

# Cardiologia

negli Ospedali



NOVEMBRE / DICEMBRE 2016 N° 214

Rivista dell'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri – ANMCO

«Essere architetto condotto,  
come accade per il medico condotto,  
ti insegna una cosa importantissima:  
l'arte di ascoltare la gente  
e di trovare l'ispirazione».

*Renzo Piano*

# YOU ARE HERE



**48° Congresso Nazionale**



Associazione Nazionale  
Medici Cardiologi Ospedalieri



**R I M I N I**

**11-13 MAGGIO** 2017

**PALACONGRESSI**



In copertina:  
Central St. Giles Court,  
Renzo Piano, 2010

**N. 214 novembre/dicembre 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 dell'Editor  
*di Guerrino Zuin*

p. 3

## DAL PRESIDENTE

Un intenso 2016 cede il passo al 2017  
*di Andrea Di Lenarda*

p. 5

## DAL PAST PRESIDENT

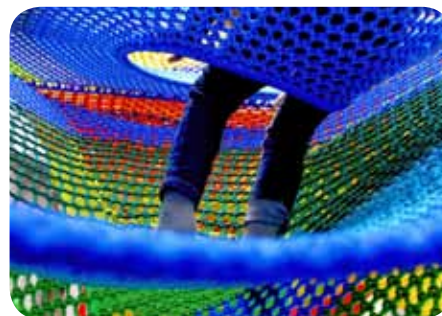
Il nuovo gestionale ANMCO  
*di Michele Massimo Gulizia*

p. 9

## DAL CONSIGLIO DIRETTIVO

Le reti cliniche dell'emergenza  
cardiologica  
*di Giancarlo Casolo, Stefano Urbinati,  
Andrea di Lenarda*  
*a nome del Consiglio Direttivo ANMCO*

p. 12



**LA FONDAZIONE PER IL TUO CUORE  
RISPONDE**  
Cardiologie Aperte e Banca del  
Cuore  
*di Michele Massimo Gulizia*

p. 16

## DAL CENTRO STUDI

IL PUNTO SUGLI STUDI CLINICI DEL  
CENTRO STUDI ANMCO

p. 21

## DALLE AREE

AREA MALATTIE DEL CIRCOLO  
POLMONARE  
GRAZIE ANMCO  
*di Iolanda Enea*

p. 25



## AREA MANAGEMENT & QUALITÀ

Area Management & Qualità  
2015 - 2016  
*di Giovanni Gregorio, Luciano Moretti,  
Giovanni De Luca, Sergio Macciò,  
Carmelo Massimiliano Rao*

p. 28

**DALLE TASK FORCE**

**TASK FORCE CARDIONCOLOGIA p. 33**

La Cardioncologia verso il Documento di Consenso

*di Luigi Tarantini*

**DALLE REGIONI**

**FRIULI VENEZIA GIULIA p. 37**

Monitoraggio remoto: opportunità e criticità

*di Fantasia Anna Zorzin, Monica Saitta, Roberta Dissegna, Massimo Zecchin, Gianfranco Sinagra*

**SICILIA p. 40**

Notizie dal Congresso

*di Giacomo Chiarandà e Antonietta Ledda a nome del Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Sicilia*



**TOSCANA p. 48**

Diamo colore al ritmo del cuore

*di Maria Grazia Bongiorno*

**VENETO p. 51**

Gli Stati Generali delle Cardiologie del Veneto

*di Maurizio Anselmi e Cristina Andriani*

**CUORI ALLO SPECCHIO p. 54**

Intervista a Ennio Peres «giocologo»

*di Guerrino Zuin*



**FINESTRA SUL MONDO RCP p. 58**

La Rianimazione Cardiopolmonare attraverso la storia

*di Alessandro Capecci*



**FORUM p. 61**

Investimenti non tagli in Sanità

*di Francesco Paolo Calciano*

GUCH: prendersi cura di bambini e adulti

*di Stefano Domenicucci*

**COME ERAVAMO p. 67**

Il Cuore nella seconda metà del Settecento

*di Maurizio Giuseppe Abrignani*

**FLASHBACK p. 71**

Citizen Kane e Orson Welles

*di Franco Plàstina*



**UNO SGUARDO SUL MONDO p. 75**

Uno sguardo sul mondo

*di Gianfranco Misuraca*



**IN MEMORIA DI... p. 78**

Mario Morpurgo, cardiologo insigne, maestro di vita

*di Pietro Zonzin e Franco Casazza*



# Lettera dall'Editor

**C**ari Amici,  
il primo numero di CNO che si deve al nuovo Comitato di Redazione è uscito ed ad ognuno dei suoi componenti va il mio ringraziamento per il lavoro appassionato ed instancabile, per l'entusiasmo, per quel desiderio di rinnovamento che trova le sue radici nel rispetto profondo della storia di questa rivista, perché il cambiamento porti con sé il fascino intatto della tradizione. L'augurio di Maurizio Abrignani "Verranno tempi nuovi, verranno genti nuove", è stato subito raccolto e grazie a tale ispirazione e all'entusiasmo di tutti voi abbiamo ricevuto così tanti contributi da poter immaginare non un numero ma i prossimi numeri. Una ricchezza di idee che è specchio dello spirito della nostra Associazione, di quel comune desiderio di esprimere opinioni, di comunicare, di fare rete. Molte delle idee che abbiamo condiviso con Mario Chiatto sono state avviate e hanno dato forma a progetti nuovi e meno nuovi ma rivisitati. Nascono così nel primo numero le rubriche su cinema e fumetto. Riprende vita la rubrica "Cuori allo Specchio" che tanto aveva appassionato in passato con le interviste ai padri della Cardiologia e che oggi ha ripreso vigore con l'intervista al vulcanico





Vittorio Sgarbi, una scossa dritta al cuore a rianimare un dialogo che viene affidato a personaggi illustri e carismatici. Vengono presentate in questo nuovo numero le Rubriche dedicate all'enigmistica e alla fotografia con il contributo esperto di Gianfranco Misuraca e secondo un percorso che lui stesso curerà. Ampio spazio viene lasciato, come è tradizione, come è innovazione, ai contributi delle Regioni e delle Aree, che sono la struttura portante e la linfa della nostra Associazione. Infine forte, potente, è il significato dello sforzo fatto per la elaborazione dei Documenti di Consenso che l'ANMCO ha prodotto insieme a numerose Società Scientifiche con l'obiettivo di fare in modo che ogni nostra azione clinica sul paziente sia supportata da una solida base conoscitiva. Una esigenza che troviamo anche in una riflessione non nostra ma pur a noi così vicina che viene dal campo di conoscenza dell'Architettura e di un suo grande rappresentante Anupama Kundoo: «Se la ricerca della conoscenza precede le azioni, vi è evoluzione.

Se l'impulso all'azione precede la riflessione vi può essere distruzione. La conoscenza informa l'atto del costruire, e la costruzione amplia la conoscenza». Ispirati da questa frase e da tanto sapere abbiamo scelto per questo numero di mettere in copertina un progetto architettonico, quello che Renzo Piano ha realizzato per il complesso multifunzionale Central St. Giles a Londra che ha sostituito nel 2010 un vecchio edificio in mattoni sede dei servizi segreti. Ora, in una prospettiva diametralmente opposta alla sua precedente funzione, sorge una piazza circondata da uffici, ristoranti, unità commerciali e abitative, un luogo vivo e vitale da frequentare che si inserisce in modo armonioso nel tessuto urbano che lo circonda, così come noi desideriamo che questo giornale e la nostra Associazione sia luogo vivo e vitale abitato da ognuno di voi e integrato nel mondo circostante, un luogo di elaborazione del cambiamento. E la similitudine tra l'idea di questa piazza e lo spirito della nostra Associazione non è

sentimento solo del vostro Editor ma è sentire consapevole dello stesso Architetto che accompagna il suo lavoro a questa frase: «Essere architetto condotto, come accade per il medico condotto, ti insegna una cosa importantissima: l'arte di ascoltare la gente e di trovare l'ispirazione». L'arte architettonica come l'arte medica: ascoltare prima di decidere, prendersi cura e non solo fornire una cura. Una idea di arte questa che continua il percorso iniziato con il "Floating Pier" di Christo che ha segnato il passo del nostro primo numero: arte da calpestare, arte da abitare così come la Cardiologia è una conoscenza non da osservare ma da vivere, da rinnovare. Cari Amici, vi lascio a questo nuovo numero augurandomi di ricevere da ognuno di voi un commento, un suggerimento, una critica perché è solo nel dialogo con i lettori che possiamo trovare la strada del miglioramento continuo. Buona lettura a tutti e Buone Feste dalla Redazione di Cardiologia negli Ospedali. ♥



Stiamo lavorando ad un 2017 ricco di conferme e novità

# Un intenso 2016 cede il passo al 2017



*L'evento di promozione della salute cardiovascolare con le scuole al Teatro Rossetti a Trieste il 6 ottobre 2016*

**F**inisce il 2016, anno complesso, ricco di lavoro, alcune discussioni, indubbiamente molti successi. Facciamo il punto sulle attività completate ed in corso.  
**Il Congresso ANMCO 2017 e la V Conferenza Nazionale sulla Prevenzione**

Il Congresso 2017 è ormai alle porte, sono state caricate sul nuovo gestionale dell'ANMCO circa 600 proposte di simposi dalle regioni, Aree e Task Force e dai nostri Soci, numero di poco inferiore a quelle dello scorso anno. Globalmente

le proposte per numero e qualità sono state di ottimo livello. Nel corso dei due Consigli Direttivi di novembre abbiamo fatto un grosso lavoro di revisione, selezione, ricomposizione e sintesi per costruire il programma avanzato del Congresso che è andato in stampa in queste settimane. Il titolo del Congresso "Percorsi di cambiamento: dalle linee guida alla cura personalizzata" è indicativo del processo clinico in corso che tiene in grande rilievo le indicazioni delle Linee Guida (anche nella proposta di legge sulla

responsabilità dei medici) ma come punto di partenza per confezionare un vestito su misura sul singolo paziente. Il Consiglio Direttivo ha deliberato che il Congresso quest'anno avrà un Presidente del Comitato Organizzatore, il Past President Michele Massimo Gulizia, che ha dimostrato in questi due anni ed in particolare negli ultimi due Congressi indubbe capacità manageriali ed organizzative. Alla cerimonia inaugurale ha assicurato la sua presenza Robert Bonow, Professore di Cardiologia alla



*Un momento della manifestazione con la partecipazione del Prof. Maseri, del Dott. Andrea di Lenarda e del Presidente della Regione Friuli Venezia Giulia, Debora Serracchiani*

Northwestern University Feinberg School of Medicine, Past-President dell'American Heart Association, Editor di JAMA Cardiology e di uno dei testi più noti e di più grande valore per i Cardiologi di tutto il mondo il *Braunwald's Heart Disease: a Textbook of Cardiovascular Medicine*. Sarà certamente uno dei fiori all'occhiello del nostro prossimo Congresso che si caratterizzerà come sempre per un programma completo ed articolato, innovazioni tecnologiche ed ampio spazio alle comunicazioni della ricerca ospedaliera. La scadenza degli

abstract quest'anno è anticipata, essendo anticipata la data del Congresso. Raccomando a tutti di inviare i contributi entro i termini previsti per permetterci di selezionare in tempo le migliori comunicazioni da inserire nel programma. Nell'ambito delle attività di collaborazione promosse da ANMCO, Fondazione "per il Tuo cuore" e Istituto Superiore di Sanità il 6 e 7 aprile 2017, nell'Aula Pocchiari dell'Istituto Superiore di Sanità a Roma, si terrà la V Conferenza Nazionale sulla Prevenzione delle Malattie Cardiovascolari.

### La Settimana del Cuore 2017

Ci avviciniamo alla Settimana del Cuore 2017 della Fondazione "per il Tuo cuore". In questo numero Michele Massimo Gulizia presenta l'iniziativa principale, il "Truck Tour Banca del Cuore", progetto di campagna nazionale di prevenzione cardiovascolare e di screening cardiologico elettrocardiografico, pressorio e metabolico. È un "Giro d'Italia" in circa 34 città, da febbraio ad ottobre 2017 che farà lo screening cardiovascolare ad alcune migliaia di nostri connazionali

## Il Consiglio Direttivo ed il Consiglio Nazionale stanno lavorando per un 2017 pieno di iniziative

**Le Campagne educazionali, la settimana "per il Tuo cuore" ed il "Truck Tour" della Fondazione, la V Conferenza sulla Prevenzione delle Malattie Cardiovascolari, il Congresso Nazionale di Rimini, gli Studi ANMCO riempiranno di contenuti, attività, novità, notizie il prossimo anno, per mantenere la nostra Associazione protagonista in ambito cardiovascolare**





**YOU ARE HERE**

**48° Congresso Nazionale**



Associazione Nazionale  
Medici Cardiologi Ospedalieri

**R I M I N I**

**11-13 MAGGIO 2017**

PALACONGRESSI

[www.anmco.it](http://www.anmco.it)



**Quest'anno la scadenza  
per la presentazione degli  
abstract è inevitabilmente  
anticipata  
Raccomandiamo a tutti di  
mandare i contributi entro  
il 6 gennaio 2017**

fornendo anche l'opportunità di organizzare incontri/dibattiti/tavole rotonde con medici ed operatori sanitari sul tema della prevenzione cardiovascolare e sulla diagnosi e

per ascoltare interessati una serie di relazioni in tema di promozione della salute cardiovascolare e sollecitati a partecipare alla discussione con domande e talora con un tifo da

Consiglio Direttivo e del Consiglio Nazionale, abbiamo prodotto un documento articolato ed innovativo, che tiene in considerazione le diverse realtà italiane, offre alcuni indirizzi e identifica alcuni indicatori per validare e valutarne la solidità. Contemporaneamente si è concluso il lavoro preparatorio condotto dal Dott. Michele Massimo Gulizia, dal Dott. Antonio Amico e dal Dott. Domenico Gabrielli sui "Tempi di attesa e priorità cliniche condivise per l'accesso alle prestazioni specialistiche" nell'ambito delle attività dell'Area Funzionale Qualità e Accredimenti di Age.Na.S. Anche in questo caso è stato fatto un lavoro utile di approfondimento e proposta sulla tematica. Infine abbiamo proposto al Ministero della Salute alcune modifiche ed integrazioni del Nomenclatore Tariffario per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e per le prestazioni di ricovero nell'ottica di colmare alcune delle attuali carenze.

## **Sono attualmente in corso o in partenza Studi ANMCO su tutte le principali aree di grande interesse epidemiologico e clinico cardiovascolare**

cura dell'ipercolesterolemia secondo i criteri descritti nel Documento di Consenso Intersocietario ANMCO su Colesterolo e Prevenzione Cardiovascolare. Proseguono anche gli eventi teatrali con le scuole. Dopo l'esperienza del Teatro Brancaccio, abbiamo organizzato un incontro a Trieste alla presenza della Presidente della Regione Autonoma Friuli - Venezia Giulia, Debora Serracchiani, e del Prof. Attilio Maseri, Presidente della Fondazione "per il Tuo cuore", che ha riscosso un notevole successo. Ottocento ragazzi di terza media hanno riempito il teatro Rossetti

stadio. Nel 2017 si annunciano nuove edizioni in diverse città italiane, per un format che sta riscuotendo grande successo e che vorremmo diventasse un appuntamento itinerante in tutto il nostro paese.

### **I rapporti con le Istituzioni**

L'occasione di discutere sulla gestione delle reti cliniche tempo-dipendenti come previste dalla legge 70 è giunta su richiesta di Age.Na.S alle Società Scientifiche. Sono stati incaricati di coordinare questo lavoro il Dott. Urbinati, il Dott. Casolo ed il sottoscritto. Dopo attenta e costruttiva discussione all'interno del



## Gli Studi ANMCO-HCF

L'attività degli studi ANMCO - Fondazione "per il Tuo cuore", coordinati dal nostro Centro Studi, è in una fase di grande espansione. L'idea condivisa è di fare nella prima parte del 2017 un brainstorming sulla ricerca ANMCO per meglio definire e dare un'impronta chiara alle iniziative della nostra ricerca indipendente, in un ragionevole equilibrio rispetto alle esigenze ed alle spinte dell'industria farmaceutica. Numerosi studi sono attualmente in corso o in partenza su tutte le principali aree di grande interesse epidemiologico e clinico cardiovascolare. Sono in corso o in partenza studi su tutte le principali tematiche cardiologiche, dalla

## Il progetto ANMCO - CINECA

Le evidenze provenienti dalla pratica clinica e dall'utilizzo di farmaci nel "mondo reale" - al di fuori degli studi clinici - è visto come un modo per avvicinare le conoscenze e le decisioni cliniche alle caratteristiche dei singoli pazienti, e quindi come un passo per rendere gli interventi più personalizzati ed efficaci. Se onestamente pochi credono che la "Real World Evidence" soppianderà in futuro i trial randomizzati e controllati, molti pronosticano che un appropriato utilizzo di questi dati potrà utilmente integrare e completare le evidenze dei trial. C'è ancora molta strada da fare a partire dal miglioramento della qualità

il SSN per valutare appropriatezza, costi evitabili e costi emergenti degli interventi e valutare la prevalenza e l'incidenza epidemiologica delle patologie, stratificate per gravità, sulla base di dati "real life". Il lavoro si concentrerà sulle principali patologie cardiovascolari come lo scompenso cardiaco, la sindrome coronarica acuta, le dislipidemie, il diabete e la prevenzione secondaria, la fibrillazione atriale. Particolare attenzione potrà essere posta su popolazioni specifiche che richiedono grossi numeri per essere informative (anziani, donne, minoranze etniche). Un altro aspetto rilevante riguarderà il monitoraggio degli indicatori definiti dal Ministero della Salute per analizzare la qualità dei PDTA sullo scompenso cardiaco e sulla sindrome coronarica acuta. L'ANMCO, da sempre protagonista nel campo della ricerca cardiovascolare tradizionale (trial, registri, studi osservazionali), vuole essere in prima linea nello sviluppo innovativo della ricerca clinica, contribuendo da un lato alle conoscenze delle caratteristiche, dei percorsi clinici e dell'outcome dei pazienti del mondo reale, dall'altro alle conoscenze su implementazione, efficacia, sicurezza e sostenibilità degli interventi proposti dalle Linee Guida nella pratica clinica quotidiana. ♥

## Stiamo lavorando ad un 2017 di intensa attività educativa e formativa, tra Campagne educazionali e formative, V Conferenza sulla Prevenzione delle Malattie Cardiovascolari e Congresso Nazionale, rapporti con le istituzioni e ricerca clinica con numerosi studi coordinati dal nostro Centro Studi

cardiopatía ischemica acuta alla cronica, dalla disfunzione sistolica del ventricolo sinistro allo scompenso cardiaco, dalla prevenzione secondaria alla fibrillazione atriale. È certamente un impegno ed un grandissimo sforzo a 360° richiesto sia al nostro Centro Studi che alla rete cardiologica nazionale, chiamata in una fase di difficoltà organizzative e di riforme a approfondire un grande sforzo nella ricerca clinica, ma questa è la nostra forza ed anche in questo caso riusciremo a fornire alla comunità scientifica risposte di grande livello.

dei dati, dallo sviluppo di standard, metodi e norme sulla privacy per la raccolta delle informazioni e la generazione di evidenze dal mondo reale, per la loro pubblicazione e lo sviluppo di Linee Guida per la pratica clinica. Nello specifico CORE-CINECA potrà fornire ad ANMCO report a livello dell'intero database nazionale o per aree per studiare l'impatto delle nuove tecnologie (farmaci ad alto costo, dispositivi medici e tecniche diagnostiche) sui costi assistenziali delle patologie nella pratica clinica, studiare il burden of disease delle patologie a maggior rilevanza per



