresso Nazionale**



Associazione Nazionale  
Medici Cardiologi Ospedalieri



# Cuori allo Specchio

Intervista al Prof. **Vittorio Sgarbi**







In copertina: *The Floating Piers, Christo, 2016*

**N. 212 - 213 luglio/agosto  
settembre/ottobre 2016**  
**Rivista ufficiale dell'Associazione  
Nazionale Medici Cardiologi  
Ospedalieri**

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

## EDITORIALE

Lettera dall'Editor p. 4  
*di Guerrino Zuin*

Verranno tempi nuovi, verranno  
genti nuove p. 6  
*di Maurizio Giuseppe Abrignani*

## DAL PRESIDENTE

A fianco delle Istituzioni... p. 10  
verso grandi risultati  
*di Andrea Di Lenarda*

## DAL PRESIDENTE DEL 47° CONGRESSO NAZIONALE ANMCO

Il Congresso 2016 un evento  
internazionale p. 14  
*di Michele Massimo Gulizia*

## ESC WINDOW



Intervista a Michele Massimo Gulizia  
*di Guerrino Zuin*

Lettera del Ministro della Salute p. 28  
Beatrice Lorenzin al  
Dott. Michele Massimo Gulizia

Discorso del Santo Padre p. 30  
Francesco ai partecipanti al Congresso  
mondiale di Cardiologia "ESC Congress  
2016"

L'Europa a Roma. Reportage p. 32  
dalla ESC

*di Ada Cutolo e Daniele Grosseto*

## IL PUNTO SUGLI STUDI CLINICI DEL CENTRO STUDI ANMCO p. 35

## DAL CENTRO STUDI

Il ruolo centrale del paziente p. 37  
nella ricerca clinica

*di Beatrice Mariottoni, Tina Frolo, Moira  
Bennati, Monia Morganti, Maria Licia  
Polenzani, Simona D'Orazio, Franco  
Cosmi*

## DALLE AREE

### AREA ARITMIE

Dalla CCU al AID p. 42  
*di Achille Giardina*

### AREA SCOMPENSO CARDIACO

La rete per l'assistenza p. 47  
del paziente con scompenso cardiaco  
*di Massimo Iacoviello, Ilaria Battistoni,  
Alessandro Navazio, Daniela Pini,  
Andrea Mortara, Nadia Aspromonte*

## DALLE TASK FORCE

### TASK FORCE CARDIOGERIATRIA

Valutazione dell'anziano con p. 49  
stenosi aortica  
*di Giovanni Pulignano*

### TASK FORCE CARDIOLOGIA DELLO SPORT

Sport ed Esercizio Fisico nei p. 52  
soggetti con S - ICD

*di Franco Giada e Michele Massimo  
Gulizia*



**DALLE REGIONI****CAMPANIA**

**"BAV for Life"** p. 57  
di Fortunato Scotto di Uccio

**PUGLIA**

**Una ferita al cuore della Puglia** p. 60  
di Maria Cuonzo e Massimo Grimaldi

**TOSCANA**

**Ma il tuo cuore batte pari?** p. 62  
di Maria Grazia Bongiorno, Luca Segreti,  
Ezio Soldati, Francesca Menichetti,  
Toni Badia, Francesco Bellini, Nazario  
Carrabba, Francesco De Sensi, Gabriele  
Giuliani, Alessio Lilli, Silvia Maffei

**I giovani Cardiologi** p. 65  
della Toscana si incontrano  
del Consiglio Direttivo Regionale ANMCO  
TOSCANA

**UMBRIA**

**Progetto di rete aritmologica** p. 68  
di Gianluca Zingarini

**CUORI ALLO SPECCHIO**

**"Sono ancora qui. Capre"** p. 70  
di Mario Chiatto

**FORUM SINDACALE E ORGANIZZATIVO**

**Atto di indirizzo della dirigenza** p. 73  
medica 2016 - 2018: cosa dire?  
di Domenico Gabrielli

**STORIA E CURIOSITÀ DELLA  
CARDIOLOGIA**

**«Auscultare il cuore»:** p. 75  
lo Stetoscopio  
di Andrea Vesprini e Fabiola Zurini

**FLASHBACK**

**Cinema e Medicina** p. 78  
di Franco Plàstina

**CUORI DI CHINA**

**Viaggio nel cuore** p. 81  
del Fumetto. I puntata  
di Andrea Mazzotta

**VIAGGIO INTORNO AL CUORE**

**Guida pratica all'esame** p. 85  
cardiologico. L'arte e la scienza  
di Maurizio Giuseppe Abrignani

**IN MEMORIA DI...**

**In memoria di Pantaleo** p. 87  
Giannuzzi  
di Luigi Tavazzi





# Lettera dall'Editor

**C**ari Amici, sento questo incarico come una dimostrazione di stima nei miei confronti, ma sento anche una grande responsabilità nel condurre una rivista che è un importante punto di riferimento per i Cardiologi ospedalieri in un momento in cui la Cardiologia ospedaliera si trova a confrontarsi con le istituzioni e la società civile su temi non solo sanitari, ma anche organizzativi (Ospedali per intensità di cure, riorganizzazione della Aziende Sanitarie), ed economici (spending review, piani di rientro). "Cardiologia negli Ospedali" è la finestra della nostra Associazione verso il mondo cardiologico ospedaliero, è l'area in cui si presentano i programmi e il loro avanzamento a livello degli organi istituzionali (Consiglio Direttivo, Consiglio Nazionale, Regioni, Aree, Task Force) ma anche le esperienze di tutti i Cardiologi e non che vogliono contribuire alla crescita della nostra Associazione.

Ereditiamo una linea che ha permesso alla rivista di essere rilanciata, apprezzata per i contenuti, per il formato grafico e di diventare quindi un riferimento per tutti i colleghi Cardiologi che in essa hanno potuto trovare

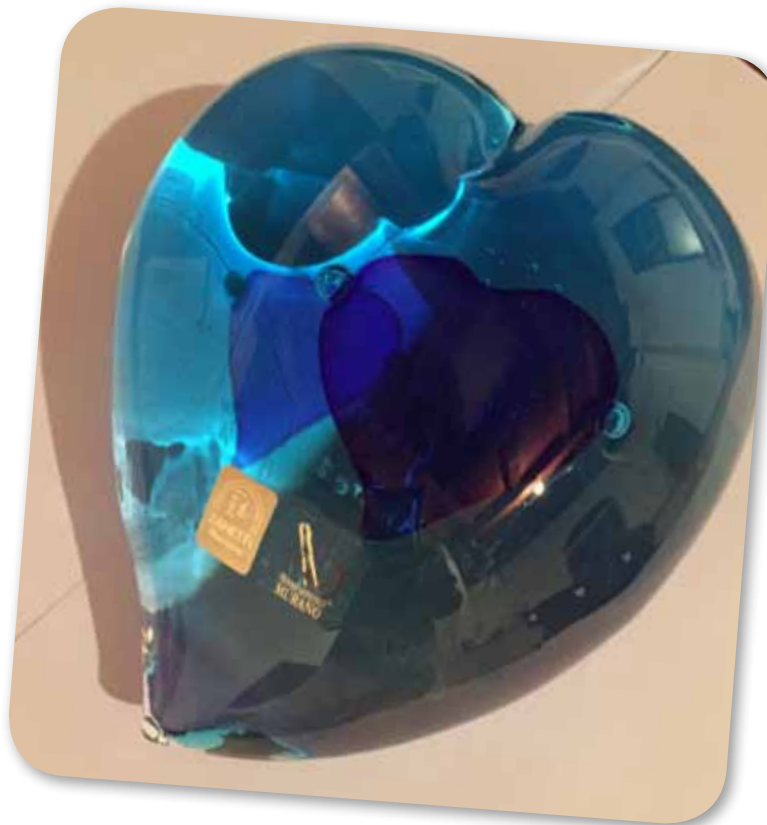
quella "mission dell'ANMCO" e cioè di mantenere vivo il rapporto tra gli organismi dell'Associazione e tutti gli associati. Sarà difficile fare meglio, ma è una sfida che vogliamo raccogliere con l'aiuto di tutti voi. Confido nella disponibilità di tutti e non solo di quelli che istituzionalmente vengono chiamati a scrivere, a portare il loro contributo. Sarà una grande vittoria per la Redazione se tutti si sentiranno attori del giornale. Con Giovanna Geraci, mio Co-Editor abbiamo pensato di far interagire gli strumenti di comunicazione dell'Associazione: la Rivista e il Sito Web. L'obiettivo è generare comunicazione, camminando affiancati, con modelli diversi ma attenti a raggiungere tutti i Cardiologi ospedalieri promuovendo cultura e partecipazione associativa. Per questa attività spesso siamo costretti a rinunciare a fine settimana in famiglia, al nostro tempo libero e se non ci fosse il divertimento per questo lavoro, sarebbe difficile arrivare in fondo. Vorrei che lavorare nella rivista sia in primo luogo un divertimento. Con Mario abbiamo raccolto diverse idee in questi giorni e penso che alcune vadano nel senso di rendere la lettura

delle riviste accattivante. Penso all'intervista, alla presentazione di casi clinici, ad un allargamento degli sconfinamenti che la rivista già opera con la sezione "Viaggio intorno al cuore" in campi non abituali per i Cardiologi, ma dove il rapporto con il cuore è sempre stato molto intenso: la fotografia, con la rubrica che si chiamerà "Uno sguardo sul mondo" nella quale saranno pubblicati contributi dei lettori sotto forma di "portfolio" personale o a tema; l'arte, con una rubrica dedicata ai film più rappresentativi della storia del cinema dal titolo "Flashback". Un viaggio a ritroso nel tempo scandito dal ricordo di frames, colonne sonore, dialoghi che più ci hanno emozionato facendoci a volte battere il cuore all'inverosimile. Il cinema, la Settima Arte che sempre ci ha riproposto quell'eterno conflitto che ci unisce; ragione e sentimento in accordo/disaccordo costante. Il cinema fulcro di emozioni e poco importa se queste risiedono nel cuore o nel cervello, l'importante è averle, provarle, viverle. La poesia, la letteratura, ma anche giochi, enigmistica e fumetti. Il fumetto, la Nona Arte, fenomeno poliedrico, dinamico ma soprattutto coevo alla società, specchio del reale e dei tempi che lo generano,



come lo è sempre stato, fin da quando l'uomo ha imparato ad esprimersi attraverso il linguaggio dell'immagine. Questo universo, spesso sconosciuto, spesso sottovalutato, sarà quello in cui "Cuori di china" compirà il proprio viaggio. Altre sezioni che meriteranno una attenta valutazione sono le rubriche: Lettere all'Editor, Osservatorio di Diritto Sanitario. Mario Chiatto sarà al mio fianco come Direttore Responsabile, al quale ho chiesto di essermi vicino con i suoi consigli che vengono ormai da una decennale esperienza come Editor prima e Direttore poi. Vorrei ringraziare tutti quelli che hanno creduto al mio contributo come Editor della rivista: il Presidente Andrea Di Lenarda e l'attuale Consiglio Direttivo, il Past President Michele Massimo Gulizia e il Consiglio Direttivo dell'ultimo biennio, con cui ho lavorato e mi sono formato negli ultimi due anni, anni di

cambiamento, anni di rilancio, anni di grandi novità a partire dalla esperienza dei Documenti Scientifici approvati agli Stati



Generali di Gubbio 2015. Grazie a Maurizio per i suggerimenti che sono stati estremamente utili. Mi hanno permesso di formare un Comitato di Redazione, che ho voluto in

parte riconfermare (Stefania Angela Di Fusco, Daniele Grosseto e Giulia Russo) per l'ottimo lavoro svolto in questi anni e in parte

rinnovare con l'innesto di nuove energie che mi auguro continui con la linea tracciata (Ada Cutolo, Calogero Geraci, Fortunato Scotto di Uccio). Al Comitato di Redazione abbiamo affiancato una giornalista esterna (Chiara Dino), che sarà punto di riferimento per alcuni aspetti redazionali ed editoriali più ostici per chi come me e tutti gli altri colleghi siamo abituati al lavoro di corsia sul malato più che a occhelli, sottotitoli, capolettera etc. Infine a Simonetta Ricci, a Luana Di

Fabrizio presenti e vicine con il loro prezioso aiuto di grande professionalità, esperienza e disponibilità un ringraziamento in anticipo per questo biennio a venire. Buon lavoro a tutti! ♥



## Un commiato dal Past Editor

# Verranno tempi nuovi, verranno genti nuove

**L**a foto che appare in questa pagina rappresenta un tratto del litorale tra Marsala e Trapani, nella zona della laguna dello Stagnone, al cui interno è contenuta una vera e propria perla archeologica, l'isoletta di Mothia, uno dei pochi insediamenti fenici in Sicilia; sullo sfondo le isole Egadi (da sinistra a destra Marettimo, Favignana e Levanzo). È questo il paesaggio che quasi quotidianamente

scorre sotto i miei occhi durante il percorso per raggiungere la mia sede lavorativa. Lo scopo per cui ho deciso di mostrarvi questa bella immagine non è certo quello di suscitare le vostre invidie, anche perché sono convinto che, al di là dei luoghi comuni, di splendori culturali e paesaggistici la nostra meravigliosa Italia è ricolma per ogni dove. Invece, questa fotografia rappresenta per me l'emblema

dell'accoglienza e della lungimiranza della nostra ANMCO. E per sciogliere i dubbi su questa affermazione sibillina mi voglio spiegare subito: in fondo chi vi scrive vive e lavora alla "periferia dell'impero", e ciononostante è stato gratificato con l'assunzione di incarichi di grandi responsabilità, come la partecipazione a Direttivi regionali e nazionali, gli incarichi nell'Area Prevenzione Cardiovascolare



*Litorale tra Marsala e Trapani*



(a breve ne assumerò il ruolo di Chairperson) e lo stesso ruolo di Editor di questa Rivista, il cui testimone, dopo ben quattro anni, trasmetto ora, in un fisiologico avvicendamento, a Guerrino Zuin (e a questo si riferisce invece il titolo dell'articolo, un antico proverbio russo). Questo *cursus honorum* non è riportato per vanità, ma è la dimostrazione tangibile che nella nostra Associazione, come già ho scritto in passato, chiunque abbia buona volontà e voglia di mettersi al servizio degli altri può ambire a ruoli di responsabilità. Come avrebbe detto Napoleone Bonaparte, ogni soldato porta nel suo zaino il bastone da Maresciallo. Quindi, l'ANMCO è accogliente nei confronti di tutti i Soci disposti a mettersi in gioco, e lungimirante perché solo cooptando i più volenterosi e capaci una Società Scientifica può garantirsi di conservare il suo spazio vitale. Di converso, gli incarichi associativi non vanno considerati da chi li riceve come degli atti dovuti, delle brillanti medaglie da appuntare al proprio *curriculum*, ma vanno adempiti con un vero spirito di servizio e di sacrificio anche personale. È questo il messaggio preciso che volevo trasmettere, in particolare, ai giovani (anche se è per certi versi imbarazzante definirne un limite anagrafico) che sono la vera linfa vitale della nostra ANMCO, una grande struttura aperta a tutti coloro che vogliono collaborare con passione e entusiasmo. Proprio i vertici associativi hanno manifestamente

espresso, infatti, nei fatti molto più che nelle intenzioni, la loro fiducia nelle giovani generazioni assegnando loro ruoli importanti (si guardi alle recenti redazioni della nostra Rivista), coinvolgendoli in iniziative formative (cito ad esempio ANMCO Academy) e infine con la recente istituzione, durante la Presidenza di Michele Gulizia, che l'ha fortemente voluta, dell'Area Giovani ANMCO. E veniamo ora al vero motivo che mi ha spinto a scrivere quest'ultimo editoriale, dopo un lungo periodo trascorso alla guida della nostra Rivista di cultura scientifica, importante punto di riferimento per i Cardiologi ospedalieri, nata nel 1964, solo un anno dopo la fondazione dell'ANMCO, di cui quindi ha narrato la storia per quasi un cinquantennio (ma che rimane, come ho scritto, una splendida cinquantenne, esempio unico per la bellezza della veste editoriale e per il livello dei contenuti). Una Rivista che è certamente centrale nella nostra vita associativa: la comunicazione riveste, infatti, un ruolo determinante per una grande Società Scientifica come la nostra. Questi anni di lavoro trascorsi come Editor, un'esperienza faticosa ma sicuramente da annoverare tra gli

**La Rivista è rimasta il naturale veicolo di tutte le idee e le proposte degli organi e degli organismi dell'ANMCO**

aspetti positivi di qualsiasi attività professionale, rimarranno, nel grande mosaico della mia vita, uno dei tasselli più vividi e belli. Il compito che mi aspettava, cioè di coordinare la linea editoriale mantenendo elevato o addirittura migliorando il livello qualitativo di questo prodotto, era impegnativo e di grande responsabilità. Ed è quindi con emozione ed orgoglio che mi piace fermarmi a riflettere e ricordare quanto è stato realizzato in questi quattro anni. Non sono ovviamente la persona più adatta a formulare giudizi, ma ritengo che "Cardiologia negli Ospedali", sempre nella massima condivisione e sintonia con le linee strategiche dei Presidenti e dei Consigli Direttivo e Nazionale, abbia risposto adeguatamente alla sua *mission* di voce dell'ANMCO, naturale veicolo di idee e proposte dei suoi Organi e Organismi, che hanno avuto ampiamente modo di fornire un resoconto delle attività svolte e i progetti per quelle a venire, con l'ambizione di contribuire all'attuale dibattito sul futuro della Cardiologia Ospedaliera, la voce di una Cardiologia propositiva, laboriosa, ricca di inventiva e desiderosa di crescere. Come avviene periodicamente, è stato effettuato un restyling della Rivista, non fine a se stesso, ma funzionale ad una oculata gestione economica, in un momento congiunturale particolarmente sfavorevole (sono stati anni di una laboriosa *spending review*, ma con i dovuti accorgimenti siamo riusciti a più che dimezzare i costi di produzione) pur mantenendo



intatti una vivace forma grafica, esteticamente *appealing* e soprattutto i contenuti, ancora più intellettualmente stimolanti. Si è discusso, anche ai vertici associativi, se la forma cartacea tradizionale fosse ancora adeguata ai tempi, ma in atto l'opinione prevalente coincide con la conferma dell'attuale forma stampata, che si ritiene più adatta a veicolare i messaggi associativi in modo

naturale veicolo di tutte le idee e le proposte degli organi e degli organismi dell'ANMCO, entrando nel vivo di ciò che accade nell'Associazione con la massima chiarezza e trasparenza e garantendo la necessaria circolazione delle idee; non vetrina, ma specchio della realtà. Si è mantenuta quindi la tradizionale impostazione, sostanzialmente suddivisa tra una parte associativa,

(consentendo loro, nel clima federalistico che si è determinato, la possibilità di una lucida analisi delle singole realtà e dei particolari rapporti locali con il mondo istituzionale), mentre *ESC Window* ha continuato a rappresentare una finestra puntuale e precisa sul mondo cardiologico al di fuori dei nostri confini. La cosiddetta sezione di servizio ha ospitato contributi tecnici in tema di medicina legale,

## La Rivista appartiene alla comunità cardiologica ospedaliera e per questo abbiamo chiesto a tutti gli Iscritti ANMCO di far sentire la loro voce

universale (non dimentichiamoci che questa Rivista è l'organo ufficiale dell'ANMCO), consentendo un contatto quasi fisico con idee e concetti (non credo possa tramontare il fascino di sfogliarne le pagine) anche in considerazione dei nuovi mezzi informatici come il Sito Web, ANMComunica o ANMC@nnect, che la affiancano. In un futuro più o meno vicino, sono comunque certo che la tecnologia fornirà a "Cardiologia negli Ospedali" nuove e sorprendenti risorse, anche se è intuitivo immaginare che tutti gli spazi "non deteriorabili" di riflessione e di approfondimento rimarranno di suo appannaggio. Riguardo ai contenuti, pur non appiattendosi a organo di partito, la Rivista è rimasta il

veicolo per i messaggi delle varie anime dell'ANMCO, e una aperta al prezioso contributo personale di tutti i Soci, mettendo la Rivista a loro disposizione come palestra di comunicazione. Abbiamo ospitato un dibattito che ha contribuito alla crescita dell'Associazione con gli articoli dei nostri Presidenti e gli autorevoli contributi del Prof. Attilio Maseri per la Fondazione "per il Tuo cuore" e di Aldo Pietro Maggioni per il Centro Studi. È stato valorizzato lo spazio dedicato alle Aree (che rappresentano una parte importante della nostra Associazione e che hanno trovato nella Rivista un formidabile veicolo per diffondere le loro proposte e le loro iniziative tra gli Iscritti e tra i Colleghi interessati) e alle Regioni

management organizzativo, tematiche sindacali, rapporti col mondo del volontariato, deontologia e altro, come ad esempio il *Forum Sindacale ed Organizzativo*, curato da Domenico Gabrielli, *Il parere legale*, rubrica dedicata a temi di natura giuridica, col contributo dell'avv. Ornella Mafri e *Osservatorio di Diritto Sanitario* a cura di Mario Chiatto e Maria Giovanna Murrone. Negli ultimi anni l'interesse su questi temi è molto aumentato e ci è sembrato utile offrire la possibilità di fruire del parere autorevole di Specialisti del settore. Sempre apprezzata la sezione Forum, riservata alla voce di tutti i Soci su argomenti riguardanti l'Associazione o su tematiche a carattere organizzativo - gestionale circa i



problemi, le criticità e i progressi dei tanti Centri cardiologici italiani: la Rivista appartiene alla comunità cardiologica ospedaliera e per questo abbiamo chiesto a tutti gli Iscritti ANMCO di far sentire la loro voce. Abbiamo mantenuto il molto apprezzato spazio culturale *Viaggio intorno al cuore* (dedicato a tutte le profonde implicazioni storiche, artistiche e letterarie associate al cuore, parola che, letteralmente, è il fulcro della nostra vita) nel quale, come è noto, vengono pubblicati interventi che esulano dagli aspetti più specificatamente professionali. È l'occasione di mantenere vivi una serie di interessi anche in professionisti che, come noi, non hanno spesso molto tempo da dedicare ad alcune cose belle della vita come la pittura o la poesia. Nella stessa ottica, la rubrica *Come eravamo: piccola storia della Medicina cardiovascolare*, curata personalmente, ha rappresentato un interessante excursus sugli sviluppi della Medicina e del cuore dalla preistoria in poi. E adesso è giunto, infine, il momento dei miei più sentiti e calorosi ringraziamenti: grazie ai Presidenti e ai Consigli Direttivi per la fiducia riposta nei miei confronti, che mi auguro di avere meritato; grazie a tutti quanti mi hanno preceduto in questo incarico, tanti appassionati e colti esponenti di prestigio della nostra Associazione, tra cui ben 14 Presidenti Nazionali, che col loro splendido lavoro hanno creato un meccanismo editoriale

ormai ben definito e collaudato, che consente a chiunque ricopra questo ruolo di non partire da zero, ma di stare “sulle spalle dei giganti” (e non posso a questo punto non ringraziare in particolar modo Mario Chiatto e Gennaro Santoro per la loro opera di Editor e Direttori Responsabili); grazie a tutti i compagni di viaggio, o meglio gli amici che mi hanno coadiuvato con la loro presenza nel Comitato di Redazione, sia a quelli più esperti, le cui eccellenti qualità sono a tutti ben note, come i Co-Editor Roberto Valle e Federico Nardi, Gianfranco Alunni e Furio Colivicchi, sia ai giovani come Michela Bevilacqua, Stefano Capobianco, Annamaria Iorio, Emilia Biscottini, Stefania Angela Di Fusco, Daniele Grosseto e Giulia Russo (ben consapevole del grande lavoro profuso per questo incarico, indubbiamente molto impegnativo ma gratificante, perché si è lavorato con entusiasmo, passione e coesione, all'insegna della costruttività e della concretezza); grazie anche al nutrito numero di giovani Colleghi che hanno collaborato, mettendo tutto il loro entusiasmo nell'insolita veste di giornalisti, alla realizzazione del nostro supplemento, il “Congress News Daily”, che in questi anni ci ha accompagnati in tutte le giornate congressuali sia nella versione cartacea sia nell'attuale format elettronico ormai ben consolidato e apprezzato, scaricabile dal Sito Web ANMCO; grazie per il prezioso e

indispensabile aiuto a uno *Staff* di grande e provata professionalità, esperienza e disponibilità e specificamente a Simonetta Ricci (anche in veste di responsabile del Dipartimento Comunicazione&Cultura) e Luana Di Fabrizio. Grazie di cuore, infine, a tutti i Colleghi che hanno collaborato alla realizzazione di ogni singolo numero, rendendo, ognuno per le proprie competenze, la Rivista variegata negli argomenti e attraente per i contenuti scientifici e non. Arricchito da questa straordinaria esperienza esistenziale e professionale, sarò sempre grato della vostra collaborazione e sono certo che il mio affezionato rapporto con questa prestigiosa Rivista non finisce qui e oggi, e che pertanto continuerò a offrire, se ritenuto utile, il mio contributo. Saluto quindi Guerrino e tutta la nuova Redazione, che certamente si mostreranno degni delle aspettative del Presidente Andrea Di Lenarda, augurando loro buon lavoro! Sono fiducioso che, col loro contributo, questa Rivista possa continuare ad avere favorevoli riconoscimenti nell'ampio panorama dell'editoria cardiologica italiana come strumento di comunicazione, promozione culturale e stimolo alla partecipazione associativa. Buona lettura a tutti dei prossimi numeri, e... *sursum corda.* ♥



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

## A fianco delle Istituzioni ... Verso grandi risultati

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

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

### V Conferenza Nazionale sulla Prevenzione delle Malattie Cardiovascolari

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

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

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

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

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



analisi per rivalutare le strategie comunicative ed educative in tema di prevenzione e promozione della salute cardiovascolare sui diversi target di popolazione, analizzare le opportunità delle nuove terapie ipolipemizzanti, gli interventi di prevenzione secondaria dell'ictus e della sindrome coronarica acuta o di prevenzione dello scompenso cardiaco. In particolare verranno presentati nuovi dati prodotti dalla collaborazione ANMCO, Fondazione "per il Tuo cuore" e Istituto Superiore di Sanità, attraverso l'Osservatorio

### **La rete, gli indicatori ed i percorsi dello scompenso cardiaco**

Prosegue l'attività delle commissioni istituite dal Ministero della Salute e dall'AGENAS a cui ANMCO è stata invitata a partecipare. Tra gli altri sono stati attivati negli ultimi mesi due gruppi di lavoro: uno sul sistema di Garanzia LEA da parte del Ministero della Salute, uno sulla "Rete clinico - assistenziale: emergenze cardiologiche" nell'ambito della "Revisione delle reti cliniche che integrano l'attività ospedaliera per acuti e post - acuti con l'attività

sanitari correnti e di valutazione dei PDTA a livello regionale si propone in sostanza di definire e sperimentare una metodologia di monitoraggio e valutazione dei PDTA applicabile a livello nazionale e regionale, che identifichi gli indicatori, consenta una valutazione comparativa tra modelli organizzativi regionali diversi, contribuisca ad individuare gli studi necessari per generare evidenze scientifiche a supporto della valutazione dei PDTA. Si può essere più o meno fiduciosi rispetto a questo ambizioso programma, è quello che tutti da anni si aspettavano potesse essere

**È iniziato il nostro biennio. Proseguiamo in continuità con il precedente Direttivo sulle iniziative in corso, le Campagne ed i Documenti in pubblicazione. Parallelamente abbiamo iniziato l'organizzazione della V Conferenza Nazionale sulla Prevenzione delle Malattie Cardiovascolari che si terrà a Roma nel primo trimestre del 2017 in collaborazione tra ANMCO, Fondazione "per il Tuo cuore" e Istituto Superiore di Sanità. Stiamo infine lavorando nelle commissioni istituzionali sullo scompenso cardiaco e sindromi coronariche acute per la ridefinizione delle reti e degli indicatori di performance da testare e monitorare a livello nazionale e nelle singole regioni.**

Epidemiologico Cardiovascolare. È prevista la partecipazione di Cardiologi, esperti di sanità pubblica ed altri specialisti coinvolti nella prevenzione cardiovascolare. Vorremmo che gli atti della Conferenza, come in precedenza, vengano pubblicati su un Supplemento del "Giornale Italiano di Cardiologia" da distribuire al prossimo Congresso Nazionale di Cardiologia dell'ANMCO (11 - 13 maggio 2017).

territoriale" prevista dal DM 70/2015. Il Ministero della Salute propone un "Nuovo Sistema di Garanzia: Modelli di Valutazione dei Percorsi Diagnostico - Terapeutici Assistenziali (PDTA)" cioè un unico sistema di indicatori descrittivo, di valutazione, di monitoraggio e di verifica dell'attività sanitaria erogata (LEA) da soggetti pubblici e privati accreditati di tutte le regioni. Partendo dalla condivisione delle esperienze esistenti riguardo ai metodi di uso integrato dei flussi

proposto. Siamo in attesa della prima proposta formale di lavoro con gli indicatori da valutare a livello nazionale e regionale per lo scompenso cardiaco (insieme ad altre patologie non cardiologiche). L'ANMCO sarà certamente in prima linea come è stata in passato per dare il suo contributo di professionalità, competenza e dati. Va anche tenuto conto del fatto che contemporaneamente è uscito il Piano della Cronicità a cui ANMCO



ha contribuito scrivendo la parte relativa allo scompenso cardiaco. Gli indicatori di performance relativi a questo piano dovranno per forza di cose essere coerenti per la parte “Scompenso Cardiaco” con il “Sistema di Garanzia”. La collaborazione che ANMCO sta formalizzando con CORE - CINECA, una delle tre banche dati identificate dal Ministero della Salute, potrebbe essere una via che ci mette nelle condizioni di essere anche in questo caso protagonisti nel fornire le prime analisi e proposte. Inoltre le Sezioni Regionali ANMCO potrebbero farsi promotrici e dare supporto con i rispettivi Assessorati per l'applicazione in ciascuna regione dei protocolli operativi condivisi ed omogenei, base per l'integrazione dei database sanitari a livello nazionale, piattaforma per il calcolo guidato degli indicatori



*BLITZ - HF Survey e sottoprogetti*

cardiaco acuto e cronico con l'obiettivo di migliorare i livelli di aderenza alle raccomandazioni delle Linee Guida e conseguentemente gli effetti sull'outcome dei pazienti, si svilupperà su sei sottoprogetti

degli indicatori per sindrome coronarica acuta e ictus in una seconda fase, l'AGENAS ha attivato la Commissione “Rete clinico-assistenziale: emergenze cardiologiche” con la partecipazione

## **L'ANMCO può essere protagonista a livello nazionale e regionale promuovendo e collaborando all'analisi degli indicatori di performance in collaborazione con le banche dati di riferimento istituzionale**

e per la progettazione di studi per generare evidenze scientifiche. Infine a livello nazionale oltre 150 strutture hanno aderito al Registro Blitz HF che partirà nei prossimi mesi. Anche in questo caso l'articolato programma che arruolerà pazienti con scompenso

(Figura) che coprono gli aspetti organizzativi e gestionali, terapeutici ed interventistici.