## Una rete neuronale per la gestione del patrimonio scientifico e organizzativo ANMCO

# Il nuovo gestionale ANMCO

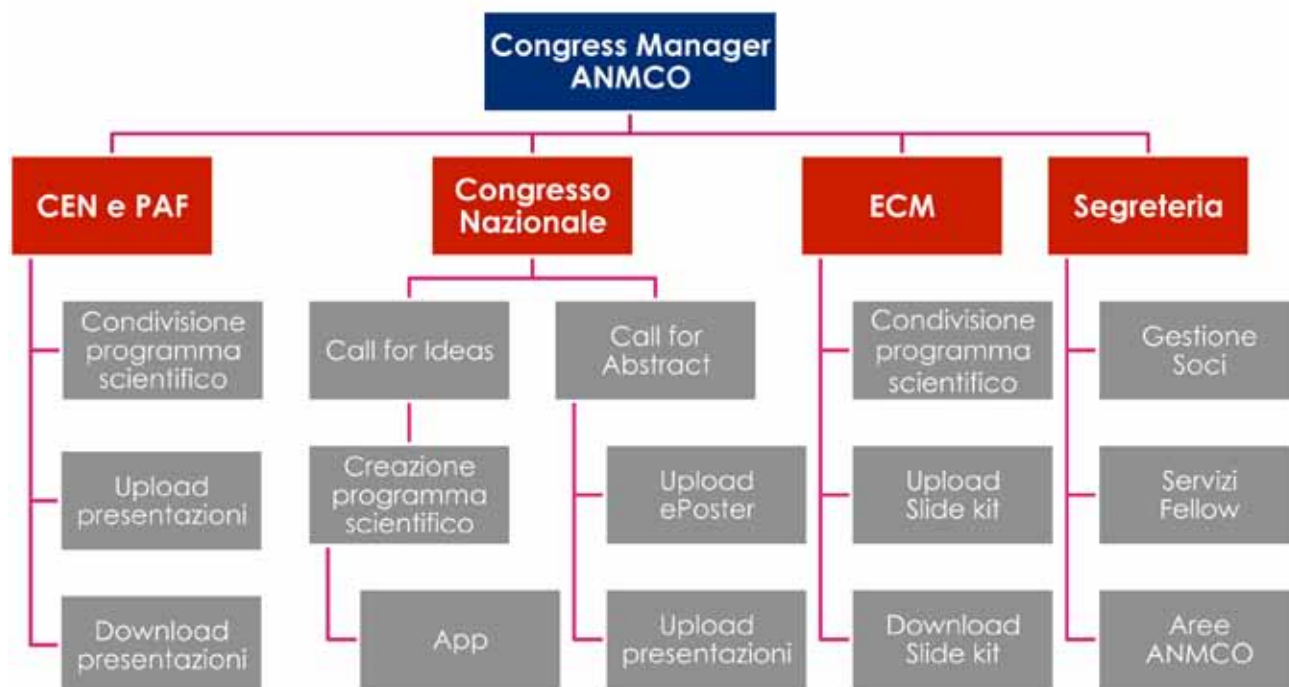
**S**e c'è una parola che può esprimere al meglio la storia recente dell'ANMCO, questa è certamente "cambiamento". Negli ultimi anni, tutti noi siamo stati diretti testimoni di un fenomeno che ha le sue radici in noi stessi, nelle nostre istanze, e in ciò che ne è scaturito: una profonda esigenza di evoluzione e adeguamento della nostra Associazione a una realtà che è in continua trasformazione. Una realtà in cui il Socio è immerso in maniera totale e le cui caratteristiche influenzano profondamente lo svolgimento della professione medica, in ambito cardiologico come in tutti gli altri campi.

Da un lato esiste il continuo avanzare delle conoscenze e delle tecniche specifiche, frutto di una ricerca che affina sempre più e sempre meglio le sue armi, offrendoci opportunità e soluzioni inimmaginate anche solo pochi anni fa. Dall'altro, c'è la pervasività della tecnologia, che continua a trasformare le dinamiche con cui approcciamo il nostro lavoro, sia nella parte pratica – mettendo a nostra disposizione strumenti all'avanguardia, sia alla parte teorica – permettendoci una

grande possibilità di informazione e soprattutto relazione e interazione, immediati benché spesso a distanza, con contenuti e persone.

Di fronte a questo scenario, la scelta da me operata, nei due anni della mia appena trascorsa presidenza, per traghettare l'ANMCO verso un luminoso futuro è stata inevitabilmente di abbracciare questo cambiamento, anzi, di fare in modo che esso investisse l'Associazione con quanta più energia possibile, perché la sua capacità di adeguamento all'ambiente esterno diventasse più rapida e quindi subito produttiva. Per questo ho accettato l'incarico del Consiglio Direttivo ANMCO di continuare, in prima persona, ad occuparmi dello sviluppo di questa intrigante, complessa e alquanto intelligente rete neuronale di gestione delle risorse complessive ANMCO che, più semplicemente, chiamerò "Gestionale ANMCO". Il più evidente riflesso di tutto questo è facilmente individuabile nella sempre maggiore centralità delle tecnologie digitali nella vita associativa. Tanto che si può facilmente affermare che è oggi impensabile una partecipazione

attiva e concreta da parte del Socio ANMCO che non passi attraverso un dispositivo informatico-digitale, a partire da una "semplice" iscrizione o rinnovo della quota, per poi passare a dare il proprio contributo al Congresso inviando idee e abstract, partecipare a una survey, prendere parte a una Campagna Educazionale Nazionale, e molto altro ancora. Un risultato, questo, di cui sono felice: mi sono infatti speso in prima persona perché l'ANMCO si proiettasse sempre più e sempre meglio in questa direzione, posizionandosi nella perfetta contemporaneità *in primis* in relazione ai contenuti, ma anche, forse in egual misura, in relazione ai mezzi partecipativi a disposizione del Socio e in generale dello *stakeholder*, il "portatore di interesse" verso l'attività associativa. Uno stakeholder che – stante la centralità della nostra Associazione e delle attività di ricerca e disseminazione scientifica promosse e poste in essere – è stakeholder della Cardiologia nel suo complesso. Se il cambiamento è oggi la cifra dell'ANMCO, il suo modo d'essere, ogni tappa di questo percorso assume un significato e un'importanza



Flusso - Flowchart Gestionale ANMCO come ideato da Michele Gulizia

cruciali. È perciò con grande piacere che vi metto al corrente di quanto di nuovo – o sarebbe meglio dire “innovativo” – si affaccia all’orizzonte, con la prospettiva di cambiare, ancora una volta e naturalmente in meglio, le dinamiche partecipative di tutti coloro che, a diverso titolo e con diverso ruolo, ne fanno parte ed entrano in relazione con essa. Si tratta di un nuovo software di gestione che riunificherà tutti i flussi, e i relativi dati, in un unico sistema di gestione online, programmato per fornire risorse e tool a ogni tipologia di utente e rispondere a esigenze molto specifiche, grazie a una pluralità di funzioni appositamente pensate e sviluppate su misura per tutte le differenti attività. L’intento di partenza è imprimere una ulteriore svolta all’insegna della semplificazione e della velocizzazione delle operazioni che, con ormai

altissima frequenza, ognuno di noi si trova a svolgere online in remoto, dietro la tastiera di un computer, se non – sempre più probabilmente – muovendo le dita sullo schermo touch di uno smartphone o di un tablet, grazie a una connessione internet. Il che si traduce poi in una semplificazione della vita associativa *tout court*, in una riduzione dei tempi che, in un momento di sempre maggiore compressione degli stessi e di assoluta necessità di un loro impiego quanto mai ottimizzato, diventano non più scelte, ma necessità indifferibili. In apparenza qualcosa di “nascosto”, che lavora nel background, “dietro le quinte”, ma in realtà qualcosa che tutti noi – a partire dal Consiglio Direttivo, alla Segreteria, alle Regioni, al Centro Studi, alla Fondazione e a tutti gli organismi e le strutture associative, per finire ai nuovi

Soci, agli autori di abstract e agli interlocutori a vario titolo – avremo presto ben visibile sui nostri schermi. Il primo passo verso la completa implementazione di questo software vi ha appena coinvolto durante l’appena trascorsa campagna *Call for Ideas*, in vista del 48° Congresso Nazionale 2017, la procedura per la raccolta delle idee, degli spunti e dei suggerimenti per realizzare un Congresso rispondente – ancora più di quanto già ampiamente realizzato nelle ultime edizioni – alle reali istanze ed esigenze dei Soci e, quindi, di buona parte del mondo della Cardiologia italiana. Adesso abbiamo lanciato la seconda campagna, il *Call for Abstract*, appena implementato attraverso il nuovo sistema, con cui tutti potremo continuare a familiarizzare. Vi invito pertanto a prendere parte all’operazione con una

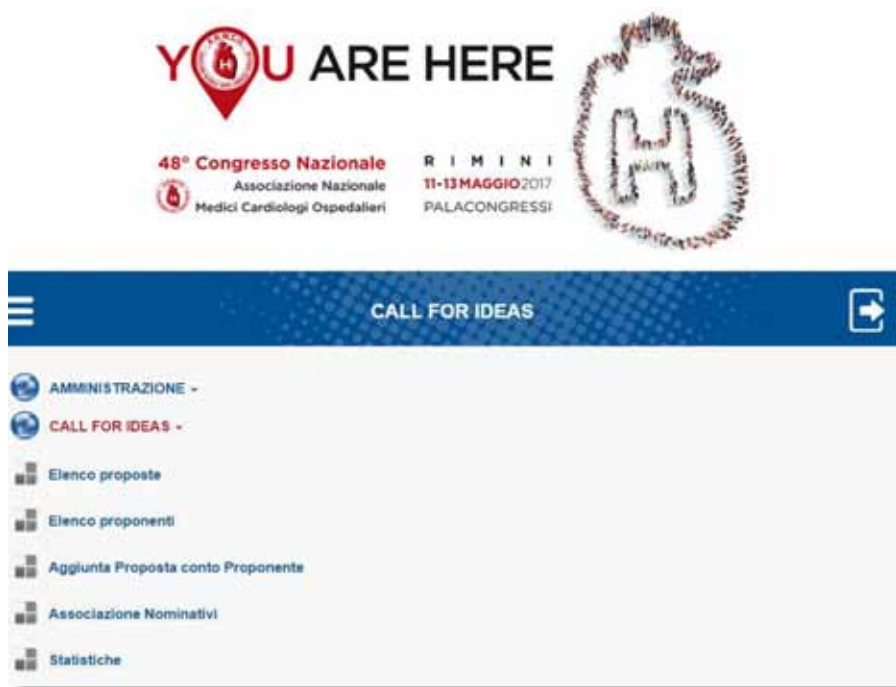


motivazione ulteriore, in vista anche delle prossime CEN (Campagne Educazionali Nazionali) che in maniera analoga utilizzeranno il software in questione.

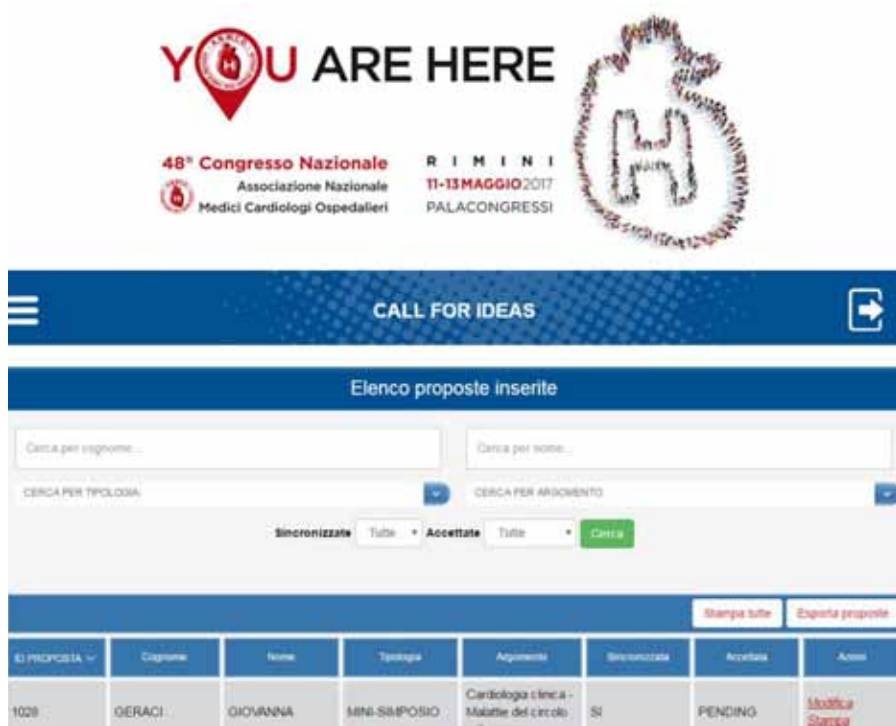
È questa semplicemente la punta momentaneamente visibile dell'iceberg che stiamo con impegno ed entusiasmo costruendo sottotraccia, grazie anche all'infaticabile disponibilità e al sostegno segretariale di Giulia Salone – Responsabile del Dipartimento Segreteria Generale e Formazione Scientifica ANMCO – e di tutta la Segreteria ANMCO che è parte integrante e costituente di questa implementazione.

L'obiettivo di questo lavoro di squadra è di completare quanto prima un'opera che ancora una volta metterà l'ANMCO nella posizione di avanguardia che contraddistingue la storia e la cultura della Cardiologia, esattamente come, più generalmente nel panorama della scienza medica italiana, riusciamo a essere sempre la disciplina più determinante a dare spessore, lustro e visibilità a tutti i mezzi che la moderna scienza e la tecnologia ci mette a disposizione per accrescere la cultura cardiologica del nostro Paese e fornire la risposta più efficace ed efficiente al bisogno assistenziale del cardiopatico che si rivolge a noi.

In attesa del prossimo aggiornamento, invio a Voi tutti, e alle Vostre famiglie, l'augurio più caro per un Santo Natale e un Felice Anno nuovo. ♥



*Esempio delle pagine dal gestionale ANMCO*



*Esempio delle pagine dal gestionale ANMCO*



# Le reti cliniche dell'emergenza cardiologica

**L'**occasione di discutere di aspetti organizzativi è giunta a seguito della richiesta di Agenas alle Società Scientifiche di proporre un Documento sulla gestione della rete dell'infarto nell'ambito del più ampio capitolo delle reti cliniche tempo - dipendente come previste dalla Legge 70. ANMCO ha identificato un gruppo di referenti che si sono messi immediatamente al lavoro producendo una bozza che ha generato alcuni interrogativi ed alcune soluzioni. La successiva discussione in Consiglio Direttivo prima e Consiglio Nazionale poi ha permesso di arricchirne i contenuti e contemporaneamente di maturare una versione che ha espresso alcuni contenuti innovativi ed originali. E' un Documento articolato, che contempla le diverse realtà italiane, offre alcuni indirizzi e identifica anche alcuni indicatori per validare e valutarne la solidità. Inviato come richiesto da Agenas potrà generare o meno scelte condivise dal Ministero della Salute ma questo aspetto è ormai fuori dal nostro ambito. A noi, come Associazione Scientifica della Cardiologia ospedaliera, preme sottolinearne l'importanza per il dibattito, testé iniziato, che guarda al futuro per una visione moderna

della Cardiologia che tenga conto in primis delle necessità dei pazienti, di norme e decreti, ma anche tenga conto della esperienza della Cardiologia ospedaliera che ANMCO rappresenta. E' infatti indubbio che il SSN sta affrontando una profonda ristrutturazione improntata a garantire la sostenibilità delle cure ma che prevede una serie di azioni che hanno ed avranno riflessi sulle strutture ospedaliere, Unità Operative e professionisti. Come sappiamo alcune strutture sono scomparse, altre spariranno. Accanto a ciò si è verificata e prosegue una transizione epidemiologica che vede significativi cambiamenti nei bisogni di salute. Tutto ciò richiede da parte della Cardiologia ospedaliera, come da tradizione, una visione onesta, realistica, priva di conflitti di interesse che cerchi di adattare al mondo che cambia le risposte che il paziente si attende dalla Cardiologia. I tre pilastri su cui si è animata la discussione e che ha squarciato una visione ormai vetusta sono la affermazione aggiornata del concetto di rete, l'ampliamento della stessa alle urgenze cardiologiche e non solo allo STEMI, la necessità di collegare questa rete al concetto di continuità assistenziale. La Rete richiede oggi di riconoscere il significativo contributo

di ciascuna struttura ospedaliera che ne fa parte e dei diversi professionisti che vi operano. Pertanto si rende necessario il superamento del modello Hub and Spoke che, se da un lato ha avuto il merito di abbattere la mortalità per STEMI, dall'altro ora non è più adeguato quando gli obiettivi si allargano alla gestione dell'intero spettro delle emergenze cardiologiche alla programmazione della continuità assistenziale. Il concetto di rete, visto come un qualificato insieme di strutture che, ciascuno per dotazione strumentale e professionale, può garantire una parte del percorso di cura risponde più realisticamente all'esistente. Il governo della rete diventa vitale per il suo corretto e dinamico funzionamento ed a questo e non alle singole strutture occorre dare obiettivi e risorse. Gli Ospedali, in questa ottica, o fanno parte della rete oppure non producendo valore su questa dimensione hanno ben poco motivo di esistere. Allo stesso modo le Unità Operative di Cardiologia che operano nella rete devono avere competenze, professionalità, obiettivi e strumenti funzionali a partecipare a pieno diritto a questa organizzazione. La gestione delle emergenze cardiologiche non riguarda allora solo l'infarto, ma



anche le sue complicanze oltre ad una serie di condizioni che mettono a rischio la vita dei pazienti quali l'embolia polmonare, lo storm aritmico, le sindromi aortiche acute, e quindi non coinvolge solo i servizi di emodinamica, ma anche il laboratorio di aritmologia e le cardiocirurgie permettendo ad un ospedale della rete di essere Hub per una certa emergenza cardiologica e Spoke per un'altra. Alla luce di queste considerazioni non è più razionale la concentrazione di risorse e professionalità in unico punto della rete, magari in quello dove si trova il laboratorio di emodinamica, anche perchè il modello di rete valorizza il centro dove avviene il primo contatto

e quindi la stabilizzazione clinica e terapeutica, che non è un momento banale dell'intero percorso, e dove spesso viene adottato un approccio multispecialistico che può trovare nella rete stessa la risposta ad esigenze specifiche. Infine, la continuità assistenziale. Questa può essere garantita, o costruita, guardando al sistema di rete dove il paziente, rientrato dai centri dove vengono eseguite le procedure interventistiche può essere, preso in carico ed inserito in un percorso di riabilitazione o di prevenzione secondaria. Questa continuità idealmente dovrebbe integrarsi con i Dipartimenti per le Cure Primarie, i Distretti, e AFT. Noi crediamo che queste considerazioni

debbano divenire la base su cui individuare le migliori soluzioni che le notevoli e molteplici professionalità offrono alla Cardiologia ospedaliera. Oggi la sfida non è quella di migliorare la dotazione della singola struttura, ma di ricercare soluzioni che siano adeguate per le diverse strutture che compongono la rete, dove operano diversi attori e dove ciascuno fa al meglio ciò che deve fare. Tenendo presente che in una costruzione sono importanti tutte le componenti affinché essa possa svolgere il suo compito che, nel nostro caso, è quello di curare al meglio il paziente ovunque egli sia ed in ogni momento in base alle sue necessità. ♥



*Harmonic Motion/Rete dei draghi, Toshiko Horiuchi MacAdam, 2014*



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)



LA FONDAZIONE PER IL TUO CUORE RISPONDE

DI MICHELE MASSIMO GULIZIA  
CONSIGLIERE DELEGATO PER LA RICERCA



# Cardiologie Aperte e Banca del Cuore

Un'esperienza che unisce e rafforza la Cardiologia

La Fondazione “per il Tuo cuore” è un Ente complesso: abbiamo imparato a riconoscerne e apprezzarne le molteplici attività, in particolare quella legata ai protocolli di studio con l'attività di ricerca condotta dal Centro Studi ANMCO. Ma la Fondazione non è solo ricerca! Uno degli aspetti che certamente la rendono “speciale” è, nel pieno rispetto della sua mission, la pianificazione e concretizzazione di Campagne di prevenzione e di iniziative a favore di cittadini e di pazienti che, oramai da oltre un decennio, vengono coralmemente realizzate dai Cardiologi ANMCO, sempre con grande slancio e partecipazione.

Sappiamo bene, infatti, che a febbraio, nella **Settimana del Cuore** - quella a cavallo di San Valentino - si colloca il tradizionale appuntamento con **Cardiologie Aperte**, una iniziativa in cui trovano spazio progettualità diverse a seconda delle diverse possibilità legate sia al territorio che alla disponibilità degli attori coinvolti. È questa l'occasione per rinnovare la collaborazione con associazioni di volontariato, legate alle nostre Cardiologie. In altri casi possono essere ricercati connubi e compartecipazioni attive che, nate in

## CARDIOLOGIE APERTE 2017

### Dedicato al Cuore

 per il tuo cuore 

**Dal 12 al 19 febbraio** appuntamento con le iniziative di prevenzione di **Cardiologie Aperte!** Vai su [www.periltuocuore.it](http://www.periltuocuore.it) e consulta il programma della Cardiologia più vicina a te.

Potrai anche aderire gratuitamente alla **Banca del Cuore**, il progetto nazionale di prevenzione cardiovascolare che ti permette di effettuare un elettrocardiogramma e ricevere la tua card **BANCOMHEART** personale: tutti i dettagli su [www.bancadelcuore.it](http://www.bancadelcuore.it).

In più, quest'anno la **Prevenzione Cardiovascolare arriva direttamente da te!** La **Banca del Cuore** sarà infatti **in tour per l'Italia**: sempre su [www.bancadelcuore.it](http://www.bancadelcuore.it) puoi scoprire quando e in quale piazza si fermerà il truck, dove potrai effettuare un check cardiovascolare gratuito.



**BANCOMHEART**

Per scoprire come usare il tuo elettrocardiogramma e il tuo dati clinicici visita la card **BANCOMHEART** personale. Per il tuo cuore ti offre la massima sicurezza nel formato di registrazione online. [www.bancadelcuore.it](http://www.bancadelcuore.it)

PIN N. 1234567890

CORRE PRECARA

PASSWORD

 **BANCA DEL CUORE**



**BANCA DEL CUORE**  
LA TUA SALUTE CARDIOVASCOLARE. AL SICURO E SEMPRE ACCESSIBILE.



modo estemporaneo, possono dare vita a iniziative fuori dal contesto ospedaliero che arricchiscono il panorama dei programmi di Cardiologie Aperte e che, spesso, hanno generato sinergie durature; a titolo di esempio (e non esaustivo): concerti, eventi formativi di prevenzione per la popolazione, camminate o corse non competitive. Per questa edizione di “Cardiologie

Cardiologi italiani, sul tema della prevenzione cardiovascolare:

- “Mangiare sano”
  - “Muoviamoci di più”
  - “Parliamo di fumo”
  - “Mantieni giovane il tuo cuore”
  - “Dopo un infarto”
  - “Scompenso Cardiaco: istruzioni per l’uso”
  - “Fibrillazione atriale”;
- i 7 poster divulgativi sul tema della

gratuita e prontamente disponibile dell’elettrocardiogramma e dei dati sanitari più rilevanti di tutti i cittadini che ne hanno fatto o faranno richiesta.

Ad ogni paziente viene rilasciata la *BancomHeart* (in analogia alla ben famosa carta di debito) sulla quale sono riportati i dati per accedere al proprio profilo sanitario (codice fiscale, PIN e password segreta),



Aperte” la Fondazione si impegna a mettere a disposizione delle Cardiologie aderenti i materiali scientifici e divulgativi composti da: - un kit di 7 opuscoli realizzati da Fondazione per il Tuo cuore, con il supporto scientifico di esperti

prevenzione, i 5 poster sulle Regole d’Oro, i poster di *Banca del Cuore* e 20 cuori scaldamani. Anche per il 2017 un ruolo centrale per tutta la Settimana avrà la “*Banca del Cuore*”, un progetto ancora unico al mondo, che prevede la custodia

tramite il sito [www.bancadelcuore.it](http://www.bancadelcuore.it). La card permette tramite internet la connessione ai propri dati sanitari cardiovascolari rilevanti, in modo semplice e intuitivo, 24 ore su 24, da qualunque parte del mondo, e verrà rilasciata come al solito gratuitamente



**Le 5 regole per il Tuo cuore**

### La salute è in tavola.

Il rischio cardiovascolare globale può essere ridotto a partire dall'alimentazione, seguendo poche, semplici regole:

- ☑ Aumentare il consumo di pesce e carni bianche
- ☑ Aumentare il consumo di frutta, vegetali, cereali e legumi
- ☑ Preferire sempre l'olio extravergine di oliva come condimento
- ☑ Ridurre il consumo di grassi di origine animale
- ☑ Ridurre l'apporto di sale

per il tuo cuore

**Le 5 regole per il Tuo cuore**

### Passi di salute

È dimostrato che un'attività fisica moderata riduce il rischio cardiovascolare globale. Basta seguire poche, semplici regole:

- ☑ Dedicarsi a un'attività semplice come camminare, andare in bicicletta, nuotare
- ☑ Svolgere un'attività per almeno 30 minuti e per almeno 3-4 volte alla settimana
- ☑ Incrementare gradualmente l'intensità dello sforzo
- ☑ Scegliere le scale invece dell'ascensore, la bicicletta invece dell'auto
- ☑ ...ricordare che non è necessario essere un atleta per avere dei benefici!

per il tuo cuore

**Le 5 regole per il Tuo cuore**

### Rischio in fumo

Smettere di fumare per prendersi cura del proprio cuore. Ecco i cinque benefici più importanti:

- ☑ Riduci del 50% il rischio di infarto
- ☑ Migliori i parametri della respirazione già dopo 48 ore
- ☑ Riduci il rischio di cancro al polmone ai livelli pre-fumo in 10 anni
- ☑ Migliori il senso del gusto e quello dell'olfatto già dopo 3 giorni
- ☑ Aumenti l'aspettativa di vita fino a 5-6 anni!

per il tuo cuore

**Le 5 regole per il Tuo cuore**

### L'età del cuore

Uno stile di vita sano, anche a un'età avanzata, fa invecchiare il cuore più lentamente. Basta seguire poche, semplici regole:

- ☑ Non fumare o, se si fuma, smettere di farlo
- ☑ Mangiare in maniera corretta, varia ed equilibrata
- ☑ Combattere la sedentarietà e l'attività
- ☑ Tenere sotto controllo i fattori di rischio cardiovascolare come diabete e ipertensione
- ☑ Seguire scrupolosamente eventuali terapie

per il tuo cuore

**Le 5 regole per il Tuo cuore**

### Avere a Cuore il Cuore

A poche settimane da un infarto, la maggior parte dei pazienti riprende una vita normale, seguendo poche, semplici regole:

- ☑ Seguire scrupolosamente le terapie assegnate ed effettuare i controlli disposti dal cardiologo
- ☑ Non fumare o, se si fuma, smettere di farlo: il fumo raddoppia il rischio di un nuovo infarto
- ☑ Adottare stili di vita alimentari che riducono l'apporto di grassi di origine animale, di sale e di alcol
- ☑ Tenere sotto controllo il peso e i valori della pressione
- ☑ Praticare un'attività fisica regolare riduce il rischio di reinfero e migliora la qualità della vita

per il tuo cuore

**Le 5 regole per il Tuo cuore**

### Ritmo e Cuore

La fibrillazione atriale è la più frequente aritmia cardiaca. Conoscerla bene aiuta a curarla e a vivere meglio. Basta seguire poche, semplici regole:

- ☑ Fare attenzione a possibili sintomi: sensazione di battito accelerato e irregolare, affanno, affaticamento, dolore toracico
- ☑ Consultare il medico se il battito risulta accelerato o irregolare
- ☑ Seguire scrupolosamente le scelte terapeutiche del cardiologo
- ☑ Tenere sotto controllo le patologie che si accompagnano alla fibrillazione atriale
- ☑ Controllare il polso regolarmente

per il tuo cuore

**Le 5 regole per il Tuo cuore**

### In compenso c'è il Cuore

Lo scompenso cardiaco può essere prevenuto e trattato. Una serie di semplici regole aiutano a stabilizzare la malattia e a migliorare la qualità di vita:

- ☑ Adottare lo stile di vita consigliato e assumere sempre le medicine
- ☑ Effettuare sempre tutte le visite e gli esami
- ☑ Controllare quotidianamente il proprio peso e annotare i valori
- ☑ Prevenire l'accumulo di liquidi conteggiando l'acqua bevuta (non più di 8 bicchieri)
- ☑ Saper riconoscere l'accumulo di liquidi

per il tuo cuore

al cittadino nel momento in cui effettuerà l'elettrocardiogramma presso la Cardiologia aderente all'iniziativa o presso il *Point of Care* appositamente allestito. Come **novità di questa edizione**, ogni Cardiologo e/o Struttura abilitata al rilascio della *BancomHeart* potrà, collegandosi online alla banca dati *Banca del Cuore*, aggiungere i dati del profilo glicemico e lipidico di ciascun paziente/cittadino esaminato, oltre a dati sanitari (anamnestici e terapeutici) più approfonditi. *Banca del Cuore* ha già permesso di creare e usufruire di una banca dati sanitari sconfinata, che, in alcuni casi,

possono rivelarsi vitali, come nel caso dei molti pazienti da noi accertati, affetti da forme asintomatiche e misconosciute di fibrillazione atriale o di cardiopatie aritmogene a trasmissione genetica. Una vera e propria rivoluzione che semplificherà la gestione della propria salute ai cittadini e il lavoro ai medici, che ancora una volta ci permetterà di essere antesignani di un modo nuovo di fare non solo ricerca, ma anche assistenza. Questo Progetto che, come ben sapete costituisce un Settore Autonomo della Fondazione, sin dall'esordio ha avuto il sostegno dell'Istituto Superiore di Sanità e

nello scorso maggio ha addirittura ricevuto il prestigioso riconoscimento da parte della Presidenza del Consiglio dei Ministri, la medaglia al merito, per l'alto valore scientifico, assistenziale e sociale. Il successo raggiunto e la determinata volontà di poter ampliare il progetto, mettendolo a disposizione del maggior numero di cittadini possibili, anche al di fuori delle realtà ospedaliere e ambulatoriali attualmente attive, mi ha motivato a ricercare ulteriori iniziative da attivare per raggiungere fasce di popolazione a rischio che possano quindi beneficiare dei vantaggi offerti dalla



*BancomHeart*, un concetto questo che anima da sempre Cardiologie Aperte. A questo scopo ho ideato una nuova Campagna Nazionale itinerante di Prevenzione Cardiovascolare che, sempre nell'ambito di *Banca del Cuore*, mettesse "in movimento" un jumbo truck appositamente allestito, che ci consentirà di entrare

ciascuna tappa. Contestualmente il settore operativo *Banca del Cuore* ha avviato un'ulteriore iniziativa decisamente unica e innovativa che coinvolgerà, in una campagna nazionale di prevenzione volta allo screening del Rischio Cardiovascolare Globale, una particolare e selezionata popolazione

card *BancomHeart* attiva;  
 - una stampa del proprio elettrocardiogramma con tutti i valori pressori e anamnestici presenti su *BancomHeart*;  
 - lo screening metabolico con il rilievo (estemporaneo) di 8 risultati metabolici con una sola goccia di sangue: Colesterolo Totale,



nel cuore delle più belle piazze d'Italia, anche in zone difficilmente accessibili (ma importanti perché luoghi di grande interesse), e poter, in tal modo, facilmente veicolare ai cittadini, direttamente, il messaggio di prevenzione per la lotta alla ipercolesterolemia e alle malattie cardiovascolari da essa derivate. Saranno tra 40 e 45 le città inizialmente coinvolte dal "**Truck Tour Banca del Cuore**", negli 8 mesi, da febbraio a ottobre 2017, previsti per circa 150 - 170 giorni di effettiva presenza nei principali capoluoghi di provincia, con una media di permanenza di almeno tre giorni per

- quella ecclesiastica - con il Progetto "*Banca del Cuore - Il Cuore del Clero*", che coinvolgerà circa 50 diocesi distribuite su tutto il territorio nazionale per uno screening cardiovascolare che coinvolgerà preliminarmente oltre 5.000 ecclesiastici e che si svolgerà per tutto il primo semestre 2017. Per ciascun cittadino che afferirà al "Truck Tour" nonché per ogni ecclesiastico relativamente a "Il Cuore del Clero" è previsto:  
 - la esecuzione dello screening di prevenzione cardiovascolare comprensivo di esame elettrocardiografico e screening aritmico con il rilascio gratuito della

Trigliceridi, Colesterolo Alto HDL, Rapporto Colesterolo HDL / LDL, Calcolato LDL, Colesterolo non HDL, fast-Glucosio e Emoglobina glicata;  
 - la stampa del profilo glicidico, lipidico e del proprio rischio cardiovascolare;  
 - la consegna del kit dei 7 opuscoli realizzati da Fondazione per il Tuo cuore  
 - la consegna di un cuore "scalda mani" della Fondazione per il Tuo cuore, riutilizzabile infinite volte. Lo speciale allestimento del truck permetterà inoltre:  
 - la realizzazione di eventi scientifici divulgativi di prevenzione



cardiovascolare rivolti ai cittadini di ogni singola città, anche con la distribuzione degli opuscoli e dei poster appositamente realizzati a tale scopo (già ampiamente descritti);

- la realizzazione di incontri con medici locali e/o dibattiti e tavole rotonde sul tema della prevenzione cardiovascolare globale e con particolare attenzione alla diagnosi e cura della:
  - ipercolesterolemia, secondo i percorsi diagnostici e terapeutici descritti dal Documento di Consenso intersocietario, multidisciplinare ANMCO, Istituto Superiore di Sanità e altre 15 società scientifiche (GIC 2016, Vol. 17 suppl.1 al n.6);
  - Fibrillazione Atriale e Tromboembolismi Polmonare e Periferici, secondo i percorsi diagnostici e terapeutici descritti nei Documenti di Consenso intersocietari ANMCO e nelle più recenti pubblicazioni scientifiche 2016;
- la realizzazione finale di una pubblicazione sullo stato cardiovascolare di un campione eterogeneo di popolazione italiana, interessata dalla Campagna Nazionale itinerante di Prevenzione Cardiovascolare.

In tutte le campagne, a partire dalla Settimana del Cuore con Cardiologie Aperte grande importanza verrà data alla anticipazione mediatica, al fine di creare una forte attesa: saranno per questo organizzate conferenze stampa appositamente curate e

seguite dal nostro Ufficio Stampa per accompagnare la presentazione delle iniziative per tutte le tappe nelle città coinvolte.

Ho scritto più volte che ho avuto il grande onore e l'orgoglio di rappresentare l'ANMCO da Presidente nel passato biennio. Lo stesso orgoglio sento nel ruolo di Consigliere Delegato per la Ricerca e Responsabile del Settore Operativo *Banca del Cuore*, cariche che ricopro nel Consiglio d'Amministrazione della nostra Fondazione, ove insieme a me siedono appassionati Cardiologi, che hanno ricoperto importanti ruoli nella nostra Associazione tra cui Marino Scherillo - Vice-Presidente e Pasquale Caldarola - Consigliere, nonché il nostro Presidente ANMCO, Andrea Di Lenarda: a loro sono grato per il sostegno che non fanno mai mancare quando i programmi prendono corpo ed è importante ricevere il sostegno di tutti.

In particolare ringrazio il Presidente, Prof. Attilio Maseri, che in questi anni si è attivato in prima persona nelle Campagne di sensibilizzazione della Settimana del Cuore e per sostenere Cardiologie Aperte e *Banca del Cuore*, perché anche in questa occasione ha dichiarato il suo incondizionato sostegno verso questo ambizioso programma rivolto al pubblico che partendo da febbraio si protrarrà fino a fine 2017.

Infine lasciatemelo dire, se i grandi protagonisti di Cardiologie Aperte

e di *Banca del Cuore*, attorno a cui si muove l'intera manifestazione, sono proprio i cittadini, ritengo che l'anima vera, *il cuore propulsivo* ne siano invece i Cardiologi, in particolare gli Associati ANMCO, ambasciatori della salute cardiovascolare delle oltre 700 Cardiologie distribuite su tutto il territorio nazionale.

Niente infatti di quanto in questi anni è stato fatto in termini di sensibilizzazione finalizzata alla prevenzione delle malattie cardiovascolari e all'attenzione costante per il miglioramento delle cure, avrebbe potuto essere realizzato senza il sostanziale fattivo contributo dei Cardiologi, di questo credo possiamo andare tutti davvero fieri ed esserne orgogliosi, come medici certamente e come persone.

Vi aspetto dunque **numerosi sostenitori di questa nuova stagione di Cardiologie Aperte e di Banca del Cuore**, convinto che l'immagine compatta e propulsiva che riusciremo a dare, uniti, nel nostro Paese, permetterà di rafforzare il significato della specificità della nostra disciplina cardiologica per la tutela dei pazienti cardiopatici che si affidano a noi e di quelli, sani, che seguono i nostri programmi di prevenzione.

Auguro a tutti di trascorrere un Santo Natale circondati dall'affetto dei propri cari e uno splendido, spumeggiante e salutare 2017. ♥



AGGIORNAMENTO DATI:  
15 novembre 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)	121 (3.520)	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>	172	Pronto Soccorso 3.000 Cardiologia 2.000	Pronto Soccorso 4.944 Cardiologia 3.713	1 anno	in corso
<a href="#">START (osservazionale)</a>	202	4.500	3.016	1 anno	in corso
<a href="#">COLCOT</a> In collaborazione con il <a href="#">Montreal Health Institute</a>	17 (68)	750 (4.500)	112 (1.006)	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)



AGGIORNAMENTO DATI:  
15 novembre 2016

## 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)	59	6.000	384	No follow-up	in corso
In Progress (osservazionale)	40	300	-	6 mesi	-
BLITZ-HF (osservazionale)	100	5.000	-	1 anno	-
EYESHOT POST-MI	200	2.000	-	No follow-up	-

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

### FOCUS ON

#### Studio BLITZ-HF

Studi osservazionali e dati amministrativi indicano che i percorsi diagnostici e terapeutici nello scompenso cardiaco (HF) sia in ospedale che dopo la dimissione sono ancora insufficientemente strutturati e che l'uso dei trattamenti raccomandati dalle linee guida correnti non è ancora ottimale. La realizzazione di una rete strutturata per la gestione dei pazienti con HF, con obiettivi condivisi e integrati tra ospedale e territorio, deve ancora essere implementata.