### **La rete, gli indicatori ed i percorsi della sindrome coronarica acuta**

Mentre il Ministero della Salute ha inserito la proposta ed analisi

di tutte le Società Scientifiche coinvolte nella gestione della fase acuta e post-acuta. Anche in questo caso siamo solo all'inizio, ma certamente già in ritardo rispetto alle attività di diverse regioni che da tempo nell'ambito delle rispettive riforme stanno lavorando alla



riedizione dei documenti sulla Rete dell’Emergenza-Urgenza. Anche in questo caso dovremo lavorare per omogeneizzare gli indicatori definiti dalle diverse istituzioni e dalle singole regioni per raggiungere idealmente una proposta nazionale applicabile in tutte le regioni italiane e quindi con una ricaduta diffusa in termini di indicatori di processo e outcome. Questi aspetti sono di grandissima rilevanza, considerando che il modello “hub e spoke” nel corso del tempo ha mostrato limiti importanti legati ai cambiamenti epidemiologici della popolazione affetta da sindrome coronarica acuta, all’apertura di laboratori di emodinamica anche in Ospedali periferici, all’importanza crescente assunta dalle UTIC senza emodinamica. Il concetto di rete oggi si avvicina molto più al concetto di network, definito quale gruppo di professionisti che condividono

funzionamento della rete necessita di un contributo attivo di tutte le componenti in un TeamWork moderno ed avanzato. Una rete efficiente prevede il mantenimento della clinical competence da parte dei professionisti riguardo la gestione delle sindromi coronariche sia nella fase acuta che in quella successiva. Il trattamento garantito dalla rete in emergenza costituisce un elemento importante, ma non esclusivo, del percorso di cura che deve prevedere un continuum clinico-terapeutico che comprenda anche la fase postacuta. Dobbiamo garantire clinical competence da un lato con i nostri Documenti, le nostre Campagne, le nostre attività. Dall’altro dobbiamo dimostrare che la nostra rete è efficiente, che le UTIC ovunque siano svolgono un ruolo centrale nella gestione delle emergenze cardiologiche nella fase acuta o post acuta, che siano

tendere all’analisi e quindi agli interventi appropriati in presenza di dati reali e validati. Anche in questo caso le Sezioni Regionali ANMCO possono farsi promotori ed attori di audit aziendali e/o regionali per la verifica, intervento formativo e monitoraggio nel tempo della qualità di compilazione del dato. A livello nazionale a breve l’ANMCO pubblicherà un documento ufficiale con le Linee Guida per la corretta compilazione delle emergenze/urgenza cardiologiche con particolare riguardo all’infarto miocardico. Inoltre a completare l’offerta formativa su questa tematica, ricordo che sono in corso o in partenza importanti studi osservazionali (START, EYESHOT Post-MI) che vedono una elevata partecipazione di centri nazionali che aggiorneranno la fotografia nazionale dei percorsi e trattamento

## **Competenza, qualità, analisi rigorosa delle informazioni della nostra ricerca osservazionale e del mondo reale, per difendere e sostenere la rete cardiologica nazionale ed i risultati ottenuti in decenni di grande lavoro**

un percorso clinico e partecipano attivamente al suo disegno, e supportano, ciascuno per specifica competenza, la sua esistenza. In questa ottica la definizione di “hub e spoke” perde di significato, spesso confuso con quello di centro che riceve e centro che invia. Il pieno

ischemiche, che siano aortiche o relative allo scompenso acuto. Un aspetto fondamentale a questo riguardo è quello della compilazione corretta delle schede di dimissione, che siano nel format passato o in una ipotetica forma aggiornata. La base di tutti i ragionamenti è

dei pazienti post SCA o nel paziente con cardiopatia ischemica cronica. Ringrazio tutti del supporto che vorrete dare al nostro lavoro ed in particolare all’Associazione. Sarò attento a tutte le proposte costruttive così come alle critiche che riterrete opportuno fare. ♥



# Il Congresso 2016 un evento internazionale

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



*Michele Massimo Gulizia inaugura il 47° Congresso Nazionale ANMCO*

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





verifica della progressione di tutti i passaggi necessari alla realizzazione sia del programma scientifico, che in questa edizione è stato amplissimo come attestano le 464 pagine della versione stampata, nonché dell'altrettanto imponente macchina organizzativa per cui spesso mi sono trovato ad "accordare" molti suoni. Un appuntamento, il Congresso ANMCO, che si è imposto anche quest'anno nel panorama scientifico nazionale per l'autorevolezza formativa espressa dal programma, quindi un evento collocato nel solco della tradizione ma che nel contempo ha consolidato quegli aspetti del rinnovamento e cambiamento a cominciare dalla sede, quest'anno il Palacongressi di Rimini, una struttura all'avanguardia, tra le più apprezzate in Europa per il suo altissimo standard tecnologico, che perfettamente si è coniugata con il format del nostro Convegno. Una scelta vincente che è stata riconfermata anche dal nuovo presidente in carica per l'edizione 2017. E anche in questa occasione siamo stati "generatori di cambiamento", quindi abbiamo riorganizzato gli spazi interni ed esterni, riuscendo a realizzare ben 12 sale congressuali (compresi i due grandi Village) che hanno ospitato le oltre 260 sessioni scientifiche che sono state presentate al Congresso. A questa edizione, la 47esima, lo dico con orgoglio, siamo giunti, con il lavoro e il sostegno appassionato di tutti i componenti del Consiglio Direttivo, portando risultati, per certi versi sorprendenti, dell'attività



*Dietro le quinte: un momento di intensa attività preparatoria del Congresso*

di un intero straordinario anno e mi riferisco in particolare alla produzione dei 24 Documenti Scientifici di Consenso che nel

Programma Scientifico sono stati protagonisti assoluti: ne sono testimonianza i 6 Minimaster interamente dedicati, le 4 Main

## EVENTI SCIENTIFICI

- **8 MAIN SESSION** di cui 4 su Documenti Scientifici
- **6 MINIMASTER** di approfondimento su Documenti Scientifici
- **24 SIMPOSI** di cui 9 su Documenti Scientifici
- **6 SIMPOSI CONGIUNTI:**
  - ✓ European Society of Cardiology
  - ✓ American College of Cardiology
  - ✓ American Heart Association
  - ✓ European Council on Arterial Hypertension
  - o The European Society of Cardiology
  - ✓ Istituto Superiore di Sanità
  - ✓ Federazione Italiana di Cardiologia
- **3 V.I.P. CLINICALSESSION**
- **3 V.I.P. ECHO SESSION**
- **5 LUNCHEON PANEL**
- **4 MINI-SIMPOSI**
- **1 GLI STUDI CLINICI DELL'ANMCO**
- **6 LETTURE**
- **15 FOCUS**
- **1 MEET THE EXPERT**
- **2 FORUM**
- **17 CONTROVERSIE**
- **2 LETTURE MAGISTRALI**
- **1 FORUM CASI CLINICI**
- **15 MY APPROACH TO**
- **1 ROLL-OUT**
- **84 SESSIONI DI COMUNICAZIONI**
- **55 SESSIONI e-POSTER**
- **1 CORSO DI CLINICAL COMPETENCE NURSING**
- **1 CORSO DI ORIENTAMENTO ANMCO PER I PRESIDENTI REGIONALI**

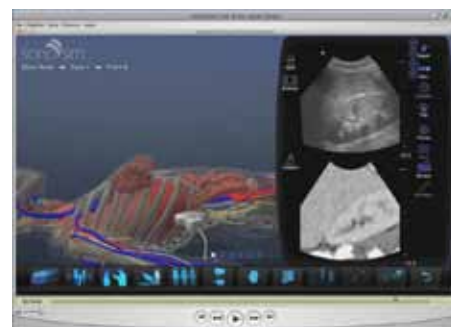
ANMCO 2018



Session sulle 8 in programma e ben 9 dei 24 Simposi realizzati. È stato un Congresso dinamico, ricco di nuovi approcci comunicativi e soprattutto sulla scia di quanto iniziato

nell'edizione dello scorso anno, si è aumentato lo spazio a disposizione per le attività: 2 Village da 100 posti, di cui uno dedicato al Corso di "Clinical Competence Nursing" e che nella terza giornata ha ospitato il "ROLL-OUT RCP" di ricertificazione per Istruttori secondo le nuove Linee Guida AHA, due eventi di successo che in termini di partecipazione sono andati ben oltre le aspettative. Ben 12 sale hanno lavorato nei tre giorni in contemporanea, rendendo possibile la realizzazione complessiva di 261 sessioni per un totale di 269 ore formative. Infatti grande è stata la risposta dei cardiologi italiani al "Call for Abstract" con un record di proposte ricevute, che hanno dato vita a ben 139 sessioni dedicate alla Ricerca Cardiologica suddivise tra Comunicazioni Orali ed e-Poster. Ampio

spazio ha avuto la formazione interattiva, particolarmente attenta al rinnovamento tecnologico, che è stata riproposta nelle sale multimediali con l'ausilio di touch screen. In questo ambito la novità assoluta sono state le Vi.P. (Virtual Patient) ECHO e Clinical Session con 6 sessioni animate dal tutor Dott. Paolo Giuseppe Pino. A lui va il mio particolare ringraziamento per il grande entusiasmo con cui ha colto il mio invito a condividere questo importante momento formativo e la grande professionalità e attenzione con cui ha preparato nei minimi dettagli tutti i partecipatissimi appuntamenti.



Un momento della V.I.P. Echo Session

Una grande affluenza si è registrata per il 2° Campionato di Refertazione ECG, che anche quest'anno ha premiato i tre migliori partecipanti con altrettanti strumenti ECGrafi di modernissima concezione. Una novità assoluta Cardioclick: un concorso fotografico dal titolo "Professione Cardiologo" al quale hanno partecipato Colleghi con proprie foto originali, che ha premiato tre Associati ANMCO offrendo a ciascuno una sponsorizzazione a un congresso internazionale. Inoltre nel segno della tradizione, 3 giovani Soci under 40 sono stati premiati con altrettanti grant di ricerca per il Premio Maseri-





Cardioclclick: le 3 foto vincitrici



Florio, mentre il Premio Masini ha assegnato 2 borse di ricerca per le migliori comunicazioni. Il Congresso ANMCO, appuntamento principe della cardiologia dunque nella sua complessità scientifico - organizzativa, è stato caratterizzato da tanti eventi nell'evento in cui uno spazio rilevante è stato riservato ai Simposi Congiunti, 6 in totale, di cui uno con l'Istituto Superiore di Sanità, uno con la Federazione Italiana di Cardiologia e ben 4 sessioni in lingua inglese con le più importanti Società Scientifiche straniere in continuità con quanto fatto nella edizione passata, ovvero American College of Cardiology (ACC), American Heart Association (AHA), European Society of Cardiology (ESC) ed European Council of Arterial Hypertension (ECAH). Rimanendo in ambito internazionale sono personalmente fiero dell'eco mediatica e della risposta partecipativa a "Cardiofrontex: la Cardiologia attraverso il Mare Mediterraneo", una Main Session

per certi aspetti rivoluzionaria, che grazie ad una nascente collaborazione con le Società Scientifiche dei Paesi che si affacciano sul nostro Mar Mediterraneo ha fatto il punto sulle rispettive esperienze nell'ottica di una coordinata condivisione di progetti di prevenzione delle malattie cardiovascolari quale quello rappresentato da "Banca del Cuore" della Fondazione HCF Onlus di ANMCO. Un grazie particolare al giornalista e conduttore Rai del TG1, Dott. Francesco Giorgino, che con me ha coordinato questa



Il Presidente Gulizia con il giornalista e anchorman Francesco Giorgino e il Presidente ESC Fausto Pinto durante la sessione CardioFrontex

sessione in cui forte è emerso il ruolo centrale della nostra disciplina nelle strategie di popolazione. L'evidenza di un convegno apprezzato, lo si rileva, e ne possiamo andare fieri, dalla ampia





Il Consigliere Gerardo Capozza consegna la medaglia al Presidente Michele Gulizia conferita dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri



Lo Stand - Ambulatorio "Banca del Cuore"



La Dott.ssa Marcella Marletta, Direttore Generale del Ministero della Salute, al termine del saluto inaugurale

presenza di sponsor e Aziende, in totale 42, che hanno voluto "esserci", molte delle quali con spazi espositivi davvero importanti. Una bella partecipazione anche quella di moltissime Società Scientifiche Nazionali e Internazionali con il proprio stand dedicato e personalizzato, tra cui quello della Fondazione per il Tuo cuore di ANMCO e lo stand - ambulatorio "Banca del Cuore" che è stato letteralmente assaltato dai Colleghi

cardiologi che non hanno perso l'occasione per sottoporsi allo screening elettrocardiografico e ricevere la propria BancomHeart. Nonostante la difficoltà crescente alla partecipazione riscontrata in tutti i congressi, anche per via delle sempre maggiori restrizioni normative nonostante

la necessità dei medici di rimanere sempre aggiornati e attenti alle necessità assistenziali, questo nuovo modo di concepire il Congresso ANMCO è risultato vincente, affermando il proprio ruolo di vetrina per eccellenza della cultura cardiologica e momento di incontro irrinunciabile per i cardiologi italiani. Desidero rivolgere a tutti i numerosi iscritti, oltre 2.660, il più alto numero di congressisti cardiologi degli ultimi 6 anni, un sentito ringraziamento per aver attivamente contribuito al successo di questo appuntamento nel segno dell'innovazione e della tecnologia e complimentarmi particolarmente





*La lettura del messaggio inaugurale del Ministro Beatrice Lorenzin*



*Il momento della lettura del messaggio ricevuto dal Santo Padre*

con i Moderatori che hanno reso possibile un'attiva partecipazione dei presenti in sala stimolando un costruttivo dibattito e con i Relatori per l'alto valore scientifico delle relazioni presentate, che hanno saputo stimolare un'approfondita quanto interessante discussione. Sono stati 3 giorni intensi di lavori scientifici e di momenti associativi per eccellenza, che hanno ricevuto l'apprezzamento delle massime istituzioni governative e sanitarie

per il tramite del Consigliere Dott. Gerardo Capozza (Cerimoniale della Presidenza del Consiglio) e della Dott.ssa Marcella Marletta (Direzione Generale del Ministero della Salute) che, oltre ad aver consegnato personalmente, alla cerimonia inaugurale, il massimo riconoscimento della Presidenza del Consiglio dei Ministri al Progetto “Banca del Cuore” per “... l’elevato livello scientifico, assistenziale e sociale che il Progetto riveste...”,

hanno sostenuto l’impegno di ANMCO con la loro personale presenza per tutti i tre giorni di lavori congressuali, intervenendo spesso con competente autorevolezza durante le sessioni scientifiche. Anche il Ministro della Salute – On. Beatrice Lorenzin – ha voluto sottolineare per iscritto la sensibilità del Ministero alle iniziative ANMCO; ed infine, dulcis in fundo, il grande onore della lettera di sensibilità e benedizione pervenuta da Sua Santità Papa Francesco – per il tramite del suo Nunzio Apostolico – ha arricchito l’animo di quanti tra noi, cattolici, si sono sentiti ringraziare per l’opera umanitaria svolta giornalmente al capezzale dei malati che occupano le nostre corsie. Infine voglio ricordare la consegna della Targa d’Oro dell’ANMCO al Centro Studi ANMCO e la indimenticabile serata di celebrazione dei 25 anni dalla sua costituzione; una vera e propria festa che ci ha visti partecipare davvero in tanti, tutti insieme come una grande famiglia, a festeggiare orgogliosi gli innumerevoli risultati e i successi raggiunti in questi anni che ci hanno fatto sentire veri protagonisti.





*La torta di compleanno per il 25° anniversario dalla costituzione del Centro Studi*

Ho voluto fortemente guidare questa ANMCO, che in questo biennio ho avuto l'onore di rappresentare, avanti sulla strada del cambiamento, percorso che ho intrapreso fin dall'inizio della mia Presidenza nel giugno 2014, affinché riaffermasse nuovamente il proprio ruolo guida nel panorama delle Società Scientifiche Nazionali non solo di area cardiologica. In tutto ciò mi ha sempre guidato il senso di responsabilità nei

confronti degli Associati, ma anche il rispetto che nutro nei confronti dei "Maestri" che ho avuto nel passato e dunque il rispetto di tutti coloro che hanno operato pensando al futuro dei Cardiologi e dell'Associazione. I fuochi d'artificio che hanno incorniciato l'inaugurazione del congresso, coincisa con il 70esimo anniversario di costituzione della nostra Repubblica, li ho dedicati proprio a loro, uomini che con

coraggio e determinazione hanno saputo piantare i paletti pionieristici della nostra disciplina. Uomini cui va tributato eterno rispetto e onore per la passione e la perseveranza con le quali hanno scritto le pagine più belle della nostra stupenda scienza cardiologica, uomini che ci hanno insegnato che nessun medico può curare meglio il cardiopatico, se non il Cardiologo. Per mia natura non transigo sul necessario rigore e sull'incessante attenzione a tutti gli aspetti caratterizzanti un progetto, ritengo siano componenti essenziali quanto strategici per il conseguimento con successo degli obiettivi prefissati. I complimenti e le testimonianze di stima, che con orgoglio posso dire di avere ricevuto in quantità innumerevole, rappresentano per me la conferma di aver ben speso tante energie nel passato biennio e in particolare per il Congresso che si è tenuto a Rimini quest'anno, che a testimonianza di tutti è risultato essere un evento, passatemi il termine, dal "sapore internazionale" e di ciò vado particolarmente fiero. Buon ANMCO a tutti. ♥





Andrea Di Lenarda

**PRESIDENTE**

**ANDREA DI LENARDA**

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



Giuseppe Di Tano

**VICE-PRESIDENTE**  
**GIUSEPPE DI TANO**

Dirigente Medico - U.O. di Cardiologia  
Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST)  
di Cremona - Ospedale di Cremona  
Viale Concordia, 1 - 26100 Cremona  
Tel. 0372/405111-405323  
Fax 0372/433787  
[gigitano@tin.it](mailto:gigitano@tin.it)



Stefano Urbinati

**VICE-PRESIDENTE**  
**STEFANO URBINATI**

Direttore U.O. di Cardiologia  
Ospedale Bellaria  
Via Altura, 3 - 40139 Bologna  
Tel. 051/6225269-6225241  
Fax 051/6225725  
[stefano.urbinati@ausl.bo.it](mailto:stefano.urbinati@ausl.bo.it)



Michele Gulizia

**PAST-PRESIDENT**  
**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.gulizia60@gmail.com](mailto:michele.gulizia60@gmail.com)



Domenico Gabrielli

**PRESIDENTE DESIGNATO**  
**DOMENICO GABRIELLI**

Direttore U.O. di Cardiologia  
Ospedale Civile Augusto Murri  
Via Augusto Murri, 9 - 63900 Fermo  
Tel. 0734/625432-625436-625439  
Fax 0734/6252388  
[domenico.gabrielli@sanita.marche.it](mailto:domenico.gabrielli@sanita.marche.it)



Adriano Murrone

**SEGRETARIO GENERALE**  
**ADRIANO MURRONE**

Dirigente Medico Cardiologia e  
Fisiopatologia Cardiovascolare  
Azienda Ospedaliera di Perugia  
Località S. Andrea delle Fratte  
06156 Perugia  
Tel. 075/5782394  
Fax 075/5271244  
[adriano.murrone@gmail.com](mailto:adriano.murrone@gmail.com)



Roberto Caporale

**TESORIERE**  
**ROBERTO CAPORALE**

Dirigente Medico - U.O.C. di Cardiologia  
Interventistica  
Azienda Ospedaliera di Cosenza  
Presidio Ospedaliero dell'Annunziata  
Via F. Migliori, 1 - 87100 Cosenza  
Tel. 0984/681371  
Fax 0984/681374-681878  
[caporale.roberto@gmail.com](mailto:caporale.roberto@gmail.com)



Antonio Amico

**CONSIGLIERE**

**ANTONIO FRANCESCO AMICO**

Direttore U.O. di Cardiologia-UTIC  
Ospedale San Giuseppe da Copertino  
Via Carmiano, 5 - 73043 Copertino (LE)  
Tel. 0832/936259-936257  
Fax 0832/930877  
[afamico@gmail.com](mailto:afamico@gmail.com)



Giovanna Geraci

**CONSIGLIERE**

**GIOVANNA GERACI**

Dirigente Medico - U.O. di Cardiologia  
Azienda Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello  
P. O. Cervello  
Via Trabucco, 180 - 90146 Palermo  
Tel. 091/6802692-6802440  
Fax 091/6802674  
[giovannageraci@hotmail.com](mailto:giovannageraci@hotmail.com)



Nadia Aspromonte

**CONSIGLIERE**

**NADIA ASPROMONTE**

Dirigente Medico  
U.O.C. di Cardiologia e UTIC  
Ospedale San Filippo Neri  
Via G. Martinotti, 20 - 00135 Roma  
Tel. 06/33062429-33062294  
Fax 06/33062489  
[nadia.aspromonte@gmail.com](mailto:nadia.aspromonte@gmail.com)



Federico Nardi

**CONSIGLIERE**

**FEDERICO NARDI**

Dirigente Medico - S.O.C. di Cardiologia  
Azienda Sanitaria VCO - Ospedale Castelli  
Via Fiume, 18 - 28922 Verbania  
Tel. 0323/541302-541367-541364  
Fax 0323/541592  
[federico.nardil@gmail.com](mailto:federico.nardil@gmail.com)



Giancarlo Casolo

**CONSIGLIERE**

**GIANCARLO CASOLO**

Direttore S.C. di Cardiologia  
Nuovo Ospedale Versilia  
Via Aurelia, 335 - 55043  
Lido di Camaione (LU)  
Tel. 0584/6057119-6059722  
Fax 0584/6059897  
[giancarlo.casolo@uslnordovest.toscana.it](mailto:giancarlo.casolo@uslnordovest.toscana.it)



Fortunato Scotto Di Uccio

**CONSIGLIERE**

**FORTUNATO SCOTTO DI UCCIO**

Dirigente Medico  
U.O. di Cardiologia con UTIC  
Ospedale Loreto Mare  
Via Amerigo Vespucci - 80124 Napoli  
Tel. 081/2542793-2542792  
Fax 081/2542791  
[scottof@libero.it](mailto:scottof@libero.it)



Stefano Domenicucci

**CONSIGLIERE**

**STEFANO DOMENICUCCI**

Direttore S.C. di Cardiologia-UTIC  
Ospedale Padre Antero Micone  
Largo Nevio Rosso, 2 - 16153  
Genova - Sestri Ponente  
Tel. 010/8498401-8498217-8498247  
Fax 010/8498317  
[stefano.domenicucci@asl3.liguria.it](mailto:stefano.domenicucci@asl3.liguria.it)



Guerrino Zuin

**CONSIGLIERE**

**GUERRINO ZUIN**

Dirigente Medico - U.O. di Cardiologia  
Ospedale dell'Angelo - Via Paccagnella, 11  
30174 Mestre (VE)  
Tel. 041/9657213-9657201  
Fax 041/9657235  
[guerrinozuin@alice.it](mailto:guerrinozuin@alice.it)



# Intervista a Michele Massimo Gulizia

**Chiediamo al Dottore Michele Massimo Gulizia\*, Coordinatore Italiano dell'Ufficio Stampa del Congresso ESC 2016, di raccontarci il Congresso ESC 2016 a Roma**



**Caro Michele qual è il leitmotiv della Società Europea di Cardiologia (ESC) e quanti i partecipanti a questo congresso?**

Le malattie cardiovascolari (MCV) causano annualmente oltre 4 milioni di morti in Europa (47%), risultando la maggiore causa di morte per le donne europee, ma anche per gli uomini nei 9 Paesi maggiormente industrializzati al mondo. La maggiore frequenza di morte per cardiopatia ischemica si registra in Europa centrale ed Est

Europa, così come quella per stroke. Tuttavia, guardando al dato medio complessivo, la mortalità per MCV si sta abbassando in tutti I Paesi europei. L'abitudine tabagica, nonostante le continue campagne antifumo, rimane il problema sanitario di maggiore interesse per la tutela della salute pubblica, e i recenti dati attestano che la percentuale di donne fumatrici sta eguagliando quella degli uomini. Le MCV costano circa 196 miliardi di euro l'anno all'economia europea e a questa spesa si aggiunge quella ancora maggiore secondaria all'alta prevalenza di diabete che è incrementata di oltre il 50% in molti Paesi negli ultimi 10 anni. La ESC ricomprende 56 Società Nazionali di Cardiologia, 15 Working Group, 6 Associazioni e 5 Consigli, e rappresenta oltre 95.000 professionisti. La propria missione è di "ridurre il peso delle malattie cardiovascolari in Europa". Per tale motivazione è fortemente impegnata nell'organizzazione di attività educazionali e nella continua produzione di Linee Guida

pratiche e di Survey pan-Europee su specifiche aree cardiologiche. Il Congresso ESC 2016 ha ospitato oltre 33,000 partecipanti e circa 700 giornalisti accreditati pervenuti da molti dei 140 Paesi partecipanti all'evento. Un record il numero di abstract sottomessi: 11.139 da 99 Paesi, e un altro record quello degli accettati: 4.594! I topics più cliccati: cardiopatia ischemica, sindromi coronariche acute, terapia intensive e aritmie. I congressisti hanno potuto scegliere il proprio percorso formativo tra le 719 sessioni presenti nel programma scientifico, di cui: 198 di comunicazioni, 311 sessioni organizzate dal Comitato Scientifico, 21 Late Breaking Science, 26 Hot Lines e 179 simposi satellite organizzate dall'industria.

**C'è stato un tema predominante che ha caratterizzato il congresso ESC di Roma?**

Sì direi di sì. Il concetto di Heart Team è stato ripreso in numerose sessioni e comunque rappresenta

*\*Michele Massimo Gulizia, cardiologo, FACC, FESC, è il Direttore della U.O.C. di Cardiologia dell'Azienda di Rilievo Nazionale e Alta Specialità "Garibaldi" di Catania. Presidente Nazionale ANMCO 2014-2016, ricopre attualmente la carica di Delegato per la Ricerca della Fondazione per il tuo cuore onlus di ANMCO e di Responsabile del Settore Operativo "Banca del Cuore" della stessa Fondazione. Inoltre è il nuovo Governatore, per il triennio 2016-2019, dell'Italy Chapter dell'American College of Cardiology.*





un nuovo modo di pensare che ha affascinato il mondo dell'ESC e che enfatizza l'importanza del "gruppo di lavoro" inteso come interazione tra tutti i professionisti (non solo cardiologi

state rappresentate dall'Arena dei Gladiatori (un nuovo approccio su argomenti controversi), dalle Sessioni sul ruolo dell'Heart Team a quelle sull'E-cardiology/stroke e chirurgica/farmacologica, oltre che "Il futuro è in cantiere". Infine grande affluenza alle tre sessioni italiane del MyNCS@ESC in cui 10 Paesi (Croatia, Danimarca, Egitto, Francia, Grecia, Italia, Olanda, Polonia, Portogallo, Spagna) hanno realizzato eventi scientifici monotematici.

L'Italia è uno dei Paesi le cui Società di Cardiologia (ANMCO e SIC) sono state invitate a costruire un programma di implementazione delle Linee Guida ESC. Qui di seguito le tre sessioni svolte in tale prospettiva.

posti in classifica per produzione scientifica. Il congresso ESC, incastonato nella stupenda cornice romana, ha registrato una elevata partecipazione scientifica italiana sia in termini di presenza di delegati che, e soprattutto, di Faculty. Oltre 1.628 congressisti italiani registrati al 26 agosto, dato che ci ha resi secondi – per numero di partecipanti – al Congresso ESC dopo la Germania. Anche quest'anno cospicuo il numero degli abstract presentati (912), con un ben visibile trend in crescita rispetto agli ultimi 5 anni, ma soprattutto con il più alto numero di contributi scientifici originali accettati (422), a testimonianza della qualità della produzione scientifica italiana.

Title	Room	Zone	Date / Time
2015 Pulmonary hypertension Guidelines in Italy	Da Vinci (The Hub)	The Hub	27/08/2016 09:00
Mini quiz on 2015 ESC Guidelines - Italy	Da Vinci (The Hub)	The Hub	27/08/2016 09:50
2016 Cardiovascular disease prevention Guidelines in Italy	Raphael (The Hub)	The Hub	30/08/2016 11:00

e cardiocirurghi), di tutte le specialità mediche che hanno come obiettivo la lotta alle malattie cardiovascolari.

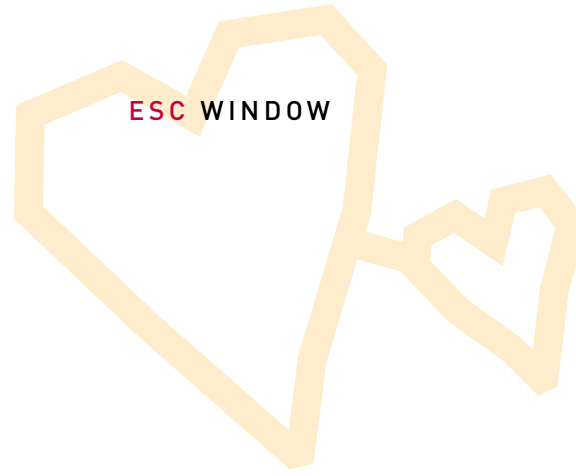
### Quali le principali novità?

Approcci innovativi nello scompenso cardiaco, strategie di prevenzione, prevenzioni e lipidi, malattia coronarica e stentig e/o imaging hanno caratterizzato i 26 hotlines. Le altre principali novità sono

### Volendo parlare dei numeri del Congresso, come ci differenziamo tra partecipanti, presentatori di abstract e faculty di relatori e moderatori?

Beh, direi proprio che in Italia non possiamo proprio lamentarci. Il nostro Paese è estremamente evoluto in tecnologia e sapere cardiologico tale da essere sempre nei primissimi

Come al solito però, qualcuno ha deciso di non presentare il proprio contributo scientifico, facendo scendere il numero complessivo degli abstract italiani realmente presentati a 408, relazionati abilmente dai 313 presenters (molti giovani under 40) che hanno fatto grande onore alla Cardiologia italiana. Interessante anche il numero dei Trial italiani



Rank	Region	Country	Total
1	ESC	Germany	2 086
2	ESC	Italy	1 628
3	ESC	France	1 373
4	Asia Pacific	Japan	1 123
5	North America	United States of America	1 035
6	ESC	Spain	1 007
7	ESC	United Kingdom	943
8	Asia Pacific	China, People's Republic of	941
9	ESC	Netherlands	761
10	South America	Brazil	613

sottomessi al congresso ESC (ben 12), di cui 4 accettati per la presentazione alla affollatissima sessione Late Breaking Science.

**Ma quali sono stati i numeri degli italiani Faculty al congresso?**

Nel biennio 2014 e 2015 abbiamo incrementato significativamente il numero di contributi scientifici al congresso ESC e questo ha fatto conoscere e apprezzare maggiormente i nostri cardiologi per

	ESC 2011		ESC 2012		ESC 2013		ESC 2014		ESC 2015		ESC 2016	
	Submit	Accept	Submit	Accept	Submit	Accept	Submit	Accept	Submit	Accept	Submit	Accept
Italy	998	385	764	378	823	367	798	357	786	361	912	422
Total Submissions	10836	4276	9614	4203	10491	4215	11444	4597	11306	4533	11139	4594
# countries	93	71	91	76	87	74	100	78	99	79	106	79

Country	# Presenters	%	# Abstracts	%
Italy	313	8,82%	408	9,04%
Grand Total	3550		4511	

	2014		2015		2016	
	Submitted	Accepted	Submitted	Accepted	Submitted	Accepted
ITALY	14	4	12	3	12	4
Grand Total	239	74	236	76	205	89

cui, come si evince facilmente dalla Tabella sottostante, quest'anno siamo arrivati al "primo posto" per numero di Faculty invitata al congresso con un numero complessivo di 184 relatori/moderatori (oltre il 12%) su 1522 totali provenienti da 58 Paesi internazionali. Volendo scendere nel dettaglio, i nostri 184 Faculty erano divisi in 40 donne e 144 uomini, dato apparentemente incongruo per la differenza tra genere, ma assolutamente in linea con la media europea ESC. Anche la percentuale

	ESC CONGRESS 2011		ESC CONGRESS 2012		ESC CONGRESS 2013		ESC CONGRESS 2014		ESC CONGRESS 2015		ESC CONGRESS 2016	
Country	faculty	Rank	Faculty	Rank	Faculty	Rank	Faculty	Rank	Faculty	Rank	Faculty	Rank
Italy	115	4	127	2	99	5	141	3	132	5	184	1
<b>Grand total</b>	<b>1208</b>		<b>1205</b>		<b>1255</b>		<b>1460</b>		<b>1541</b>		<b>1522</b>	
<b>Number of countries represented</b>	<b>54</b>		<b>56</b>		<b>58</b>		<b>62</b>		<b>67</b>		<b>58</b>	

Italian Faculty		
Gender	# Faculty	# Roles
Female	40	77
Male	144	284
<b>Grand Total</b>	<b>184</b>	<b>361</b>

Italian Faculty		
FESC	# Faculty	# Roles
None	98	156
<b>FESC</b>	<b>86</b>	<b>205</b>
<b>Grand Total</b>	<b>184</b>	<b>361</b>

Italian Faculty		
Age Group	# Faculty	# Roles
35 - 40	12	17
41 - 50	33	58
51 - 60	58	127
61 - 70	67	142
Above 71	3	6
Below 35	5	5
Not disclosed	6	6
<b>Grand Total</b>	<b>184</b>	<b>361</b>

di ruoli tra uomini e donne resta conforme al dato medio ESC, con un numero di ruoli (sullo stesso Faculty) percentualmente maggiore per le donne che per gli uomini. Solo 86 i Faculty Fellow ESC coinvolti al Congresso, contro i 98 non-Fellow. Questo dato in effetti è in contro-coerenza con le enunciazioni di una Società, quella Europea di Cardiologia, che dovrebbe dare l'esempio per un coinvolgimento più virtuoso dei propri Fellow. Tuttavia ritengo che l'influenza delle aziende sponsor nel suggerire propri nominativi per le sessioni sponsorizzate, abbia pesato significativamente su tale numero. Una riflessione che il CD ESC dovrebbe fare per il futuro per evitare di disperdere, per disaffezione, gran parte della forza Fellow sin qui raccolta. Tuttavia, dato consolante, la qualità dei Fellow ESC è acclarata dalla maggiore quantità percentuale di ruoli (per singolo Faculty) rispetto ai non-Fellow. Se poi vogliamo anche guardare all'età della nostra Faculty più accreditata, vediamo che i due/terzi si attesta nella fascia di età compresa tra i 51 e i 70 anni, con un numero di ruoli preponderante rispetto alle restanti fasce di età. Solo 12 Faculty sotto i 40 anni e addirittura





*Papa Francesco con Michele Gulizia, Fausto Pinto e Pietro Piccinetti*

solo 5 sotto i 35 (quasi pari ai 3 sopra i 71!). Forse una riflessione andrebbe fatta anche qui, promuovendo azioni cardiologiche intersocietarie congiunte volte alla valorizzazione di quei talenti più giovani che possano iniziare a dare un contributo significativo alla ricerca cardiologica italiana. Il tutto senza offendere i “vecchi” del sistema, magari avendo in mente uno dei saggi moti degli antichi ateniesi: *“Le guerre si vincono con le lance dei giovani e i consigli degli anziani”*.

**Caro Michele, dati davvero interessanti. Complimenti per la dovizia di particolari con cui hai voluto arricchire questa intervista e per l'intenso lavoro che hai svolto nel tuo ruolo ESC. In un'ultima battuta quali le ricadute per Roma del**

### **Congresso ESC e il senso del tuo lungo saluto a Sua Santità a Papa Francesco?**

Il Congresso ESC, il congresso annuale della Società Europea di Cardiologia, è il più grande congresso medico europeo e il più importante a livello mondiale dal punto di vista scientifico e della prevenzione cardiovascolare. Quest'anno si è svolto per la prima volta in Italia, a Roma, in Fiera, negli ultimi 5 giorni di un agosto torrido. In base alle stime, i partecipanti previsti erano circa 35.000, in effetti se ne sono contati circa 33.000, con un aumento progressivo, negli ultimi anni, di partecipanti provenienti dall'Asia e dal Sud America. La grande ricaduta su Roma credo che si possa riassumere in una organizzazione logistica che ha

tenuto, nonostante i gufi nostrani più accaniti, anche e soprattutto grazie all'impegno del Presidente della Fiera di Roma e del suo Staff, oltre che alle oltre 60mila presenze, ai 960mila euro di tassa di soggiorno pagate dai congressisti, delegati aziendali e accompagnatori, agli 800mila euro per i trasporti, numeri che hanno generato oltre 160 milioni di euro di indotto per Roma, fondi e risorse di cui penso proprio che la città eterna avesse necessità. La presenza del Papa e il suo messaggio sicuramente ci indicherà la via maestra per un approccio volto al rafforzamento della nostra missione, che nell'agire si fonda sulla centralità dell'Uomo. La nostra attività, le scoperte scientifiche, lo sviluppo della tecnologia e della scienza in ambito cardiologico non possono sviarci dalla consapevolezza che si è, soprattutto, al servizio del paziente. Nella nostra visione cristiana la tecnologia e la scienza sono volte alla centralità del malato che prima di tutto è un Uomo sofferente. Sua Santità, che ha voluto raccogliere l'appello dei Cardiologi europei, e particolarmente di quelli italiani, di stringersi a noi in un abbraccio potente che aprisse i nostri cuori e le nostre braccia a un'accoglienza diversa, nel nome di chi rimette i nostri peccati, ha scritto sulla pietra della storia del Papato le parole di un evento storico, mai accaduto e che dubito potrà ripetersi fino alla nostra futura memoria. Cosa ci siamo detti in quella lunga stretta di mano? Beh, lo spazio del giornale è quasi finito. Ve lo racconto la prossima volta. ♥



*Al Ministro della Salute*

Roma, 24 AGO. 2016

7 | CONU | PC | AGOSTO | 16

*Gentile Professore,*

*Voglio, innanzitutto, esprimere il mio profondo dolore per le vittime del terremoto e la mia vicinanza alla popolazione del Centro Italia colpita dall'evento la notte scorsa.*

*Ringrazio gli Organizzatori del Congresso europeo di cardiologia 2016 per l'invito alla Conferenza stampa di presentazione; purtroppo, precedenti impegni non mi consentono di partecipare.*

*La prevenzione delle malattie dell'apparato cardiovascolare è una sfida di primaria importanza per la medicina moderna: queste patologie, infatti, rappresentano, secondo le stime dell'OMS, le maggiori cause di morbilità e mortalità nel mondo occidentale ed il principale onere per i sistemi sanitari.*

*Nonostante gli enormi progressi terapeutici degli ultimi anni, le malattie cardiovascolari rappresentano ancora la principale causa di morte nel nostro Paese, essendo responsabili del 44% di tutti i decessi. In particolare, la cardiopatia ischemica è la prima causa di morte in Italia rendendo conto del 28% di tutte le morti, mentre gli accidenti cerebrovascolari sono al terzo posto con il 13%, dopo i tumori.*

*Le malattie cardiovascolari sono anche la principale causa di disabilità e di ridotta qualità di vita; eppure, sono fondamentalmente prevenibili.*

*Poiché questo trend demografico è destinato a crescere nel tempo per l'aumento della popolazione anziana, maggiormente a rischio, è realistico prevedere l'ulteriore incremento di queste patologie, che può essere contrastato solo con un forte potenziamento delle misure di prevenzione.*

*L'OMS stima che una riduzione anche modesta ma simultanea della pressione arteriosa, dei livelli di colesterolo nel sangue, dell'obesità e del fumo potrebbe ridurre di più del 50% la loro incidenza.*

---

*Prof. Michele M. Gulizia  
Local Press Coordinator ESC Congress 2016  
Direttore Cardiologia Ospedale "Garibaldi- Nesima"  
[michele.gulizia@alice.it](mailto:michele.gulizia@alice.it)*



*Il Global Action Plan dell'Organizzazione Mondiale della Sanità 2013-2020, inserisce le malattie cardio-cerebrovascolari fra quelle da sorvegliare e da includere nelle azioni di prevenzione, in quanto largamente prevenibili attraverso l'adozione di stili di vita corretti (sana alimentazione, attività fisica regolare e abolizione del fumo di sigaretta). Gli strumenti nazionali fondamentali di pianificazione sono rappresentati dal Programma Guadagnare Salute e dal Piano Nazionale della Prevenzione .*

*Il programma "Guadagnare Salute" prevede un approccio "intersettoriale" agli obiettivi di salute tramite azioni condivise fra le istituzioni ed i protagonisti della società civile e del mondo produttivo, per la prevenzione delle malattie croniche, attraverso il contrasto ai quattro principali fattori di rischio: scorretta alimentazione, inattività fisica, tabagismo ed abuso di alcol.*

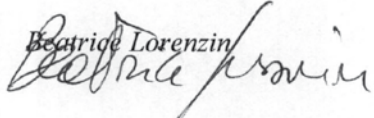
*Il Piano Nazionale della Prevenzione 2014 – 2018 è un documento di respiro strategico che a livello nazionale stabilisce gli obiettivi e gli strumenti per la prevenzione, adottati poi a livello regionale con i Piani regionali attraverso una strategia di promozione della salute e di sensibilizzazione della popolazione sui vantaggi collegati all'adozione di stili di vita sani in una visione che abbracci l'intero corso della vita.*

*Salute, benessere e stili di vita sani sono temi ormai universali e trasversali, su cui possono e devono convergere non solo il sistema sanitario ma anche altri stakeholder: dall'ambiente alla scuola, dall'agricoltura al turismo, dall'urbanistica ai trasporti, fino allo sport e al terzo settore.*

*L'identificazione dei fattori di rischio cardiovascolare e soprattutto la buona gestione degli stessi è di rilevanza prioritaria. Insieme a ciò, un uso appropriato dei trattamenti farmacologici, che tenga conto delle specificità del soggetto, soprattutto anziano, in termini di tollerabilità e rischi di interazioni, rimane di fondamentale importanza.*

*Sono certa che l'ESC 2016, oltre a costituire un importante riconoscimento dei passi compiuti dal settore cardiologico nel nostro Paese, che conta su autorevoli nomi nella cardiologia mondiale e centri di eccellenza per il trattamento, rappresenterà una importante occasione di dialogo e di confronto scientifico, culturale e programmatico per migliorare la qualità di vita di tante persone.*

*Nel formulare, pertanto, i migliori auguri di buon lavoro, porgo a tutti i presenti i miei più cordiali saluti.*

Beatrice Lorenzin  






## La Santa Sede

---

***DISCORSO DEL SANTO PADRE FRANCESCO  
AI PARTECIPANTI AL CONGRESSO MONDIALE DI CARDIOLOGIA "ESC CONGRESS 2016"***

*Nuova Fiera di Roma  
Mercoledì, 31 agosto 2016*

---

*Gentili Signori e Signore, buongiorno!*

Ho accolto con piacere l'invito della Presidenza della Società Europea di Cardiologia ad essere qui con voi, in occasione di questo Congresso mondiale che vede raccolti cardiologi da diversi Paesi. Un ringraziamento particolare al Professor Fausto Pinto per le parole di benvenuto. Nella persona del Presidente intendo ringraziare tutti voi per l'impegno scientifico di queste giornate di studio e di confronto - è tanto importante confrontarsi - ma soprattutto per la dedizione nei confronti di tanti malati. E' una sfida confrontarsi con ogni malato.

Voi vi occupate della cura del cuore. E quanta simbologia si nasconde in questa parola e quante attese vengono riposte in questo organo umano! Tra le vostre mani passa il centro pulsante del corpo umano, pertanto la vostra responsabilità è grande! Sono certo che trovandovi di fronte a questo libro della vita, che porta in sé ancora tante pagine da scoprire, voi vi accostate con trepidazione e senso di timore.

Il Magistero della Chiesa ha sempre affermato l'importanza della ricerca scientifica per la vita e la salute delle persone. Anche oggi la Chiesa non solo vi accompagna in questo cammino così arduo, ma se ne fa promotrice e intende sostenervi, perché comprende che quanto è dedicato all'effettivo bene della persona è pur sempre un'azione che proviene da Dio. La natura in tutta la sua complessità, e anche la mente umana, sono creature di Dio. Lo studioso può e deve investigarle, sapendo che lo sviluppo delle scienze filosofiche ed empiriche e delle competenze



pratiche che servono il più debole e malato è un servizio importante che si iscrive nel progetto divino. L'apertura alla grazia di Dio, fatta tramite la fede, non ferisce la mente, anzi la spinge ad andare avanti, a una conoscenza della verità più ampia e utile per l'umanità.

Sappiamo, tuttavia, che anche lo scienziato nella sua scoperta non è mai neutrale. Egli porta con sé la sua storia, il suo modo di essere e di pensare. Per ognuno esiste la necessità di avere una sorta di purificazione che, mentre allontana le tossine che avvelenano la ragione nella sua ricerca di verità e di certezza, induce a guardare con maggior intensità all'essenza delle cose. Non possiamo negare, infatti, che la conoscenza, anche la più precisa e scientifica, ha bisogno di progredire facendo le domande e trovando le risposte sull'origine, il senso e la finalità della realtà, uomo incluso. Tuttavia, le sole scienze, naturali e fisiche, non bastano per comprendere il mistero che ogni persona contiene in sé. Se si guarda all'uomo nella sua totalità – permettetemi di insistere su questo tema – si può avere uno sguardo di particolare intensità ai più poveri, ai più disagiati ed emarginati perché anche a loro giunga la vostra cura, come anche l'assistenza e l'attenzione delle strutture sanitarie pubbliche e private. Dobbiamo lottare perché non ci siano "scartati" in questa cultura dello scarto che viene proposta.

Con la vostra preziosa attività voi contribuite a guarire il corpo malato e, al tempo stesso, avete la possibilità di verificare che ci sono leggi impresse nella stessa natura che nessuno può manomettere ma solo "scoprire, usare e ordinare" perché la vita corrisponda sempre più alle intenzioni del Creatore (cfr Conc. Ecum. Vat. II, Cost. *Gaudium et spes*, 36). Per questo è importante che l'uomo di scienza, mentre si misura con il grande mistero dell'esistenza umana, non si lasci vincere dalla tentazione di soffocare la verità (cfr *Rm* 1,18).

Vi rinnovo il mio apprezzamento per il vostro lavoro - anch'io sono stato nelle mani di alcuni di voi - e chiedo al Signore di benedire la ricerca e la cura medica, in modo che a tutti possa giungere il sollievo dal dolore, una maggior qualità della vita e un accresciuto senso di speranza, e quella lotta di tutti i giorni perché non ci siano "scartati" nella vita umana e nella pienezza della vita umana. Grazie tante.



# L'Europa a Roma Reportage dalla ESC



**D**al 27 al 31 agosto si è tenuto per la prima volta in Italia, a Roma, il congresso della Società Europea di Cardiologia. Gli spazi della Fiera di Roma hanno accolto ben 33 mila Cardiologi provenienti da oltre 140 paesi. Il contesto della Fiera di Roma come sede congressuale è stato certamente accattivante. L'organizzazione logistica e la ripartizione dei contenuti scientifici: l'Auditorium principale ha accolto i partecipanti per la presentazione delle nuove Linee Guida e dei nuovi trial clinici; i 9 villaggi sono stati dedicati alle sessioni dei Working Group; nelle zone Hub si sono svolte le principali controversie con attiva interazione con i partecipanti, così come nella zona Forum allestita all'esterno; l'insieme ben armonizzato di questi spazi ha contribuito ad accogliere la comunità cardiologica internazionale in un clima di vivace aggiornamento e scambio culturale. Sicuramente il filo conduttore di questo ESC Congress 2016, è stato il "team working", il lavorare in gruppo, il fare squadra, proprio a sottolineare la necessaria interazione tra tutti i professionisti coinvolti nel trattamento del paziente con malattia cardiovascolare per migliorare l'outcome. Ma l'ambito nel quale il Congresso della





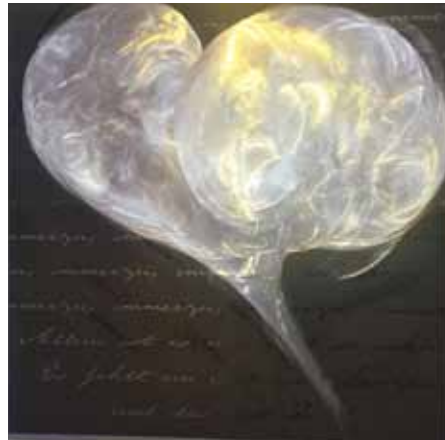
Società Europea, mostra il suo lato più qualificante è sicuramente la presentazione, in anteprima nelle sessioni Hot Line e Advances in Science, dei trial clinici più importanti e di più elevato valore scientifico. Tra i principali trial, di sicuro interesse clinico il **PRAGUE-18**, primo lavoro di confronto diretto prasugrel vs ticagrelor nei pazienti STEMI trattati con angioplastica primaria, non ha dimostrato differenze significative tra i due farmaci in termini di sicurezza ed efficacia nella fase acuta

a 7 e 30 giorni. Ancora in ambito di terapie antiaggreganti l'**ANTARTIC TRIAL** ha dimostrato come il test di funzione piastrinica finalizzato ad adeguare la terapia antiaggregante nell'anziano non porti beneficio in termini di sicurezza ed efficacia. Dati di confronto tra DES e BMS non evidenziano differenze significative in termini di mortalità e reinfarto nel **NORSTENT**. Nel **PEGASUS-TIMI 54** l'aggiunta di ticagrelor 60 mg bid ad ASA è in grado di ridurre il rischio cardiovascolare

nei pazienti con coronaropatia stabile. Evidenze interessanti anche per quanto riguarda lo scompenso cardiaco: l'impianto di ICD in profilassi primaria in pazienti con cardiomiopatia dilatativa non ischemica, in terapia medica ottimale, non modifica la mortalità per tutte le cause a 5 anni nei pazienti ultrasessantotenni nel **DANISH TRIAL**. Nel **MORE CARE study** il monitoraggio remoto di pazienti con CRTD permette una riduzione significativa dei costi rispetto alla



visita ambulatoriale. Lo studio **SAVE** ha dimostrato come il trattamento con CPAP non prevenga eventi cardiovascolari in pazienti con obstruttive sleep apnea e malattia cardiovascolare. Novità anche in tema di NOACs: **ENSURE AF**, edoxaban in monosomministrazione è una efficace e sicura alternativa a AVK/enoxaparina in pazienti con FA trattati con cardioversione elettrica; **ANNEXA 4**, risultati preliminari di sicurezza ed efficacia di andexanet, reversal specifico per gli inibitori del Xa apixaban, rivaroxaban, edoxaban e enoxaparina. Di interesse crescente sull'utilizzo degli inibitori PCSK9, Alirocumab alla dose di 150 mg ogni 2 settimane, nei pazienti con HeFH e sottoposti ad aferesi, riduce significativamente i livelli di LDLc ed il numero di procedure aferetiche richieste nell'**ESCAPE**. Sono state presentate le più recenti



evidenze scientifiche nelle sessioni dedicate alla presentazione di nuove Linee Guida su **Scompenso Cardiaco**, con l'introduzione della nuova classificazione su base ecocardiografica che aggiunge la categoria di pazienti con FE lievemente depressa (HFmrEF) a quelle già esistenti HFrefEF e HFpEF (scompenso a FE ridotta e preservata rispettivamente); vi sono anche nuove indicazioni sul trattamento farmacologico tra cui l'utilizzo di Sacubitril/Valsartan, raccomandato per ridurre mortalità e morbilità nei pazienti con HFrefEF. Fra le altre nuove Linee Guida quelle sulla **Fibrillazione Atriale** enfatizzano la necessità di

ricercare le forme asintomatiche con monitoraggio elettrocardiografico 'intensivo' in tutti i pazienti con più di 65 anni e in casi di stroke criptogenetico. Viene inoltre posta in classe IA la terapia anticoagulante con NOACs da preferire in paziente eleggibili, mentre l'ablazione transcateretere emerge come valida alternativa ai farmaci antiaritmici nel controllo del ritmo anche come trattamento di prima scelta. Nelle Linee Guida 2016 su **Dislipidemia** sono introdotti Ezetimibe ed inibitori PCSK9 e vengono identificati aggressivi obiettivi terapeutici nel paziente a rischio molto alto. Presentate anche le Linee Guida su **Prevenzione Cardiovascolare** ed un position paper su **Cardio-Oncologia**, campo di interesse multidisciplinare crescente. Emozionante la visita del Santo Padre lungo la passerella della Fiera, il saluto ai partecipanti ed il discorso proiettato su grandi schermi. "Voi vi occupate della cura del cuore... Tra le vostre mani passa il centro pulsante del corpo umano...". Il Pontefice ha affermato l'importanza della ricerca scientifica per la vita e la salute delle persone ed ha usato chiare parole sulla nostra professione che, tramite la ricerca di verità e certezza, ci permette di "operare per fornire a tutti sollievo dal dolore, miglior qualità di vita e senso di speranza". Ma una Sua frase tra tutte è da ricordare: "è una sfida confrontarsi", a testimoniare l'importanza del dialogo e del confronto scientifico che rappresenta per noi Cardiologi e per tutta la comunità medica il cardine della crescita professionale. ♥



AGGIORNAMENTO DATI:  
4 ottobre 2016

## Studi in corso

Nome dello Studio	N° centri attivati Italia	N° paz. previsti dal protocollo Italia (tutto il mondo)	N° pazienti arruolati Italia (tutto il mondo)	Durata prevista del follow-up	Stato arruolamento
<a href="#">STEM-AMI OUTCOME</a> in collaborazione con <a href="#">Centro Cardiologico Monzino</a> e <a href="#">ASST di Lecco</a>	44	1.530	532	2 anni	chiuso <a href="#">Newsletter</a>
<a href="#">GISSI Outliers VAR (osservazionale)</a>	10	60	62	3 anni	chiuso <a href="#">Newsletter</a>
<a href="#">GISSI Outliers CAPIRE (osservazionale)</a>	11	800	544	5 anni	chiuso <a href="#">Newsletter</a>
<a href="#">COMPASS</a> in collaborazione con <a href="#">Population Health Research Institute, Hamilton</a>	22 (608)	1.100 (27.400)	1.072 (27.402)	Event driven	chiuso
<a href="#">HPS3-REVEAL</a> In collaborazione con <a href="#">Oxford University</a>	26 (444)	1.820 (30.000)	1.660 (30.624)	Event driven	chiuso
<a href="#">ISCHEMIA</a> In collaborazione con <a href="#">New York University</a>	14 (310)	378 (8.000)	118 (3.347)	Event driven	in corso
<a href="#">TOSCA.IT</a> In collaborazione con <a href="#">Società Italiana Diabetologi</a>	61	3.371	3.036	Event driven	chiuso
<a href="#">DYDA 2 Trial</a> In collaborazione con <a href="#">Associazione Medici Diabetologi</a>	17	186	111	48 settimane	in corso
<a href="#">BLITZ-AF (osservazionale)</a>	169	Pronto Soccorso 3.000 Cardiologia 2.000	Pronto Soccorso 4.421 Cardiologia 3.319	1 anno	in corso
<a href="#">START (osservazionale)</a>	174	4.500	1.820	1 anno	in corso
<a href="#">COLCOT</a> In collaborazione con il <a href="#">Montreal Health Institute</a>	17 (68)	750 (4.500)	76 (728)	Event driven	in corso

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](http://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° pazienti arruolati Italia (tutto il mondo)	Durata prevista del follow-up	Stato arruolamento
POSTER (osservazionale) In collaborazione con Fondazione SISA (Società Italiana per lo studio dell'Arteriosclerosi)	43	6.000	163	No follow-up	in corso
In Progress (osservazionale)	40	300	-	6 mesi	-
BLITZ-HF (osservazionale)	100	5.000	-	1 anno	-

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

### FOCUS ON

#### Studio START

Lo START, studio osservazionale, prospettico, multicentrico, nazionale è passato alla fase operativa nel mese di marzo u.s. Lo studio prevede l'arruolamento, nell'arco temporale di 3 mesi, di pazienti consecutivi dimessi (dopo un ricovero ordinario o in regime di day-hospital) o valutati ambulatorialmente con diagnosi di coronaropatia stabile. I pazienti arruolati dovranno essere rivisti in follow-up a 12 mesi dall'arruolamento. Durante tale controllo sarà valutata l'incidenza di:

- morte per tutte le cause e per cause cardiovascolari;
- nuova rivascolarizzazione miocardica (PCI o CABG);
- nuovo ricovero per cause cardiovascolari e non cardiovascolari.

Al momento del follow-up sarà inoltre valutata l'aderenza ai protocolli farmacologici prescritti alla dimissione, la qualità della vita e lo stato di salute. La stima è quella di riuscire ad arruolare circa 4.500 pazienti con coronaropatia stabile. L'obiettivo principale dello START è quello di ottenere una completa e attendibile descrizione delle modalità di diagnosi e trattamento (farmacologico e non-farmacologico) dei pazienti con diagnosi di coronaropatia stabile trattati nelle Cardiologie italiane. I centri aderenti al progetto sono ad oggi 232, ben

distribuiti su tutto il territorio nazionale. Nel mese di marzo u.s. si sono svolti, a Roma e Firenze, i primi due Investigator Meeting (IM) con i Ricercatori dei centri partecipanti. Nel mese di aprile si è tenuto a Milano un terzo IM con i Ricercatori. Alle tre riunioni già effettuate sono stati invitati i Centri che avevano già ultimato l'iter regolatorio o che erano prossimi alla sua conclusione. Queste riunioni hanno permesso l'attivazione di 77 centri, di cui 70 hanno iniziato l'arruolamento dei pazienti. Nel mese di settembre si sono svolti ulteriori 4 IM con i Ricercatori dei centri non ancora attivati: l'8 settembre a Bologna, il 13 settembre a Napoli, il 15 settembre a Catania ed infine il 16 settembre a Bari. Queste riunioni hanno permesso l'attivazione di ulteriori 97 centri. Al 4 ottobre risultano arruolati 1820 pazienti. L'obiettivo è quello di concludere la fase di arruolamento entro gennaio 2017.

#### Studio POSTER

Lo studio POSTER (Prevalence Of familial hypercholesterolaemia (FH) in Italian patients with coronary artery disease), è passato alla fase operativa nel mese di giugno 2016. Obiettivo primario dello studio, promosso congiuntamente dalla Fondazione "per il Tuo cuore" e dalla Società Italiana Studi Aterosclerosi (SISA), è stabilire la prevalenza di ipercolesterolemia Familiare (FH) in pazienti con documentata malattia

coronarica seguiti presso circa 100 UO di Cardiologia. L'analisi dei dati raccolti permetterà anche di aumentare la sensibilizzazione dei medici Cardiologi verso la patologia FH, spesso sotto-diagnosticata. Allo studio aderiscono ad oggi 90 centri, il periodo di arruolamento in ogni centro è di 12 mesi e non è previsto alcun follow-up. Ai pazienti che al Dutch Lipid Score risulteranno avere una FH probabile o certa (i.e. score  $\geq 6$ ), sarà effettuato un prelievo ematico per l'esecuzione del test genetico. Nel corso del mese di giugno si sono svolti 3 Investigator Meeting, che hanno avuto luogo il 10 ed il 21 a Bologna ed il 20 a Catania. La priorità, per gli inviti agli IM di giugno, è stata data a tutti coloro che avessero già concluso o fossero prossimi alla conclusione dell'iter regolatorio, in modo che chi partecipava fosse nelle condizioni di poter passare rapidamente alla fase operativa dello studio. Alla data del 22 agosto 2016 sono stati attivati 33 centri, da 11 di questi sono stati ammessi pazienti per un totale di 78 soggetti inclusi nello studio. Un ulteriore IM si svolgerà il prossimo 22 settembre, in quella occasione saranno invitati a partecipare tutti gli altri centri aderenti, con l'obiettivo di essere a pieno regime entro la metà di ottobre. ♥

DI BEATRICE MARIOTTONI, TINA FROLO, MOIRA BENNATI,  
MONIA MORGANTI, MARIA LICIA POLENZANI, SIMONA D'ORAZIO, FRANCO COSMI

# Il ruolo centrale del paziente nella ricerca clinica

Incontro Ricercatori - Pazienti all'Ospedale di Cortona



*Il team di ricerca clinica della U.O.C. di Cardiologia del P.O. Valdichiana (Cortona)*

**I**l 17 giugno scorso presso l'Ospedale "Santa Margherita" di Cortona si è tenuto un incontro tra medici, ricercatori e pazienti partecipanti a vari studi clinici in corso, presso lo stesso Ospedale, per condividere percorsi ed obiettivi sul tema "L'assistenza al paziente con scompenso cardiaco: come impiegare al meglio i risultati della ricerca clinica". Durante l'incontro sono stati discussi i diversi approcci professionali (clinico, assistenziale, sperimentale) nella presa in carico del paziente con scompenso cardiaco, considerando anche le

sperimentazioni cliniche in atto presso l'U.O. Cardiologia della Valdichiana. In particolare, la Dott.ssa Simona D'Orazio (Cardiologa presso l'U.O.C. di Cardiologia del P.O. della Valdichiana) ha affrontato il tema dell'assistenza medica ai pazienti con scompenso cardiaco; la Dott.ssa Beatrice Mariottoni (Study Coordinator presso l'U.O. di Cardiologia del P.O. della Valdichiana) ha invece introdotto la questione inerente la metodologia della sperimentazione clinica; infine, la Dott.ssa Tina Frolo (Infermiera di Staff Direzionale e

Animatore di Formazione P.O. Valdichiana) e l'Infermiera Moira Bennati (Infermiera presso l'Ambulatorio di Cardiologia del P.O. Valdichiana) hanno presentato il modus operandi dell'Infermiere nella gestione e cura del paziente con scompenso cardiaco. Inoltre hanno portato il loro contributo nel dibattito altri operatori, come la Dott.ssa Maria Licia Polenzani, l'Infermiera Monia Morganti, il Dott. Francesco Carpinteri e il Dott. Rosario Brischetto, nonché una buona parte dei pazienti arruolati negli studi e alcuni



*Pazienti interessati alla ricerca clinica*

dei loro familiari. La peculiarità dell'incontro, infatti, è stata nella partecipazione aperta non solo agli operatori sanitari, ma anche ai pazienti arruolati nei vari studi clinici ed ai loro accompagnatori. L'incontro ha dato ampio spazio al confronto tra operatori e pazienti e alla divulgazione dei dati emersi finora dagli studi. La condivisione con i pazienti ed i familiari sia della pianificazione degli studi clinici che della conduzione, del monitoraggio e dei risultati è spesso trascurata forse per una questione di mancanza di sensibilità o forse per deficit culturale. Ci si ferma solo al consenso informato previsto per la partecipazione allo studio: è questo un momento sì importante, ma circoscritto alla fase di arruolamento, anche se ora in molti studi gli emendamenti creano un rinforzo periodico dell'iniziale consenso. È opinione condivisa all'interno dell'U.O. di Cardiologia di Cortona che è imprescindibile che i pazienti siano al corrente dell'andamento dello studio clinico, sia durante il corso di esso che dopo la visita finale, e possano discutere con ricercatori ed operatori delle problematiche che dovessero insorgere durante la fase di attuazione delle varie

ricerche cliniche. La Ricerca clinica è così "partecipata" a tutti i livelli e si integra nella routine ospedaliera. Grande determinazione nello svolgere le procedure previste nei trial clinici deriva dal perseverante impegno in collaborazione con il Centro Studi ANMCO della Fondazione "per il Tuo cuore" HCF Onlus. Difatti questo incontro è stato preceduto da un congresso, tenutosi l'8 maggio 2015, che aveva come tema "Il ruolo centrale del paziente nella ricerca clinica", durante il quale è intervenuta anche la Dott.ssa Martina Ceseri, Responsabile del Settore Monitoraggio del Centro Studi

ANMCO, che aveva presentato le tappe ed i protagonisti della ricerca clinica. L'incontro era stato coordinato dalla Prof.ssa Maura Lodovichi e dalla Dott.ssa Sandra Bianchini, rispettivamente Presidente e Responsabile della Segreteria del Comitato Etico di Arezzo. Si inserisce in questo contesto l'incontro del 17 giugno u.s., che ha voluto rappresentare un modo nuovo di approcciarsi e motivare non solo gli operatori, ma soprattutto i pazienti, che sono il vero fulcro della ricerca clinica. Abbiamo dedicato molta attenzione alla condivisione con i nostri pazienti di tutti i dati a disposizione,