Obiettivo principale del BLITZ-HF è quello di migliorare il livello di aderenza alle raccomandazioni delle attuali linee guida ESC sia nei pazienti con AHF che CHF inclusi nei centri partecipanti, oltre a verificare se specifici interventi educativi sullo scompenso cardiaco composti da un programma educativo di raccolta dati e riunioni dedicate siano in grado di migliorare l'aderenza alle raccomandazioni delle linee guida valutata nel corso di un secondo periodo di inclusione. La popolazione sarà composta da pazienti ricoverati per scompenso cardiaco acuto (AHF) e pazienti ambulatoriali con scompenso

cardiaco cronico (CHF). I dati saranno raccolti in due diverse fasi di arruolamento della durata di 3 mesi (o almeno 50 pazienti per centro); la seconda fase sarà condotta 6 mesi dopo la prima fase. Tutti i pazienti con AHF o CHF inclusi nello studio nella prima e nella seconda fase effettueranno una visita di follow-up a 6 e 12 mesi. Hanno aderito allo studio 163 centri e l'approvazione da parte del Comitato Etico del Centro Coordinatore è stata ottenuta il 23 settembre 2016. All'inizio del mese di ottobre le pratiche regolatorie sono state avviate in tutti gli altri centri aderenti. ♥





**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 (Reggio Calabria)

#### 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)

#### 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 ad interim

Maurizio Giuseppe Abrignani (Erice - TP)  
**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)

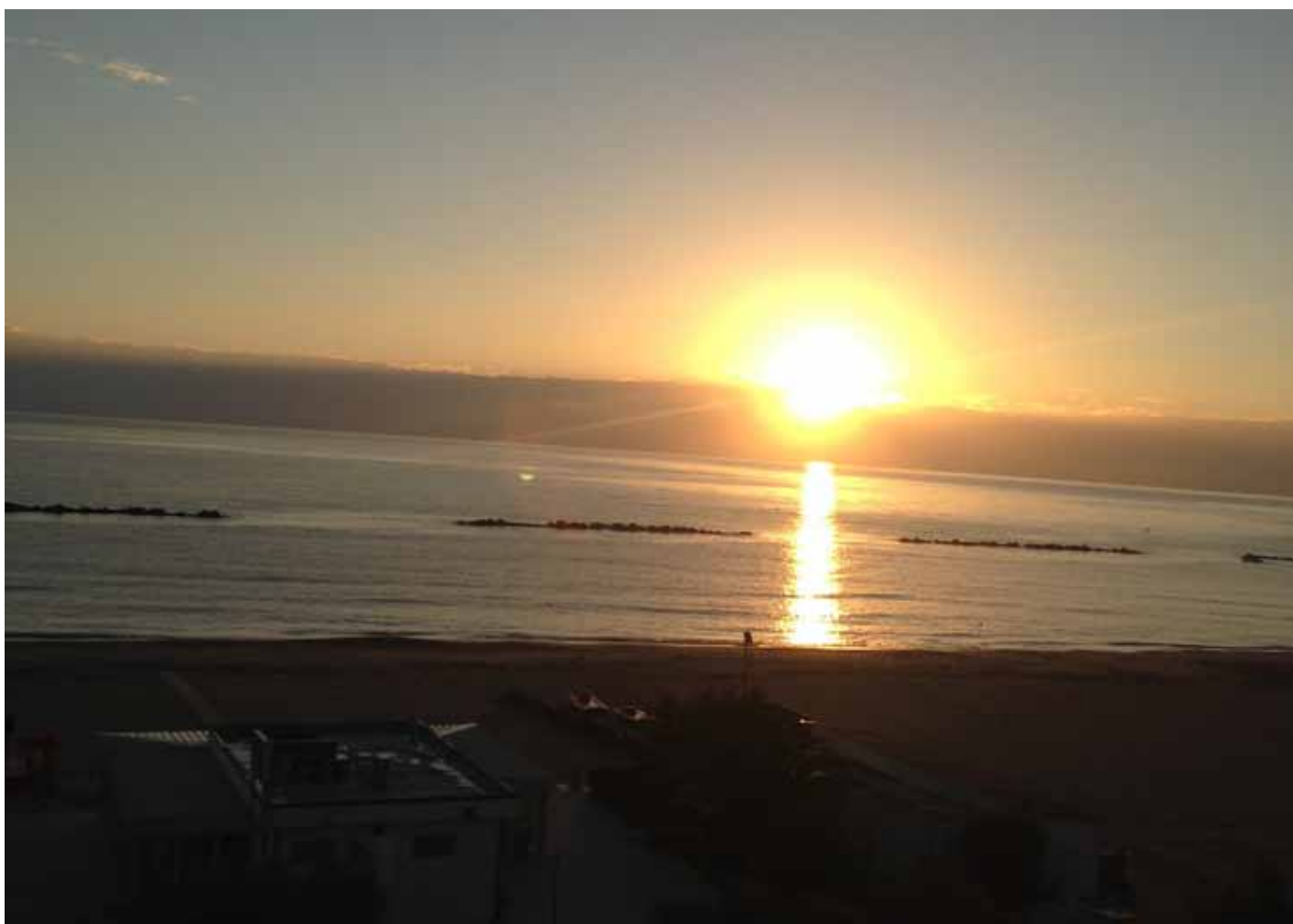
#### Comitato di Coordinamento

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)



È ora di bilanci tra gli impegni presi e quanto si è portato a termine

# GRAZIE ANMCO



*«Credo che i momenti perfetti durino solo un istante, un dono dell'universo che potrò conoscere e sperimentare molte volte nella vita senza mai possederlo. Questo è ciò che vedo quando contemplo un tramonto... L'istante esatto è quando il sole scompare, quando l'ultimo oro*

*scintillante dell'astro si confonde con il blu trasparente dell'oceano per trasformarsi in un verde smeraldo. Un momento che dura una frazione infinitesima di secondo, ma un ricordo che certo dura una vita»* così si esprime Sergio Bambarén Roggero, nel libro "Il vento

dell'oceano" (2003). Bambarén ha fatto del mare, l'argomento di quasi tutti i suoi libri svelandoci quello che per lui è il senso della vita. Il biennio 2015 - 2016, in qualità di Chairperson dell'Area Malattie del Circolo Polmonare ANMCO, mi ha



regalato molti momenti magici che porterò con me. Adesso che sono giunta alla fine del mio mandato è ora di bilanci sia dell'attività del Comitato di Coordinamento dell'Area Malattie del Circolo Polmonare, tra ciò che ci si era proposti di fare e ciò che si è realmente fatto, e mio personale tra aspettative e risultati. Per quanto riguarda l'attività dell'Area molto abbiamo detto attraverso *"Cardiologia negli Ospedali"* nel corso di questi due anni. La elaborazione del programma, condivisa con i componenti del Comitato di Coordinamento, con i consulenti di Area, prevedeva tre linee programmatiche esplicitate in occasione della presentazione dello stesso nel cronoprogramma richiesto per la prima volta dal Presidente Dott. Michele Massimo Gulizia e dal Consiglio Direttivo:

### **1. La conduzione di survey, censimenti, registri, volti a identificare le modalità di gestione delle patologie del circolo polmonare**

Tradizionalmente l'Area Malattie del Circolo Polmonare ha sempre considerato la conduzione di censimenti - survey un utile strumento di partenza per la ricerca clinica, prove concrete sono sia il Registro IPER, sia le Survey INCIPIT1 e INCIPIT2 condotte negli anni passati che tante informazioni hanno dato sulla attualità della gestione della embolia polmonare in Italia e sull'interesse verso l'ipertensione polmonare da parte

delle Cardiologie ospedaliere. Forti di questa tradizione abbiamo condotto la Survey PETER (Pulmonary Embolism Thrombectomy Registry) volta a individuare la diffusione delle metodiche di trombectomia percutanea in Italia ed il loro utilizzo nella embolia polmonare, coordinata dai Dottori Loris Roncon e Franco Casazza i cui risultati sono stati pubblicati sul GIC (2016;17(4):268-272) e sono preliminari alla costituzione del Registro PETER sulla trombectomia percutanea in Italia; abbiamo elaborato la proposta di Survey NAOMI - EP (NAO Implementation in EP) volta a valutare l'impatto della introduzione dei NAO nella gestione della embolia polmonare nei reparti di Cardiologia, di medicina e di medicina d'urgenza soprattutto in termini di sicurezza e di compliance dei pazienti, proposta approvata dal Consiglio Direttivo ANMCO nel luglio 2016; abbiamo posto le basi per un progetto di "Osservazione epidemiologica delle patologie del circolo polmonare" nel quale molta parte ha la elaborazione di una piattaforma informatica per le patologie del circolo polmonare.

### **2. La produzione di statement volti a standardizzare la pratica clinica**

In occasione del Congresso Nazionale ANMCO 2015 abbiamo provveduto a fornire come inserto di *"Cardiologia negli Ospedali"* un PDT per la TEP e, successivamente, un commento sulle linee guida ESC 2015 sulla

ipertensione polmonare; abbiamo fattivamente contribuito alla coordinazione e alla elaborazione del Position Paper ANMCO "Uso dei nuovi anticoagulanti nella terapia e nella prevenzione della tromboembolia polmonare" e del Position Paper "Raccomandazioni per il follow up del paziente con TEP".

### **3. La attuazione di eventi formativi rivolti a Cardiologi e ai professionisti interessati alle patologie del circolo polmonare**

Per sviluppare le competenze necessarie per la gestione delle patologie del circolo polmonare il board ha organizzato l'evento formativo dal titolo "Embolia polmonare e ipertensione polmonare dalle linee guida ai percorsi diagnostico - terapeutici" che ha visto confrontarsi i Cardiologi ospedalieri con altri specialisti. La maggior parte delle iniziative sono, quindi, state portate a termine. Sono sicura che il passaggio al biennio 2017 - 2018 avverrà nel segno della continuità e le iniziative *in fieri* saranno portate a termine così come si provvederà ad avviarne di nuove. Si procederà a implementare il Registro PETER; la Survey NAOMI - EP e l'Osservatorio epidemiologico per le patologie del circolo polmonare. In ultimo, consentitemi alcune riflessioni personali sull'incarico accettato in spirito di servizio che, all'inizio, sembrava più grande di me. Perché accettare? Il gusto della sfida con me stessa, la curiosità di conoscere



situazioni nuove, l'opportunità di partecipare attivamente alla crescita della "Famiglia ANMCO" mi hanno indotto ad affrontare tale biennio. Il desiderio più grande era, comunque, quello di poter dare un contributo operativo alla Associazione. Quando mi chiedono di presentarmi dimentico di segnalare che sono figlia di un medico internista palermitano sfortunatamente deceduto all'età di 42 anni per un cancro. Nel corso

per i pazienti con i colleghi così come la mia fedeltà all'ANMCO, la mia passione per l'Area Malattie del Circolo Polmonare, la sentita riconoscenza verso i colleghi che ho avuto la fortuna di conoscere e dai quali ho imparato moltissimo. Non vorrei dimenticare nessuno: i Presidenti in particolare Marino Scherillo che mi introdusse in ANMCO, Michele Gulizia di cui ho apprezzato la vulcanica propositività,

ho avuto la fortuna di partecipare in particolare quelli di questo biennio: Francesca Bux, Maria Paola Cicini, Matteo Rugolotto, Marco Vatrano, Amedeo Bongarzone, Co-Chairperson e prossimo Chairperson per il biennio 2017 - 2018, i Consulenti Franco Casazza, Carlo D'Agostino, Loris Roncon, Pietro Zonzin, Eugenio Vinci. Con tutti ho instaurato un rapporto che va al di là del semplice rapporto lavorativo: l'ANMCO fa sicuramente questo, è generatore di amicizia tra quanti hanno la fortuna di parteciparvi attivamente e si dedicano ad essa sacrificando qualsiasi momento libero, fine settimana, festività. Per esperienza a questo punto posso dire che la "Famiglia ANMCO" consente a chiunque ne abbia volontà e desiderio di mettersi in gioco di raggiungere posti di responsabilità. Quindi "GRAZIE ANMCO!" per avermi consentito di fare questa straordinaria esperienza. Ad Amedeo Bongarzone, con il quale ho avuto la fortuna di lavorare, di condividere onori e oneri in questo biennio ricevendone in cambio supporto e consiglio, vorrei dire: consenti alla "Famiglia ANMCO" di aiutarti ad esprimerti al meglio, a metterti in gioco e a dare il tuo autorevole contributo alla nostra crescita. Buona ANMCO! ♥

## **Il cronoprogramma basato sulla conduzione di survey, censimenti, sulla produzione di statement, sulla formazione di competenze multidisciplinari per la malattia tromboembolica venosa e la ipertensione polmonare è stato in gran parte rispettato**

degli anni ho compreso quanto il suo modo di essere, la sua professionalità, la sua malattia, la sua fine abbiano contribuito a farmi essere ciò che sono e riconosco in me la sua passione per il lavoro, il suo senso di responsabilità, l'impegno per gli altri, la fedeltà alle istituzioni e alla sanità pubblica. In particolare, lo rispecchiano il mio servizio quotidiano in Ospedale nel reparto di medicina d'urgenza dove lavoro

Andrea Di Lenarda che ha iniziato a condurre l'ANMCO in questo biennio; i Chairperson che mi hanno preceduto: Piero Zonzin, Giuseppe Favretto, Carlo D'Agostino, Loris Roncon, Andrea Rubboli, Michele Azzarito, ognuno dei quali, con la propria personalità, ha contribuito a far crescere in Italia l'attenzione verso l'embolia polmonare e l'ipertensione polmonare; i colleghi facenti parte dei Comitati di Coordinamento cui



# Area Management & Qualità 2015 - 2016

**T**racciare il bilancio di un biennio dell'Area Management & Qualità significa fare il punto sugli obiettivi programmatici e sui fatti realizzati. L'apertura del biennio di attività dell'Area vedeva la luce in contemporanea con la pubblicazione del volume "Management in Cardiologia. Teoria e pratica di governance cardiologica", volume coordinato da Giovanni Gregorio e Quinto Tozzi e frutto di un lavoro di

squadra al quale hanno contribuito molti colleghi esperti in management sanitario (Figura 1). Il Libro mira a sviluppare le competenze manageriali indispensabili per il governo di una moderna Unità di Cardiologia, partendo dal ruolo delle U.O. di Cardiologia nel Sistema Sanitario, per arrivare ai requisiti tecnologici, strutturali e di personale, alle modalità di implementazione delle Linee Guida e dei percorsi diagnostico assistenziali,

ai principi del rischio clinico e della responsabilità professionale. Il linguaggio utilizzato è pratico e finalizzato allo sviluppo di esperienze organizzativo-gestionali, in un momento di transizione quale è quello attraversato dalla sanità italiana nel momento attuale. Gli argomenti sono sviluppati secondo l'ottica propria del dirigente medico ospedaliero, privilegiando la chiarezza e la concretezza. Lo scopo del libro è quello di migliorare la preparazione

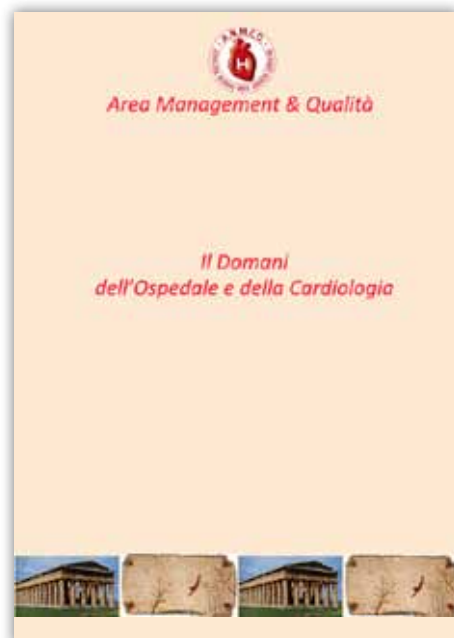
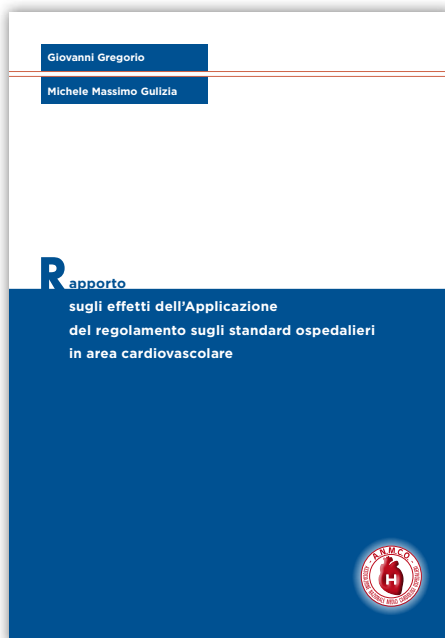
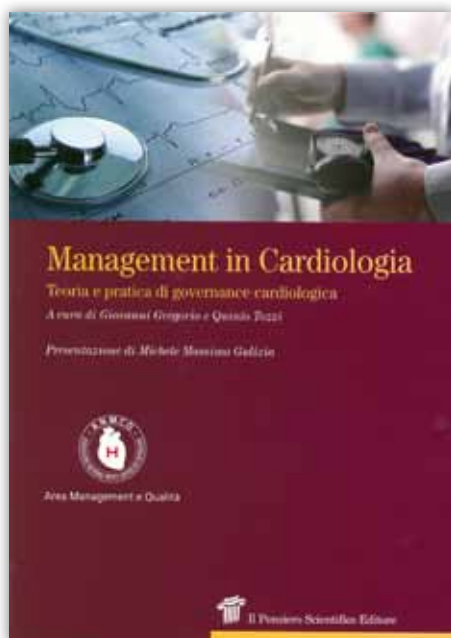


Figura 1 - Pubblicazioni dell'Area Management & Qualità nel Biennio 2015-2016



**«L'uomo non è niente altro che quello che progetta di essere;  
egli non esiste che nella misura in cui si realizza;  
non è dunque niente altro che l'insieme dei suoi atti,  
niente altro che la sua vita.»**

**Jean-Paul Sartre**

manageriale ed essere un riferimento per dirigenti e direttori delle Strutture Complesse di Cardiologia. Sostanzialmente da queste premesse si è mosso il programma dell'Area nella considerazione che ai Dirigenti Medici, in generale, ed ai Direttori di Struttura Complessa, in particolare, sono oggi richieste oltre che competenze di tipo clinico-specialistico, anche competenze di tipo relazionale, tecnico-gestionali e di direzione organizzativa, nonché conoscenze normative e legislative, capacità di indirizzo e di valutazione del percorso assistenziale e doti progettuali e di innovazione. I radicali mutamenti in corso nella nostra società dovuti da un lato al variare del quadro epidemiologico con la crescente diffusione di pazienti anziani e con comorbilità e, dall'altro, alla incessante ricerca di nuovi modelli organizzativi, il più delle volte fondati su meri calcoli ragionieristici, impongono una seria riflessione sulla organizzazione dell'Ospedale e della Cardiologia nel prossimo futuro. Da ciò derivano gli obiettivi che l'Area si è data, riassumibili nel modo seguente:

**OBIETTIVO 1:** Promuovere l'alfabetizzazione dei Soci in management sanitario.

**OBIETTIVO 2:** Stimolare la

discussione sui principali strumenti di programmazione sanitaria finalizzata alla conoscenza dei mutamenti in atto nella Sanità Italiana con maggiore ricaduta sulle attività della Cardiologia.

**OBIETTIVO 3:** Promuovere l'Aggiornamento Culturale in Management Sanitario, in collaborazione con Istituzioni pubbliche e Private (Agenas, Regioni, Università ecc.)

**OBIETTIVO 4:** Sviluppare la collaborazione con le altre Aree con lo scopo di cooperare per la definizione di protocolli organizzativi e la elaborazione del Documento su "Il Domani dell'Ospedale e della Cardiologia".

I mezzi utilizzati per il raggiungimento degli obiettivi dell'Area sono riassumibili in:

- 1) Implementazione della Newsletter dell'Area Management & Qualità: è stato uno strumento periodico di aggiornamento in management sanitario dedicato alle principali novità in tema di organizzazione sanitaria ed in modo particolare agli effetti del D.M. 70 in area cardiovascolare;
- 2) La pubblicazione del "Rapporto sugli effetti dell'Applicazione del regolamento sugli standard ospedalieri in area cardiovascolare"

(Figura 1). Il Regolamento sugli Standard Ospedalieri rivoluziona la rete ospedaliera in generale e quella cardiovascolare in particolare. Il Rapporto ha lo scopo di verificare gli effetti degli Standard previsti dal Regolamento sulle Reti Ospedaliere Regionali e Nazionale, di verificarne eventuali incongruenze e di proporre le necessarie modifiche, tese a migliorare e a rendere più appropriata l'offerta assistenziale in ambito cardiovascolare. Esso si muove secondo la logica di confrontare la situazione attuale, per come desunta dai dati dell'ISTAT, del Ministero della Salute e delle più importanti Società Scientifiche Nazionali, con gli effetti dovuti alla implementazione degli Standard. L'ANMCO, da sempre attenta alle problematiche della assistenza cardiologica ed impegnata, per sua missione, a promuovere la qualità e la appropriatezza delle prestazioni, ritiene indispensabile una riflessione sugli assetti determinati dai nuovi provvedimenti e propone alla attenzione del Decisore Pubblico una serie di modifiche, non per salvaguardare interessi di parte ma fondate unicamente sulla preoccupazione di garantire un servizio efficiente ed efficace, tenendo presente unicamente il dovere di difendere la salute dei



## CORSO DI MANAGEMENT SANITARIO PER DIRETTORI DI STRUTTURA COMPLESSA

AI SENSI DEGLI ARTT. 15 E 16-QUINQUIES DEL D.LGS N. 502/92 E S.M E ALL'ART 7, DPR 484/97 E AI SENSI DELL'ACCORDO STATO-REGIONI DEL 10 LUGLIO 2003

### Architettura del Corso

Il corso di formazione manageriale per i dirigenti di struttura complessa di *area cardiovascolare* è il corso di formazione manageriale per lo svolgimento degli incarichi relativi alle funzioni di direzione sanitaria aziendale e per la direzione di strutture complesse erogato sulla base del D.lgs. 502/92 e DPR 484/97.