*Alcuni pazienti interessati alla ...ricerca del goal Italia-Svezia*





*Alcuni momenti dell'incontro tra ricercatori e pazienti*

cercando di chiarire ogni dubbio e di soddisfare le richieste di ulteriori informazioni. Ci siamo domandati più volte quale fosse la motivazione che spinge i pazienti ad entrare a far parte di studi clinici. Ebbene, probabilmente essa è da ritrovare, oltre che in questioni etiche (potenziale beneficio per se stessi e per i pazienti futuri), soprattutto nel grande senso di fiducia che hanno nel team di ricerca clinica. Questo clima di fiducia naturalmente va costruito nel tempo e rafforzato continuamente. Oltre la fondamentale fiducia, le procedure che caratterizzano gli studi prevedono la tutela del paziente a 360°, come ad esempio la polizza di assicurazione che lo sponsor stipula per l'occasione, i numerosi controlli di follow up, la presenza di enti regolatori che valutano

qualsiasi modifica ai protocolli. È stato spiegato ai pazienti il ruolo del Clinical Monitor, figura di rilevante importanza per la buona conduzione dello studio e per il rispetto delle procedure previste. Il paziente, in ogni caso, ha anche bisogno di essere rassicurato. Ed è proprio per questo motivo che risulta necessario instaurare un rapporto di fiducia e stima reciproca con il team di ricerca. Nel nostro Centro di Ricerca di Cortona ci siamo posti essenzialmente due regole:

1. I pazienti arruolati saranno sempre informati dei risultati dello studio cui partecipano, soprattutto qualora i risultati - anche di middle time - possano avere un impatto sulle decisioni riguardanti il presente o il futuro sulla gestione delle loro condizioni.
2. I pazienti arruolati avranno

a disposizione momenti (come quello dell'8 maggio 2015 o quello del 17 giugno scorso) per confrontarsi sia con altri pazienti che con medici specialisti, non solo di ambito cardiologico, su dubbi, sintomi, modus operandi del team di ricercatori e su tutto ciò che influisce sulla percezione del proprio stato di salute. D'altronde la buona assistenza clinica, medica ed infermieristica, esiste se c'è anche una buona ricerca clinica, e non c'è ricerca clinica senza paziente. Pertanto, è nostro obiettivo creare occasioni come questa sempre più di frequente e ci piacerebbe che questa attenzione verso il paziente venisse condivisa con altri centri ospedalieri che fanno ricerca clinica in Italia, e da tutti portata avanti. ♥



### AREA ARITMIE

#### Chairperson *ad interim*

Achille Giardina (Cagliari)

#### Co - Chairperson

Achille Giardina (Cagliari)



### AREA CARDIOCHIRURGIA

#### Chairperson *ad interim*

Leonardo Patanè (Pedara - CT)

#### Co - Chairperson

Leonardo Patanè (Pedara - CT)

#### Comitato di Coordinamento

Donato Melissano (Casarano - LE)

Gabriele Zanotto (Legnago - VR)

Massimo Zecchin (Trieste)

Gianluca Zingarini (Perugia)

[www.anmco.it/pages/entra-in-anmco/aree-anmco/area-aritmie](http://www.anmco.it/pages/entra-in-anmco/aree-anmco/area-aritmie)

#### Comitato di Coordinamento

Samuele Baldasseroni (Firenze)

Mirko Muretti (Sassari)

Davide Pacini (Bologna)

Bruno Maria Passaretti (Bergamo)

[www.anmco.it/pages/entra-in-anmco/aree-anmco/area-cardiochirurgia](http://www.anmco.it/pages/entra-in-anmco/aree-anmco/area-cardiochirurgia)



### 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)

#### Comitato di Coordinamento

Alfredo De Nardo (Vibo Valentia)

Georgette Khoury (Amelia - TR)

Antonella Moreo (Milano)

Danilo Neglia (Pisa)

[www.anmco.it/pages/entra-in-anmco/aree-anmco/area-cardioimaging](http://www.anmco.it/pages/entra-in-anmco/aree-anmco/area-cardioimaging)

#### Comitato di Coordinamento

Luisa Cacciavillani (Padova)

Giuseppe Ferraiuolo (Roma)

Alberto Menozzi (Parma)

Roberta Rossini (Bergamo)

[www.anmco.it/pages/entra-in-anmco/aree-anmco/area-emergenza-urgenza](http://www.anmco.it/pages/entra-in-anmco/aree-anmco/area-emergenza-urgenza)



**AREA GIOVANI**

**Chairperson**

Marco Marini (Ancona)

**Co - Chairperson**

Fabiana Lucà (Marsala - TP)

**Comitato di Coordinamento**

Giorgio Caretta (La Spezia)

Vincenza Procaccini (Benevento)

Letizia Riva (Bologna)

Gabriele Vianello (Chioggia - VE)

[www.anmco.it/pages/entra-in-anmco/aree-anmco/area-giovani](http://www.anmco.it/pages/entra-in-anmco/aree-anmco/area-giovani)



**AREA MALATTIE DEL CIRCOLO POLMONARE**

**Chairperson**

Iolanda Enea (Caserta)

**Co - Chairperson**

Amedeo Bongarzone (Milano)

**Comitato di Coordinamento**

Francesca Bux (Bari Carbonara - BA)

Maria Paola Cicini (Roma)

Matteo Rugolotto (Treviso)

Marco Vatrano (Catanzaro)

[www.anmco.it/pages/entra-in-anmco/aree-anmco/area-malattie-circolo-cardiopulmonare](http://www.anmco.it/pages/entra-in-anmco/aree-anmco/area-malattie-circolo-cardiopulmonare)



**AREA MANAGEMENT & QUALITÀ**

**Chairperson**

Giovanni Gregorio

(Vallo della Lucania - SA)

**Co - Chairperson**

Luciano Moretti (Ascoli Piceno)

**Comitato di Coordinamento**

Giovanni De Luca (Palermo)

Sergio Macciò (Vercelli)

Carmelo Massimiliano Rao (Reggio Calabria)

[www.anmco.it/pages/entra-in-anmco/aree-anmco/area-management-qualita](http://www.anmco.it/pages/entra-in-anmco/aree-anmco/area-management-qualita)



**AREA NURSING**

**Chairperson Medico**

Mauro Mennuni (Colleferro - Roma)

**Co - Chairperson Medico**

Massimo Imazio (Torino)



**Chairperson Infermiera**

Donatella Radini (Trieste)

**Co - Chairperson Infermiera**

Sabrina Egman (Palermo)

**Comitato di Coordinamento**

Giuseppina Maura Francese (Catania)

Vjerica Lukic (Roma)

Fabiola Sanna (Novara)

Sonia Tosoni (Brescia)

[www.anmco.it/pages/entra-in-anmco/aree-anmco/area-nursing](http://www.anmco.it/pages/entra-in-anmco/aree-anmco/area-nursing)



**AREA PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE**

**Chairperson**

Gian Francesco Mureddu (Roma)

**Co - Chairperson**

Maurizio Giuseppe Abrignani (Erice - TP)

**Comitato di Coordinamento**

Fabio Angeli (Perugia)

Paolo Fontanive (Pisa)

Annarita Pilleri (Cagliari)

Paolo Silvestri (Benevento)

[www.anmco.it/pages/entra-in-anmco/aree-anmco/area-prevenzione-cardiovascolare](http://www.anmco.it/pages/entra-in-anmco/aree-anmco/area-prevenzione-cardiovascolare)



**AREA SCOMPENSO CARDIACO**

**Chairperson ad interim**

Massimo Iacoviello (Bari)

**Co - Chairperson**

Andrea Mortara (Monza - MB)

**Comitato di Coordinamento**

Ilaria Battistoni (Ancona)

Alessandro Navazio (Guastalla - RE)

Daniela Pini (Rozzano - MI)

[www.anmco.it/pages/entra-in-anmco/aree-anmco/area-scompenso-cardiaco](http://www.anmco.it/pages/entra-in-anmco/aree-anmco/area-scompenso-cardiaco)





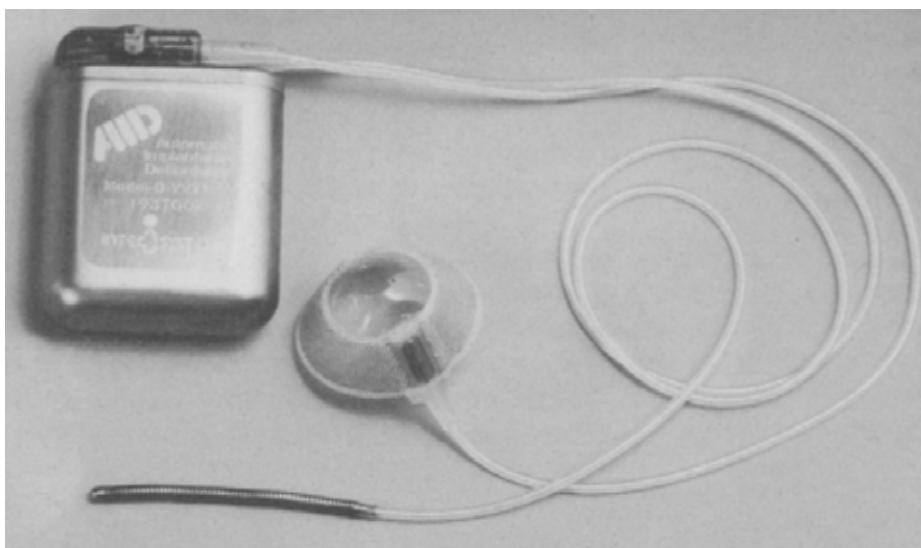
# Dalla CCU al AID

**La rivoluzione delle CCU fu strettamente legata a tre innovazioni nel campo delle biotecnologie: il defibrillatore transtoracico, il pacemaker e la rianimazione cardiopolmonare**

**E**ugene Braunwald considera l'unità coronarica «*The single most important advance in the treatment of acute myocardial infarction*». Nel 1947 Claude Beck, salvò un ragazzo che stava operando, defibrillandone direttamente il cuore. Nove anni dopo resuscitò un medico che per un IMA era in FV, con una toracotomia e defibrillando il cuore. Pubblicò il caso su JAMA «*This one experience indicates that resuscitation from a fatal heart attack is not impossible and might be applied to those who die in the hospital and perhaps to those who die outside the hospital*». Nel 1961, ad Edimburgo, un altro medico fu salvato da Desmond G. Julian utilizzando la tecnica di Beck. Il Collega proveniva dal Johns Hopkins Hospital dove

Kouwenhoven aveva sviluppato il massaggio cardiaco esterno. Convalescente tornò per far leggere l'articolo a Julian. Il passaggio dalla defibrillazione a torace aperto a quella transtoracica fu difficile e la svolta si ebbe grazie alle richieste delle società elettriche USA. I primi defibrillatori a corrente alternata furono realizzati da Kouwenhoven e da Zoll che nel 1956 eseguì la prima defibrillazione esterna nell'uomo. Il passo finale fu compiuto da Bernard Lown e da Barouh Berkovitz che realizzarono il defibrillatore a corrente continua. Himmelstein e Scheiner descrissero nel 1952 l'uso del "Cardiotachoscope", dotato di un tubo catodico, degli allarmi di frequenza e del collegamento ad un elettrocardiografo. L'Electrodyne

giocò un ruolo fondamentale realizzando nel 1958 il "Pacemaker-Alarm-Monitor" PMS-5, adottato nelle prime CCU. Negli USA fece scalpore la morte di Clarke Gable che era ricoverato per un IMA decorso senza complicazioni fino alla decima giornata quando morì improvvisamente. Poco tempo prima erano stati pubblicati due lavori che descrivevano l'unità coronarica. L'abstract di Morris Wilburne ("The Coronary Care Unit: A New Approach to Treatment of Acute Coronary Occlusion") e l'articolo di Desmond Julian (The Lancet, 14/10/1961) "Treatment of Cardiac Arrest in Acute Myocardial Ischaemia and Infarction". Julian dovette lasciare Edimburgo alla volta di Sidney dove poté organizzare la prima CCU australiana. Il 20 maggio 1962, a Kansas City, fu aperta la prima unità coronarica al mondo grazie a Huges Day, che nel mese di novembre descrisse l'esperienza all'Interim Clinical Meeting of the American College of Chest Physicians. Il discorso di Day convinse Eliot Corday che divenne il suo principale alleato e da Presidente dell'American College of Cardiology usò la sua influenza per affermare il modello dell'unità coronarica negli USA dove già nel 1966 se ne contavano più di 200. La "infarct battle" conseguiva la sua prima vittoria grazie ad uno



Il defibrillatore automatico impiantabile. Dall'archivio CPI. Concessa da Boston Scientific.

straordinario connubio tra progresso tecnologico ed avanzamento morale, come avvenne anche nel caso della nascita del defibrillatore automatico impiantabile (AID). Michel Mirowski iniziò a lavorare presso il Tel Hashomer hospital -Tel Aviv dove conobbe Harry Heller, Primario di Medicina, che divenne il

**Nel 1956 su JAMA il Chirurgo Claude Beck scrisse: «This one experience indicates that resuscitation from a fatal heart attack is not impossible and might be applied to those who die in the hospital and perhaps to those who die outside the hospital»**  
**Dieci anni dopo negli USA erano state aperte oltre 200 CCU**  
**Nel 1980 fu impiantato nell'uomo il primo defibrillatore automatico (AID)**

suo Maestro. Ebbe una formazione internazionale frequentando (1954 - 56) il centro di Demetrio Sodi Pallares e nei due anni successivi quello di Helen Taussig a Baltimora. Dal 1963, tornò in Israele e lavorò in un piccolo Ospedale.



*Illustrazione di una postazione CCU. Nel supporto alto il monitor Electrodyne PMS-5. Sul comodino il PM Electrodyne Tr-3 (primi anni sessanta).*

*Illustrazione del monitor Electrodyne da femtosimclinical.com Fifty Years of Physiologic Monitors.*



*Michel Mirowski durante un Simposio ad Hannover (Germania, 1988).*

Nel 1966 la sua vita fu sconvolta dalla morte, preceduta da ripetute crisi di tachicardia ventricolare, di Harry Heller. Quando nel 1968 fu chiamato a dirigere la CCU del Mount Sinai Hospital a Baltimora, Mirowski era già fermamente

intenzionato a realizzare il defibrillatore impiantabile. Il Mount Sinai Hospital, della Johns Hopkins Medical School, consentì a Mirowski di conciliare la clinica con la ricerca, in stretta collaborazione con Morton Mower con il quale scrisse lo storico articolo: Mirowski M, Mower MM, Staewen WS, Tabatznik B, Mendeloff. "Standby automatic defibrillator. An approach to prevention of sudden coronary death". Arch Intern Med 1970; 126: 158-61. In realtà Mirowski era stato preceduto da J. C. Shuder (Department of Surgery, University

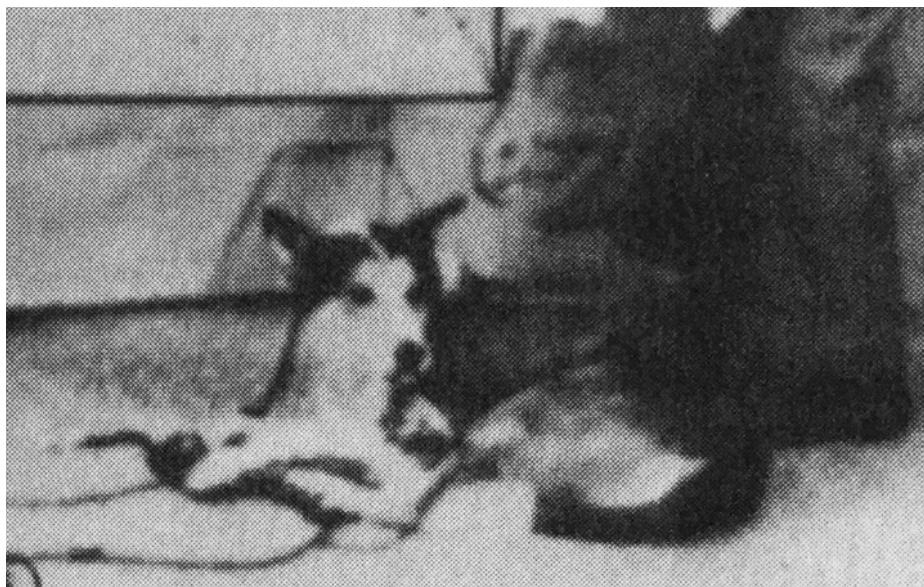
**Michel Mirowski, dopo la morte dell'amico Harry Heller, concepì l'idea di estendere l'ombrello protettivo delle CCU ai singoli individui**

of Missouri): Schuder IC, Stoeckle H, Gold IH, et al. "Experimental ventricular defibrillation with an automatic and completely implanted system". Trans Am Soc Artif Intern Organs 1970; 16:207-212. Schuder, proseguì effettuando fondamentali studi sulle forme d'onda di defibrillazione. Come, tuttavia, egli stesso scrisse, la battaglia per convincere lo scetticismo della comunità medica fu combattuta da Mirowski: "was to spend the next 10 years of his life in a persistent, and often lonely, campaign to convince skeptical physicians and manufacturers of the virtues of the



## Little Dog è dedicato a tutti gli animali da esperimento che, con il loro sacrificio, hanno reso possibile il defibrillatore automatico impiantabile

automatic implantable defibrillator and that it should be evaluated in human patients". Due protagonisti contribuirono in maniera determinante alla realizzazione della "magnifica ossessione" di Mirowski: "little dog" ed il Dott. Marlin Stephen "Doc" Heilman. Il gruppo di Mirowski (1975) aveva realizzato un filmato in cui si vedeva un piccolo cane "being put into fibrillation and collapsing unconscious, then standing up and wagging its tail after the defibrillator had fired and terminated the VF". Per fugare ogni dubbio, i Nostri ripeterono l'esperimento filmando contemporaneamente il cane e la traccia ECG. Questa volta little dog convinse molti medici della serietà del lavoro di Mirowski e Mower. Marlin Stephen "Doc" Heilman è un Medico che ha all'attivo diverse invenzioni tra le quali il defibrillatore indossabile LifeVest®. Nel 1964 fondò la Medrad (Medical research and development) e con soluzioni innovative conquistò una posizione dominante nel campo degli iniettori angiografici. L'incontro faticoso si ebbe nel 1972: Mirowski illustrò a Heilman il suo progetto. Tanto bastò per convincere Doc ad impegnarsi nella costruzione dell'AID. La Medrad



*Little Dog in un fotogramma del famoso film realizzato da Mirowski e collaboratori.*

sviluppò soluzioni innovative. Furono depositati oltre 50 brevetti e messe in atto procedure di "high-quality manufacturing". Per il controllo di qualità vennero assunti ingegneri dalla Arco Medical di Pittsburg che produceva PM atomici. La Honeywell collaborò con la pila al litio-vanadio pentossido. Agli Applied Physics Laboratory della Johns Hopkins University fu affidata la revisione del progetto. Tutto si svolse sotto il controllo della FDA, attraverso la Intec fondata dalla Medrad per collaborare con l'ente federale. La fase preclinica si protrasse dal 1973 al 1979 quando la Intec ritenne di poter sottoporre all'Institutional Review Board della Johns Hopkins University la richiesta di un test nell'uomo. Grazie al rigore del lavoro svolto ("We will be more Catholic than the Pope", Heilman) il 4 febbraio 1980 il sogno di Mirowski poté realizzarsi in una sala operatoria del Johns Hopkins.

Levi Watkins, assistito da Philip Reid, impiantò il primo AID in una donna di 57 anni. Una volta posizionati i cateteri e collegati all'AID, venne indotta la fibrillazione ventricolare ed iniziò l'attesa... dopo 20 secondi venne caricato il defibrillatore esterno e dopo 35 secondi ("which seemed like 35 hours") vennero posizionate le piastre toraciche. Allo scoccare del quarantesimo secondo, appena prima della scarica esterna, l'AID liberò lo shock ripristinando il ritmo cardiaco. Dal 1980 al 1982 furono impiantati 57 AID, seguì la II generazione e nel 1985 venne il via libera definitivo della FDA. Michel Mirowski riuscì nella missione della sua vita prima che nel 1990 un fatale mieloma lo fermasse. Lo ricordiamo con le parole di Heilman "He was intense... His dedication to the project particularly impressed me... I sensed in him a deep intelligence and a dedication that stood out. ♥"





**ANMCO**

**Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri**

**DOMANDA DI ISCRIZIONE**



**per il tuo cuore**

Fondazione per il Tuo cuore - HCF Onlus

La Domanda di Iscrizione (scaricabile alla pagina [www.anmco.it/pages/entra-in-anmco/chi-siamo/isciversi-all-anmco](http://www.anmco.it/pages/entra-in-anmco/chi-siamo/isciversi-all-anmco) del Sito WEB ANMCO) deve essere inviata in originale **insieme al Curriculum Vitae in formato Europeo** al Dipartimento Soci-Regioni ANMCO - Via Alfonso La Marmora, 36 50121 Firenze - e anticipata per fax al numero 055 5101350 o per e-mail all'indirizzo **soci@anmco.it**. Lo Statuto dell'ANMCO è consultabile alla pagina [www.anmco.it/pages/entra-in-anmco/chi-siamo/cos-e-l-anmco](http://www.anmco.it/pages/entra-in-anmco/chi-siamo/cos-e-l-anmco) del Sito WEB ANMCO e i relativi Regolamenti alla pagina [www.anmco.it/pages/entra-in-anmco/chi-siamo/regolamenti-e-procedure](http://www.anmco.it/pages/entra-in-anmco/chi-siamo/regolamenti-e-procedure).

**DATI ANAGRAFICI**

Nome ..... Cognome ..... sesso  M  F  
Data di nascita [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Luogo di nascita.....  
Indirizzo ..... Città ..... Prov..... CAP [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  
Tel./Cell. .... Fax ..... E - mail.....

**DATI PROFESSIONALI**

Ospedale/Reparto .....  
Indirizzo .....  
Città ..... Prov. [ ] [ ] CAP [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  
Tel./Fax ..... E - mail lavoro: .....  
Specializzato in Cardiologia:  Sì  No Altre Specializzazioni .....  
Appartenente ad **altra Società Scientifica Cardiologica**  Sì  No  
Se Sì indicare quale.....

**Struttura**  Ospedaliera  Universitaria  Distretto Sanitario  Privata\*  
 Altro ..... \*indicare se accreditata da SSN SI  NO

**Tipologia**

Divisione di Cardiologia  Divisione di Cardiochirurgia  
 Servizio di Cardiologia autonomo con posti letto  Servizio di Cardiologia aggregato con posti letto  
 Servizio di Cardiologia autonomo senza posti letto  Servizio di Cardiologia aggregato senza posti letto  
 Divisione Medicina  CNR  
 Ambulatorio  Altro .....

\* Accreditamento (da compilare **se struttura privata**) SI  NO   
Anno di assunzione nella struttura indicata.....  
Nome del Primario o facente funzione .....  
Nome del Responsabile (per Strutture aggregate) .....

**Ruolo**  Cardiologo  Cardiochirurgo  Medico  
Specificare da quando viene svolto il ruolo indicato [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ]  
mese anno

**Qualifica**

Direttore di dipartimento  Direttore Generale  Direttore Sanitario  
 Direttore di struttura complessa  Responsabile di struttura semplice  Dirigente Medico  
 Ricercatore  Borsista  Specializzando  
 Ambulatoriale  Libero professionista  Altro .....  
**In quiescenza**  **Non di ruolo**

**CAMPI DI IMPEGNO PROFESSIONALE Generale (non più di due)**

Aritmologia ed Elettrostimolazione (AES)  Cardiologia Pediatrica (CPD)  Informatica (INF)  
 Aterosclerosi, Emostasi e Trombosi (AET)  Circolazione Polmonare e Funzione ventricolare destra (CPF)  Ipertensione arteriosa sistemica (IPR)  
 Biologia Cellulare del Cuore (BCC)  Ecocardiografia (ECO)  Malattie del Miocardio e del Pericardio (MMP)  
 Cardiopatie Valvolari (CAV)  Emodinamica e Cardiologia Interventistica (EMC)  Sindromi Coronariche Acute (SCA)  
 Cardiochirurgia (CCH)  Epidemiologia e Prevenzione (EPR)  Terapia Intensiva Cardiologica (TIC)  
 Cardiologia Clinica (CCL)  Farmacologia in Cardiologia (FCA)  Valutazione Funzionale e Riabilitazione del cardiopatico (VFR)  
 Cardiologia Nucleare e Risonanza Magnetica in Cardiologia (CNR)  Insufficienza Cardiaca (INC)



## Il Documento di Consensus sulla rete per lo scompenso cardiaco

# La rete per l'assistenza del paziente con scompenso cardiaco

**L'**obiettivo principale dell'attività dell'Area Scompenso Cardiaco nel biennio che si sta concludendo è ormai raggiunto. È stato completato e pubblicato il Documento di Consenso che delinea le caratteristiche di una rete cardiologica dedicata all'assistenza del paziente affetto da scompenso cardiaco. Nei numeri precedenti di *"Cardiologia negli Ospedali"* vi avevamo già descritto tutti i passi del documento dalle sue linee generali alla discussione ed al confronto sulle bozze iniziali in occasione della Convention degli ambulatori scompenso al Congresso ANMCO dello scorso anno. Ora che il documento è stato ultimato ed approvato non possiamo che passare alla fase successiva, ovvero allo sforzo comune di realizzare gli intenti del documento attraverso l'implementazione della Rete degli Ambulatori Scompenso. Una rete che ha caratteristiche peculiari:

- perché propone una costante interazione tra i vari ambulatori dedicati allo scompenso cardiaco ospedalieri e territoriali al fine di ottimizzare il percorso del paziente offrendo nelle varie fasi della sua malattia una risposta adeguata alle sue esigenze di cura;
- perché propone un modello gestionale innovativo che prevede una aggregazione funzionale ed integrata delle attività di cure erogate nei diversi setting assistenziali (modulazione dell'offerta di cura in un ambito ospedaliero e territoriale). In termini di applicabilità e sostenibilità il documento rappresenta una proposta di percorsi di cura concreta ed articolata. Una proposta che, per i decisori del Sistema Sanitario, si propone come strumento estremamente utile per la programmazione e la realizzazione di una moderna rete delle cure dedicata ai pazienti con scompenso

cardiaco cronico. Il progetto, proposto e sviluppato dall'ANMCO, è stato anche condiviso dalla Società Italiana di Cardiologia ed è assolutamente in linea con il Piano Sanitario Nazionale delle Cronicità. **Il Piano Sanitario delle cronicità**

Il recente Piano Sanitario Nazionale individua nello scompenso cardiaco la patologia cardiovascolare che deve essere oggetto di un'attività mirata volta ad ottimizzarne il trattamento. L'obiettivo generale per ottimizzare la gestione del paziente con scompenso cardiaco è quello della riduzione delle ospedalizzazioni legate alla riacutizzazione dello scompenso, ma vengono anche individuati come obiettivi specifici: la diffusione e l'implementazione delle Linee Guida; la riduzione della frammentazione dei percorsi, l'implementazione di modelli di monitoraggio del paziente nel territorio attraverso una organizzazione che tenga





il più possibile a domicilio il paziente, il miglioramento della formazione del personale sanitario, l'implementazione nell'uso della telemedicina, il ricorso a trattamenti riabilitativi appropriati e personalizzati. Obiettivi assolutamente in linea con il nostro documento sulla rete cardiologica per lo scompenso. Ma in linea con

nelle singole regioni della rete dedicata allo scompenso cardiaco. Ognuna delle regioni in base alle proprie esigenze, alle proprie risorse ed alla distribuzione territoriale di strutture e competenze potrà delineare i nodi (ambulatoriali ed ospedalieri) ed i percorsi all'interno della rete. In questo contesto appare estremamente utile anche

di strutture dedicate alla cura dello scompenso cardiaco andrà promossa la formazione continua di personale sanitario da dedicare al fine di assicurare un'assistenza altamente qualificata. Non bisogna infine dimenticare che, sebbene il documento sia finalizzato ad una riorganizzazione dell'assistenza del paziente cronico, questa non può

## La pubblicazione del Documento di Consensus sulla rete cardiologica per l'assistenza allo scompenso cardiaco apre una nuova fase che ci vedrà coinvolti nel tentativo di ottimizzare la gestione dei pazienti attraverso l'implementazione della rete a livello regionale

il documento sono anche le linee di intervento proposte dal Piano Nazionale ovvero:

- l'implementazione di PDTA;
- la diffusione di un modello organizzativo che garantisca la gestione bidirezionale integrata del paziente tra il dipartimento cardiologico ospedaliero ed i servizi del territorio;
- forme di collaborazione professionale intra ed extraospedaliere anche all'interno di ambulatori dedicati per i pazienti a più alta complessità di cura;
- promozione di forme di assistenza domiciliare e/o tele assistita.