Il corso è finalizzato alla formazione manageriale, capacità gestionale, organizzativa e di direzione, del personale della dirigenza del ruolo sanitario ed è articolato in attività didattiche teoriche e pratiche e nella partecipazione attiva a seminari. Il corso di formazione manageriale è requisito necessario per lo svolgimento degli incarichi di direzione di strutture complesse.

### Destinatari

Il corso è destinato a:

- Dirigenti con incarico di direzione di struttura complessa;
- Medici che, pur non avendo la struttura complessa, abbiano i seguenti requisiti: -un'anzianità di servizio nella direzione tecnico-sanitaria (Struttura Semplice) di almeno 3 anni, oppure un'anzianità di servizio di almeno 5 anni;
- Dirigenti già in possesso dell'attestato di management che intendano aggiornare le proprie competenze.

Sarà data precedenza ai soci ANMCO.

### Obiettivi formativi

- fornire ai partecipanti gli elementi per la comprensione dei principali modelli di organizzazione delle aziende di servizi sanitari e dei principali sistemi e strumenti di governo gestionale e clinico, con riguardo a questi ultimi. Si privilegia la trattazione degli argomenti che evidenzino il ruolo e le funzioni proprie del dirigente medico.
- i moduli di insegnamento soddisfano prioritariamente le seguenti aree tematiche: Organizzazione e gestione dei servizi sanitari, Indicatori di qualità dei servizi – Sanità pubblica, Gestione delle risorse umane, I. Criteri di finanziamento ed elementi di bilancio e controllo, così come definite dall'Accordo Stato Regioni del 10 luglio 2003,
- la metodologia didattica deve essere di tipo prevalentemente attivo; le lezioni tradizionali (lezioni frontali) vanno affiancate da strumenti quali analisi e discussione di casi didattici, incident, role playing, simulazioni e griglie di analisi, finalizzati a favorire, tramite la discussione in piccoli gruppi di lavoro,

l'apprendimento dei contenuti oggetto del corso. Le discussioni guidate, gli incident e, più in generale, tutti gli strumenti didattici sono focalizzati specificamente sulle tematiche inerenti la gestione dell'ambito socio-sanitario;

d) l'utilizzo della formazione a distanza non dovrà comunque eccedere il 30% del monte ore di formazione previsto e non potrà esaurire nessuna delle aree considerate nell'allegato a all'Accordo stesso. Le ore di formazione erogate a distanza saranno considerate ore equivalenti ai fini della certificazione di frequenza sotto la responsabilità del direttore del corso. Comunque l'erogazione della formazione a distanza dovrà prevedere meccanismi di autovalutazione e sistemi di interazione con il docente responsabile dell'attività e con il resto della classe in modo sincrono e/o differito;

e) al fine di garantire l'effettiva possibilità di utilizzo delle metodologie didattiche attive, il numero di partecipanti per ogni singola classe non potrà essere superiore a 30/40 unità;

f) Saranno sviluppati temi tesi a:

- far acquisire competenze di tipo relazionale e manageriale (leadership; comunicazione; capacità di ascolto);
- far apprendere strumenti e metodi per attivare l'innovazione delle organizzazioni ad elevata professionalità;
- fornire ai partecipanti un quadro sul contesto sanitario nazionale ed internazionale e sugli orientamenti regionali;
- costruire un linguaggio comune e condiviso che permetta il lavoro di squadra e il raggiungimento degli obiettivi attesi dall'Azienda;
- sviluppare la conoscenza degli strumenti economico-finanziari a supporto della gestione delle risorse

### Metodologia didattica

Il corso, della durata di 145 ore, prevede moduli formativi distinti in:

- Attività Formativa Teorica e teorico-pratica in aula

-Attività di Formazione sul campo

-Discussione interattiva a piccoli gruppi e Valutazione Finale

La discussione interattiva a piccoli Gruppi avverrà sugli elaborati preparati dai partecipanti al corso.

L'attività formativa teorica e teorico pratica sarà strutturata in modo da rendere protagonisti attivi i partecipanti con momenti di interscambio culturale con dirigenti e Manager del Sistema Sanitario

L'attività di Esperienza formativa sul campo avverrà presso le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere delle Regioni e delle Province del Servizio Sanitario Nazionale. Nell'ambito di tale attività, inoltre, sono previste visite presso di strutture sanitarie regionali con la coordinazione di un tutor/docente esperto al fine di garantire il massimo di pertinenza con il percorso evolutivo del Corso.

Figura 2.1 - Obiettivi del corso di Management Sanitario per Direttori di Struttura Complessa

cittadini.

3) Documento su "Il Domani dell'Ospedale e della Cardiologia" (Figura 1). È una riflessione sullo stato del Servizio Sanitario Nazionale con particolare riguardo agli Ospedali e alla Cardiologia teso a stimolare la discussione all'interno

della Associazione sui cambiamenti in atto in Sanità e su quali sono le prospettive dell'Ospedale e della Cardiologia di domani.

4) Master in Management Sanitario per Direttori di Struttura Complessa di Area Cardiovascolare, ai sensi degli art. 15 e 16 - quinquies del

D.lgvo n° 502/92 e successive modifiche e ai sensi dell'Accordo Stato-Regioni del 10 luglio 2003 (Figure 2.1 e 2.2). Il master è stato preparato con l'intento di fornire ai Cardiologi la preparazione per la Direzione di Struttura Complessa di Area Cardiovascolare. L'Architettura





## MODULI DIDATTICI

### 1 MODULO: IL CONTESTO SANITARIO E LEGISLATIVO

- 1 La Sanità oggi: cause e conseguenze nei cambiamenti nella sanità italiana
- 2 Il Contesto Legislativo
- 3 L'Organizzazione del Sistema Sanitario Aziende Ospedaliere – Aziende Sanitarie – Il territorio
- 4 Rete Ospedaliera e Modelli Assistenziali: specificità vs intensità di cura
- 5 Il Programma Nazionale Esiti
- 6 Qualità ed appropriatezza in Sanità

### 2 MODULO: GOVERNO ECONOMICO

- 1 Principi di Economia sanitaria
- 2 Il Sistema di Budget
- 3 La Gestione delle risorse umane
- 4 Programmazione ed Acquisizione delle Attrezzature
- 5 La Scheda di Dimissione Ospedaliera e i DRG
- 6 Health Technology assessment
- 7 Farmaco economia e farmaco vigilanza
- 8 Il Controllo di Gestione

### 3 MODULO: L'ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI SANITARI

- 1 La Rete Integrata di Assistenza
- 2 Il Dipartimento cv
- 3 La Struttura Complessa
- 4 Attività delle Strutture Complesse
- 5 Governo della S. Complessa
- 6 Integrazione Ospedale-Territorio

### 4 MODULO: IL GOVERNO DEL PERSONALE

- 1 L' Accesso alla Direzione Della S. Complessa
- 2 Il Direttore della S.C
- 3 La Responsabilità Professionale
- 4 Direttore di S.C. e Personale
- 5 Direttore di S.C. e Direttore Generale dell'Azienda
- 6 L'Accesso alla Dirigenza medica
- 7 Le Articolazioni della Dirigenza medica
- 8 La valutazione della Dirigenza Medica
- 9 il personale del "Comparto"

### 5 MODULO: GLI STRUMENTI DELLA QUALITÀ E DELLA SICUREZZA

- 1 La Documentazione Sanitaria e La Cartella Clinica
- 2 Linee Guida. Protocolli e Procedure
- 3 Percorsi Diagnostico Terapeutici e Conferenze di Consenso
- 4 Le relazioni in sanità: tra medici, con il personale, con la Direzione,
- 5 Il Rapporto medico-paziente e con i familiari
- 6 Il Consenso Informato
- 7 La Privacy
- 8 Principi di Risk management
- 9 La malpractice tra assicurazioni e gestione del rischio
- 10 La sicurezza negli ambienti di lavoro
- 11 Le radiazioni in sanità
- 12 La Certificazione delle strutture complesse
- 13 Aggiornamento, Formazione Educazione Continua

### 6 MODULO FORMAZIONE SUL CAMPO

Si svolge presso le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere delle Regioni e delle Province del Servizio Sanitario Nazionale. Nell'ambito di tale attività, inoltre, sono previste visite presso di strutture sanitarie interregionali con la coordinazione di un tutor/docente esperto al fine di garantire il massimo di pertinenza con il percorso evolutivo del Corso.

### 7 MODULO DI DISCUSSIONE INTERATTIVA E VALUTAZIONE FINALE

Consiste nella presentazione e nella discussione degli elaborati redatti dai partecipanti.

**Docenti:** Soci ANMCO con particolare esperienza in management e sanità, docenti di istituzioni pubbliche e private, manager e dirigenti del SSN, privilegiando le istituzioni che sono partner del Corso.

**Direzione Scientifica:** Giovanni Gregorio – Michele Massimo Gulizia

**Bando e Domanda di Partecipazione:** Il Bando è pubblicato sul Sito dell'ANMCO e su Cardiologia negli Ospedali. La domanda di partecipazione va redatta su modulo appositamente predisposto.

#### Accreditamento

È previsto da parte di ANMCO l'accreditamento ECM. È inoltre previsto l'accreditamento di un Centro di Formazione regionale pubblico per l'attestato di validità del Corso ai sensi degli artt. 15 e 16-quinquies del D.Lgs n. 502/92 e s.m e all'art 7, DPR 484/97 e ai sensi dell'accordo Stato-Regioni del 10 luglio 2003.

Figura 2.2 - Moduli del corso di Management Sanitario

ed il programma del corso sono stati definiti e presentati in linea di massima al Congresso Nazionale ANMCO di Rimini. Allo stato attuale sono in corso di definizione le collaborazioni necessarie e stanno per ultimarsi gli adempimenti burocratico - amministrativi dopo

di che verrà pubblicato sul sito della Associazione il Bando per la ammissione dei partecipanti. Al termine di un cammino, ricco di iniziative e di realizzazioni, non rimane che augurare ai colleghi che si succederanno alla guida dell'Area buon lavoro. ♥



## REFERENTI TASK FORCE

**CARDIOLOGIA PEDIATRICA**



**INNOCENZO BIANCA**  
(Catania)

**CARDIOGERIATRIA**



**GIOVANNI PULIGNANO**  
(Roma)

**CARDIOLOGIA DELLO SPORT**



**FRANCO GIADA**  
(Noale - VE)

**CARDIONCOLOGIA**



**LUIGI TARANTINI**  
(Belluno)



# La Cardioncologia verso il Documento di Consenso

**D**a alcuni anni a questa parte stiamo assistendo ad un interesse esplosivo da parte dei Cardiologi (e degli Oncologi) nei confronti della Cardioncologia. Le ragioni sono molteplici: su scala mondiale il cancro e le malattie cardiovascolari sono le principali cause di morte, spesso condividono gli stessi fattori di rischio ed essendo più frequenti nell'età avanzata possono coesistere nello stesso individuo. I progressi nella diagnosi precoce e nella terapia, inoltre, se da un lato hanno aumentato la probabilità di cura e sopravvivenza al tumore dall'altro espongono i pazienti alle complicanze del trattamento e tra queste quelle cardiovascolari rappresentano, per gravità e frequenza, un serio problema di salute per i pazienti candidati o già sottoposti al trattamento della neoplasia. La Cardioncologia, richiede una stretta collaborazione multidisciplinare tra Cardiologo e l'Oncologo allo scopo di trovare soluzioni per la prevenzione, il monitoraggio, la diagnosi e il trattamento del danno

cardiaco indotto dalla cura del cancro. Al fine di perseguire, nel singolo paziente la migliore cura possibile del tumore riducendo al minimo il rischio di tossicità cardiaca è necessario pertanto stabilire delle regole comuni. Da qui la necessità di redigere documenti di consenso. Nelle prossime settimane andrà in stampa il primo documento di consenso intersocietario sulla Cardioncologia voluto dalla nostra Associazione insieme all'Associazione Italiana di Oncologia medica (AIOM) e all'Associazione Italiana di Cardioncologia (AICO). Il documento offre raccomandazioni pratiche su come valutare, monitorare e curare il paziente candidato o sottoposto a terapia oncologica potenzialmente cardiotossica al fine di poter trattare il cancro proteggendo il cuore in tutti gli stadi della malattia neoplastica (Figura 1). Nel documento vengono affrontati i più importanti ambiti clinici che caratterizzano la Cardioncologia:

- La valutazione del rischio cardiovascolare prima del trattamento
- Il monitoraggio del paziente in

trattamento chemioterapico

- Scompenso cardiaco
  - Cardiopatia ischemica
  - Aritmie
  - Ipertensione arteriosa
  - Tromboembolia
  - La sorveglianza nel follow up
- Oltre a tali capitoli il documento ANMCO-AIOM-AICO offre la trattazione su alcuni argomenti specifici, poco esplorati nei documenti analoghi, apparsi negli ultimi tempi nella letteratura nazionale ed internazionale, ma rilevanti per la pratica clinica quotidiana, nello specifico:
- La valutazione del rischio preoperatorio.
  - La gestione del paziente anziano "complesso".
  - L'organizzazione dell'ambulatorio ed il percorso di cura in cardioncologia.
- Sebbene il documento non rappresenti una linea guida formale, riteniamo possa essere utile nell'assistere i professionisti coinvolti nel trattamento dei pazienti fornendo degli standard di gestione attuali. La Cardioncologia, infatti,



come spesso accade per le nuove discipline manca delle solide basi di evidenza caratteristiche delle altre branche della cardiologia clinica: la rapida e tumultuosa attività della ricerca farmacologica con il conseguente sviluppo di nuovi farmaci, spesso testati su casistiche di pazienti accuratamente selezionati, la mancanza di un adeguato periodo di follow up, l'eterogeneità dei criteri di definizione del danno

cardiaco rappresentano solo alcuni dei problemi che il Cardiologo e l'Oncologo devono affrontare nella gestione del singolo paziente. Per superare tali ostacoli sono necessari appropriati Studi clinici e Registri che offrano la verifica (ed il miglioramento) sul campo della pratica clinica delle raccomandazioni espresse dagli esperti e dai documenti ufficiali di consenso. Solo così si completa il cerchio tra

la ricerca clinica, la scrittura delle raccomandazioni, la loro diffusione e la loro attuazione nella pratica clinica: così è anche per la Cardioncologia. Ci auguriamo che il Documento di Consenso ANMCO-AIOM-AICO rappresenti un valido strumento di lavoro per chi vuole avvicinarsi a questa disciplina affascinante e nuova.♥

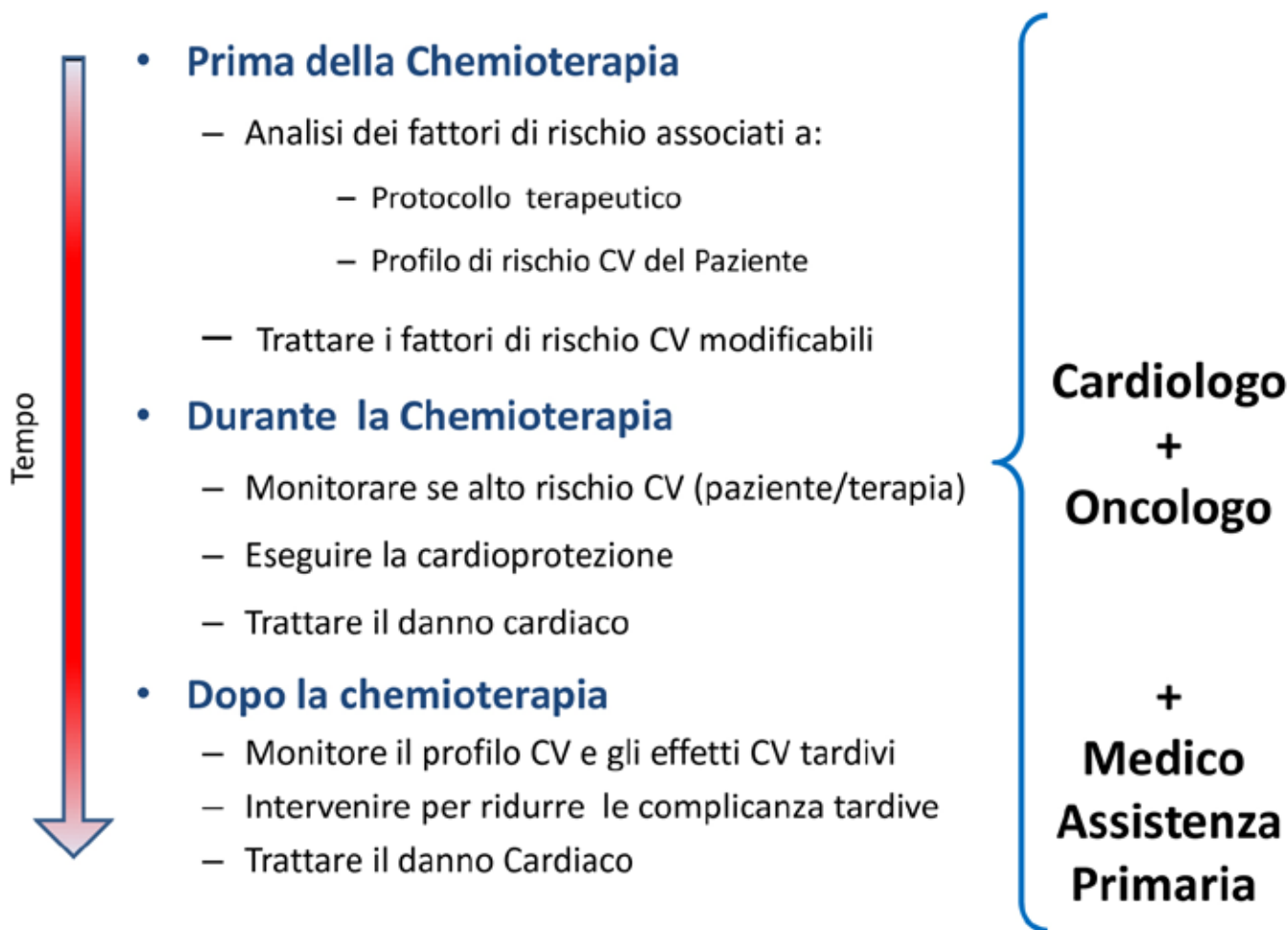


Figura 1 - Come realizzare la gestione efficace del paziente oncologico a rischio di danno cardiovascolare



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)



Maria 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)



**Controllo a distanza: strumento indispensabile alla gestione dei pazienti portatori di defibrillatore, pacemaker e loop recorder**

# Monitoraggio remoto: opportunità e criticità

**L'esperienza dell'Ambulatorio della cardiologia di Trieste  
Dipartimento Cardiovascolare,  
Azienda Sanitaria Universitaria Integrata**

## **Monitoraggio remoto dei dispositivi impiantabili: opportunità e criticità**

Il numero degli impianti di pacemaker (PM), di defibrillatori impiantabili (ICD) e dei dispositivi per la resincronizzazione cardiaca (CRT) è in continuo aumento in Italia e nel mondo. Questo ha portato ad un incremento della mole e della complessità del lavoro negli ambulatori di elettrostimolazione. La cadenza periodica (trimestrale, semestrale, annuale) dei controlli ambulatoriali con la presenza fisica del paziente ha l'inevitabile limite di consentire un'acquisizione "ritardata" delle informazioni diagnostiche memorizzate dal dispositivo impiantato. Il monitoraggio remoto (via web) può costituire una soluzione a queste problematiche in quanto garantisce un flusso continuo di informazioni immediatamente disponibili sia relative al funzionamento dei dispositivi che allo stato di salute del paziente. Due sono le modalità di trasmissione a distanza: la trasmissione manuale (attivata dal paziente) e

quella automatica. In virtù di queste due modalità di trasmissione dati va distinto il "controllo remoto" dal "monitoraggio remoto". Il controllo remoto è la trasmissione periodica dei dati, automatica o manuale, che consente di controllare la funzionalità del device analogamente ai controlli ambulatoriali "di routine". Il monitoraggio remoto è un controllo continuo del dispositivo e degli eventuali parametri clinici del paziente e si basa su un sistema di allarmi che non può prescindere da un funzionamento wireless (presente attualmente in tutti i moderni defibrillatori) con riconoscimento e trasmissione automatica degli eventi.