### I prossimi passi...

I prossimi passi non potranno, dunque, che essere quelli da muovere a livello regionale, dove ogni sforzo deve essere intrapreso per condividere il documento con le agenzie sanitarie regionali e/o con gli assessorati alla salute al fine di consentire l'implementazione

l'indagine conoscitiva sulla realtà esistente ovvero la survey sugli ambulatori scompenso. La survey, infatti, non è solo una fotografia della realtà attuale. Non solo ci ha indicato il numero di ambulatori dedicati allo scompenso cardiaco (di gran lunga inferiore a quello indicato nell'ultimo Censimento ANMCO delle Cardiologie), ma la tipologia ovvero una analisi degli ambulatori dedicati differenziati in base alla complessità delle cure che sono in grado di fornire. Una caratterizzazione fondamentale nel momento in cui si decida di pianificare l'implementazione di una rete gestionale locale. Nello sforzo di implementazione della rete non potrà essere assolutamente tralasciata la adeguata individuazione delle competenze professionali nel campo dello scompenso cardiaco e delle realtà ambulatoriali già esistenti. Lì dove vi sia una carenza

prescindere dalla ottimizzazione dei percorsi intraospedalieri (es. in caso di riacutizzazione dello scompenso o in caso di diagnosi di scompenso de novo) dal momento che la dimissione da un ricovero ordinario rappresenta il principale punto di ingresso nella rete. Non ci rimane che iniziare a lavorare insieme per raggiungere questi obiettivi,

## La Survey degli ambulatori scompenso offre un'analisi sia della distribuzione territoriale sia delle caratteristiche degli ambulatori già attivi

sicuri che non mancheranno difficoltà e criticità da superare che potremo condividere in occasione delle prossime convention degli ambulatori scompenso. ♥



DI GIOVANNI PULIGNANO, CO-CHAIRPERSON DEL DOCUMENTO DI CONSENSO ANMCO, SIC, SICCH, GISE "STRATIFICAZIONE DEL RISCHIO IN CHIRURGIA CARDIACA E IMPIANTO TRANSCATETERE DI VALVOLA AORTICA SPECIFICO PER IL PAZIENTE ANZIANO"  
COORDINATORI: G. PULIGNANO, M. GULIZIA

## Toolkit di Cardiogeriatría, parte III

# Valutazione dell'anziano con stenosi aortica

## Stratificazione del rischio nell'anziano con stenosi aortica

L' invecchiamento della popolazione ha determinato un incremento delle cardiopatie e quindi di pazienti candidati a cardiocirurgia e procedure interventistiche con maggiori comorbidità e quindi a rischio più elevato. La stenosi aortica (SA) è, dopo l'insufficienza mitralica, la valvulopatia più frequente nei paesi sviluppati, e il suo impatto sulle risorse sanitarie pubbliche e sull'assistenza è in aumento. Le nuove tecniche e protesi chirurgiche e le procedure transcaterete (TAVI) rappresentano alternative alla chirurgia convenzionale e hanno permesso il trattamento di pazienti sempre più anziani, complessi, con stenosi aortica sintomatica severa, considerati in precedenza inelleggibili a per rischio chirurgico alto o proibitivo. Tuttavia, una sostanziale percentuale di anziani con stenosi aortica severa non è candidabile alla chirurgia a causa dell'alto rischio legato all'età avanzata, alla fragilità, alle numerose comorbidità. La TAVI consente il trattamento di pazienti molto anziani a rischio chirurgico alto o

proibitivo considerati inelleggibili per intervento chirurgico e con una accettabile aspettativa di vita (109). Gli studi condotti con entrambi i device valvolari di prima generazione hanno dimostrato buoni risultati in termini di sopravvivenza e di sintomi dopo TAVI. Purtroppo, una percentuale significativa di pazienti muore, spesso per cause non legate alla valvulopatia, o non presenta un miglioramento della qualità della vita nel follow-up a breve-medio termine (*Failure to thrive*). Gli score di rischio globale in uso corrente, quali lo STS e l'EuroSCORE, non sembrano essere adeguati nella valutazione pre-operatoria degli anziani con stenosi aortica. Questo, per almeno 3 motivi principali: a) questi score sono stati sviluppati per pazienti molto più giovani, candidati a cardiocirurgia maggiore; b) una valutazione organo-specifica è poco presente; c) le specifiche condizioni geriatriche non vengono affatto valutate. Inoltre, questi punteggi non stratificano in base al grado di severità della stenosi aortica, dello stroke volume (flusso normale vs flusso basso),

del gradiente di pressione (basso gradiente vs alto gradiente), e sulla frazione di eiezione (normale vs ridotta). Sembra necessario quindi includere altre variabili per migliorare la stratificazione del rischio e per confrontare i risultati delle procedure. Nell'insieme, questi problemi sollevano questioni importanti sulla necessità di individuare e riconoscere la possibile inutilità della procedura in alcuni pazienti, in cui questa procedura non deve essere eseguita perché il paziente si avvicina alle fasi finali della vita, la condizione clinica è troppo avanzata e in cui anche una procedura tecnica di successo è inutile e non migliora i risultati di salute. È importante quindi stabilire: 1) se e quanto la fragilità del paziente condiziona il rischio delle procedure; 2) quanto la qualità di vita e la sopravvivenza del singolo paziente siano condizionate dalla sola patologia valvolare aortica o dall'associarsi a questa di altri fattori; 3) se un intervento specialistico geriatrico che valuti e corregga altre patologie con le loro disabilità potenziali o già evidenti può migliorare gli esiti della TAVI,



in particolare la qualità di vita del paziente. Di conseguenza, oltre alla stratificazione del rischio tradizionale, un certo numero di fattori tra cui multimorbilità, disabilità, fragilità, e funzione cognitiva deve essere considerato al fine di valutare il beneficio previsto della TAVI. La valutazione della complessità del paziente, pertanto, può fornire un prezioso contributo prognostico e assistere i cardiologi e i cardiocirurghi nella definizione del percorso di cura ottimale per il singolo paziente. La complessità, non è quindi una ragione sufficiente per rifiutare una determinata cura, ma piuttosto un mezzo per scegliere una cura personalizzata e più incentrata sul paziente. Non esistono al momento dati definitivi che ci possano permettere di valutare con precisione l'impatto che la fragilità ha nel problema della gestione della stenosi aortica nel grande anziano. La valutazione del rischio operatorio è effettuata con indici standard, quali EuroScore o STS score, che non sono stati tarati per intercettare tutti i fattori di rischio dei pazienti di età superiore agli 80 anni. Tali strumenti infatti, includono solo alcune

**La complessità, non è quindi una ragione sufficiente per rifiutare una determinata cura, ma piuttosto un mezzo per scegliere una cura personalizzata e più incentrata sul paziente**

comorbidità che sono in qualche modo indicative di fragilità ma non stimano la fragilità stessa con parametri specifici. Probabilmente se a tali indici affiancassimo anche la stratificazione del rischio per lo stato di fragilità del paziente, potremmo meglio affinare la nostra valutazione del rischio operatorio. Un tentativo è riportato nelle recenti Linee Guida americane, tuttavia gli indici di fragilità proposti non sono ancora sufficientemente standardizzati e

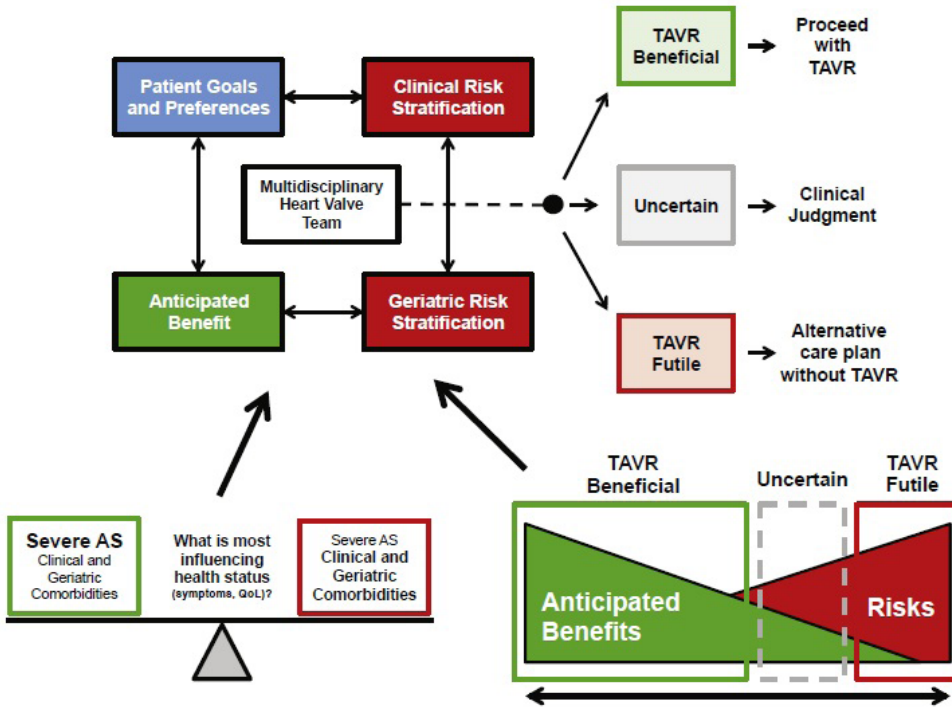
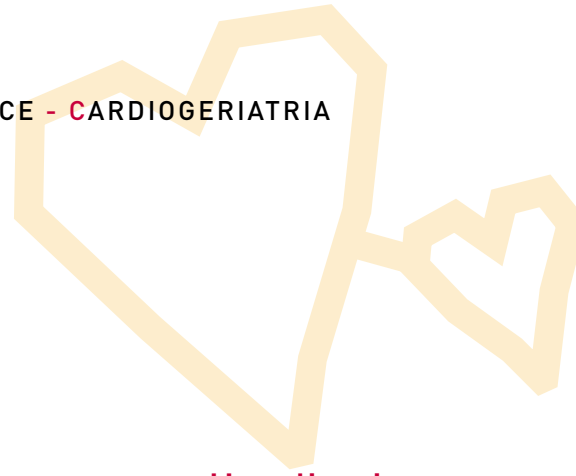
**Oltre alla stratificazione del rischio tradizionale, un certo numero di fattori tra cui multimorbilità, disabilità, fragilità, e funzione cognitiva deve essere considerato al fine di valutare il beneficio previsto della TAVI**

includono, oltre alla ridotta velocità del cammino, indicatori di disabilità, quali quelli che concorrono alla composizione dello score ADL di Katz, e di deficit cognitivo. La fragilità, essendo un fenotipo fisiologico, può essere reversibile in alcuni casi, e pertanto è prematuro considerare questa una caratteristica permanente del paziente. Nella misura in cui la SA può contribuire al declino dello stato funzionale, la SVAO o TAVI possono ridurre o annullare quella quota di fragilità che da essa dipende. In questo caso, la fragilità può essere un marker per identificare il beneficio del trattamento. Viceversa, se l'individuo è fragile a causa del declino di più sistemi d'organo, la fragilità può essere un marker di rischio. Sia

in campo cardiocirurgico che interventistico, l'ottimizzazione preoperatoria mediante un approccio multidisciplinare con un Heart Team può contrastare i molteplici danni (cardiaci, neurologici, muscolari, respiratori, renali) che potenzialmente possono aggravare la ridotta riserva fisiologica caratteristica della fragilità. Sono quindi necessari studi controllati su una casistica più ampia di quella disponibile e con follow-up di durata

adeguata. Le risposte sono di vitale importanza nei moderni sistemi sanitari nei quali si deve assicurare la migliore appropriatezza delle cure in tempi di ristrettezze economiche. Il progresso tecnologico nella disponibilità di nuove protesi e tecniche di impianto potrebbe portare una riduzione dei costi, tuttavia, nella valutazione del rapporto costo/beneficio, oltre ai parametri usuali (protesi, ricoveri, farmaci, visite, esami diagnostici) sarà probabilmente indispensabile prendere in considerazione anche l'impatto sulla durata e qualità di vita e sull'autosufficienza. Questo è un parametro di massima importanza e spesso è raggiungibile solo con una valutazione e una gestione del paziente che esula





L'applicazione sistemática di strumenti di valutazione multidimensionale consente una migliore selezione degli anziani con stenosi aortica

Ruolo dell'Heart Team nel percorso del paziente da avviare a TAVI

dalle competenze specialistiche della Cardiologia. L'applicazione sistemática nella pratica clinica di strumenti di valutazione multidimensionale della fragilità e delle funzioni cognitive nella procedura di screening e l'adozione di percorsi di cura specifici dovrebbero facilitare questo compito. Un minimum data set di valutazione multidimensionale utile e applicabile nella pratica clinica dovrebbe comprendere almeno alcuni degli strumenti validati riportati nella Tabella. Stimolata dalla stringente attualità dell'argomento, ANMCO ha proposto, in collaborazione con SIC, SICCH e GISE, un Documento di Consenso intersocietario che ha voluto fare il punto sulla valutazione dell'anziano candidato a chirurgia o TAVI. ♥

<p><b>Score di rischio cardiocirurgico</b></p> <p><u>EuroSCORE II</u></p> <p>Society of Thoracic Surgeons Predicted Risk of Mortality (STSPROM)</p> <p>Society of Thoracic Surgeons Predicted Risk of Mortality or Major Morbidity</p> <p><b>Score di Fragilità</b></p> <p><u>5-m gait speed</u></p> <p>CHS frailty scale</p> <p>Short Physical performance Battery</p> <p>Expanded CHS frailty scale</p> <p><b>Score di Disabilità e deficit cognitivo</b></p> <p><u>Nagi scale</u></p> <p>Katz activities of daily living</p> <p>MMSE, Clock drawing Test, Mini-COG</p>
---

Tabella - Score di rischio di fragilità, di disabilità e deficit cognitivo impiegato in chirurgia cardiaca



## Il defibrillatore sottocutaneo: nuovo gold standard terapeutico nel paziente giovane-adulto?

# Sport ed Esercizio Fisico nei soggetti con S - ICD

**L**a Task Force “Cardiologia dello Sport” dell’ANMCO ha elaborato uno studio dal nome “Physical Exercise and Sports Activity in Patients with Subcutaneous Defibrillator”. Si tratta di un registro multicentrico, osservazionale e prospettico che si prefigge lo scopo di verificare la sicurezza dell’attività sportiva e dell’esercizio fisico a fini riabilitativi in pazienti portatori di defibrillatore sottocutaneo (S-ICD).

### Background dello studio

Le attuali Linee Guida sull’idoneità allo sport nei portatori di ICD trans-venoso (T-ICD) sono alquanto restrittive. Inoltre, nel setting riabilitativo i pazienti portatori di T-ICD sovente vengono sotto-trattati proprio per il timore che l’esercizio

fisico possa alterare il corretto funzionamento del dispositivo. Tutte queste limitazioni sono dettate dal timore che sport ed esercizio fisico possano interferire negativamente con il corretto funzionamento dei dispositivi, determinando i seguenti potenziali eventi avversi:

1. danni e dislocazioni dei cateteri in seguito a movimenti ripetitivi del torace e degli arti superiori (per il passaggio dei cateteri all’interno dello stretto toracico);
2. traumi diretti allo stimolatore (a causa della posizione sotto-claveare che espone il dispositivo al rischio di traumi contusivi);
3. aumento della soglia di defibrillazione in corso di tachiaritmie ventricolari insorte durante esercizio fisico, con il

rischio di inefficacia degli shock; 4. aumento del numero degli shock inappropriati per la tachicardia sinusale o le tachiaritmie sopraventricolari esercizio-correlate e per fenomeni di doppio conteggio dell’onda T o di oversensing (dovuti ai movimenti continui del torace e degli arti superiori);

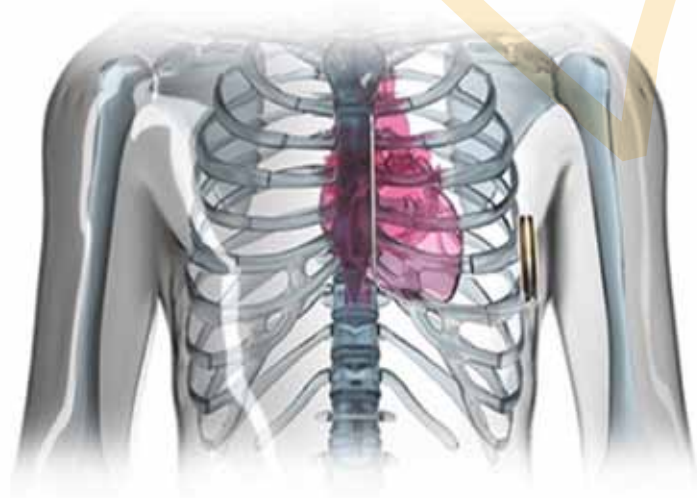
5. aumento del numero degli shock appropriati per i noti effetti aritmogeni dell’esercizio fisico.

### Razionale dello studio

Il razionale dello studio si basa sui seguenti punti: parte dei pazienti portatori di defibrillatore sono in età giovane-adulta, non hanno cardiopatia strutturale severa e vogliono quindi continuare a praticare attività sportiva e/o la loro usuale attività lavorativa;

**Protocollo di uno studio italiano consistente in un registro multicentrico e prospettico, che si prefigge lo scopo di verificare la sicurezza dell’attività sportiva e dell’esercizio fisico a fini riabilitativi in pazienti portatori di defibrillatore sottocutaneo**

**Le attuali Linee Guida sull'idoneità allo sport nei portatori di ICD transvenoso (T-ICD) sono alquanto restrittive. Inoltre, nel setting riabilitativo i pazienti portatori di T-ICD sovente vengono sotto-trattati proprio per il timore che l'esercizio fisico possa alterare il corretto funzionamento del dispositivo.**



*Impianto di S - ICD*

l'impianto di ICD, assieme alla cardiopatia sottostante, costituisce indicazione di classe I ad un percorso di Cardiologia Riabilitativa comprendente la prescrizione dell'esercizio fisico; un'esclusione ingiustificata dalla pratica dello sport ed esercizio fisico comporta una deprivazione dei benefici clinici

quanto il catetere è sottocutaneo e non passa all'interno dello stretto toracico);  
 2. traumi diretti allo stimolatore (in quanto il dispositivo è posizionato in zona protetta medio-ascellare sinistra);  
 3. shock inappropriati dovuti a fenomeni di oversensing (in quanto

primaria e secondaria della morte improvvisa negli atleti e nei pazienti fisicamente attivi, in assenza di cardiopatia strutturale severa e/o di bradiaritmie significative.

#### **Scopo dello studio**

Verificare safety ed efficacia della pratica dello sport e dell'esercizio fisico in atleti e in pazienti sedentari

### **Parte degli ipotetici rischi esercizio fisico-correlati nei portatori di T-ICD potrebbero ridursi nei pazienti portatori di S-ICD**

ottenibili ed un severo impatto psicologico, sociale ed alcune volte economico, soprattutto nei soggetti giovani. Parte degli ipotetici rischi esercizio fisico-correlati nei portatori di T-ICD potrebbero però ridursi nei pazienti portatori di S-ICD. In particolare le peculiari caratteristiche del device potrebbero diminuire il rischio di:

1. rotture e dislocazioni del catetere dovute ai movimenti ripetitivi del torace e degli arti superiori (in

il sensing del dispositivo si basa su un segnale ECG sottocutaneo e non intracavitario);

Inoltre, la posizione sottoascellare del S-ICD potrebbe ridurre l'impedimento e l'impaccio ai movimenti degli arti superiori, tipici del T-ICD.

Se tali ipotetici vantaggi del S-ICD rispetto al T-ICD dovessero essere confermati, l'S-ICD potrebbe divenire il dispositivo di prima scelta nella prevenzione

con indicazione all'esercizio fisico a scopo riabilitativo, portatori di S-ICD.

#### **Endpoint dello studio**

Gli endpoint primari saranno rappresentati da: morti tachiaritmiche e arresti cardiaci resuscitati con DCS esterna per l'inefficacia degli shock erogati dal S-ICD o per tachiaritmie ventricolari incessanti. Gli endpoint secondari saranno rappresentati da: numero di traumi severi (richiedenti ospedalizzazione) dovuti a shock





o ad aritmie sincopali; numero di traumi moderati (richiedenti visita urgente al DEU) secondari a shock erogati dal S-ICD; malfunzionamenti del catetere e/o del generatore; fenomeni di noise insorti durante esercizio fisico; numero di shock appropriati e non appropriati avvenuti durante sport/esercizio fisico; incapacità del S-ICD di interrompere episodi aritmici ventricolari al primo shock; confronto della performance cardiovascolare, della qualità di vita e dello stato psicologico, prima e dopo la pratica dello sport/esercizio fisico.

### **Arruolamento**

Esso prevede una valutazione clinica completa, comprensiva di un test cardiopolmonare massimale al cicloergometro e al treadmill, durante il quale verrà valutato, utilizzando il programmatore del S-ICD, se gli esercizi di tipo aerobico e l'uso del cardiofrequenzimetro producono alterazioni del

sensing (fenomeni di noise o di doppio conteggio) e la miglior programmazione "tachy" del device. Inoltre, verranno valutate anche eventuali alterazioni del sensing causate da esercizi di rinforzo muscolare a carico degli arti superiori e del torace.

### **Follow-up**

Dopo la valutazione iniziale gli atleti che decideranno di praticare sport a medio-elevato impegno cardiovascolare (non agonistico in quanto le attuali Linee Guida italiane non lo permettono), saranno lasciati liberi di continuare la loro attività per altri 24 mesi. Per i pazienti sedentari, invece, farà seguito una prescrizione dettagliata del programma di esercizio fisico adattato che dovrà essere praticato, in modo individuale o presso una palestra del territorio, per almeno 24 mesi. La continuità nella pratica dello sport negli atleti e l'aderenza al regime di training prescritto nei

pazienti sedentari, verranno valutati (ed eventualmente incentivati) mediante controlli telefonici mensili, utilizzando specifici questionari.

### **Safety**

Dopo 6, 12, 18 e 24 mesi dall'arruolamento, tutti i pazienti verranno rivalutati clinicamente ed interrogato l'S-ICD, al fine di verificare la presenza di endpoint primari e secondari.

### **Efficacia del training**

Gli effetti dell'esercizio fisico praticato sulle capacità prestante aerobiche e muscolari verranno valutati a 12 e 24 mesi di follow-up, mediante nuovo test cardiopolmonare.

### **Qualità di vita e stato psicologico**

All'arruolamento, a 12 e 24 mesi di follow-up verrà valutata la qualità di vita tramite il questionario SF-36 e lo stato psicologico mediante specifico questionario. ♥



Cosimo Napoletano

### ABRUZZO

*Presidente*

Cosimo Napoletano (Teramo)  
*Consiglieri*  
 Alberto D'Alleva (Pescara)  
 Alessandro D'aroma (L'Aquila)  
 Daniele Forlani (Pescara)  
 Alberto Lavorgna (Teramo)  
 Francesco Santarelli (Teramo)  
 Adolfo Sciartilli (Lanciano - CH)  
 Gianluca Tomassoni (Teramo)  
 Alfonso Valerio (Lanciano - CH)



Matteo Cassin

### FRIULI VENEZIA GIULIA

*Presidente*

Matteo Cassin (Pordenone)  
*Consiglieri*  
 Maria Grazia Baldin (Palmanova - UD)  
 Silvana Brigido (Monfalcone - GO)  
 Marzia De Biasio (Udine)  
 Mauro Driussi (Udine)  
 Elisa Leiballi (Pordenone)  
 Carmine Mazzone (Trieste)  
 Marco Milo (Trieste)  
 Alberto Roman-Pognuz (Tolmezzo - UD)



Giacinto Calculli

### BASILICATA

*Presidente*

Giacinto Calculli (Matera)  
*Consiglieri*  
 Maria Maddalena De Francesco (Matera)  
 Giuseppe Del Prete (Potenza)  
 Salvatore Gubelli (Melfi - PZ)  
 Michele Sannazzaro (Potenza)



Cesare Greco

### LAZIO

*Presidente*

Cesare Greco (Roma)  
*Consiglieri*  
 Gerardo Ansalone (Roma)  
 Stefano Aquilani (Roma)  
 Manuela Bocchino (Ostia - RM)  
 Massimo Ciavolella (Frascati - RM)  
 Andrea Ciolli (Roma)  
 Giovanni Minardi (Roma)  
 Pietro Rossi (Roma)  
 Angela Beatrice Scardovi (Roma)



Roberto Ceravolo

### CALABRIA

*Presidente*

Roberto Ceravolo (Catanzaro)  
*Consiglieri*  
 Sergio Arena (Crotona)  
 Francesco Ciancia (Reggio Calabria)  
 Francesco Fontana (Cosenza)  
 Maria Levato (Lamezia Terme - CZ)  
 Saverio Salituri (Rossano - CS)  
 Giuseppe Valiante (Vibo Valentia)



Annamaria Municinò

### LIGURIA

*Presidente*

Annamaria Municinò (Genova)  
*Consiglieri*  
 Daniele Bertoli (Sarzana - SP)  
 Marco Botta (Savona)  
 Giorgio Caretta (La Spezia)  
 Martino Cheli (Genova)  
 Piero Clavario (Arenzano - GE)  
 Deborah Cosmi (Pietra Ligure - SV)  
 Francesco Mainardi (Genova)  
 Marco Piccinino (Genova)



Bernardino Tuccillo

### CAMPANIA

*Presidente*

Bernardino Tuccillo (Napoli)  
*Consiglieri*  
 Cesare Baldi (Salerno)  
 Dario Formigli (Benevento)  
 Raffaele Merenda (Napoli)  
 Antonio Palermo (Caserta)  
 Vittorio Palmieri (Avellino)  
 Fabio Pastore (Eboli - SA)  
 Francesco Piemonte (Frattamaggiore - NA)  
 Vincenzo Ruggiero (Nola - NA)



Fabrizio Oliva

### LOMBARDIA

*Presidente*

Fabrizio Oliva (Milano)  
*Consiglieri*  
 Salvatore Ivan Caico (Gallarate - VA)  
 Marco Ferlini (Pavia)  
 Luigi Moschini (Cremona)  
 Daniele Nassiacos (Saronno - VA)  
 Domenico Pecora (Brescia)  
 Simona Pierini (Cinisello Balsamo - MI)  
 Michele Romano (Mantova)  
 Roberta Rossini (Bergamo)



Filippo Ottani

### EMILIA ROMAGNA

*Presidente*

Filippo Ottani (Forlì)  
*Consiglieri*  
 Samuela Carigi (Rimini)  
 Maria Alberta Cattabiani (Parma)  
 Stefano Ferraro (Piacenza)  
 Marco Ferri (Reggio Emilia)  
 Andrea Pozzati (Bazzano - BO)  
 Biagio Sassone (Cento - FE)  
 Stefano Tondi (Modena)  
 Elisabetta Varani (Faenza - RA)



Stefano Moretti

### MARCHE

*Presidente*

Stefano Moretti  
 Ospedali Riuniti - Ancona  
*Consiglieri*  
 Luigi Aquilanti (Ancona)  
 Umberto Berrettini (Ancona)  
 Giovanni Bersigotti (Pesaro)  
 Raffaele Di Pillo (Ascoli Piceno)  
 Elena Falchetti (Senigallia - AN)  
 Gianserafino Gregori (Ascoli Piceno)  
 Christos Katsanos (Macerata)  
 Giuseppe Rescigno (Ancona)



Angela Rita Colavita

## MOLISE

*Presidente*

Angela Rita Colavita (Campobasso)

*Consiglieri*

Fiorella Caranci (Isernia)

Roberto Petescia (Isernia)

Antonio Trivisonno (Campobasso)

Marina Angela Viccione (Isernia)



Giacomo Chiarandà

## SICILIA

*Presidente*

Giacomo Chiarandà (Caltagirone - CT)

*Consiglieri*

Andrea Colletti (Sciacca - AG)

Antonietta Ledda (Palermo)

Giuseppe Leonardi (Catania)

Gianfranco Muscio (Siracusa)

Giuseppe Paleologo (Messina)

Giovanni Maria Polizzi (Partinico - PA)



Marco Sicuro

## PIEMONTE-VALLE D'AOSTA

*Presidente*

Marco Sicuro (Aosta)

*Consiglieri*

Carlo Budano (Torino)

Marialaura Buscemi (Alessandria)

Alessandra Chinaglia (Torino)

Paola Lusardi (Torino)

Barbara Maria Teresa Mabritto (Torino)

Andrea Rognoni (Novara)

Matteo Santagostino (Ponderano - BI)

Emanuele Tizzani (Torino)



M. Grazia Bongiorno

## TOSCANA

*Presidente*

Maria Grazia Bongiorno (Pisa)

*Consiglieri*

Toni Badia (Prato)

Francesco Bellini (Livorno)

Nazario Carrabba (Firenze)

Francesco De Sensi (Grosseto)

Gabriele Giuliani (Firenze)

Alessio Lilli (Lido di Camaiore - LU)

Silvia Maffei (Siena)

Luca Segreti (Pisa)



Massimo Grimaldi

## PUGLIA

*Presidente*

Massimo Grimaldi (Acquaviva delle

Fonti - BA)

*Consiglieri*

Angelo Aloisio (Taranto)

Maria Cuonzo (Bari-Carbonara)

Valeria Galetta (Taranto)

Alessandro Maggi (San Severo - FG)

Francesco Magliari (Lecce)

Angelo Raffaele Mascolo (Barletta - BT)

Rossella Troccoli (Bari)

Eugenio Vilei (Scorrano - LE)



Alberto Menotti

## TRENTINO ALTO ADIGE

*Presidente*

Alberto Menotti (Trento)

*Consiglieri*

Roberto Bonmassari (Trento)

Massimiliano Manfrin (Bolzano)

Simone Muraglia (Trento)

Patrick Teja Rudolf Paulisch

(Merano - BZ)

Werner Gunter Rauhe (Bolzano)

Prisca Zeni (Trento)



Gianluca Zingarini

## UMBRIA

*Presidente*

Gianluca Zingarini (Perugia)

*Consiglieri*

Giuseppe Bagliani (Foligno - PG)

Daniella Bovelli (Terni)

Euro Antonio Capponi (Gubbio - PG)

Raffaele De Cristofaro (Orvieto - TR)

Giorgio Maragoni (Spoleto - PG)

Silvia Norgiolini (Città di Castello - PG)



Marco Corda

## SARDEGNA

*Presidente*

Marco Corda (Cagliari)

*Consiglieri*

Antonio Caddeo (Oristano)

Laura Concas (Cagliari)

Stefania Corda (Cagliari)

Franca Farina (Alghero - SS)

Fabio Orrù (San Gavino Monreale - VS)

Nadia Sanna (Cagliari)

Isabella Simongini (Olbia - OT)

Francesco Uras (Sassari)



Maurizio Anselmi

## VENETO

*Presidente*

Maurizio Anselmi (San Bonifacio - VR)

*Consiglieri*

Cristina Andriani (Montebelluna - TV)

Francesca De Cian (Feltre - BL)

Enrico Franceschini Grisolia (Belluno)

Gianfranco Frigo (Cittadella - PD)

Elisabetta Garelli (Pieve di Sacco - PD)

Nicola Gasparetto (Treviso)

Sakis Themistoclakis (Mestre - VE)

Roberto Valle (Chioggia - VE)





## La valvuloplastica aortica in centri senza cardiocirurgia: una realtà anche in Campania

# “BAV for Life”

### Il grande ritorno della valvuloplastica aortica in epoca TAVI per il paziente anziano ad alto rischio ed instabilità emodinamica

**I**l progetto BAV (Balloon Aortic Valvuloplastic for Life Campania), realizzato grazie alla collaborazione di tutta la comunità scientifica campana SICI-GISE, nonché con quella ANMCO e SIEC, è nato da un'idea della Dott.ssa Tiziana Attisano (Delegato Regionale SICI-GISE Campania) della Cardiologia Interventistica dell'A.O.U. S. Giovanni e Ruggi D'Aragona di Salerno. Esso ha preso il via a Salerno il 24 febbraio scorso con un evento inaugurale ed è stato accolto con grande entusiasmo e spirito di condivisione da tutte le Cardiologie della regione. A dare il benvenuto ai partecipanti erano presenti il Dott. E. Coscioni (Consigliere del Presidente per

la Sanità – Regione Campania), il Dott. R. Sauro (Presidente ANMCO Campania), il Dott. G. Galasso (Presidente SIC Campania) il Dott. Q. Ciampi (Delegato Regionale SIEC). Esso è nato dall'esigenza, in epoca TAVI, di promuovere anche in Campania, così come già realizzato in numerose altre regioni, la valvuloplastica aortica in centri senza cardiocirurgia on-site (spoke), per il trattamento del grande anziano con stenosi aortica severa, gravemente sintomatico, con numerose comorbidità e quindi EuroSCORE elevato, e pertanto, non candidato, nell'immediato, ad altro intervento definitivo (TAVI o AVR). L'evento inaugurale ha visto la partecipazione attiva anche dei

colleghi R. Violini, A. Marzocchi e A. Santarelli, che hanno voluto testimoniare con la loro esperienza, la fattibilità, ma soprattutto l'utilità clinica della valvuloplastica in pazienti ad altissimo rischio ed emodinamicamente instabili, anche in centri spoke. Per ciascun centro partecipante si è definito un team costituito da uno-due Cardiologi interventisti, uno-due Ecocardiografisti ed un Clinico, con l'obiettivo di raggiungere insieme un'intesa formativa sulla problematica, relativa alle proprie specifiche competenze clinico strumentali. A tutti i partecipanti è stato fornito del materiale didattico e letteratura scientifica, in formato elettronico, per poter approfondire

**Il progetto "BAV for Life Campania", realizzato grazie alla collaborazione di tutta la comunità scientifica campana SICI-GISE, in collaborazione con quella ANMCO e SIEC, nasce per promuovere anche in Campania, la valvuloplastica aortica in centri senza cardiocirurgia on site (spoke), per il trattamento del paziente anziano ad alto rischio con stenosi aortica severa, gravemente sintomatico e con instabilità emodinamica non idoneo nell'immediato, a procedure più definitive, siano esse SAVR o TAVI.**



aspetti clinici, interventistici ed ecocardiografici relativi alla valvuloplastica aortica.

Uno degli aspetti più interessanti di questo progetto è stata la didattica. Ciascun centro hub (con cardiocirurgia on-site) ha identificato il corpo docenti tra Cardiologo interventista ed Ecocardiografista, e la grande novità è stato l'aspetto itinerante della formazione dei discenti. Ogni centro hub ha avuto, nel corso dei mesi che si sono susseguiti, l'opportunità di programmare delle sedute operatorie per valvuloplastica o TAVI, e i discenti hanno pertanto avuto ogni volta l'occasione di assistere alla procedura, potendo confrontarsi, apprendere e scambiare vivaci opinioni sull'argomento. Nello specifico ad ogni incontro era prevista una parte teorica in cui era prevista una discussione collegiale del caso o dei casi clinici

### **Esperimento didattico-formativo multidisciplinare itinerante**

da sottoporre alla procedura, con valutazione delle indicazioni e visione ecocardiografica delle immagini, nonché la rivalutazione, ecocardiografica ed interventistica, insieme ai docenti, di casi precedentemente trattati. Altra novità è stata la possibilità da parte

dei discenti di poter essere presenti durante tutte le fasi della procedura al fianco dei docenti nella propria sala di emodinamica. Pertanto, nel corso dei mesi e dei diversi incontri, i discenti hanno avuto l'opportunità di poter "toccare con mano" l'esperienza e le competenze di tutti i centri hub.

A questa prima fase teorica, ha fatto poi seguito la fase pratica, ovvero ogni team del centro spoke ha ritenuto, dopo attenta valutazione degli standard di conoscenza, di fattibilità e di sicurezza della procedura, in accordo con il tutor-docente di riferimento, di programmare la valvuloplastica presso il proprio centro.

Per la fase pratica era prevista la presenza presso il centro spoke del tutor-docente per la valutazione collegiale del caso clinico, e la presenza dello stesso nella sala di emodinamica, al fianco del discente per sovrintendere e controllare la correttezza di espletamento delle diverse fasi della procedura. Ad oggi, grazie a questo progetto ed all'entusiasmo contagioso della ideatrice e coordinatrice, la valvuloplastica aortica in centri senza cardiocirurgia è diventata una realtà della nostra regione. Infatti, dopo un attento e costante percorso formativo il team della Cardiologia UTIC - Emodinamica dell'Ospedale Loreto Mare ASL NA 1 di Napoli (Dott.ri Fortunato Scotto di Uccio, P. Spadaro, M. Accadia, M.R. Arnese, B. Tuccillo), hanno effettuato già tre procedure di valvuloplastica in tre donne anziane, octogenarie con stenosi aortica severa, grave

instabilità emodinamica e con comorbidità, tali da non poter essere sottoposte nell'immediato o a TAVI o a sostituzione valvolare chirurgica, aprendo "pionieristicamente" la strada ad altri centri spoke ed offrire ad un maggior numero pazienti anziani una "nuova" opportunità terapeutica. Questo progetto

### **Condivisione della cultura, delle competenze e della esperienza per l'assistenza e le cure dei nostri fragili pazienti.**

segna il gran rispolvero di una procedura, da alcuni considerata ormai arcaica, e che invece si è dimostrata, per determinate categorie di pazienti, una procedura salva vita. Peraltro, l'esperienza "BAV for Life" può, e deve essere considerata un'opportunità per tutti quei pazienti con stenosi aortica severa ed instabilità emodinamica che nell'immediato non possono sottoporsi ad un intervento più definitivo, e quindi quale bridge alla TAVI o alla sostituzione chirurgica, sebbene consapevoli che per alcuni pazienti trattasi di una procedura definitiva.

Questo innovativo ed entusiasmante progetto, ancora in corso, si concluderà nel mese di febbraio 2017, con una cerimonia conclusiva che vedrà per un'ultima volta i docenti ed i discenti insieme per

un ultimo confronto, di fronte ai testimonial di apertura, con un gran finale rappresentato dalla consegna dei diplomi. Successivamente, e per tutto il tempo necessario, sarà possibile confrontarsi e scambiare opinioni attraverso la trasmissione

di immagini eco od altro utilizzando il sito interattivo già esistente della community SICI GISE Campania. Il progetto “BAV fo Life”, rappresenta certamente un’innovazione didattica-formativa, e dimostra come il confronto ma soprattutto

la condivisione della propria cultura e delle proprie esperienze in medicina, possa abbattere quelle barriere strutturali e/o di conoscenza a favore dell’assistenza e delle cure per i nostri fragili pazienti. ♥

**“BAV for Life”: bridge alla TAVI o alla sostituzione chirurgica, sebbene, consapevoli, che per alcuni pazienti trattasi di una procedura definitiva.**



*Il team della Cardiologia UTIC dell'Ospedale Loreto Mare. Da sinistra a destra: Maria Rosaria Arnese, Fortunato Scotto di Uccio, Bernardino Tuccillo, Maria Accadia, Pasquale Spadaro.*





DALLE REGIONI - PUGLIA

DI MARIA CUONZO E MASSIMO GRIMALDI



L'incidente ferroviario in Puglia ha evidenziato come nonostante i tagli,  
un soccorso efficace è possibile

# Una ferita al cuore della Puglia



**I**l 12 luglio 2016 il cuore della Puglia si è fermato. Due treni si sono incontrati in un abbraccio mortale su di un binario nelle campagne della nostra regione, provocando 23 morti e decine di feriti. Volti sgomenti, soccorritori increduli, vigili del fuoco sparsi tra le lamiere contorte ed infuocate. Il cuore della Puglia ha sanguinato con i parenti dei dispersi che cercavano figli, nonne, padri.



**Il 12 luglio 2016 due treni si sono scontrati su di un binario nelle campagne della nostra Regione, provocando 23 morti e decine di feriti. Vigili del Fuoco e personale sanitario hanno lavorato senza sosta per soccorrere i feriti sotto un sole cocente e tra le lamiere roventi.**

Ognuno con una storia diversa, una storia banale, eppure unica. Una nonna che ha coperto con il proprio corpo il nipotino, permettendone la sopravvivenza, una figlia che tornava a casa, un nonno che veniva in Puglia per festeggiare un compleanno.

Uomini che si trovavano sul treno per lavoro, che dal treno si procuravano il pane e nel treno hanno trovato la morte. Le testate nazionali hanno puntato i riflettori sui nostri ulivi, spietatamente listati a lutto da eterne inadempienze, ritardi, burocrazia. Storie talmente intricate che polverizzeranno le colpe tra tutti e nessuno, con processi decennali e qualche piccolo colpevole, come i capostazione di Andria e/o Corato, colpevoli del fatto, ma non dei motivi per cui si è verificato. Così come non è noto il motivo per il quale i binari veloci, ed i treni più moderni (ETR 1000) sono sconosciuti da queste parti. Il giorno stesso del disastro i cuori dei pugliesi hanno ripreso a battere e, con diligenza, hanno riversato litri di sangue per i feriti ed inondato i corridoi delle Banche del Sangue di solidarietà. È così che spesso funziona da noi. I pugliesi sono abituati a sacrifici, sofferenze, come pure sono avvezzi alla solidarietà

**Anche la popolazione pugliese si è riversata in massa negli Ospedali per donare sangue, mostrando profondo senso civico e grande solidarietà**

silenziosa e schiva. Così spesso funziona la sanità. In un contesto di perenne ed affannosa ricerca di quadratura dei conti, ci sono medici, infermieri, OSS che donano il proprio sangue silenziosamente e non conoscono i nomi di coloro che ricevono la loro azione benefica. È così anche nelle nostre Cardiologie che tra tagli di personale, riduzione di fondi, uomini e donne comuni, su treni perfettamente funzionanti, più spesso su treni vecchi ed usurati, su binari unici, con sistemi di allarme obsoleti, donano il loro sangue ogni giorno avvezzi al sacrificio, ma non alla gloria. ♥

**Questo tragico incidente ha mostrato come nonostante una situazione di perenne ed affannosa ricerca di quadratura dei conti e tagli, ci sono medici, infermieri, OSS che non si risparmiano per salvare e proteggere vite umane**



DI MARIA GRAZIA BONGIORNI, LUCA SEGRETI, EZIO SOLDATI, FRANCESCA MENICHETTI,  
UMBERTO STARTARI, TONI BADIA, FRANCESCO BELLINI, NAZARIO CARRABBA,  
FRANCESCO DE SENSI, GABRIELE GIULIANI, ALESSIO LILLI, SILVIA MAFFEI

# Ma il tuo cuore batte pari?

**D**a sempre tutti percepiscono che il battito del cuore, veloce o lento, regolare o irregolare, ci permette di vivere. Il cuore è l'organo muscolare che spinge il sangue nel nostro corpo, e lo fa contraendosi (battendo) a ripetizione, adeguandosi alle richieste del nostro organismo. Ed i battiti creano un tempo ed un ritmo. Normalmente non percepiamo l'attività ritmica del nostro cuore, talora invece sentiamo la sua pulsazione. Forte e veloce dopo uno sforzo o una emozione, come è giusto che sia, ma talora anche veloce ed irregolare senza motivazione apparente, o lenta e stanca. Tra le malattie che colpiscono il cuore, diverse sono legate a disturbi del suo ritmo, che possono essere riconosciuti ed adeguatamente trattati. Per questo ogni tanto dobbiamo controllare se il nostro cuore... batte pari! Sabato 18 giugno 2016, dalle ore 10:00 alle ore 18:00, si è svolto, presso la piazza Garibaldi di Pisa, l'evento riguardante la sensibilizzazione sulle aritmie cardiache dal titolo: "Ma il tuo cuore batte pari?", rivolto alla popolazione generale. L'evento è stato organizzato dall'ANMCO Toscana, in collaborazione con Paim, A.C. Pisa 1909 e GeoSalute. Questa iniziativa, targata ANMCO Regione Toscana e promossa da Paim, A.C. Pisa 1909 e GeoSalute

e patrocinata anche dall'AIAC, ha visto la partecipazione della Dottoressa Maria Grazia Bongiorno con una Equipe Medica, Infermieristica e di supporto. L'evento, organizzato in due settimane e senza alcun costo per l'ANMCO, è stato pubblicizzato nei giorni antecedenti mediante la stampa locale ed i social network per mezzo di una locandina, che invitava i cittadini a recarsi all'evento. Il giorno dell'evento è stato allestito uno stand in piazza Garibaldi a Pisa, provvisto di due tende ed un camper (foto). Hanno partecipato, oltre agli organizzatori, 118 cittadini nell'arco della giornata. A tutti i partecipanti: 1) è stato somministrato un questionario (Tabella I) per la valutazione, la consapevolezza sulle problematiche aritmiche e per la valutazione dei disturbi causati dalle aritmie cardiache; 2) sono state fornite istruzioni su come percepire il battito cardiaco, prendere il polso e valutarne la normalità; 3) sono state eseguite registrazioni del battito cardiaco con elettrocardiogramma monotraccia ed analizzate in tempo reale. Sebbene la maggior parte fosse pensionata (38%), uno stile di vita attivo era riportato dal 36% degli intervistati. L'ipertensione arteriosa risultata la patologia più comune (26%) e farmaci antiaritmici, anticoagulanti ed

antiaggreganti erano assunti dal 5,5 e 10% dei cittadini. Due persone su tre avevano presentato, almeno in una occasione, dei sintomi da aritmie, e tra questi risultavano più frequenti il battito molto accelerato (37%), battito irregolare (17%) e battito mancante (16%). Ad una persona su otto (12,5%) era già stata diagnosticata una aritmia, rappresentata dalla fibrillazione atriale nella metà dei casi. Le persone più giovani erano più frequentemente fumatori e bevitori, ma mediamente conoscevano meglio il Body Mass Index e l'esistenza di corsi di rianimazione cardiopolmonare. Tra la sintomatologia riferita erano prevalenti battito molto accelerato tra i giovani e le donne, e battito aritmico negli uomini ed anziani. Il 36% dei cittadini era in grado di misurare il polso cardiaco; da notare come circa il 17% di tutti i partecipanti avesse precedentemente eseguito un corso BLS-D. Veniva quindi effettuata una registrazione del ritmo cardiaco e fornite indicazioni su come misurare il polso cardiaco. Al termine della dimostrazione, tutti, tranne 4 persone, erano in grado di effettuare autonomamente la misurazione del proprio polso cardiaco. La valutazione elettrocardiografica monotraccia era effettuata tramite una app scaricabile da smartphone



QUESTIONARIO per .....ma il tuo cuore batte pari?  
Pisa 18 Giugno 2016

Eta' \_\_\_\_ anni Altezza \_\_\_\_ cm Peso \_\_\_\_ Kg Sesso M F

Fumo: si no Alcolici si no saltuariamente

Stile di vita: sedentario moderatamente attivo attivo sportivo

Attività Lavorativa \_\_\_\_\_

1) HA FAMILIARITA' PER MALATTIE DI CUORE (genitori, fratelli, sorelle)  
- NO  
- per infarto / - per aritmie / - per morte improvvisa  
- ci sono familiari portatori di PM (pacemaker) e/o ICD (defibrillatore)

2) E' AFFETTO DA QUALCHE PATOLOGIA?  
- NO  
- ipertensione arteriosa  
- alterata funzione della tiroide  
- gastrite e/o reflusso gastroesofageo, ernia iatale  
- diabete  
- cardiopatia \_\_\_\_\_  
- altro \_\_\_\_\_

3) ASSUME FARMACI?  
- Anticoagulanti (specificare) \_\_\_\_\_  
- Antiaritmici (specificare) \_\_\_\_\_  
- Per la pressione (specificare) \_\_\_\_\_  
- Altro (Specificare) \_\_\_\_\_

4) HA MAI AVUTO QUESTI DISTURBI?  
- Battito cardiaco molto accelerato  
- Battito cardiaco irregolare  
- Battito mancante, Arresto temporaneo del cuore  
- Tuffo al cuore  
- Frullio di ali nel petto  
- Senso di debolezza, Mancanza d'aria,  
- Dolore al petto, Oppressione sul petto  
- Capogiri o Vertigine  
- Svenimento, Sincope

5) HA OPPURE HA MAI AVUTO UN'ARITMIA?  
- Tachicardia sopraventricolare / - Tachicardia ventricolare  
- Extrasistolia sopraventricolare / - Extrasistolia ventricolare  
- Fibrillazione atriale parossistica (termina spontaneamente)  
- Fibrillazione atriale persistente (sempre presente)

6) E' MAI ANDATO AL PS O E' MAI STATO RICOVERATO PER UNA ARITMIA?  
- Mai / - una volta / - due volte / - tre o piu' volte

7) DI CHE ARITMIA SI TRATTAVA? \_\_\_\_\_  
Note da segnalare \_\_\_\_\_

8) CHE TRATTAMENTO HA RICEVUTO?  
- Ablazione / - Cardioversione Elettrica  
- Farmaci antiaritmici / - Nessuno perchè cessata

9) CHE IMPATTO HA, O HA AVUTO, L' ARITMIA SULLO STILE DI VITA?  
- Nessuno, trascurabile / - Lieve / - Moderato / - Importante

10) CHE IMPATTO HA, O HA AVUTO, L' ARITMIA SUL SUO LAVORO?  
- Nessuno, trascurabile / - Lieve / - Moderato / - Importante

11) SA COSA E' IL BMI (Body Mass Index)? - Si / - No

12) SA COSA E' LA FIBRILLAZIONE ATRIALE?  
- Si / - No / - ne ho sentito parlare

13) SA DEL NESSO TRA FIBRILLAZIONE ATRIALE ED ICTUS CEREBRALE?  
- Si / - No / - ne ho sentito parlare /

14) SA COSA E' IL CHADSVASC? - Si / - No / - ne ho sentito parlare

15) SA LA DIFFERENZA TRA INFARTO E MORTE IMPROVVISA?  
- Si / - No / - ne ho sentito parlare

16) SA COSA E' UN DEFIBRILLATORE?  
- Si / - No / - ne ho sentito parlare

17) SA COSA E' UN CORSO BLS-D?  
- Si / - No / - ne ho sentito parlare


18) HA MAI FATTO UN CORSO BLS-D?  
- Si / - No

19) SA COME MISURARE LE SUE PULSAZIONI?  
- Si / - No

20) ORA CHE LE È STATO SPIEGATO PENSA DI RIUSCIRCI  
- Si / - No / - Non lo so

ESITO DELLA REGISTRAZIONE DEL RITMO

- SINUSALE FC \_\_\_\_\_ bpm - FIBRILLAZIONE ATRIALE  
- EXTRASISTOLIA ATRIALE - EXTRASISTOLIA VENTRICOLARE  
- ALTRO



IL CARDIOLOGO

Tabella I - Questionario per la valutazione e la consapevolezza sulle problematiche aritmiche

Partecipanti	numero	118
Sesso maschile	numero (%)	57 (48)
Età	mediana, IQ	63 (49-71)
BMI	mediana ± ds	24.8 ± 3.7
Familiarità con MCV	numero (%)	52 (44)
Fumo	numero (%)	14 (12)
Assunzione di alcolici	numero (%)	54 (46)

	SI	NO	NI
Conosce il Body Mass Index	35	65	0
Conosce la Fibrillazione Atriale (FA)	37	34	29
Conosce la correlazione tra FA ed ictus cerebrale	27	54	19
Conosce il CHADSVASC	2	95	3
Conosce la differenza tra infarto e morte improvvisa	15	57	28
Conosce il defibrillatore	77	7	16
Conosce i corsi BLS-D	46	35	19

Tabella II - I dati dei cittadini che hanno partecipato al questionario.

Sono i battiti del cuore, veloci o lenti, regolari o irregolari, che ci permettono di vivere

Non tutti ne hanno la stessa consapevolezza



*Alcuni degli operatori coinvolti nell'evento. Da sinistra: il Dott. Alfredo Porcaro, esperto in organizzazione e gestione delle Strutture Sanitarie, la Dott.ssa Maria Grazia Bongiorno, Direttore U.O. Cardiologia 2 AOUP e Presidente Regionale ANMCO Toscana, il Dott. Luca Segreti, Medico della U.O. Cardiologia 2, il Dott. Ezio Soldati, Medico della U.O. Cardiologia 2, in basso Cristina Giannessi, Caposala Aritmologia U.O. Cardiologia 2.*

chiamata ECG check, che permetteva di vedere ed analizzare, applicando una semplice e piccola piastrina sul torace, o sui polpastrelli delle dita, il ritmo cardiaco. La registrazione mostrava la presenza di ritmo sinusale in tutti i soggetti ad eccezione di 4 che erano in fibrillazione atriale, due soggetti avevano un ritmo elettroindotto da PM; in 4 si riscontravano extrasistoli sopraventricolari, in uno extrasistolia ventricolare. Da notare come, dei 4 soggetti che erano in fibrillazione atriale, in uno si trattava del primo riscontro dell'aritmia; inoltre un altro soggetto presentava ripetuti episodi di TPSV in trattamento farmacologico e non era a conoscenza della possibilità di eseguire studio elettrofisiologico ed eventuale ablazione. Entrambi i soggetti sono

stati successivamente rivalutati clinicamente nella Unità Operativa di Cardiologia 2 dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana. La partecipazione all'evento è risultata essere costante durante tutto l'arco della giornata, impegnando tutti gli operatori coinvolti (Figura 3). Gli spazi a disposizione sono risultati essere quasi costantemente pieni e, al termine delle 6 ore nella giornata, 118 cittadini avevano partecipato all'evento. Molte persone hanno partecipato attivamente al questionario e si sono mostrate interessate nell'apprendere il metodo di valutazione della pulsazione cardiaca ed il range di normalità dei battiti cardiaci/minuto, rimanendo molto soddisfatte di aver partecipato all'evento. Molti cittadini, fornendo un feed-back positivo,

hanno mostrato interesse a voler partecipare in futuro ad iniziative analoghe. Il cuore è un organo capriccioso che raccoglie le nostre emozioni e si fa carico di tante cose e noi dobbiamo imparare ad ascoltarlo, a cogliere i segnali che ci manda. I cittadini devono prendere percezione del loro battito cardiaco pensando che sia una cosa semplice da fare e che non sia di competenza dello specialista: deve diventare una pratica quotidiana normale, come per i diabetici fare lo stick. La promozione della conoscenza delle malattie cardiovascolari sin dal loro esordio, a volte subdolo, ha rappresentato infatti un nuovo obiettivo dell'ANMCO Regione Toscana, ed appare di vitale importanza per promuovere la salute cardiovascolare. Soprattutto spinti dalla numerosa ed attiva partecipazione e dai feedback positivi ricevuti da alcuni dei partecipanti, ci auguriamo che a questo evento ne facciano seguito degli altri. Infatti il coinvolgimento della popolazione generale può favorire sia una maggiore conoscenza che un vero e proprio screening nell'ambito cardiovascolare. Con tali obiettivi, e con quello di avvicinare la popolazione all'ANMCO, sono state identificate, oltre all'Area Aritmie, l'Area Prevenzione Cardiovascolare ed un'Area Arresto Cardiaco/Defibrillazione Precoce. Se da una parte è vero che prevenire è meglio che curare, dall'altra a volte bisogna anche saper intervenire, soprattutto in un'era di diffusione crescente dei defibrillatori nei luoghi pubblici. Si ringraziano per la collaborazione, il contributo e la disponibilità, Cristina Giannessi e Matteo Parollo. ♥

I casi clinici di oggi nella realtà professionale di domani

# I giovani Cardiologi della Toscana si incontrano

**L'**incontro ANMCO Toscana Giovani "La Cardiologia che guarda al futuro", giunto alla sua settima edizione, è stato ospitato il 19 marzo dal Dipartimento Cardio Toracico e Vascolare dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana, quest'anno con l'attiva partecipazione di delegati delle sedi locali di AIAC, GISE e SIEC. Il format proposto è stato quello inaugurato lo scorso anno, con quattro sessioni composte da casi clinici interattivi presentati da Cardiologi Under 40, moderati da esperti Cardiologi e discussi dai colleghi più giovani. Hanno completato il quadro tre interessanti letture sul mondo cardiologico da cui veniamo e su quello verso cui stiamo andando. Gli argomenti delle sessioni hanno riguardato il trattamento della cardiopatia ischemica cronica, aritmie e elettrostimolazione, imaging e cardiopatie strutturali, casi irrisolti. Molto acceso il dibattito

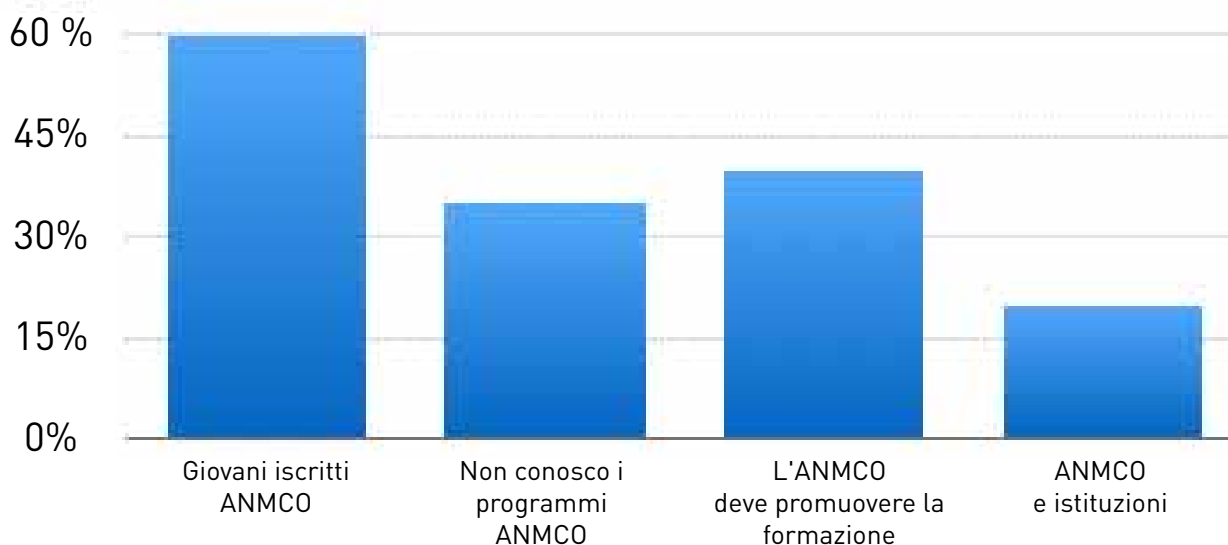


*Consegna da parte della Dott.ssa Silva Severi dei premi alle due Migliori Comunicazioni: il caso di aritmologia della Dott.ssa Francesca Menichetti di Pisa ed il caso irrisolto del Dott. Matteo Cameli di Siena*





## Risultati del sondaggio tra i giovani Cardiologi della Toscana



quest'anno nella sessione delle Aritmie, con analisi complesse ed interessantissime da parte di un'audience più qualificata, che partendo dalla semplice ma approfondita interpretazione degli elettrocardiogrammi presentati ha

magnetica cardiaca presenti. Novità di quest'anno, la sessione sui casi irrisolti ci ha riportato alla dura realtà dei fatti, cioè che a volte nella pratica quotidiana, le raffinate tecniche diagnostiche a nostra disposizione non riescono

lavorativo reale, quello delle prime guardie notturne in solitaria che tutti noi abbiamo affrontato, vissuto e sofferto; a loro tutto l'impegno di ANMCO Toscana nel realizzare questo incontro sicuramente formativo. Partecipazione attiva della giovane audience anche alla lezione magistrale iniziale dell'ospite Prof. Mario Marzilli che ci ha proposto una rapida carrellata sui Cardiologi che siamo e su come è cambiato il trattamento della cardiopatia ischemica cronica, e a quella del Dott. Toni Badia, membro del Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Toscana, sui professionisti (Cardiologi?) che diventeremo. La Dott.ssa Maria Chiara Scali ci ha poi fatto vedere l'imaging che utilizzeremo, presentando un interessante progetto di ricerca sulle comete polmonari. Al termine della giornata, con un sistema di

**Attenta partecipazione agli scenari che la nostra professione propone realmente tutti i giorni, spesso al di fuori dei percorsi tracciati dalle Linee Guida, spesso con risorse ridotte, nei contesti più diversi**

attraversato tutto il campo ormai proprio dell'elettrofisiologia, che richiede oltre ad esperienza di studi endocavitari, l'interpretazione del più avanzato imaging cardiaco. Anche in questa sessione infatti non sono mancati gli interventi degli esperti di risonanza

a condurci al problem solving, anzi, inseriscono ulteriori dubbi ed interrogativi. Uno degli aspetti più interessanti è stata sicuramente la partecipazione attiva dei medici specializzandi presenti, pieni di domande ed incertezze ma pronti a catapultarsi a breve nel mondo

valutazione a punteggio che ha visto coinvolti i moderatori delle singole sessioni ed il Comitato Scientifico, sono state premiate le due migliori comunicazioni: i casi di aritmologia della Dott.ssa Francesca Menichetti di Pisa ed il caso irrisolto del Dott. Matteo Cameli di Siena, i quali hanno ricevuto

attraversando. L'età media dei partecipanti che hanno risposto alle nostre domande è stata di 36 anni, con il 30% di medici specializzandi. Solo il 60% era iscritto alla nostra Società Scientifica ed il 65% del totale era iscritto almeno ad una Società Scientifica cardiologica. Il 35% degli intervistati ha risposto

risposta libera i giovani Cardiologi hanno chiesto essenzialmente corsi di formazione ed un maggior spazio nella vita associativa. Con più del 90% dei consensi la formula "case-report interattivo" si è dimostrata infine vincente per i giovani Cardiologi toscani

**L'Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana ha ospitato la settima edizione del consueto appuntamento de "La Cardiologia che guarda al futuro". Confermato il format dello scorso anno, caratterizzato dalla discussione interattiva di casi reali presentati e discussi da Cardiologi "Under 40" con la moderazione e gli interventi dei Colleghi più "navigati"**

un premio offerto da ANMCO Toscana di 500 euro ciascuno. Ricordiamo come, su iniziativa della componente Under 40 del Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Toscana, la settima edizione di ANMCO Toscana Giovani sia stata completamente finanziata a basso costo dal Consiglio Direttivo Regionale toscano. Al momento dell'iscrizione è stato distribuito ai partecipanti un breve questionario mirato a valutare quanto i giovani Cardiologi conoscano la nostra società scientifica, i suoi progetti e la presenza sul territorio. Il nostro intento era di fare uno screenshot della situazione toscana, poiché l'essere uniti all'interno di ANMCO ci può aiutare ad affrontare al meglio i singoli casi, ma anche i profondi cambiamenti gestionali clinici e non che il nostro Sistema Sanitario regionale sta

di non essere a conoscenza dei programmi e delle linee di indirizzo ANMCO nazionali mentre il 15% degli intervistati ha ammesso di non essere a conoscenza dell'esistenza di un Consiglio Regionale. Il 25% si aspetta che le Società Scientifiche principalmente si

**I Giovani si raccontano nelle strategie di approccio al paziente, coadiuvati e rassicurati dai più esperti**

occupino di divulgare Linee Guida e protocolli, il 15% che favoriscano gli incontri e la collaborazione fra professionisti Cardiologi, un altro 20% che facciano da tramite con le istituzioni. Nella parte conclusiva a

rispetto al tradizionale incontro con esposizioni frontali. I risultati di questo sondaggio ci dicono che dobbiamo fare di più in termini di coinvolgimento dei giovani Cardiologi, che la vita associativa deve aprirsi ai loro bisogni e che anche i format debbano modificarsi con il rinnovamento generazionale. In conclusione anche quest'anno uscendo dalla fredda evidence based medicine, ci siamo voluti addentrare in un viaggio reale, vestendo i panni di chi, in prima linea, si trova giornalmente ad applicare quelle conoscenze cercando di mediare tra evidenze, buon senso clinico ma anche il vissuto e le aspettative dei pazienti, quando l'esperienza è ancora bambina. Una Cardiologia toscana che cerca attivamente il proprio futuro. ♥



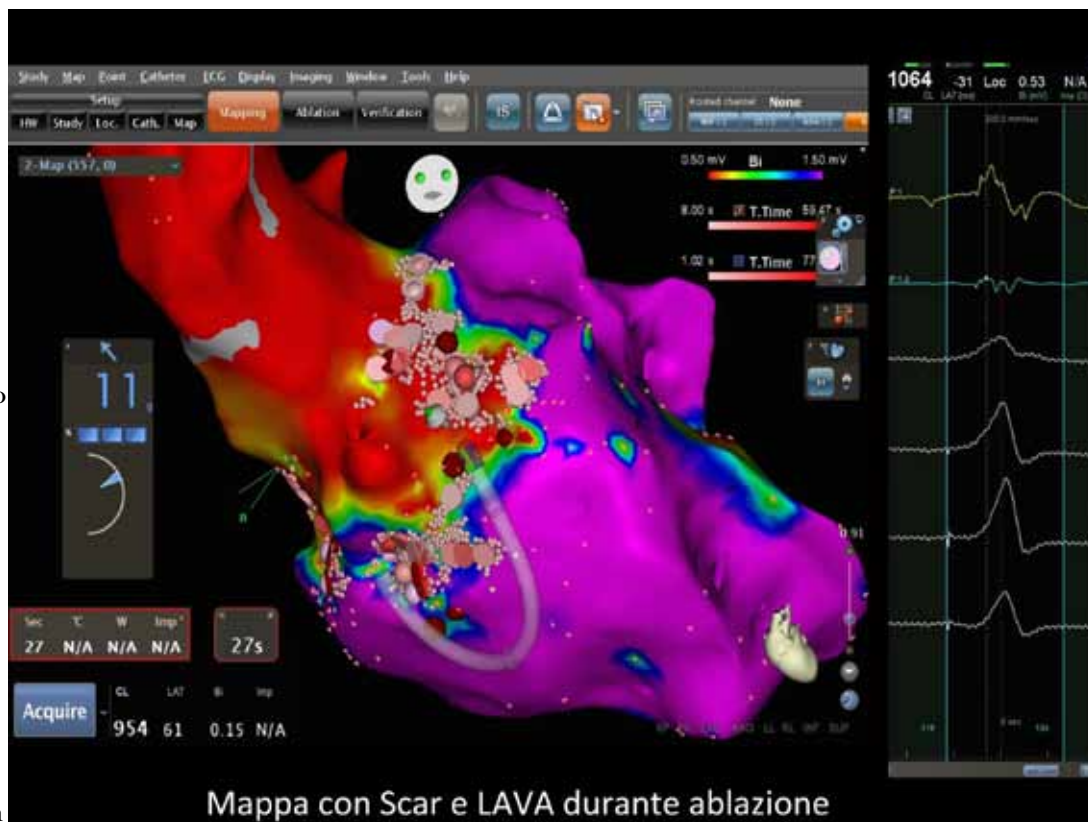
Un modello organizzativo proposto dalla cardiologia umbra  
per la gestione a 360 gradi delle aritmie