### **Compiti del personale**

L'infermiere educa ed istruisce il paziente sul corretto utilizzo del dispositivo di monitoraggio remoto; ordina i trasmettitori e inserisce i dati nel sito web, revisiona le trasmissioni, sottoponendo al medico le criticità e verificando il corretto funzionamento del sistema. Il medico è responsabile della supervisione del processo,

della gestione clinica e del consenso informato. Qualsiasi atto di telemedicina è un atto medico e pertanto richiede che il paziente, dopo essere stato adeguatamente informato, firmi un modulo di consenso accompagnato ma distinto da quello relativo al trattamento dei dati sensibili (consenso privacy). Al momento dell'arruolamento il paziente riceve istruzioni dettagliate sul servizio, sulla tutela dei dati personali e su come comportarsi nelle varie situazioni. Viene sottolineato in particolar modo che il controllo a distanza non è un servizio di emergenza e che in caso di necessità bisogna comunque seguire i percorsi tradizionali (118, ambulanza, Pronto Soccorso).

### **Protocollo gestionale**

Per garantire un'efficace gestione del monitoraggio remoto si è resa necessaria una riorganizzazione del lavoro dell'ambulatorio che prevedesse una chiara definizione del tempo dedicato ai controlli, del tempo di "reazione" agli eventi e delle modalità di contatto con i pazienti e con le



Strutture responsabili della gestione clinica (Figura 1). Quotidianamente l'infermiere o il tecnico dell'ambulatorio PM controlla le trasmissioni programmate, gli eventuali allarmi e verifica le trasmissioni mancanti; di ogni trasmissione viene prodotto un referto completo, molto simile a quello che viene consegnato ai pazienti dopo un controllo ambulatoriale, firmato dall'elettrofisiologo. In caso di eventi questi vengono classificati, in base al tipo di risposta e ai tempi di reazione che ad essi consegue, in minori, dubbi, maggiori e legati allo scompenso cardiaco (Figura 2). In remoto oltre PM e ICD vengono controllati anche i Loop Recorder Impiantabili (ILR). Il loop recorder è un piccolo dispositivo che, impiantato sottocute nella porzione superiore del torace, controlla costantemente il ritmo cardiaco e lo memorizza in modo automatico o manuale, tramite un attivatore portatile consegnato al paziente. Questo aiuta ad escludere o a confermare se episodi sincopali o altri sintomi siano dovuti a un'anomalia del ritmo cardiaco ed a monitorizzare aritmie asintomatiche (fibrillazioni atriali, aritmie ventricolari potenzialmente pericolose).

### Rete di Comunicazione dell'Ambulatorio Pacemaker e Defibrillatori della Cardiologia di Trieste

Per garantire la continuità assistenziale presso la SC di Cardiologia è stata istituita una rete di comunicazione con i Cardiologi e gli altri ambulatori del Polo Cardiologico e del territorio (Centro Cardiovascolare), con invio dei report, in particolare di quelli prodotti in caso di alert. Varie altre mail/numeri di telefono dedicati consentono l'invio di informazioni

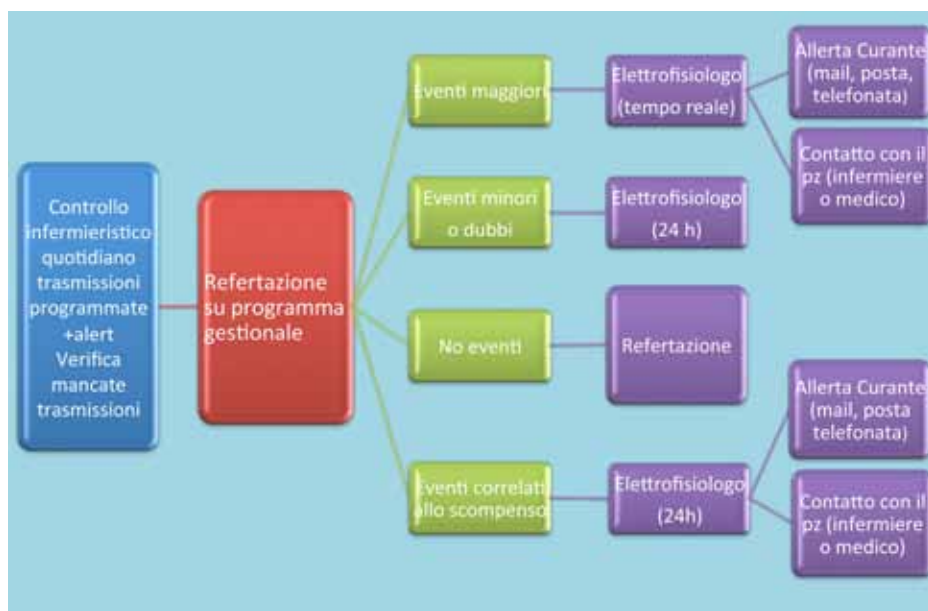


Figura 1 - Check list della gestione del monitoraggio remoto

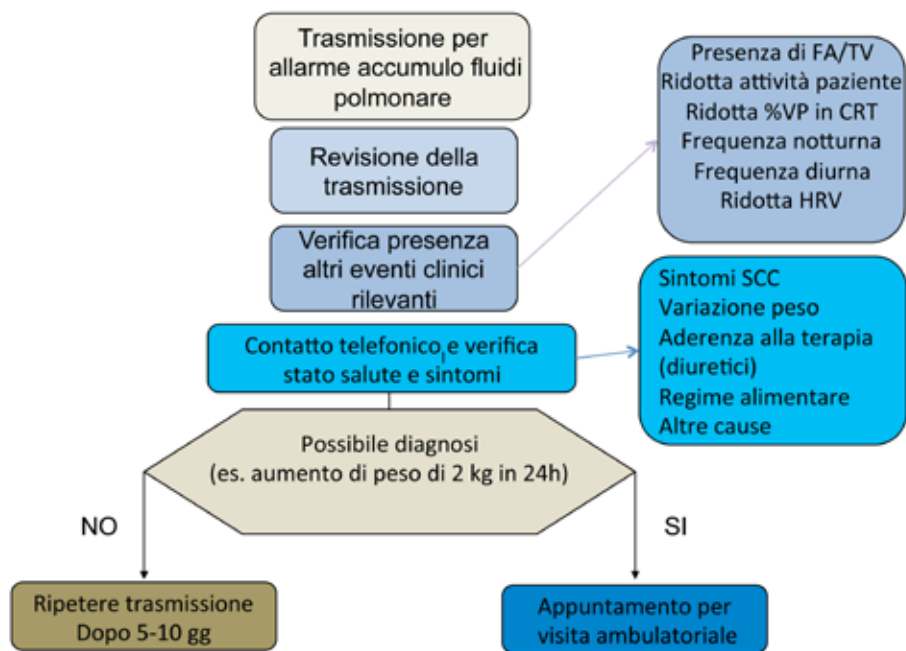


Figura 2 - Flow Chart monitoraggio remoto scompenso cardiaco





derivate dai controlli remoti ai vari Centri regionali ed extraregionali. Come stabilito dal contratto firmato dal paziente alla consegna del trasmettitore, il paziente non viene avvisato dell'avvenuta ricezione dei dati, se non in presenza di eventi significativi o ricezione assente. A Trieste attualmente vengono prodotti da 130 - 180 referti di controllo remoto al mese; i pazienti seguiti anche attraverso controllo a distanza al luglio 2016 sono in tutto 705; i dispositivi controllati sono prevalentemente defibrillatori, spesso CRT (Figura 3). Quasi quotidianamente sono richiesti interventi atti a risolvere precocemente problematiche evidenziate tramite il monitoraggio remoto come aritmie, alert di scompenso cardiaco e problemi elettrici come per esempio l'innalzamento delle soglie di stimolazione o la riduzione dei segnali endocavitari.

### Conclusioni

La possibilità di monitorare a distanza i dispositivi ha consentito di migliorare il confort e la sicurezza dei malati,

l'efficienza delle cure e l'appropriato uso delle risorse. Mediamente una percentuale <5% dei pazienti che si presentano fisicamente in ambulatorio riceveva azioni connesse al controllo. A fronte di ciò pazienti anziani, spesso con difficoltà deambulatorie, vengono trasportati con mezzi personali o convenzionati (ambulanza). Vi sono problemi regolatori e di gestione amministrativa da superare anche attraverso l'intervento delle Società Scientifiche sul decisore pubblico. All'infermiere in questo contesto è richiesto un lavoro altamente specialistico, che richiede costanza, professionalità ed algoritmi decisionali aggiornati. L'esistenza di una rete che, a cascata, metabolizza le informazioni è fondamentale. Particolarmente in epoca di razionalizzazione delle risorse appare indispensabile che l'infermiere si concentri sui compiti strettamente gestionali sanitari con delega a personale amministrativo degli atti non sanitari. ♥

**La trasmissione a distanza può essere manuale o automatica. In virtù di queste due modalità di trasmissione dei dati va distinto il "controllo remoto" dal "monitoraggio remoto"**

	BIOTRONIK HOME MONITORING	BOSTON LATITUDE NXT	MEDTRONIC (MY)CARELINK	SORIN SMART VIEW	ST.JUDE MERLIN
ICD	46 (7 CRT-D)	163 (1 S-ICD 53 CRT-D)	150 (69 CRT-D)	41 (3 CRT-D)	69 (42 CRT-D)
PM	12 (1 CRT-P)	61 (8 CRT-P)	126 (5 CRT-P)	0	3 (CRT -P)
Loop Recorder	1	0	24	0	
<b>tot</b>	<b>68</b>	<b>224</b>	<b>300</b>	<b>41</b>	<b>72</b>

Figura 3 - Pazienti seguiti in monitoraggio remoto a luglio 2016: 705



DALLE REGIONI - SICILIA

DI GIACOMO CHIARANDÀ E ANTONIETTA LEDDA  
A NOME DEL CONSIGLIO DIRETTIVO REGIONALE ANMCO SICILIA



Cardiologia ospedaliera siciliana riunita ad Aci Castello (Catania) dal 20 al 22 ottobre

# Notizie dal Congresso

Quest'anno il congresso ANMCO della regione Sicilia si è svolto ad Aci Castello, piccolo centro a nord di Catania, sulle rive dello Ionio e alle pendici dell'Etna. In questo splendido contesto naturale, ulteriormente abbellito da un autunno soleggiato, i Cardiologi siciliani si sono incontrati nel corso di tre giornate per rivedere insieme numerosi aspetti della attuale Cardiologia ospedaliera, coniugando scienza, esperienza e affiatamento professionale. L'intento del Presidente del congresso e del Consiglio Direttivo Regionale, Giacomo Chiarandà, era esplicitato nell'introduzione del programma scientifico: fornire a tutta la Cardiologia ospedaliera siciliana un momento di aggiornamento scientifico che fosse anche l'occasione di incontro tra giovani Cardiologi e "anziani esperti". A tale scopo le varie sessioni scientifiche sono state predisposte in modo da prevedere ognuna una parte dedicata alle novità presenti in letteratura e un'altra dedicata a casi clinici quotidiani, favorendo il dibattito e sollecitando il collegamento tra teoria e pratica clinica. Sono stati trattati argomenti inerenti le nuove terapie dello scompenso cardiaco e le nuove Linee Guida europee sull'argomento, comprese le tecniche

non farmacologiche di supporto al circolo, grazie alla presenza di esperti nella gestione avanzata dell'insufficienza cardiaca e dei colleghi dell'ISMETT di Palermo (Istituto Mediterraneo Trapianti, convenzionato con il SSN). Sono state riviste le nuove Linee Guida europee su cardio-oncologia, malattie del pericardio, endocardite infettiva e fibrillazione atriale. Di quest'ultimo argomento sono stati approfonditi alcuni aspetti della pratica clinica quotidiana: dalla gestione in Pronto Soccorso al follow-up del paziente sottoposto ad ablazione; una sessione è stata dedicata alla terapia con i nuovi anticoagulanti, dove si sono analizzate situazioni controverse (pazienti a bassissimo rischio tromboembolico, e quelli anziani, diabetici e con insufficienza renale), anche sulla scorta dei dati provenienti dagli studi osservazionali. Presentato un focus sulle potenzialità di utilizzo dell'idarucizumab, nuova arma di difesa per il nostro paziente, dal Pronto Soccorso alla degenza. È stato condiviso un aggiornamento sulle nuove metodiche di imaging nella diagnosi delle cardiopatie (risonanza magnetica cardiaca e coro-TC) e sulla loro applicazione nelle cardiomiopatie o in situazioni cliniche di difficile inquadramento diagnostico. A tal proposito una

sessione è stata dedicata alla talvolta impegnativa diagnosi di miocardite, e ai suoi poliedrici aspetti terapeutici. In affinità alle patologie del muscolo cardiaco, si è parlato del rischio di morte improvvisa (con un richiamo alle nuove Linee Guida europee) e della stratificazione di tale rischio con parametri aggiuntivi alla frazione di eiezione, nonché del ruolo dell'ANMCO nella formazione dei laici al trattamento dell'arresto cardiocircolatorio. Il Presidente Giacomo Chiarandà ha completato l'argomento presentando una lettura magistrale su presente e futuro del monitoraggio remoto dei dispositivi impiantabili. Presentati alcuni aspetti delle nuove modalità di trattamento delle valvulopatie, con controversie relative all'indicazione a TAVI e alle varie modalità di riparazione dell'insufficienza mitralica e tricuspidalica. Corrado Tamburino ha completato la sessione con una lettura magistrale sulla Cardiologia Interventistica Strutturale, presentandone lo



REGIONE SICILIA



stato dell'arte, i risultati ai giorni nostri (la Cardiologia catanese tra i protagonisti), e le tecnologie emergenti, affascinanti nella loro geniale semplicità concettuale. Non poteva mancare un aggiornamento sulla prevenzione cardiovascolare, cioè su una delle costanti sfide della Cardiologia, anche moderna. L'argomento è stato introdotto all'inizio del congresso dal nostro Past President Michele Gulizia (ora anche Chapter in Italia per l'American College of Cardiology)

che ha illustrato, con la sua abituale verve e competenza, il Documento di Consenso "Colesterolo e Rischio Cardiovascolare: percorso diagnostico-terapeutico in Italia" pubblicato sul "Giornale Italiano di Cardiologia". L'argomento è stato ripreso nel corso dei lavori con un Simposio Intersocietario ANMCO, SIMDO, SIMG, ANCE, SNAMID, che ha voluto ribadire l'interesse ANMCO per il coinvolgimento "trasversale" delle Società Scientifiche; si è parlato di ipertensione arteriosa, diabete

mellito, nuovi farmaci antilipidici, e di ricerca ANMCO (Studio POSTER su ipercolesterolemia familiare nei pazienti italiani con coronaropatia). Infine le sessioni dedicate alla cardiopatia ischemica, costante impegno nella nostra professione. Trattato l'aspetto cronico, tuttora oggetto di controversie e ricerca, anche italiana (in corso il Registro START su definizione di scelte terapeutiche e appropriatezza diagnostica nella realtà clinica italiana); trattato l'aspetto acuto, con approfondimento di temi interventistici (i nuovi stent coronarici, valutazione funzionale delle stenosi coronariche, trattamento di CTO) e clinici (vari scenari, presenti e futuri, del trattamento antiplastrinico). L'instancabile Giovanni De Luca, nostro Cardiologo distaccato all'Assessorato Regionale alla Salute, ha presentato alcuni dati del Progetto Nazionale Esiti, da cui emergono risultati incoraggianti relativi alla prognosi intra-ospedaliera e a 30 giorni dei pazienti ricoverati per infarto miocardico negli Ospedali siciliani verosimilmente frutto dell'attivazione avanzata della Rete dello STEMI in Sicilia, nonostante la presenza di difficoltà logistiche ed organizzative ancora non risolte. Presentati i risultati preliminari del "Progetto IRIS", interessante registro sulla gestione del paziente con NSTEMI in Sicilia, coinvolgente 29 Centri cardiologici dell'isola, iniziato un anno fa e ormai al suo completamento (risultati definitivi in presentazione a fine novembre). È stato ripetutamente rilevato il bisogno di "Heart Team", fil rouge di tutte le sessioni congressuali, ovvero di lavoro di gruppo cardiologico e



multidisciplinare per la gestione delle complessità. Chicca congressuale il simposio sulla gestione dei GUCH – pazienti adulti con cardiopatia congenita – nel quale sono state approfondite problematiche inerenti diagnostica strumentale, attività fisica, gravidanza e aritmie. Infine, particolarmente riuscito il Cardionursing, appuntamento regionale atteso e molto partecipato, che si è occupato di incontri teorico-pratici con simulazioni sulle interpretazioni dell’ecg in emergenza-urgenza e sulla gestione delle aritmie cardiache. In conclusione

il congresso è stato un evento di respiro culturale molto ampio, ben partecipato da medici e infermieri, nonostante le note difficoltà a prendere parte all’aggiornamento scientifico per problemi di tempo e di distanza. Il disegno del congresso è apparso “vincente”: la voluta contrapposizione tra modello teorico e pratica clinica ha coinvolto i partecipanti; le leve giovanili, impegnate in molte presentazioni, si sono ben armonizzate con i colleghi più “anziani”, segno di una valida e diffusa scuola cardiologica siciliana, cresciuta sul campo grazie

all’impegno di persone e di gruppi, non solo sulla spinta della formazione universitaria. L’evento è stato motivo di rinnovata aggregazione tra colleghi; è emersa una diffusa disponibilità alla collaborazione tra professionisti di vari ambiti e tra strutture ospedaliere variamente presenti sul territorio. Ed è sulla spinta di queste considerazioni che il Consiglio Direttivo Regionale ringrazia tutti i Soci per la partecipazione, con l’augurio di rivedersi presto in occasione di prossimi incontri cardiologici. ♥



*Aci Castello*







# ANMCO

## Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri

Sede Nazionale - Via La Marmora, 36 - 50121 Firenze  
Tel. 055 51011 - Fax 055 5101350 - e-mail: aree@anmco.it

### AREE ANMCO CHI È INTERESSATO?

Il presente modulo (scaricabile alla pagina [www.anmco.it/pages/entra-in-anmco/aree-anmco/cosa-sono-aree-anmco](http://www.anmco.it/pages/entra-in-anmco/aree-anmco/cosa-sono-aree-anmco) del Sito WEB ANMCO) può essere inviato per posta (Via A. La Marmora, 36 - 50121 Firenze), per fax (055 5101350), per e-mail (aree@anmco.it)

#### DATI ANAGRAFICI

Nome ..... Cognome .....

Indirizzo .....

Città ..... Prov. [ ] [ ] CAP [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

Tel. /Cell. .... Fax ..... E-mail .....

#### DATI PROFESSIONALI

Denominazione Ospedale .....

Denominazione Struttura .....

Indirizzo .....

Città ..... Prov. [ ] [ ] CAP [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

Tel./Cell. .... Fax ..... E-mail .....

Nome Primario o F.F. ....