# Progetto di rete aritmologica

**L**e aritmie cardiache negli ultimi 25 anni hanno assunto un peso molto rilevante a livello di assistenza sanitaria, sia per prevalenza, che per consumo di risorse. In conseguenza di ciò la Cardiologia italiana si è adeguata a tale situazione creando una sub-specialità in grado di fronteggiare a tutti i livelli l'impatto della patologia aritmica nella pratica clinica quotidiana. Sono stati in passato proposti dei modelli organizzativi funzionali che prevedono la suddivisione di centri aritmologici di primo, secondo e terzo livello. La struttura aritmologica di primo livello ha come scopo principale il collegamento col territorio, il primo soccorso in caso di aritmie in atto e la valutazione non invasiva del paziente aritmico con particolare riguardo alla presenza o assenza di cardiopatia. Essa inoltre in accordo a percorsi predefiniti, quando il livello di assistenza supera la soglia propria del livello, riferisce il paziente a

seconda dei casi ad un centro di secondo o terzo livello. La struttura aritmologica di secondo livello si caratterizza per l'erogazione, in aggiunta a quelle proprie del primo livello di prestazioni

di resincronizzazione cardiaca. Il bacino di utenza di tale struttura dovrebbe essere non inferiore a 170-300 mila abitanti. La struttura aritmologica di terzo livello eroga le prestazioni di primo e secondo



aritmologiche invasive “di base” come lo studio elettrofisiologico a scopo diagnostico o prognostico e l’impianto di dispositivi antitachicardici, antibradicardici e

livello e si caratterizza inoltre per la terapia ablativa delle aritmie. Il bacino non dovrebbe essere inferiore a 500 mila abitanti. Tale modello organizzativo richiama il



Un modello organizzativo per la gestione delle aritmie è da anni oggetto di discussione nelle Cardiologie italiane

La creazione di un progetto e la dimostrazione della sua fattibilità a livello regionale pone le basi per la standardizzazione di percorsi assistenziali guidati dalla complessità del quadro clinico



*La sala di elettrofisiologia centro Hub durante la procedura*

modello Hub and Spoke in cui la concentrazione della casistica più complessa, o che necessita di più complessi sistemi produttivi, deve avvenire in un numero limitato di centri (Hub) integrata attraverso connessioni funzionali, con quella dei centri ospedalieri periferici

(Spoke). Da queste premesse, in Umbria, l'ANMCO regionale si è posto l'obiettivo di fotografare la realtà attuale, andando a verificare la effettiva appropriatezza dei percorsi diagnostico-terapeutici in ambito aritmologico e i flussi di pazienti, ove necessario da centri

Spoke verso i centri Hub. Tutto ciò per stilare un documento di consenso regionale al fine di garantire l'appropriatezza della gestione clinica del paziente affetto da aritmia cardiaca, dal semplice primo contatto ambulatoriale fino alle procedure più complesse. ♥



# "Sono ancora qui. Capre."

Il Direttore Responsabile intervista il Prof. Vittorio Sgarbi



*Il Prof. Vittorio Sgarbi*





"Scienza e Carità", Pablo Picasso, 1897

Vittorio Sgarbi operato al cuore: *«Me la sono vista brutta, ma sono ancora qui. Capre»*. Non ha perso la sua proverbiale verve anche dopo aver subito un intervento di rivascularizzazione per una Sindrome Coronarica Acuta. Il 17 dicembre 2015 al casello dell'autostrada di Modena Sud Vittorio Sgarbi ha capito che il dolore che sentiva ormai da parecchi minuti era qualcosa di diverso dal solito. *«Se non mi fossi fermato adesso sarei morto»* ha risposto ai giornalisti che gli chiedevano come si sentiva dopo l'intervento di angioplastica coronarica. Immediatamente ha detto all'autista di uscire dall'autostrada e portarsi all'Ospedale di Modena. Accolto al PS, l'ECG era indicativo di una ischemia miocardica e attivata la sala di emodinamica l'Equipe del Prof. Boriani ha

proceduto con l'intervento di angioplastica. Sempre dalle parole di Vittorio Sgarbi percepiamo come il paziente non abbia immediatamente la percezione della gravità della situazione e questo spesso si traduce in un ritardo di attivazione dei soccorsi e del 118 che dovrebbe essere il sistema che tutti dovrebbero utilizzare in una situazione come questa. «Durante un incidente stradale uno può avere la sensazione che è sul punto di morire, e poi esce indenne e questo è capitato anche a me, per fortuna. Ma la situazione di questa notte è ben diversa. Io ho provato un dolore abbastanza forte e ho pensato che passasse. Dopo mezz'ora ho valutato l'anomalia e ho detto al mio autista di uscire a Modena dove c'è un policlinico, dove sono in questo momento,

con dei medici specializzati sulle cure del cuore. Arrivato al pronto soccorso mi hanno rapidamente fatto quest'operazione per l'ischemia che avevo. Quindi ho avuto l'intuizione giusta di fermarmi.»

**Prof. Sgarbi sono passati 8 mesi dal giorno in cui in autostrada a Modena ha avvertito quel dolore al petto e ha deciso di farsi portare in Ospedale. Come ricorda quel momento ora?**

«Adesso ho la consapevolezza del pericolo che ho corso. Ma quando il mio autista ha insistito perché andassi in ospedale, ho pensato, a dire il vero, che fosse un banale malore. Solo dopo ho compreso la gravità, e l'importanza, comunque, di arrivare in tempo in ospedale».





*Il Prof. Vittorio Sgarbi e il Direttore Responsabile di "Cardiologie negli Ospedali" Mario Chiatto*

**Alla luce della conoscenza che oggi ha del suo problema cardiologico, rifarebbe tutto allo stesso modo o forse agirebbe diversamente (es.: chiamando il 118)?**

«Il 118 il mio autista lo ha comunque chiamato, ma eravamo vicini all'ospedale di Modena e quindi sono arrivato, diciamo così, autonomamente. In casi del genere, mi è stato spiegato, un intervento tempestivo fa la differenza tra la vita e la morte»

**Qual è stato il rapporto che si è creato con medici e infermieri? La cardiologia che ha incontrato era la cardiologia che si aspettava?**

«Diciamo che io non sono un paziente modello. Ho faticato molto per abituarli all'idea

di dover stare in una stanza di ospedale e seguire le prescrizioni di medici e infermieri. Ho incontrato medici e infermieri premurosi e molto scrupolosi nelle cure, ma temo che dopo le mie dimissioni siano stati loro a dover ricorrere alle cure di altri medici per superare lo stress psicologico cui li ho, involontariamente, costretti, anche per le tante persone che si sono preoccupate della mia salute e ci tenevano a sincerarsi delle mie condizioni trasformando la mia stanza di ospedale in un luogo di pellegrinaggio».

**Dopo quell'episodio ha seguito un programma di riabilitazione e aderito a tutte le proposte terapeutiche e di stile di vita che le sono state fatte?**

«Certo, seguo una precisa terapia farmacologica ed eseguo periodicamente gli esami che mi

sono stati prescritti. Cambiare stile di vita non è facile, ma ormai quelli che vivono attorno a me si sono coalizzati per impormi, mio malgrado, ritmi meno frenetici»

**Se oggi Lei dovesse raffigurare con un'opera d'arte l'evento occorso il 17 dicembre a quale opera penserebbe e perché?**

«Mi sono sentito come la malata dipinta da Picasso a soli 16 anni, quella del dipinto "Scienza e carità": da un lato i medici (la scienza) che si occupavano di me come si fa con una macchina portata in officina per la manutenzione; dall'altro le persone a me care, i miei collaboratori, gli amici, che mi guardavano (la carità) come se fossi arrivato al capolinea. Ma non me ne vado all'altro mondo così facilmente.» ♥



# Atto di indirizzo della dirigenza medica 2016 - 2018: cosa dire?

**F**inalmente dopo tanti anni di “stallo” è stato licenziato, il 14 luglio u.s., dalla Conferenza delle Regioni l’atto di indirizzo per il rinnovo contrattuale della dirigenza medica pubblica; sicuramente è un passo avanti e lo esamineremo in maggiore dettaglio, ma sorgono spontanee delle riflessioni in merito. Innanzitutto viene da chiedersi se valga la pena, dal punto di vista sindacale e dei dipendenti, andare a un rinnovo contrattuale che non porterà, a meno di risorse economiche aggiunte, al momento non prevedibili, a un incremento stipendiale significativo e in grado di far recuperare, almeno in parte, il potere di acquisto perduto negli anni scorsi; nel contempo certamente ci sarà un “peggioramento” della parte normativa per quanto riguarda le garanzie per i dipendenti, è pur vero che nel frattempo sono intervenute novità legislative tali da creare notevole discordanza con quanto previsto nel CCNL in atto e quindi causa di incremento del contenzioso relativo. Bisognerà dunque che la parte sindacale sia veramente in grado di far valere le proprie ragioni al fine di trovare la quadra fra una corretta applicazione delle nuove norme e il

mantenimento di un accettabile combinato disposto di garanzie che evitino derive di tipo eccessivamente aziendalistico nella applicazione della parte normativa, garantendo una sufficiente libertà di azione ai professionisti e, mi si permetta di dire, tenendo in debito conto le necessità di indipendenza e di formazione peculiari della nostra professione. L’atto di indirizzo in questione è composto da 6 titoli. Nel titolo 1 (linee generali di contesto) viene affrontata sinteticamente la situazione normativa evoluta in base alle più o meno recenti disposizioni normative, peraltro alcune ancora in fieri poiché prevedono la attuazione di deleghe tuttora in corso (L 124/2015), nonché la complessità della revisione dell’impianto prevista dal DLg 165/2001. Viene confermata la interpretazione del rinnovo contrattuale come strumento funzionale all’attuazione del Patto della Salute e della valorizzazione del lavoro nel SSN. Si sottolinea la primaria esigenza di questo rinnovo che è la individuazione di una corretta soluzione per uniformare le disposizioni contrattuali al modificato quadro normativo (e questo è il punto più dolente, a mio modo di vedere). In questo titolo

viene anche fatto un richiamo alla organizzazione secondo intensità di cure (e qui bisognerà far sentire forte la voce della parte sindacale, ma penso che anche le Società Scientifiche, quali espressioni di aggregazioni professionali importanti, debbano far la loro parte sensibilizzando in merito i sindacati, almeno in questa fase). Viene anche ricordata la riduzione importante degli incarichi di struttura complessa avvenuta negli ultimi anni, ma nel contempo viene giustamente ravvisata la necessità di rispondere al crescente disagio professionale tentando di rivedere lo sviluppo delle carriere e il reperimento di risorse significative e “certe” nella retribuzione. Nel paragrafo dedicato alla struttura contrattuale si conferma la necessità di includere nel CCNL tutele, garanzie e minimi contrattuali omogenei per tutto il personale, pur confermando la necessità/opportunità di garantire una contrattazione aziendale, nel quadro di regole e certezze però. Viene infine valorizzato il ruolo del contratto individuale che diventa lo strumento per normare, nell’ambito del CCNL, il rapporto professionista - azienda. Viene inoltre dedicato ampio spazio alla importanza di una condivisione con



le sigle sindacali della fase di riorganizzazione (speriamo che questo recupero del ruolo non venga attuato a scapito dei professionisti e su questo dovremo vigilare attentamente per far sì che si evitino situazioni spiacevoli). Nel titolo II vengono analizzate le disponibilità di risorse, puntualizzando la necessità che almeno quota parte dei risparmi ottenuti venga garantita per l'utilizzo nel salario di risultato e per progetti innovativi finalizzati alla riduzione delle liste di attesa etc. (è il solito refrain... che mal si accorda con la necessità stringente di attenersi alle norme europee in materia di orario di lavoro e giusto riposo). Il titolo III è dedicato all'assetto professionale; qui si fanno richiami alla necessità di rivedere il percorso di carriera gestionale e quello professionale, cercando di garantire applicazioni omogenee del riconoscimento economico di carriera per ambedue i percorsi, mantenendo nel contempo una intercambiabilità dei ruoli (per poter capire meglio se il tutto sarà declinato in maniera positiva o meno si dovranno vedere le ipotesi pratiche relative). Importante è comunque la affermazione della necessità di rivedere le norme di composizione dei fondi contrattuali, al fine di permettere alle aziende di riutilizzare le risorse risparmiate con le ristrutturazioni aziendali all'interno del medesimo sistema (ma mi sembra difficile coniugare questa affermazione, pur importante dal punto di vista teorico, con la spending review in atto). Sono inoltre previste le necessità di meglio precisare i contenuti delle strutture semplici, di semplificare e omogeneizzare le norme per la attribuzione degli

incarichi e per la loro valutazione, e in ultimo ma non ultimo la esigenza di semplificare la struttura retributiva; si fa inoltre ancora un richiamo alla importanza del contratto di lavoro individuale. Nel titolo IV (istituti del rapporto di lavoro) si richiama la necessità di rivedere l'impianto della esclusività e la sua compatibilità con alcuni incarichi (e fin qui ci potremmo stare, il rischio è che non si voglia trasformare la indennità di esclusività, eliminandola, e spacciando la massa contributiva relativa come nuove "risorse" da reimpiegare per l'adeguamento economico contrattuale; ormai conosciamo bene il modo di pensare in proposito della parte pubblica delegata). Importante è sicuramente il richiamo alle coperture assicurative necessarie per far lavorare in tranquillità i professionisti. Da interpretare meglio, in base alle proposte pratiche, è la problematica sviluppata riguardo all'orario di lavoro, anche se appare importante la segnalazione della necessità di una valorizzazione economica del lavoro disagiato. A mio parere estremamente significativo è il paragrafo relativo alla valorizzazione dei dirigenti senior, anche se appare complesso coniugare le giuste esigenze di "protezione" degli stessi con la erogazione dei servizi ospedalieri, se non si prevederanno nuove opzioni lavorative da integrare nel contesto ospedaliero. Nel titolo V si parla del finanziamento della parte variabile del trattamento economico e ritorna quindi chiara l'importanza delle modalità costitutive dei fondi contrattuali, si accenna anche alla possibilità di prevedere forme di compartecipazione del personale

nella lotta gli sprechi nel sistema sanitario, cosa che, se ben declinata, appare interessante. Importante è anche il richiamo alla necessità di una adeguata retribuzione dei professionisti e alla valorizzazione del momento di trattativa sindacale. Il titolo VI è finalizzato alla riserva ed altre disposizioni, fra cui la libera professione intra moenia e qui si ritorna alla solita solfa della necessità di rimodularla etc. cosa ormai di difficile integrazione con le problematiche relative all'orario di lavoro. Infine l'atto di indirizzo per l'attuazione del disposto dell'art. 14 comma 1 della Legge 30 ottobre 2014 n.161, stabilisce la abrogazione delle deroghe alla normativa europea sull'orario di lavoro e riposo compensativo, e qui emergono con forza tutte le difficoltà che ben conosciamo e che potranno essere sviscerate in un articolo ad hoc. In sostanza l'atto di indirizzo, pur con tutti i limiti intrinseci, appare un passo importante per il rinnovo contrattuale, certamente andrà monitorato e seguito con attenzione onde mantenere le parti di interesse (la ottica dipartimentale, la valorizzazione delle competenze professionali oltre che gestionali, l'innalzamento del livello delle relazioni sindacali, le garanzie retributive effettive, il recupero di risorse dalla indennità di esclusività del personale in quiescenza). Ovviamente solo quando saranno proposte le prime ipotesi di CCNL si potrà meglio valutare se valga la pena andare avanti in un rinnovo contrattuale che si colloca in un contesto molto complesso sia dal punto di vista normativo che politico, anche in relazione alle modifiche apportate ai comparti e alle aree di contrattazione. ♥





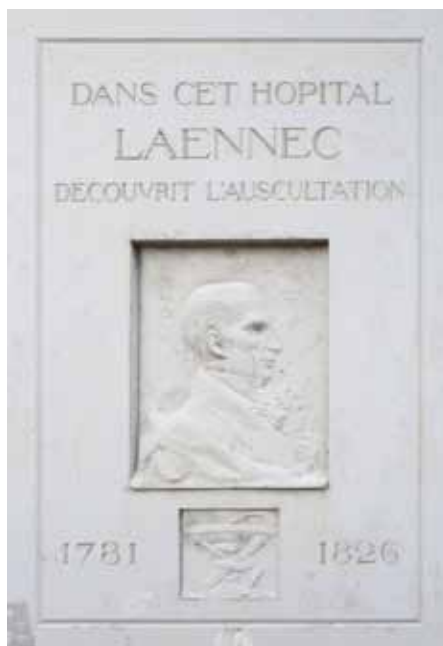
# «Auscultare il cuore»: lo Stetoscopio



*René-Théophile-Hyacinthe Laënnec (Quimper, 17 febbraio 1781 – Douarnenez, 13 agosto 1826)  
Ritratto inc., provenienza archivio privato*



**S**tetoscopio al collo e camice bianco, così nell'immaginario collettivo si delinea la figura del medico oggi. Ma non era così fino al XIX secolo. L'introduzione del camice bianco è una conquista ottocentesca che si oppone all'abito nero indossato fino ad allora dal medico, come tanta iconografia, anche illustre, documenta. Chi non ricorda i volti dei medici, incorniciati da colletti bianchi, che assistono nei loro abiti neri alla dissezione anatomica nella "Lezione di Anatomia del dottor Tulp", celebre opera di Rembrandt del 1632. Dal nero, il colore della morte, al bianco il colore della vita. Da una medicina oscura non solo nelle sue sembianze, ma anche nei suoi metodi e rimedi, ad una medicina chiara e riconoscibile, efficace nei suoi metodi e nei suoi strumenti. Insieme al camice bianco lo stetoscopio nell'Ottocento fa la sua comparsa nell'armamentario del medico come l'oftalmoscopio, il termometro clinico ed altri strumenti, al punto da diventare parte essenziale della sua immagine professionale. Ma come questo strumento, dall'apparenza piuttosto semplice e modesta, assurge ad un ruolo così importante nella pratica e nell'identità professionale? L'Ottocento è il secolo di una nuova medicina, legata alla visione positivista, dove la fisiologia si impone come base essenziale per la pratica ed il progresso della medicina. Fu proprio la Francia ad offrire il contesto europeo in cui si sviluppò una fisiologia, sostenuta da un'intensa attività

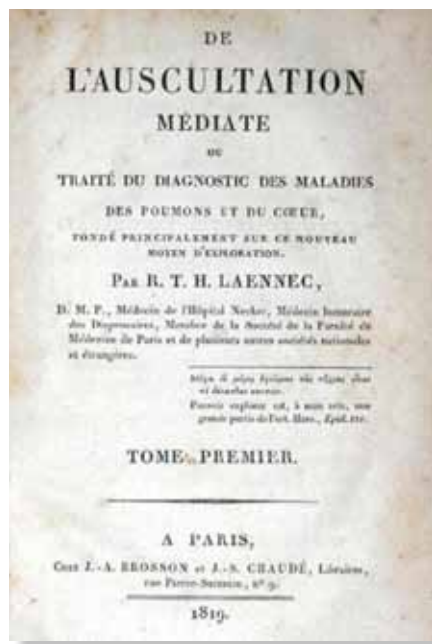


*Lapide commemorativa in onore di René Laennec, Parigi, Ospedale Necker  
Provenienza: archivio privato*

sperimentale. Analogamente i nuovi metodi e le tecniche di diagnosi consentirono alla medicina clinica ed alla patologia di compiere notevoli progressi. In questo contesto nasce lo stetoscopio nel 1816, ad opera del medico francese René-Théophile-Hyacinthe Laennec (Quimper, 17 febbraio 1781 - Douarnenez, 13 agosto 1826), invenzione che gli viene attribuita mentre era in servizio presso l'Ospedale Necker a Parigi. Di fronte alle grandi scoperte ed invenzioni della medicina, come per ogni altra disciplina, spesso scienza e casualità si intrecciano in una trama sottile, ma la formazione resta sempre il terreno fecondo che fa germogliare il genio. Laennec eredita la passione per la medicina dallo zio Guillaume medico a Nantes sotto la direzione del quale condusse i primi studi di medicina. Nel 1799 si recò a Parigi dove, nonostante la scarsità di mezzi a disposizione, ebbe la fortuna di avere come maestri

illustri medici del secolo tra cui Jean-Nicolas Corvisart-Desmarests, medico di Napoleone Bonaparte. Oltre ad entrare in contatto col celebre chirurgo e fisiologo francese Marie François Xavier Bichat, Laennec collaborò con medici quali Guillaume Dupuytren e Gaspard Laurent Bayle. Corvisart che dal 1797, aveva cominciato ad insegnare presso il Collège de France, aveva ottenuto un'ampia reputazione come esperto di Cardiologia, introducendo la percussione come nuovo metodo di indagine delle patologie della cavità toracica, in grado di rilevare all'interno la presenza di congestioni sulla base del suono da essa provocato. Fu dal maestro Corvisart che Laennec derivò l'utilizzo del suono come supporto nella diagnosi. La casualità fa capolino nella genesi della sua invenzione in una mattinata parigina mentre egli è intento in una passeggiata, nei pressi del Palazzo del Louvre, ancora un cantiere in costruzione in quel secolo, quando scorse alcuni ragazzi giocare in maniera piuttosto insolita: mentre uno di essi poggiava all'orecchio l'estremità di una pertica lunga e sottile, un altro, messosi all'estremità opposta, la percuoteva leggermente con uno spillo. Il giovane medico si avvicinò ai ragazzi e chiese loro cosa stessero facendo. Uno di essi invitò Laennec a mettersi al suo posto. Il medico, incredulo, ascoltò forte e distinto l'impercettibile rumore provocato dallo spillo. Immediatamente nacque in lui l'idea di trasformare

un semplice gioco in uno strumento diagnostico: egli considerò che un sistema simile, in piccolo, avrebbe permesso di ascoltare con precisione, in maniera amplificata, anche i battiti cardiaci. Poco dopo Laënnec ebbe modo di applicare il nuovo metodo ad uno dei suoi pazienti, come si apprende dalla prefazione della sua opera più importante il "Traité De l'auscultation médiate ou traité du diagnostic des maladies des poumons et du coeur fondé principalement sur ce nouveau moyen d'exploration" (2 volumi, Parigi, Brosson & Chaudé, 1819): «Io fui consultato, nel 1816 per una giovane ragazza che presentava dei sintomi generali di malattia di cuore e sulla quale l'applicazione della mano e la percussione davano pochi risultati a causa della sua obesità. L'età e il sesso dell'ammalata mi impedivano il tipo d'esame di cui io ho appena parlato (auscultazione diretta con l'orecchio appoggiato al torace); mi ricordai allora di un fenomeno acustico molto conosciuto: se si appoggia l'orecchio all'estremità di una trave, è possibile udire molto distintamente un colpo di spillo dato all'altro estremo. Io pensai che si poteva approfittare di questa fenomeno fisico. Presi un quaderno di carta e lo arrotolai strettamente, appoggiai una estremità sulla regione precordiale e posando l'orecchio dall'alta parte fui tanto sorpreso quanto soddisfatto nell'ascoltare i battiti del cuore in modo molto più netto e più distinto di quanto io non avrei potuto ottenere con l'applicazione della mano. Pensai allora come poter costruire uno strumento semplice e utile; non solo per lo studio dei battiti cardiaci ma anche per tutti quei movimenti che potevano produrre del rumore nella



*René-Théophile-Hyacinthe Laënnec, Traité De l'auscultation médiate ou traité du diagnostic des maladies des poumons et du coeur fondé principalement sur ce nouveau moyen d'exploration. 2 volumi., Parigi, Brosson & Chaudé, 1819*

*Provenienza: archivio privato Studio Firmano*

cavità toracica e quindi permettere l'esplorazione della respirazione, della voce, dei rantoli respiratori e forse anche della fluttuazione di un liquido racchiuso nelle pleuri...» Laënnec perfezionò successivamente la sua invenzione, utilizzando un cilindro di legno, forato al centro, auscultando suoni mai uditi prima e privi di denominazione: egli fu, dunque, il primo ad usare termini come rantolo, broncofonia e simili, oggi ormai di uso comune. Come ogni novità, inizialmente sia il trattato sia l'invenzione di Laënnec, vennero accolte con molto scetticismo dalla comunità medica, non senza critiche aspre mosse dai medici legati alle tradizionali pratiche diagnostiche come l'esame del polso, delle urine, delle feci e degli altri umori, fino all'accusa di ciarlataneria. La diffusione

dell'utilizzo dello stetoscopio ne favorì, analogamente a quanto avvenuto per altri strumenti medici come ad esempio i forcipi, una progettazione differenziata e personalizzata, senza tuttavia che le modifiche apportate allo strumento comportassero effettivi miglioramenti nella qualità dell'auscultazione. Un esempio è rappresentato dagli stetoscopi monoaurali usati per lungo tempo in campo ostetrico per rilevare il battito cardiaco fetale e superati solo di recente, grazie all'avvento dei Doppler. Lo stetoscopio semplice e rudimentale di Laënnec fu sostituito via via da strumenti sempre più perfezionati e sofisticati ma che, nella sostanza, rispondevano sempre allo stesso principio di base ideato dal medico francese in una mattina parigina... quasi per gioco! ♥

#### Bibliografia:

Margot Bruyère, Laennec: *l'homme à l'oreille d'or*, Paris, France-Empire, 2006.  
Jean-José Boutaric, Laennec, Balzac, *Chopin et le stéthoscope: ou la diffusion de l'auscultation médiate durant la première moitié du XIXe siècle*, Paris, Glyphe & Biotem, 2004.  
Giorgio Cosmacini, *Tanatologia della vita e stetoscopio. Bichat, Laënnec e la «nascita della clinica»*, *L'idea e lo strumento*, vol. I, Milano, Albo Versorio 2015.  
Simona Giardina, Antonio G. Spagnolo, *I medici e il camice bianco. Note storico-culturali e implicazioni per la formazione dello studente di medicina*, «Medicina e Morale», 2014/2, pp. 217-231.  
Roger Kervran, *Laennec: his life and times, translated from the French by D.C. Abrahams-Curiel*, Oxford, New York, Pergamon Press, 1960.  
Laennec: *catalogue des manuscrits scientifiques par Lydie Bouille [and others], introduction de Mirko D. Grmek*, Paris, New York, Masson, 1982.  
*Storia della medicina, profusioni di Giuseppe Armocida, Elisabeth Bicheno, Brian Fox; dizionario di Sergio Musitelli*, voce «Stetoscopio», Milano, Jaca Book, 1999, p. 37.1.





# Cinema e Medicina

**E**rano trascorsi due anni da quando, il 28 dicembre 1895, con la prima proiezione pubblica dei fratelli Lumière al n.14 del Boulevard des Capucines a Parigi, nasceva il Cinematografo. Dopo appena due anni Georghe Marinescu, influenzato dagli studi di Charcot alla Salpêtrière, tornato a Bucarest, iniziò ad applicare la tecnica delle immagini in movimento allo studio dei suoi pazienti. Erano studi su disturbi del portamento, problemi locomotori e isterismo: l'inizio del film scientifico applicato alla Medicina. A parte la documentazione medica attraverso i film, la "fiction" cinematografica, il Cinema, negli oltre 100 anni della sua storia ha trattato frequentemente storie che riguardano i medici e la medicina, le reazioni psicologiche del malato, il disagio del medico dinanzi al malato e alla malattia, il riscatto dopo la malattia, la vita e la morte. Il Cinema, nella sua interezza, comprendendo in sé letteratura, pittura, musica, si presta ad una visione sintetica del mondo, indipendentemente dalla vicenda trattata. L'immagine filmica penetra facilmente nella nostra mente come percezione, partecipazione. Una sensazione affettiva che diviene poi razionale, la comprensione e la identificazione. Oltre ad un fine conoscitivo e formativo, la proiezione di molti film è stata

impiegata per finalità terapeutiche, naturalmente in maggior misura nel campo dei disturbi psicologici o psichiatrici. Non sono mancate le iniziative verso la formazione di medici e studenti attraverso il Cinema. Negli ultimi anni si devono apprezzare programmi di proiezioni filmiche realizzati nel nostro Paese, tra gli altri, dall'Ordine dei Medici di Genova, dalla Facoltà di Medicina della Università di Firenze, dalla Facoltà di Medicina Federico II di Napoli, da un gruppo di studenti in Medicina della Università di Bari. Tanti film quindi in cui si tratta di malattie e di medici, come tema centrale o marginale, di epoche passate o recenti, di registi grandi o meno grandi, con attori famosi o meno, della categoria "feel-good movies" o "feel-bad movies" come distinguono rigorosamente in America, per "stare bene" o "stare male". Sarebbe noioso per chi scrive e ancora più noioso, forse insopportabile, per chi legge, compilare un freddo e arido elenco dei film realizzati nel mondo che trattano di Medicina e di Medici. Utile invece un elenco, persino indispensabile, quando ci si trova in rapporto ad un programma di opere da proiettare. Giorgio Bert ha scritto un pregevole volumetto "Cinema e Medicina" in cui analizza 48 film. Si legge nella presentazione: «*Film con medici, film sui medici, film in cui i medici compaiono per*

*caso ma aggiungono comunque un tassello a quell'"immagine" del medico che si costruisce anche attraverso la letteratura e attraverso il cinema».* Per André Bazin riflettere sul Cinema significa cogliere un riflesso del mondo, troppo caotico e causale per essere analizzato in sé. Due Autori appaiono determinanti per accostarsi affettivamente e razionalmente al Cinema. Christian Metz in "Cinema e psicanalisi" analizza i processi mentali, le attese, i bisogni, le tensioni, le forme di identificazione che spingono lo spettatore al Cinema. Edgar Morin in "Il Cinema e l'uomo immaginario" considera il Cinema una "macchina" che coinvolge lo spettatore in un atteggiamento emotivo e affettivo, attraverso la simbolizzazione, ma apre contemporaneamente un processo di razionalizzazione che consente il



Edgar Morin



Tiziano Terzani

distacco critico e analitico. In sintesi una doppia coscienza. La illusione fornita dalla pura immagine che agisce alla stregua di fantasma inserisce lo spettatore in un mondo magico, ma insieme la consapevolezza che si tratta di una illusione. La magia non disgiunta dalla realtà. Magia e realtà. Realtà e magia. Quando il film non è un documento è un sogno. I più grandi Registi del XX secolo hanno realizzato le loro opere (spesso “capolavori”) seguendo questo indirizzo narrativo, tra la realtà e il sogno, tra la realtà e la immaginazione: Federico Fellini (sintetizziamo spesso i suoi straordinari film nel termine, “realismo fantastico”), Ingmar Bergman, Akira Kurosawa, Louis Bunuel, Andrej Tarkovskij. Le approfondite analisi e considerazioni di E. Morin sul Cinema si adattano alla realizzazione



della pratica medica, al rapporto con il paziente, alla realizzazione della pratica terapeutica. Vale assolutamente questa affermazione in psicologia e psichiatria ove i rapporti interpersonali tra medico e paziente sono spesso essenziali per ottenere buoni risultati nel processo di guarigione. Ma non trascurabili anche per il medico di famiglia e lo specialista. Il medico ha contatti emotivi con il paziente e deve sapere osservare i contatti emotivi del paziente. Ha rapporti emotivi con i familiari dei pazienti. Spesso i grandi mezzi di comunicazione denunciano un atteggiamento “disumanizzante” negli Ospedali e nei luoghi ove si pratica la Sanità. Non vogliamo riferirci con questa definizione a trattamenti omissivi, o in minor misura sgarbati, che possono richiedere, quanto meno, provvedimenti disciplinari. Con “disumanizzazione” ci riferiamo

ad un comportamento che non è reato ora, né mai potrà esserlo nel futuro. Un atteggiamento da un lato rigorosamente legato alle conoscenze mediche del momento, suffragato da moderne tecnologie. Ma che d’altro canto considera soltanto la malattia, non il malato. Un modo di esercitare la professione medica diffuso, anzi in fase di incremento negli ultimi decenni, proprio in rapporto al progresso della tecnologia. Sembra utile ricordare in questo senso l’esperienza del grande giornalista e scrittore Tiziano Terzani. Terzani negli ultimi anni della sua vita frequenta Ospedali all’avanguardia in Medicina. Usufruisce di alte competenze in termini di tecnologia. Ugualmente eccellenti le conclusioni diagnostiche e i protocolli di cura. Ma racconta un vissuto di incomprensioni dove i curanti non conoscono il collegamento tra la malattia e il vissuto, tra la mente e il corpo: «*I miei medici tengono conto esclusivamente dei “fatti” e non di quell’inafferrabile “altro” che poteva nascondersi dietro ai “fatti”, così come i cosiddetti “fatti” apparivano loro. Io ero un corpo, un corpo malato da guarire. E avevo loro un bel dire: ma io sono mente, sono anche sposato e certo sono un cumulo di storie, esperienze e sentimenti, di pensieri, emozioni, che con la mia malattia hanno probabilmente avuto un sacco a che fare*». Da un altro punto di vista il medico applicato rigorosamente alla sua attività di studio, clinica o di ricerca, può estraniarsi dal mondo che lo circonda, dagli affetti, dalla vita sociale (escludendo

quella professionale). Chiuso in un guscio impermeabile, da cui deriva misantropia, egoismo, solitudine, aridità. Due aspetti complementari quindi. Quello del rapporto del medico verso il paziente. L'altro del rapporto verso se stesso. Per affrontare questi due temi si può porre l'attenzione su due film: Patch Adams e Il Posto delle Fragole. Patch Adams (1998, Tom Shadyac). Hunter "Patch" Adams dopo un tentativo di suicidio, si interna volutamente in un ospedale psichiatrico. Dimesso dalla clinica decide di laurearsi in Medicina per aiutare gli altri, per valutare la malattia e il paziente oltre la malattia. Conseguita la laurea intensifica la sua aspirazione nella pratica medica: portare il sorriso in Ospedale e mutare la percezione del paziente molto spesso individuato soltanto per la sua malattia o con un numero. La "fiction" è ispirata alla storia vera di Hunter Doherty "Patch" Adams che negli anni '70 fondò il 'Gesundhait' Institute al fine di costituire un modello sanitario fondato sulla solidarietà. L'uso del sorriso a fianco delle classiche terapie mediche. Il Posto delle Fragole (1957, Ingmar Bergman), Isak Borg, luminare della Medicina, sta per ricevere il suo Giubileo nella Università di Lund. Compie il viaggio in auto da Stoccolma a Lund in compagnia della nuora Marianna. Incontra nel viaggio giovani autostoppisti e una coppia di coniugi in piena conflittualità. Una breve visita alla vecchissima madre. Si ferma al posto della sua giovinezza "il posto delle fragole" e rivede come



*Robin Williams in una scena del film "Patch Adams"*

in un sogno la vita trascorsa. La "ricerca del tempo perduto" rende cosciente Isak, uomo di scienza, studioso di successo, delle sue aridità di uomo, del suo egoismo, della sua solitudine. Forse, alla fine della vita, riesce a ricongiungersi alla vita. Due film realizzati in tempi diversi, affrontano temi diversi. Uno (Patch Adams) un buon film del 1998, l'altro (Il posto delle fragole) del 1957, un capolavoro assoluto di tutta la storia del cinema mondiale. Ma non è la valutazione estetica che può interessarci in questa analisi. Il film, Patch Adams, ha reso famosa in tutto il mondo l'attività di Hunter Adams. La "clown terapia" da lui prospettata ci potrà far sorridere. Ma indimenticabili, per indurci poi alla meditazione, tante conclusioni esposte dal protagonista (l'interprete è Robin Williams). La gioia è uno stile di vita. L'amore è il principale obiettivo. Non intorpidire il miracolo della vita. Non solo prevenire la

morte, ma migliorare la qualità della vita. La peggiore malattia è l'indifferenza. Il vecchio Isak Borg, protagonista del bergmaniano "Il posto delle fragole", è un medico, un ricercatore, uno scienziato. La vicenda narrata, racchiusa nel breve spazio di una giornata, può essere vissuta da ogni essere umano. Il valore e il successo professionale non devono escludere la partecipazione alla vita. L'egoismo, la misantropia, l'indifferenza condannano alla solitudine. Isak Borg in una sola giornata di viaggio, prende coscienza di avere vissuto una vita esteriormente da vivo, ma interiormente da morto. Questa consapevolezza lo restituisce alla vita attraverso un sorriso. Due film (Patch Adams e Il Posto delle fragole) dal contenuto differente, realizzati in epoche diverse da due autori di diverso valore e fama, ma unificati alla fine dalle risate di Patch e dal sorriso di Isak. ♥





La Letteratura Disegnata accompagna da sempre la Storia dell'Uomo  
Attraverso la rubrica "Cuori di China", ripercorreremo insieme questo viaggio

# Viaggio nel cuore del Fumetto 1<sup>a</sup> puntata

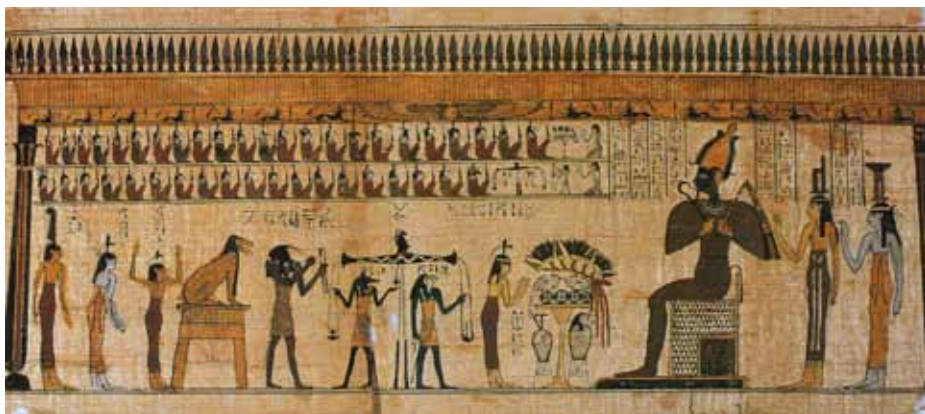
Dalle Grotte di Lascaux al Papiro di Ani, passando per la Colonna Traiana,  
fino a giungere alla guerra editoriale tra Hearst e Pulitzer  
Viaggio nella storia della Nona Arte

**I**l fumetto è un linguaggio: questa la visione d'insieme e il punto di partenza per comprendere lo sfaccettato e poliedrico fenomeno che semiologi come Umberto Eco e Daniele Barbieri hanno definito Arte Sequenziale o Letteratura Disegnata. La definizione puntale di Fumetto, fornita dallo studioso della comunicazione Scott McCloud lo definisce come "Una serie di immagini e altre figure giustapposte in una deliberata sequenza, con lo scopo di comunicare informazioni e/o produrre una reazione estetica nel lettore". Ma che lo si analizzi come un linguaggio, o come uno strumento di comunicazione, ciò che appare palese è che il Fumetto per l'uomo è stato un compagno di viaggio, che ha influenzato la storia dell'umanità e che dalla storia dell'umanità è stato a sua volta influenzato, fin dalla sue origini.

## I profumetti

Immaginiamo di possedere una macchina del tempo, e viaggiamo fino a 17.500 anni fa, giungendo nel pieno Paleolitico Superiore. Siamo nella Francia Sud - Occidentale, più precisamente nella zona che ospita le Grotte di Lascaux, complesso di caverne in cui è possibile ammirare esempi di opere di arte parietale. Si tratta di una serie di immagini, poste in sequenza, che raffigurano animali preistorici. Non conosciamo il significato di questi disegni, ma sappiamo che per gli uomini di allora la consequenzialità di tali raffigurazioni conteneva un messaggio, che magari era semplicemente "Attenzione - Attraversamento animali" o forse meno prosaicamente indicava rituali di caccia. Sta di fatto che già migliaia di anni fa, gli uomini raccontavano se stessi e il proprio

quotidiano tramite una serie di immagini giustapposte in sequenza, struttura di base del Fumetto. Risaliamo sulla nostra macchina del tempo, abbandoniamo la Francia e giungiamo in Egitto. Siamo nel 1250 A.C. Oltre sessanta uomini, scriba e sacerdoti, stanno lavorando ad un'opera che oggi è conservata al British Museum di Londra. Si tratta del Papiro di Ani, chiamato anche Vangelo di Osiride, rotolo lungo 235 centimetri per un'altezza media di 42 centimetri. L'opera, attraverso una serie di geroglifici e illustrazioni, ha la finalità di trasmettere gli insegnamenti esoterici che consentirebbero all'uomo, al faraone, di raggiungere la vita eterna dopo la morte. Sono oltre 200 le formule contenute al suo interno, tutte espresse tramite una serie di immagini giustapposte, in sequenza, finalizzate a trasmettere



*Papiro di Ani*

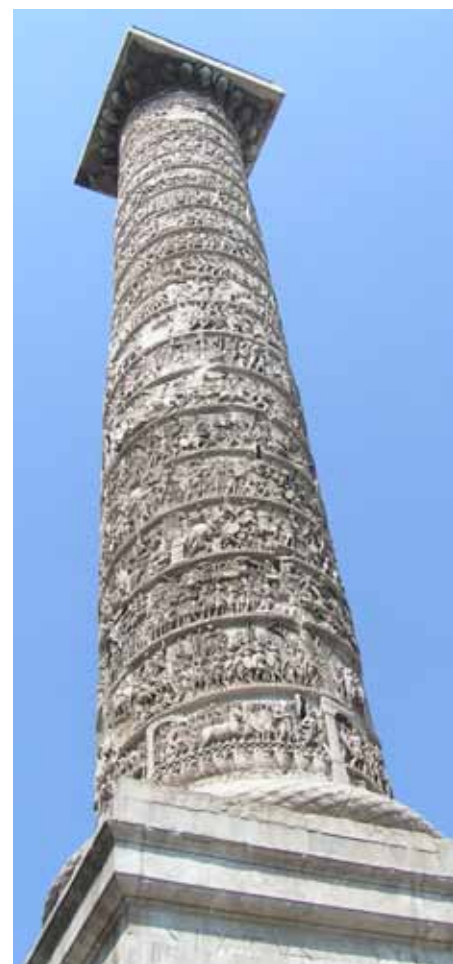
un messaggio o un'informazione. Ancora una volta ci troviamo di fronte ad una forma primordiale di Fumetto. Ancora un altro salto temporale. Siamo nel 113 d.C., a Roma. Nel Foro Traiano si sta inaugurando un'opera che tutt'oggi svetta nella Città Eterna: la Colonna Traiana, la prima colonna coclide della storia dell'arte romana, cioè una grande colonna isolata decorata da un fregio che vi si arrotola sopra e che contiene una scala a chiocciola all'interno. Nello specifico il fregio racconta, ancora una volta attraverso una serie di immagine poste in sequenza, la conquista della Dacia

fumetto, anche se non aveva ancora avuto questo appellativo che lo lega ad una narrativa ricreativa, di intrattenimento, di qualità alternate, fa parte della storia dell'uomo fin dalla sua nascita, ma è giunto il momento di dimostrare qualcosa di diverso, cioè come il fumetto, in quanto linguaggio, ha influenzato la società, e quanto da essa è stato influenzato. Ma per farlo serve ancora un piccolo salto temporale, fino al 5 maggio 1895, a New York.

### **La guerra tra Pulitzer e Hearst**

Joseph Pulitzer, a cui anni dopo venne dedicato un famoso premio

Per ottenere questo scopo, puntò molto sull'inserito domenicale, che poteva vantare il rivoluzionario inserimento del colore, elemento che per l'epoca fu qualcosa di sconvolgente. Provò dapprima ad inserire una serie di riproduzioni di grandi opere d'arte, raccogliendo tuttavia uno scarso successo. Poi, un baldanzoso ragazotto di nome Richard F. Outcault gli propose una strip, che l'editore volle tuttavia inserire a pagina intera e a colori, dal titolo Hogan's Alley, storia che



*Colonna Traiana*

**“Cuori di China” è la rubrica che parla di Arte Sequenziale, di Letteratura Disegnata, di Fumetto inteso come linguaggio, realtà che da sempre accompagna la storia dell'uomo e che si fonde col tessuto sociale proprio di ogni comunità**

da parte dell'imperatore Traiano. Potremmo fare ancora altri viaggi nel passato per dimostrare che il

giornalistico, aveva un sogno: rendere il suo New York World il quotidiano più venduto del mondo.



*Yellow Kid*

aveva per protagonista Mickey Dugan, meglio noto come The Yellow Kid, il ragazzo giallo. La narrazione verteva sulle avventure di un gruppo di ragazzi, molti dei quali figli di immigrati di seconda generazione, che vivevano il degrado delle strade newyorkesi con ironia e sagacia. Se pur non possiamo parlare di fumetto vero e proprio, la grande novità è data da una serie di testi, inseriti nel largo camicione giallo del protagonista, che riportano i pensieri o i dialoghi del protagonista. Era nato il fumetto, così come lo concepiamo oggi, ed ebbe immediatamente un successo straordinario. Ma fu subito guerra. Pulitzer aveva un grande concorrente, con un sogno molto simile al suo, ma con maggiori risvolti legati alla politica. Il suo nome è William Randolph Hearst, magnate dell'editoria e ispiratore del protagonista di Quarto Potere, il film capolavoro di Orson Welles.

## Fumetto: una serie di immagini e altre figure giustapposte in una deliberata sequenza, con lo scopo di comunicare informazioni e/o produrre una reazione estetica nel lettore

Hearst era un uomo senza scrupoli. Riuscì a convincere Outcault ad abbandonare il New York World e a passare al suo New York Journal. Le avventure del ragazzino col camicione giallo spostavano di parecchie decine di migliaia di copie il venduto e Pulitzer non era tipo da rinunciarvi così facilmente. Giocando sulla vaghezza che permeava il diritto d'autore ai quei tempi, riuscì ad ottenere la facoltà di continuare a pubblicare le avventure di Yellow Kid, disegnate da un altro autore. Ma questo fu solo l'inizio degli scontri. Partì una vera e propria corsa all'oro, dove le pepite più preziose erano i disegnatori e

molto più comprensibili. Hearst, più di Pulitzer, capì benissimo la forza comunicativa del linguaggio fumetto, e cercò di sfruttarlo per motivi non solo economici.

### Winsor McCay, Hearst e la politica

Hearst ebbe un'intuizione geniale: "Se attraverso l'inserimento di storie a fumetti, posso spingere migliaia di persone a comprare i miei giornali - si disse - forse, sempre attraverso i disegni, posso forgiare la loro opinione!". Le mire politiche del magnate erano note: eletto due volte alla Camera dei Deputati per il Partito Democratico, era proiettato verso una candidatura

## Era nato il fumetto, così come lo concepiamo oggi, ed ebbe immediatamente un successo straordinario Ma fu subito guerra

gli illustratori più amati. Bisogna tenere conto che gran parte della popolazione americana, ai tempi, era semi - analfabeta ed acquistava i giornali soprattutto per ridere e sorridere dell'ironia sarcastica e spesso calata nel reale dei fumetti, che tramite le immagini diventavano

alla Casa Bianca, ma venne tradito dai suoi stessi compagni di partito, dal quale fuoriuscì, fondando un movimento indipendente. Hearst aveva idee politiche precise su ogni argomento, dalla guerra all'economia, dall'immigrazione all'industria. Per far arrivare queste



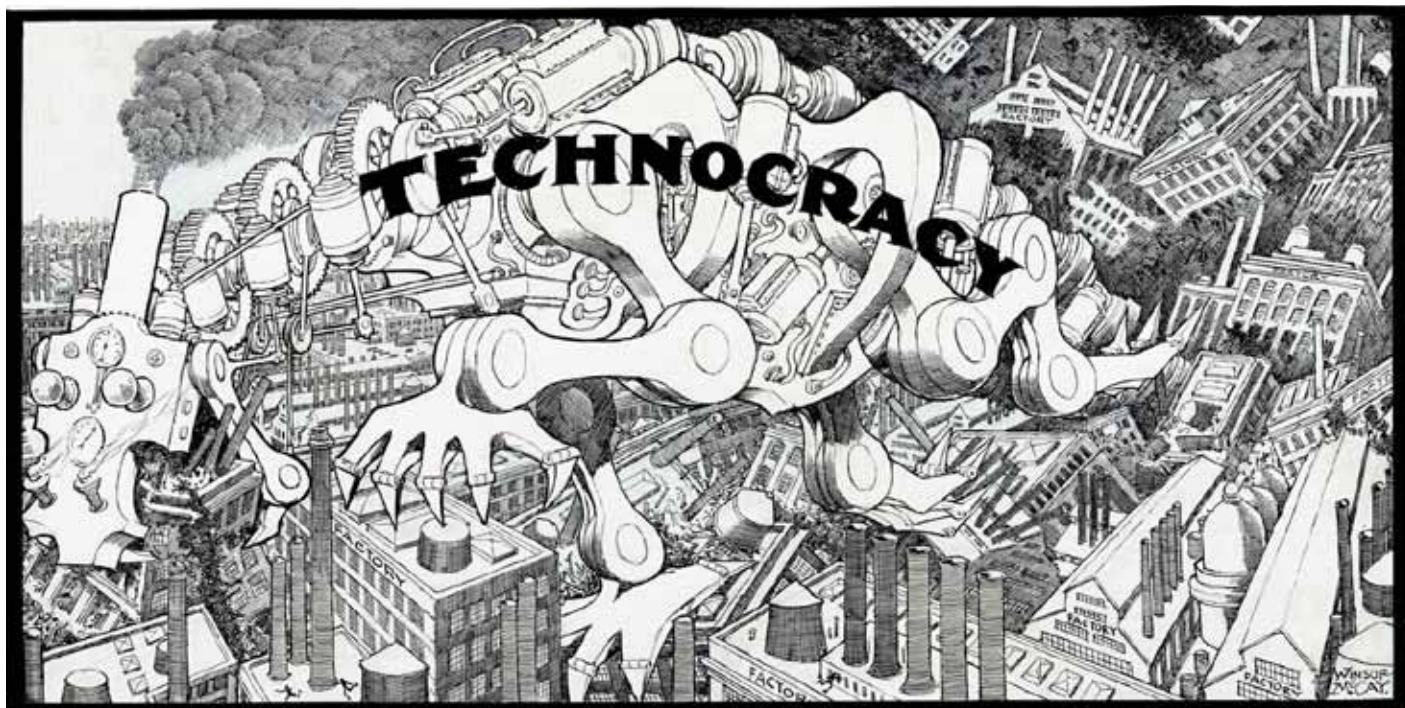


Illustrazione Winsor McCay

idee ai tanti cittadini americani semi-analfabeti, scelse l'arte di un grande autore di fumetti, o meglio, del più grande di tutti i tempi, Winsor McCay. McCay, già creatore di opere che scrissero i principali meccanismi grafico - narrativi del fumetto, e in

creative, ma dalla potenza grafica e visiva devastante, che con una serie di immagini giustapposte, più che altro raccolte in una sola illustrazione, evidenziavano in maniera chiara il pensiero del magnate, che con messaggi

gli fu sufficiente ed egli non corse mai per le presidenziali d'America. Ciò ovviamente, nulla sottrae alla constatazione che il linguaggio fumetto si mosse parallelamente ai grandi movimenti politici della

**“Cuori di China” è la rubrica che parla del Linguaggio Fumetto  
In questa prima puntata raccontiamo il legame tra la storia  
dell'uomo e quella dell'Arte Sequenziale**

parte anche del cinema, inventore dell'animazione, cioè dei moderni cartoni animati, veniva da successi come “Sogni di un divorzato di Crostini”, e il seminale “Little Nemo”. Hearst, premendo sulle difficoltà economiche dell'autore, gli impose opere molto meno

populisti influenzò il voto delle masse che acquistavano, spesso senza leggerli, i quotidiani del suo network editoriale. Purtroppo, o per fortuna, anche a causa di una grande battaglia che i Repubblicani imbastirono per ostacolare Hearst, il grande impegno dell'editore non

storia mondiale, dimostrando il suo strettissimo legame con la società moderna. Ed in Italia? Quali furono i rapporti tra il Fumetto e il tessuto sociale italiano? Un ottimo argomento per la prossima puntata di questa rubrica. ♥



Letto per voi

# Guida pratica all'esame cardiologico L'arte e la scienza

**Riappropriarsi di anamnesi ed esame obiettivo: la strada maestra  
per raggiungere l'appropriatezza**

**I** più fedeli e affezionati lettori di “*Cardiologia negli Ospedali*” hanno ampiamente avuto modo di apprezzare bene, attraverso i suoi molti articoli su questa rivista, la profondità della preparazione scientifica e l'appassionata vena culturale di Sabino Scardi, Primario Emerito di Cardiologia e Professore a c. di Cardiologia presso l'Università di Trieste. È pertanto con grande piacere che volevo presentarvi il volume “Guida Pratica all'esame cardiologico. L'arte e la scienza” (di cui il Prof. Scardi è autore insieme al Prof. Carlo Giansante, docente di Medicina Interna presso la stessa Università di Trieste e alla Dott.ssa Elisabetta Micconi), edito col contributo dell'Associazione Amici del Cuore di Trieste, sempre presente nella ricerca e nello sviluppo della Cardiologia locale, che ha ne preso su di sé con liberale generosità i costi di pubblicazione, permettendone la

distribuzione gratuita agli studenti di medicina e agli specializzandi in Cardiologia della stessa Università. Lo scopo del booklet, che rappresenta sostanzialmente la sintesi delle lezioni di semeiotica cardiovascolare del Prof. Scardi, si evince con chiarezza già dalla stessa introduzione, a opera dell'autore: «*Tre sono le fasi classiche di ogni esame clinico, compreso quello cardiovascolare: l'anamnesi, l'esame fisico e la formulazione dell'ipotesi diagnostica. Nella pratica clinica cardiologica, la raccolta dell'anamnesi e l'esame clinico - compresa l'auscultazione cardiaca - non sono parti separate, ma elementi complementari del ragionamento diagnostico. Sebbene lo sviluppo di molte sofisticate indagini rappresenti un successo della moderna cardiologia, il loro utilizzo non può sostituire l'esame clinico, ma ne è solo l'integrazione*». Il volume si suddivide in quattro parti: nella prima si affronta in termini generali la raccolta anamnestica,

ponendo opportunamente l'accento sulle tecniche di comunicazione medico - paziente; appaiono particolarmente preziosi, a questo proposito, i consigli sul contesto e sulla comunicazione non verbale, cioè sui fattori ambientali e comportamentali che possono facilitare od ostacolare il colloquio col paziente. Sono accuratamente descritte quelle abilità, verrebbe da dire i *tips and tricks* del mestiere, che permettono di interagire al meglio col paziente allo scopo di ottenerne informazioni quanto più complete e affidabili. Nella seconda parte vengono descritti gli svariati sintomi del paziente cardiopatico, da quelli più frequenti come il dolore toracico, le cui caratteristiche sono ben esplicitate, alle manifestazioni più rare e subdole, come singhiozzo, disfagia e raucedine. Nella terza parte viene affrontato l'esame obiettivo cardiovascolare generale. Infine, anche se la valutazione



## **Nella pratica clinica cardiologica, la raccolta dell'anamnesi e l'esame clinico non sono parti separate, ma elementi complementari del ragionamento diagnostico**

cardiologica è multisensoriale e richiede una piena integrazione tra ispezione, palpazione e auscultazione, l'ultima parte del libro, per la loro importanza, è completamente dedicata alle tecniche di auscultazione cardiaca. Uno dei principali pregi dell'opera è quello di racchiudere, in circa 60 pagine, una sintesi essenziale e preziosa di quanto realmente serve al Cardiologo, con indicazioni molto precise ed esaurienti, sfrondate degli orpelli accademici di molti trattati sull'argomento. Una seconda grande qualità del libro sta nel fatto di voler implicitamente porsi in contrasto con la rischiosa tendenza contemporanea di trascurare il contatto personale col paziente per concentrare l'attenzione quasi esclusivamente sui reperti strumentali e laboratoristici. È invece già con una adeguata anamnesi, e con un successivo corretto esame obiettivo, che si crea il primo contatto col paziente, stabilendo un rapporto duraturo ed empatico. La raccolta dell'anamnesi e la valutazione razionale dei sintomi richiedono, infatti, disponibilità di tempo, acume e capacità di

stabilire un contatto umano, in modo da integrare l'atto del curare con l'attitudine a prendersi cura del malato, nell'ottica di una medicina umanizzata. Probabilmente però l'aspetto positivo più notevole di questo testo risiede nel voler mettere in primo piano la semeiotica tradizionale (il cosiddetto occhio clinico) rispetto ai pur importanti progressi tecnologici, spesso ipertecnologici, della nostra disciplina, in un momento in cui ci si è resi conto che sottoporre i pazienti a una serie infinita di accertamenti diagnostici, in una corsa sfrenata al consumismo sanitario, non è in realtà nell'interesse della società, per i noti problemi economici dei nostri tempi, ma soprattutto dello stesso malato, che viene sottoposto ai rischi connessi con gli stessi accertamenti e spesso, in una vera e propria sindrome di Ulisse, viene sballottato da un esame all'altro. Scardi e i suoi coautori ci ricordano che elaborare le informazioni secondo il criterio bayesiano di probabilità per formulare una o più ipotesi diagnostiche che possano giustificare la sintomatologia riferita e i segni obiettivati permette di

scegliere in modo critico e ragionato l'esame strumentale, che dovrebbe idealmente rappresentare una conferma al sospetto clinico già formulato, consentendo di evitare indagini inutili e perseguendo un più razionale iter diagnostico. Infine, ma non per ultimo, molto apprezzabile la suggestiva iconografia del lavoro che richiama, attraverso quadri famosi e ritratti illustri, il volto artistico oltre che scientifico della nostra professione, come richiamato dal titolo del volume. In conclusione, il risultato finale, scaturito dalla passione e dalla grande padronanza della materia degli autori, consente una rapida e piacevole lettura, che sarebbe riduttivo consigliare solo ai più giovani, individuati come destinatari dell'opera, in quanto rispondente alle loro richieste di concreta operatività, ma che è da suggerire, bensì, a qualunque altro medico che senta il bisogno di riorganizzare in modo sistematico le proprie conoscenze in questa branca della medicina. ♥

**Sebbene lo sviluppo di molte sofisticate indagini rappresenti un successo della moderna Cardiologia, il loro utilizzo non può sostituire l'esame clinico, ma ne è solo l'integrazione**





# In memoria di Pantaleo Giannuzzi

**P**antaleo Giannuzzi ed io siamo stati amici. Una quarantina di anni fa, un piccolo gruppo di ragazzi salentini venne a Pavia per frequentare l'Università, in medicina. Dopo la laurea alcuni di loro si fermarono abbastanza a lungo da consolidare solide amicizie. Per quanto mi riguarda, per sempre. Due amici mi hanno seguito quando dalla Cardiologia di Pavia mi sono trasferito a Veruno (Fondazione Clinica del Lavoro). Pantaleo era uno di questi e a Veruno è rimasto definitivamente. Nel tempo, oltre al primariato (allora si chiamava così) di Cardiologia gli è stata affidata la direzione dell'intero Istituto, che è impegnativo, trattandosi di un Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico. Ora Pantaleo è tornato a casa, per la sepoltura. Ho molti ricordi di lui. Naturalmente positivi, altrimenti non saremmo stati amici. Provo ad accennarne alcuni. Pantaleo era un ragionatore tenace. Sono qualità importanti per fare bene il medico, che vive in un contesto di perenne incertezza per la limitatezza applicativa degli insegnamenti formali, ma è obbligato a prendere decisioni. Ogni giorno. Deve ragionare, informarsi, tenacemente appunto, fino a costruire un razionale che lo guidi nelle decisioni cliniche. Nei tanti "giri del mattino" (per i non addetti, visite mattutine dei pazienti ricoverati) fatti insieme, ho apprezzato un'infinità di volte la solidità delle sue decisioni, anche su piccole cose. Pantaleo



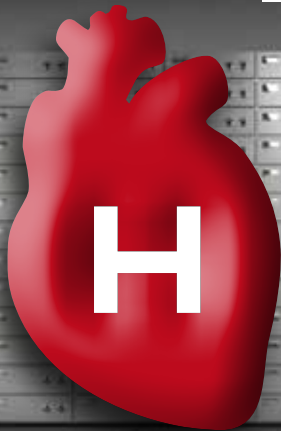
amava la cultura ed era attento e curioso. Qualità importanti per fare ricerca in generale e ricerca clinica in particolare. L'Istituto di Veruno, dopo i primi anni di lavoro del nostro piccolo gruppo cardiologico, divenne un riferimento internazionale in area riabilitativa. Proponemmo e contribuimmo a creare il Working Group on Cardiac Rehabilitation and Exercise Physiology della Società Europea di Cardiologia e le prime raccomandazioni di riabilitazione cardiologica della SEC nacquero a Veruno in numerose riunioni del gruppo internazionale che le compose. Così Pantaleo iniziò a respirare l'aria di un contesto internazionale che poi frequentò, sempre da protagonista. Quando il piccolo nucleo del WG cui ho accennato fondendosi con altre aree SEC divenne una grande area di interesse primario per la Società Europea e soprattutto per la comunità medico-scientifica, e quindi per i pazienti – l'Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation – Pantaleo ne assunse

il ruolo di Presidente, che tra l'alto comportava la partecipazione al Board, il comitato direttivo della Società Europea di Cardiologia. Ovviamente Pantaleo ha ricoperto anche diversi ruoli guida della riabilitazione cardiologica nazionale, inclusa la Presidenza del Gruppo Italiano di Cardiologia Riabilitativa e Preventiva. Molto rilevanti sono stati i ruoli di Editor dell'*Italian Heart Journal* e di Editor in Chief dell'*European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation della SEC*. Al di là della competenza, una delle ragioni per cui Pantaleo ha trovato tanto spazio nel mondo medico-scientifico nazionale e internazionale, (tutt'altro che facili) è l'umiltà. Non si è mai fatto largo a gomitate, non ha mai chiesto, e tanto meno preteso, ruoli e visibilità. Ha lavorato, e i ruoli gli sono stati offerti, per merito. Già, per fortuna può ancora succedere che vada così. Pantaleo se ne è andato giovane. Einstein scrivendo una lettera affettuosa a una fisica italiana per la morte prematura del fratello, diceva che la apparente prematurità dell'evento andava considerata come irrilevante, in fondo una questione temporale, e loro (i fisici) sapevano bene quanto la nostra concezione del tempo fosse irrealistica. Per noi comunque la scomparsa di Pantaleo è stata assolutamente prematura. E ha causato un dolore profondo. ♥



**Il Consiglio Direttivo  
dell'ANMCO  
è vicino a tutta la popolazione  
delle regioni terremotate**

# METTI IL CUORE IN CASSAFORTE!



Per visionare o scaricare il tuo elettrocardiogramma e i tuoi dati clinici attiva la card **BANCOMHEART** inserendo il PIN, il tuo codice fiscale e la password segreta nel form di registrazione online: [www.bancadelcuore.it](http://www.bancadelcuore.it)

**PIN N. 1234567890**

**CODICE FISCALE**

**PASSWORD**

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

**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](http://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](http://www.bancadelcuore.it) per rendere sempre visibili e scaricabili il tuo elettrocardiogramma e i tuoi dati clinici, ovunque e a ogni tua richiesta.



Michele Massimo Gulizia  
Ideatore e Coordinatore  
del Progetto

TUTTI I DETTAGLI DELL'INIZIATIVA SU [www.bancadelcuore.it](http://www.bancadelcuore.it)