- Socio ANMCO                       Non Socio                       Direttore di struttura complessa  
 Responsabile di struttura semplice                       Dirigente                       Infermiere                       Altro

#### SONO INTERESSATO ALLA SEGUENTE AREA

- Area Aritmie - AR                       Area Emergenza - Urgenza - AEU                       Area Management & Qualità - AMQ  
 Area CardioChirurgia - ACH                       Area Giovani - GIO                       Area Nursing - ANS  
 Area Cardiolmaging - ACI                       Area Malattie del Circolo Polmonare - MCP                       Area Prevenzione Cardiovascolare - AP  
 Area Scopenso Cardiaco - AS

#### INFORMATIVA E CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI - D.Lgs. n. 196/2003 (Codice sulla privacy)

ANMCO, Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri, con sede in Firenze, Via La Marmora n. 36, è un'associazione a scopi scientifici che presta servizi ai propri associati, attivandosi per l'organizzazione di congressi a carattere scientifico. I dati vengono acquisiti direttamente dall'interessato (ad esempio, al momento dell'adesione all'associazione ovvero mediante i moduli di iscrizione ai convegni), nonché presso terzi, quali associazioni di categoria o pubblici elenchi, comunque nel rispetto dei principi di cui al D.Lgs. n. 196/2003. Il trattamento sarà effettuato mediante strumenti idonei a garantirne la sicurezza e la riservatezza e potrà essere effettuato manualmente o tramite strumenti automatizzati atti a memorizzare, gestire e trasmettere i dati stessi. Nello specifico, dati trattati vengono inseriti in un database informatizzato, ubicato nel sito web dell'ANMCO ([www.anmco.it](http://www.anmco.it)), in una parte del sito riservata ai soli soci e consultabile solo dopo registrazione tramite login e password. I dati richiesti - inclusi quelli relativi alla Sua carta di credito ove inseriti - sono necessari ad ANMCO per poter rendere i propri servizi ai fini della costituzione dello stesso rapporto associativo, nonché per consentirLe di abbonarsi agli organi scientifici precedentemente indicati, ponendo in essere tutte le operazioni a ciò strumentali. Il conferimento dei Suoi dati è obbligatorio, in quanto senza tali dati non sarà possibile procedere alla Sua iscrizione alla nostra associazione; inoltre, dal mancato conferimento dei medesimi può scaturire un pregiudizio all'ordinario svolgimento dell'attività istituzionale dell'ANMCO e non potranno essere a Lei inviate in abbonamento tutte le riviste dell'Associazione, o informato su tutte le iniziative promosse dalla medesima, sia tramite strumenti automatizzati (ad esempio, e-mail, sms, mms, chiamate senza operatore, ecc.) che attraverso modalità tradizionali di contatto (posta cartacea e/o chiamate dirette tramite operatore). Titolare del trattamento è ANMCO, Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri, con sede in Firenze, Via La Marmora n. 36. Per motivi inerenti lo svolgimento dell'attività istituzionale e per ragioni di rappresentatività nazionale e comunitaria, i dati raccolti saranno comunicati alla FIC (Federazione Italiana di Cardiologia), con sede a Roma c/o Policlinico "Umberto I" - DAI Malattie Cardiovascolari e Respiratorie (Viale del Policlinico n° 155) ed alla ESC (European Society of Cardiology, con sede in Sophia Antipolis Cedex - France 2035, Route des Colles - Les Templiers), cui i Soci ANMCO hanno diritto ad essere iscritti. Inoltre, sono comunicati, in ragione della realizzazione di iniziative formative o di ricerca scientifica, alla Centro Servizi ANMCO S.r.l. e alla Fondazione "per il Tuo cuore" Onlus, entrambe con sede in Firenze Via La Marmora 36. Infine, potranno essere comunicati ad altri enti o associazioni, operanti nell'ambito della ricerca e dell'organizzazione di convegni a carattere scientifico, nonché a terzi fornitori (ad esempio per la spedizione di programmi congressuali, per le attività formative, per i progetti scientifici, per l'invio in abbonamento delle riviste scientifiche, ecc.). Con riguardo ai dati finanziari, ove da Lei inseriti, gli stessi saranno utilizzati e/o comunicati esclusivamente per la gestione di incassi e pagamenti derivanti dalla Sua iscrizione solo a istituti bancari e finanziari. La informiamo che, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003, la mancata prestazione di un Suo specifico consenso a tali forme di comunicazione impedisce l'esercizio delle stesse. D'altra parte, il rifiuto del consenso può comportare pregiudizio all'ordinario svolgimento dell'attività istituzionale dell'Associazione. Un elenco dettagliato dei soggetti ai quali è possibile che siano comunicati i dati è disponibile presso la nostra sede. ANMCO assicura l'esercizio dei diritti ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003, quali, ad esempio, la richiesta di aggiornamento o di modificazione dei dati personali, oggetto del trattamento. Per l'esercizio dei predetti diritti è possibile rivolgersi al seguente recapito: Firenze, Via A. La Marmora n. 36, tel. 055 51011.

INFORMATO DI QUANTO SOPRA ESPOSTO, CON RIFERIMENTO ALLA COMUNICAZIONE DEI MIEI DATI A TERZI                       DO IL CONSENSO                       NEGO IL CONSENSO

INFORMATO DI QUANTO SOPRA ESPOSTO, CON RIFERIMENTO ALLA PUBBLICAZIONE DEI MIEI DATI                       DO IL CONSENSO                       NEGO IL CONSENSO

Con il proprio consenso, Lei permetterà ad ANMCO di utilizzare i Suoi recapiti per l'invio di informative ANMCO, sia tramite strumenti automatizzati che attraverso modalità tradizionali di contatto. Pertanto, il consenso da Lei prestato per detto invio tramite strumenti automatizzati si estenderà anche alle modalità tradizionali di contatto.

DESIDERO RICEVERE TUTTE LE INFORMATIVE ANMCO                       DO IL CONSENSO                       NEGO IL CONSENSO

Data .....

Firma .....



# ANMCO

## Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri

### MODULO PER LA DOMANDA DI FELLOWSHIP ANMCO

• da presentare entro il 28 febbraio 2017 •

Il presente modulo può essere inviato per posta (Via A. La Marmora, 36 - 50121 Firenze), per fax (055 5101350) o per e - mail (fellowship@anmco.it)

#### DATI ANAGRAFICI

NOME E COGNOME ..... SESSO F  M   
DATA E LUOGO DI NASCITA .....  
INDIRIZZO .....  
CITTÀ/PROVINCIA/CAP .....  
TEL. / CELL. / FAX .....  
E-MAIL .....

#### DATI PROFESSIONALI

DENOMINAZIONE OSPEDALE .....  
DENOMINAZIONE STRUTTURA .....  
INDIRIZZO .....  
CITTÀ/PROVINCIA/CAP .....  
TELEFONO / CELLULARE / FAX .....  
E-MAIL .....  
ANNO DI LAUREA ..... ANNO DI ISCRIZIONE ALL'ANMCO .....  
STATUS DI FELLOW DI ALTRE SOCIETÀ MEDICHE .....  
LINGUE CONOSCIUTE .....

Livello di Conoscenza:  Eccellente  Buono  Mediocre

#### DOCUMENTAZIONE (BARRARE I DOCUMENTI PRESENTATI)

- Lettera di presentazione del Presidente Regionale, di un Chairperson o di un Co-Chairperson Aree ANMCO e di 1 Fellow;
- Lista sintetica dei soli titoli delle pubblicazioni scientifiche utili alla valutazione, così ordinate: articoli pubblicati su riviste internazionali censite dall'Index Medicus, articoli pubblicati su altre riviste nazionali censite dall'Index Medicus, articoli pubblicati su altre riviste, abstract a congressi internazionali, abstract a congressi nazionali, capitoli di libri;
- Attestati comprovanti l'attività nei campi di interesse e ritenuti qualificanti dal candidato;
- Breve curriculum vitae (formato europeo);
- Foto in formato elettronico.

#### CAMPI DI INTERESSE IN CUI IL CANDIDATO SI RITIENE ESPERTO

- Aritmologia ed elettrostimolazione (AES)
- Aterosclerosi, emostasi e trombosi (AET)
- Biologia cellulare del cuore (BCC)
- Cardiocirurgia (CCH)
- Cardiologia Clinica (CCL)
- Cardiologia Nucleare e Risonanza Magnetica in Cardiologia (CNR)
- Cardiologia Pediatrica (CPO)
- Cardiopatie valvolari (CAV)
- Circolazione polmonare e funzione ventricolare destra (CPF)
- Ecocardiografia (ECO)
- Emodinamica e Cardiologia Interventistica (EMC)
- Epidemiologia e prevenzione (EPR)
- Farmacologia in Cardiologia (FCA)
- Informatica (INF)
- Insufficienza cardiaca (INC)
- Ipertensione arteriosa sistemica (IPR)
- Malattie del miocardio e del pericardio (MMP)
- Sindromi Coronariche Acute (SCA)
- Terapia Intensiva Cardiologica (TIC)
- Valutazione funzionale e riabilitazione del cardiopatico (VFR)

#### INFORMATIVA E CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI - D.Lgs. n. 196/2003 (Codice sulla privacy)

ANMCO, Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri, con sede in Firenze, Via La Marmora n. 36, è un'associazione a scopi scientifici che presta servizi ai propri associati, attivandosi per l'organizzazione di congressi a carattere scientifico. I dati vengono acquisiti direttamente dall'interessato (ad esempio, al momento dell'adesione all'associazione ovvero mediante i moduli di iscrizione ai convegni), nonché presso terzi, quali associazioni di categoria o pubblici elenchi, comunque nel rispetto dei principi di cui al D.Lgs. n. 196/2003. Il trattamento sarà effettuato mediante strumenti idonei a garantirne la sicurezza e la riservatezza e potrà essere effettuato manualmente o tramite strumenti automatizzati atti a memorizzare, gestire e trasmettere i dati stessi. Nello specifico, dati trattati vengono inseriti in un database informatizzato, ubicato nel sito web dell'ANMCO (www.anmco.it), in una parte del sito riservata ai soli soci e consultabile solo dopo registrazione tramite login e password. I dati richiesti - inclusi quelli relativi alla Sua carta di credito ove inseriti - sono necessari ad ANMCO per poter rendere i propri servizi ai fini della costituzione dello stesso rapporto associativo, nonché per consentirLe di abbonarsi agli organi scientifici precedentemente indicati, ponendo in essere tutte le operazioni a ciò strumentali. Il conferimento dei Suoi dati è obbligatorio, in quanto senza tali dati non sarà possibile procedere alla Sua iscrizione alla nostra associazione; inoltre, dal mancato conferimento dei medesimi può scaturire un pregiudizio all'ordinario svolgimento dell'attività istituzionale dell'ANMCO e non potranno essere a Lei inviate in abbonamento tutte le riviste dell'Associazione, o informato su tutte le iniziative promosse dalla medesima, sia tramite strumenti automatizzati [ad esempio, e-mail, sms, mms, chiamate senza operatore, ecc.] che attraverso modalità tradizionali di contatto [posta cartacea e/o chiamate dirette tramite operatore]. Titolare del trattamento è ANMCO, Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri, con sede in Firenze, Via La Marmora n. 36. Per motivi inerenti lo svolgimento dell'attività istituzionale e per ragioni di rappresentatività nazionale e comunitaria, i dati raccolti saranno comunicati alla FIC (Federazione Italiana di Cardiologia), con sede a Roma c/o Policlinico "Umberto I" - DAI Malattie Cardiovascolari e Respiratorie (Viale del Policlinico n° 155) ed alla ESC (European Society of Cardiology, con sede in Sophia Antipolis Cedex - France 2035, Route des Colles - Les Templiers), cui i Soci ANMCO hanno diritto ad essere iscritti. Inoltre, sono comunicati, in ragione della realizzazione di iniziative formative o di ricerca scientifica, alla Centro Servizi ANMCO S.r.l. e alla Fondazione "per il Tuo cuore" Onlus, entrambe con sede in Firenze Via La Marmora 36. Infine, potranno essere comunicati ad altri enti o associazioni, operanti nell'ambito della ricerca e dell'organizzazione di convegni a carattere scientifico, nonché a terzi fornitori [ad esempio per la spedizione di programmi congressuali, per le attività formative, per i progetti scientifici, per l'invio in abbonamento delle riviste scientifiche, ecc.]. Con riguardo ai dati finanziari, ove da Lei inseriti, gli stessi saranno utilizzati e/o comunicati esclusivamente per la gestione di incassi e pagamenti derivanti dalla Sua iscrizione solo a istituti bancari e finanziari. La informiamo che, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003, la mancata prestazione di un Suo specifico consenso a tali forme di comunicazione impedisce l'esercizio delle stesse. D'altra parte, il rifiuto del consenso può comportare pregiudizio all'ordinario svolgimento dell'attività istituzionale dell'Associazione. Un elenco dettagliato dei soggetti ai quali è possibile che siano comunicati i dati è disponibile presso la nostra sede. ANMCO assicura l'esercizio dei diritti ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003, quali, ad esempio, la richiesta di aggiornamento o di modificazione dei dati personali, oggetto del trattamento. Per l'esercizio dei predetti diritti è possibile rivolgersi al seguente recapito: Firenze, Via A. La Marmora n. 36, tel. 055 510111.

INFORMATO DI QUANTO SOPRA ESPOSTO, CON RIFERIMENTO ALLA COMUNICAZIONE DEI MIEI DATI A TERZI  DO IL CONSENSO  NEGO IL CONSENSO

INFORMATO DI QUANTO SOPRA ESPOSTO, CON RIFERIMENTO ALLA PUBBLICAZIONE DEI MIEI DATI  DO IL CONSENSO  NEGO IL CONSENSO

Con il proprio consenso, Lei permetterà ad ANMCO di utilizzare i Suoi recapiti per l'invio di informative ANMCO, sia tramite strumenti automatizzati che attraverso modalità tradizionali di contatto. Pertanto, il consenso da Lei prestato per detto invio tramite strumenti automatizzati si estenderà anche alle modalità tradizionali di contatto.

DESIDERO RICEVERE TUTTE LE INFORMATIVE ANMCO  DO IL CONSENSO  NEGO IL CONSENSO

Data ..... Firma .....



# FELLOWSHIP ANMCO

• Termine di presentazione della domanda 28 febbraio 2017 •

## REGOLAMENTO FELLOWSHIP ANMCO

### Requisiti minimi necessari

1. Essere Soci ANMCO in regola con le quote associative;
2. Avere dimostrato costante impegno nel campo scientifico-didattico-editoriale:
  - Partecipando come autore di almeno 5 pubblicazioni scientifiche, su riviste censite dall'Index Medicus negli ultimi 5 anni, oppure
  - partecipando come primo autore ad almeno 5 abstract negli ultimi 5 anni (comunicazioni o poster in convegni o riunioni scientifiche a livello nazionale o internazionale), purché in associazione ad almeno una delle seguenti 3 condizioni:
  - primo autore o co-autore di almeno 3 pubblicazioni per esteso (riviste scientifiche indicizzate in Index Medicus, capitoli di libri, etc.)oppure
  - almeno 5 pubblicazioni negli ultimi 10 anni, su riviste censite in Index Medicus, derivate da studi multicentrici ANMCO o non ANMCO in qualità di partecipante allo studio, con partecipazione documentata in appendice al lavoro oppure in apposita certificazioneoppure
  - documentando l'attività continua di Revisore per almeno una rivista recensita su Index Medicus negli ultimi 3 anni.

### Domanda di ammissione alla Fellowship

La domanda di accesso alla Fellowship in campo scientifico-didattico-editoriale dovrà essere inviata per email ([fellowship@anmco.it](mailto:fellowship@anmco.it)) oppure tramite submission online corredata dai seguenti documenti:

- a) modulo apposito, debitamente compilato;
- b) foto in formato elettronico;
- c) breve curriculum vitae (formato europeo);
- d) documentazione libera comprovante l'attività nei campi di interesse ritenuti qualificanti dal Candidato;
- e) lista sintetica dei soli titoli delle pubblicazioni scientifiche degli ultimi 5 anni così ordinate: articoli pubblicati su riviste internazionali censite dall'Index Medicus, articoli pubblicati su altre riviste nazionali censite dall'Index Medicus, abstract a Congressi internazionali, abstract a Congressi nazionali, capitoli di libri;
- f) segnalazione dei campi di particolare interesse in cui il Candidato si ritiene esperto e delle attività che è disposto a svolgere (tali campi sono dettagliati nel modulo e si possono operare fino a 2 scelte);
- g) lettera di presentazione del Presidente Regionale, di un Chairperson o di un Co - Chairperson Aree ANMCO e di 1 Fellow (l'elenco dei Fellow è consultabile sul sito [www.anmco.it](http://www.anmco.it) nell'Area riservata ai Soci).

Per i Soci che siano già Fellow della Società Europea di Cardiologia, dell'American College of Cardiology o dell'American Heart Association, considerati gli elevati criteri di selezione di queste Fellowship si concede, qualora il Candidato lo desideri e lo dichiari nella domanda, di evitare di produrre la documentazione di quanto dettagliato ai punti e, g.

Perché il Candidato sia eleggibile nell'anno solare la sua domanda, completa della documentazione richiesta, deve pervenire al Dipartimento Soci-Regioni ANMCO all'indirizzo email: [fellowship@anmco.it](mailto:fellowship@anmco.it) entro l'ultimo giorno del mese di febbraio dell'anno in cui si intende essere eletti, in modo da lasciare il periodo di tempo necessario alla Commissione giudicante per procedere alle nomine prima del Congresso Nazionale.

Domande presentate dopo la scadenza e/o incomplete non verranno considerate dalla Commissione giudicante.

### Mantenimento della Fellowship

I Fellow ricevono l'avviso di pagamento della tassa annuale (€100.00) entro il mese di novembre la quale dovrà essere versata entro il 20 dicembre e copre il periodo dal 1° gennaio al 31 dicembre dell'anno successivo. Qualora il Fellow non regolarizzasse i pagamenti della tassa annuale di Fellowship entro le date indicate verranno sospesi i privilegi dovuti ai Fellow ANMCO in regola.

I privilegi saranno riattivati dopo il pagamento degli arretrati.

### Benefici Fellowship

I Fellow sono riconosciuti come un Gruppo ristretto di esperti ANMCO a cui verrà chiesto di operare attivamente in diversi ruoli all'interno dell'Associazione.

#### Congresso Nazionale ANMCO

Registrazione gratuita al Congresso;  
Desk Fellow dedicato nell'Area di registrazione per ritirare il kit congressuale incluso il badge dorato e/o per qualsiasi altra informazione;  
Accesso esclusivo alla Fellow ANMCO Lounge: collegamento internet, computer, catering, consultazione riviste e programma Congresso  
La possibilità di prenotazione alberghiera 15 giorni prima degli altri iscritti

#### Diploma Fellowship ANMCO:

I nominativi dei neo-eletti Fellow verranno annunciati durante il Congresso Nazionale ANMCO i quali potranno ritirare il Diploma e la spilla Fellow ANMCO al Desk dedicato.

#### ANMCO Fellows Club – accesso online

Nominativi Fellow online con indirizzi e informazioni di contatto, data elezione Fellowship

I Fellow potranno, ove possibile, usufruire di una riduzione della quota d'iscrizione agli eventi ANMCO.

### Fellow Emerito

Lo status di Fellow Emerito sarà conferito dalla Commissione Giudicante al Fellow al raggiungimento del 65° anno di età in quiescenza con S.S.N. e in regola con le quote associative ANMCO e con la tassa annuale Fellowship.

I Soci ANMCO che hanno ricevuto la Targa d'Oro e i Past President ANMCO, in regola con le quote associative ANMCO e con la tassa annuale Fellowship, verranno considerati Fellow Emeriti e usufruiranno dei benefici a loro dedicati.

Il Fellow Emerito non è tenuto al versamento della tassa annuale per la Fellowship e ha diritto alla partecipazione gratuita al Congresso Nazionale ANMCO.

### Commissione giudicante

La Commissione giudicante è composta da 8 Membri e si riunisce una volta l'anno, in primavera, così che la nomina dei nuovi Fellow avvenga durante il Congresso Nazionale ANMCO.

Viene convocata dal Presidente dell'ANMCO ed ha facoltà di decidere se sono presenti almeno 5 Membri; la decisione è a maggioranza assoluta (5 voti favorevoli). Qualora si giunga ad un voto di parità, prevale il voto del Presidente della Commissione.

I 4 Componenti di diritto sono:

Il Presidente dell'ANMCO in carica;

Il Direttore di nomina ANMCO di una delle riviste della Federazione Italiana di Cardiologia (Giornale Italiano di Cardiologia e Journal of Cardiovascular Medicine);

I due Vice Presidenti dell'ANMCO in carica.

I 4 Componenti di nomina sono:

Quattro Fellow indicati dal Consiglio Direttivo dell'ANMCO

I 4 Componenti della Commissione di nomina durano in carica per il periodo di tempo di due anni e possono essere rinnovati per un solo mandato consecutivo.

La Commissione ha facoltà di ricusare una domanda di ammissione alla Fellowship, motivando il rifiuto per iscritto.

La Commissione ha il compito di verificare, se del caso, l'appartenenza ad altre Fellowship dichiarate dal Candidato.



## Una galleria di arte contemporanea per la Cardiologia 2 dell'Ospedale Santa Chiara di Pisa

# Diamo colore al ritmo del cuore

**L'**Unità Operativa  
Cardiologia 2 dell'Azienda  
Ospedaliero Universitaria  
Pisana ha da anni sviluppato  
un'attenzione particolare alla  
diagnosi e alla terapia delle aritmie  
cardiache raggiungendo risultati  
di eccellenza riconosciuti a livello

nazionale e internazionale. Il  
reparto è dotato di due moderne  
sale di Aritmologia interventistica  
ed esegue oltre 1.500 procedure/  
anno, molte delle quali ad elevata  
complessità, su pazienti di tutte le  
età, provenienti anche dall'estero.  
Da anni la Direzione del Reparto

è alla ricerca di strumenti e  
innovazioni che rendano più  
accogliente lo spazio di degenza  
consapevoli che il comfort è un  
aspetto non secondario del percorso  
assistenziale e che può essere  
declinato in una gamma amplissima  
di articolazioni con interventi e



*Galleria delle opere selezionate disposte lungo i corridoi del Reparto di Cardiologia*



possibilità tra le più varie. Le camere generalmente ospitano uno o al massimo due pazienti, sono dotate di scrivania e nel corridoio ogni paziente ha la possibilità di accedere alla lettura di numerosi libri messi a disposizione dalla Associazione Amici SMS BIBLIO; ma è dalla scorsa primavera che è stato posto

artisti provenienti da tutto il mondo che hanno deciso di misurarsi con il tema del cuore, dell'energia e del ritmo. L'allestimento, curato dall'Arch. Alberto Bartalini, è il frutto di un Concorso a premi messo a punto da Lions Club San Miniato, da Waste Recycling SpA (Società del Gruppo Herambiente) che ha

in ricovero al sentimento di empatia di chi realizza un'opera per alleviare o anche solo accompagnare chi deve affrontare un problema di salute. L'idea forte e realmente innovativa di quest'iniziativa è stata la proposta dell'Amministratore Delegato di Waste Recycling Maurizio Giani che ha voluto che

## Un concorso a premi internazionale che ha visto coinvolte associazioni, artisti, designer e scuole per abbellire un Reparto di Cardiologia Oltre trecento le opere selezionate dalla giuria tecnica dell'Accademia di Belle Arti di Firenze

un nuovo tassello nel processo di umanizzazione delle cure. Partendo dalla profonda convinzione che un ambiente circostante confortevole svolge un ruolo importante nel processo di recupero dalla malattia, per quanto complesso e delicato possa essere, il Reparto è stato trasformato in una vera e propria galleria di arte contemporanea. Le sale comuni, le camere, i corridoi e anche gli studi dei medici ospitano oggi oltre 300 lavori di

curato tutte le fasi dell'iniziativa, dall'Accademia di Belle Arti di Firenze e dal Polo di Cardiologia Aritmologica del Nuovo Ospedale Santa Chiara di Pisa. Quattro in tutto sono stati i premi messi in palio. Tre da Lions Club San Miniato e uno dal Gruppo Hera, per un montepremi complessivo di 3.400 euro. Il risultato definitivo è qualcosa di unico, capace di unire chi è dentro e chi è fuori dell'Ospedale; facendo incontrare il timore di un paziente

il concorso fosse portato avanti da SCART®, il progetto artistico e di comunicazione di Waste Recycling, nato vent'anni fa con lo scopo di dimostrare che partendo dagli scarti di lavorazione è possibile ridare nuova vita a tutti i materiali che la nostra società dei consumi getta via. Uno dei requisiti richiesti dal Regolamento del concorso era, infatti, anche quello di usare materiale di recupero per la realizzazione delle opere. In questo



*Maria Grazia Bongiorno con l'Architetto Alberto Bartalini, curatore della mostra*

modo è stato sottolineato con forza che la sostenibilità necessaria per la salute dell'ambiente è essa stessa presupposto e corollario della salute dell'uomo. Lo spessore artistico-culturale dell'iniziativa è stato garantito dal coinvolgimento dell'Accademia di Belle Arti di Firenze per mano di alcuni suoi docenti (Angela Nocentini ed Edoardo Malagigi), del suo Direttore Eugenio Cecioni e del suo Presidente Luciano Modica che hanno selezionato le opere più interessanti da appendere nel Reparto di Cardiologia 2, ricercando un'idea di bello non stereotipato, ma forte e ricco di senso. Dalla Sicilia e dal Piemonte, da Roma e Faenza, da Bologna e da Messina, da Villeneuve Le Roi in Francia e dalla Toscana tutta, dalle provincie di Monza e Frosinone, da Novara e da Milano e poi ancora Bari, Ferrara, Venezia e molte altre città sono arrivate opere incredibilmente differenti e, a diverso titolo, coinvolgenti: una grande azione di solidarietà che ha visto interessate associazioni di volontariato, Onlus, scuole, ragazzi, architetti, artisti, designer e numerosi studenti di

alcune Accademie di Belle Arti. Numerose le partecipazioni di artisti internazionali provenienti anche dal Giappone, dalla Russia, dalla Francia e dalla Cina. Lo scopo dell'iniziativa era quello di creare uno spazio di intrattenimento per tutti coloro che a diverso titolo trascorrono le loro giornate in Reparto, ma anche creare uno spazio di condivisione tra il personale medico e tecnico della struttura e i pazienti. Una sorta di terreno di dialogo sul quale poter uscire dall'indispensabile e sostanziale comunicazione tecnico-formale e spingersi su un terreno capace di attingere al piano delle emozioni. La ricerca del comfort parte dall'accoglienza, dalla ricerca di rapporti di relazione con il paziente e di quell'umanizzazione che proprio l'arte e il bello portano con sé. Oltre 330 i lavori pervenuti, dove la creatività e la ricchezza di senso rappresentano un valore aggiunto e un dono per questi pazienti. Per poter partecipare al concorso ogni opera doveva misurare 60 cm x 60 cm, doveva avere la presenza di un cuore, doveva essere realizzata anche con materiale o elementi di scarto e

doveva rappresentare visivamente il concetto di energia o elettricità o ritmo. Da questo momento e per sempre nell'Unità Operativa di Cardiologia 2 - Aritmologia, diretta dalla dottoressa Maria Grazia Bongiorno, le oltre 300 opere presenti invitano ad essere osservate con cura, toccate e talvolta anche ascoltate dando modo a chi dovrà transitare in questo Reparto di poter trascorrere un tempo abbastanza lungo di piacevole esplorazione contemplativa.

### **I Premi**

Il premio Giuria tecnica del valore di 1.000 euro è stato assegnato a Caterina Scandurra, "*Dalle corde del pianoforte a quelle del cuore*"; il premio Giuria Popolare (800 euro) composta dai pazienti presenti in reparto è stato assegnato ad Antonio Balzarini con "*Ascolta il ritmo del cuore*"; il premio del personale medico, paramedico e tecnico del Reparto di Cardiologia 2 (800 euro) ha scelto il lavoro di Stefania Nozza "*Onda su Onda*"; e infine il premio Hera (800 euro) è stato assegnato ad Angelo Lussiana con "*Battito Cartoniaco*". ♥



Governance con le Istituzioni: una mission dell'ANMCO di grande attualità

# Gli Stati Generali delle Cardiologie del Veneto

Comprendere ed indirizzare il cambiamento della politica sanitaria

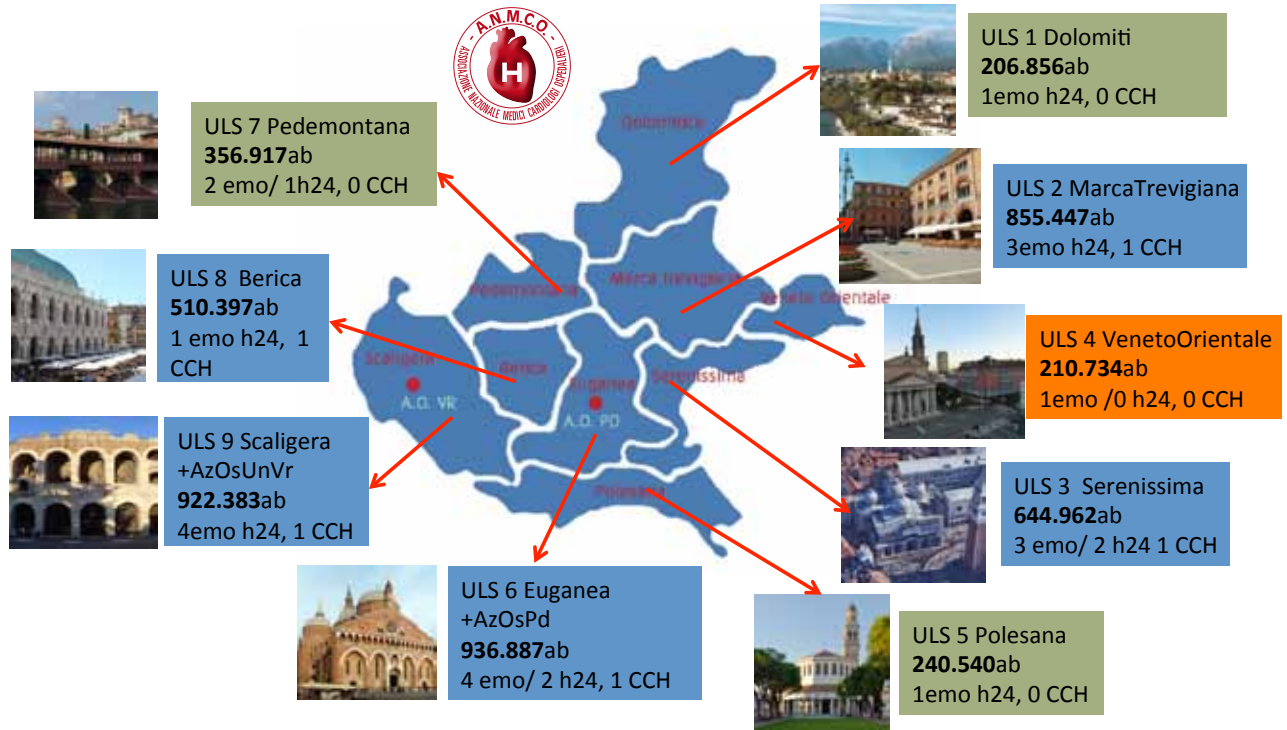
**L**il 21 - 22 ottobre 2016 presso Villa Odino a Quarto D'Altino (VE) il Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Veneto, guidato dal suo Presidente Dott. Maurizio Anselmi, ha organizzato un incontro al quale simbolicamente ed efficacemente è stato dato il nome di "Stati Generali delle Cardiologie del Veneto". L'iniziativa si ispira e si inserisce perfettamente in quella mission dell'ANMCO che prevede una intensa attività di "governance" sanitaria con le istituzioni. All'evento sono stati invitati tutti i Direttori di Unità Operativa Complessa di Cardiologia e riabilitazione cardiologica (pubblici e privati), i rappresentanti regionali di SIC, GISE ed AIAC e la Regione, che ha inviato in sua rappresentanza il Dott. Tiziano Martello, Dirigente regionale della Direzione per i Servizi Sanitari della Regione Veneto. L'occasione della visita del Presidente Nazionale dell'ANMCO Dott. Andrea Di Lenarda e del Past President Dott. Michele Massimo Gulizia, insieme alla presenza in Veneto di un componente del Consiglio Direttivo Nazionale, il Dott. Guerrino Zuin, che ha partecipato alle due giornate dei lavori, ha dato una gradita rilevanza nazionale

all'evento, rafforzando il senso di appartenenza societaria. L'incontro si è tenuto a pochissimi giorni dalla approvazione della Legge Regionale sul riordino della Sanità veneta, che ha sancito la riduzione da 21 a 9 Aziende ULSS, prevalentemente su base provinciale. L'iniziativa è stata fortemente voluta da tutto il CDR del Veneto per la sentita necessità, in un momento che possiamo definire storico nel quale è in atto un processo di revisione e riprogettazione della distribuzione delle risorse sanitarie, di una profonda ed urgente riflessione che anticipi i cambiamenti imminenti e permetta ai professionisti della sanità di partecipare al cambiamento e di contribuire ad esso piuttosto che ostacolarlo o subirlo, per farlo divenire momento di virtuosa evoluzione per la professione e per la società civile. L'evento è stato, come era nelle sue intenzioni, momento di puntualizzazione, di riflessione e di confronto tra i Cardiologi, i rappresentanti delle associazioni di settore e le istituzioni regionali. Dopo la relazione introduttiva del Presidente Regionale Dott. Maurizio Anselmi, e grazie anche alla presenza all'evento di un economista esterno, è stato affrontato il problema della

sostenibilità etica ed economica della programmazione sanitaria e di come i principi generali che originano da questa riflessione portino a elaborare i processi di pianificazione, programmazione e valutazione delle aziende e dei sistemi sanitari. In questa prima sessione si è lasciato ampio spazio all'analisi dei dati che sono stati forniti dall'ANMCO come parte del censimento delle Cardiologie del 2015 e dalla Regione Veneto come parte del database regionale, dati che sono stati analizzati sia in senso generale che nell'ottica dei futuri assetti locali. Si è immediatamente evidenziata ai presenti la necessità di creare dei gruppi di lavoro all'interno della Regione atti a standardizzare e uniformare le procedure di codifica tramite le SDO, condizione assolutamente necessaria per garantire che i dati raccolti nei censimenti e nei database riflettano in modo fedele la realtà per questioni non solo metodologiche ma anche di corretta valutazione degli esiti. Nella discussione è stato quindi ampiamente citato sia il Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n.70, Decreto che probabilmente condiziona la programmazione



Un evento che è stato momento di puntualizzazione, di riflessione e di confronto tra i Cardiologi, i rappresentanti delle associazioni di settore e le istituzioni regionali



La nuova riorganizzazione delle ULSS della Regione Veneto a partire dal 1 gennaio 2017

sanitaria, specie in riferimento alla distribuzione delle strutture ospedaliere sulla base dei bacini d'utenza, e i cui contenuti sono in questi mesi oggetto di critiche costruttive e di proposte di revisioni, sia il Piano Nazionale Esiti (PNE) che fissa standard di efficacia ed efficienza, standard che pur con i loro limiti verranno tenuti in considerazione dal decisore pubblico in fase di verifica e programmazione, così come stabilito dalla Regione Veneto (DGR n. 2122/2013).

Dall'analisi del DM 70 e della distribuzione attuale delle strutture ospedaliere cardiologiche nel Veneto è emersa una situazione regionale che non necessita di drastici adattamenti, ma che può rappresentare l'occasione per un ulteriore miglioramento della distribuzione dei servizi forniti e da cui può emergere una nuova proposta di riorganizzazione delle Cardiologie sul territorio regionale. Nella seconda giornata dei lavori è stato affrontato il tema delle reti cardiologiche, quelle per cardiopatici acuti, tema

sul quale si è inserito il contributo del Dott. Antonio Francesco Amico, e quelle della emodinamica semplice e strutturale e della elettrofisiologia. Dalla discussione che ne è seguita è emersa l'idea che, al consolidato ed ancora efficiente modello di organizzazione tra Ospedali "hub & spoke", sia oggi opportuno e conveniente affiancare un modello di "Ospedali in rete" o di "reti di Ospedali", un modello costruito tenendo conto del territorio e che permetta di offrire uguali

Si è evidenziata ai presenti la necessità di creare dei gruppi di lavoro all'interno della Regione atti a standardizzare e uniformare le procedure di codifica tramite le SDO



**Nella discussione è emersa l'idea che, al consolidato ed ancora efficiente modello di organizzazione tra Ospedali "hub & spoke", sia oggi opportuno e conveniente affiancare un modello di "Ospedali in rete" o di "reti di Ospedali"**



*I partecipanti al lavoro durante gli Stati Generali*



*Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Veneto biennio 2016 - 2018*

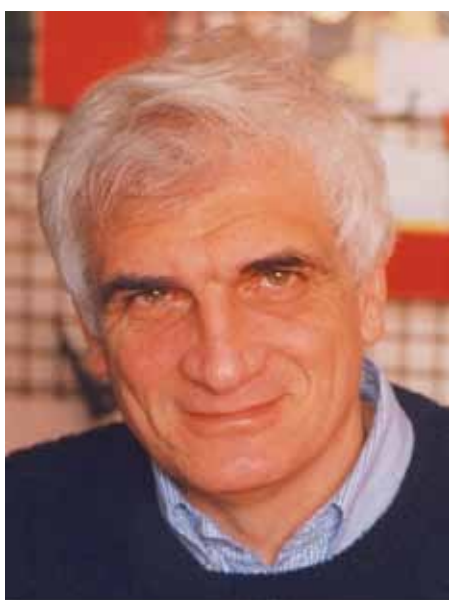
possibilità di cura a tutti ottenendo nel contempo il contenimento della spesa ed il miglioramento della appropriatezza. L'idea condivisa è stata che la elaborazione di questo nuovo modello consentirà di affrontare e superare le sfide che si propongono come quelle dell'invecchiamento demografico, della aumentata sopravvivenza, delle co-morbidità, delle patologie croniche con un modello che guidi anche la più razionale distribuzione delle nuove e costose tecnologie che si sono

imposte e continuano ad evolvere in campo cardiovascolare ed il cui impegno e localizzazione va normato sulla base di evidenze e prove di efficacia. Ampio spazio è stato quindi lasciato alla elaborazione di un modello regionale atto a distribuire le specifiche competenze sul territorio con particolare riferimento alla necessità di potenziare la Cardiologia riabilitativa ed alla necessità di creare un modello di rete per le procedure più complesse e costose nel campo della elettrofisiologia e

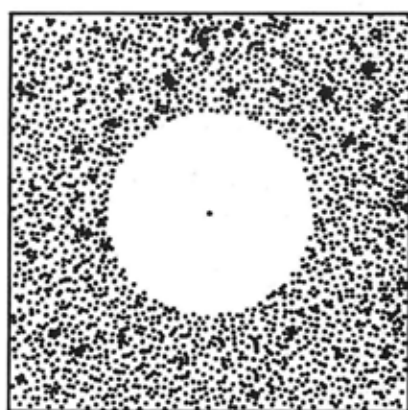
della emodinamica strutturale. Al termine dei lavori il CDR del Veneto ha concordato la creazione di una serie di gruppi di lavoro volti ad analizzare le problematiche discusse per individuare e condividere percorsi razionali e condivisi: da questo punto di vista l'auspicio è che questi "Stati generali" costituiscano solo l'inizio di un coinvolgimento dei Cardiologi nell'organizzazione sanitaria, coniugando eccellenza e sviluppo tecnologico al buon uso delle risorse negli Ospedali e sul territorio. ♥



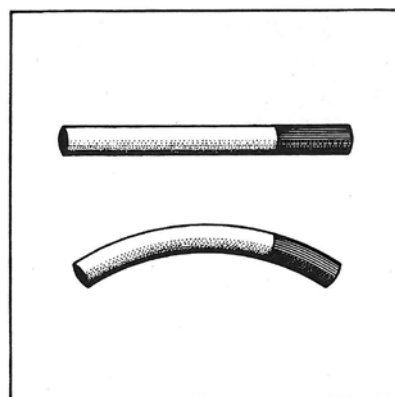
# Intervista a Ennio Peres «giocologo»



**E**nnio Peres, milanese di nascita (1 dicembre 1945) ma romano di adozione, è un matematico prestatosi all'enigmistica. Ama definirsi *giocologo*, per la sua tendenza a giocare con la mente, su tutto quello che ci circonda, attraverso sottili giochi matematici e giochi di parole, che siano rebus, anagrammi, cruciverba, giochi di fantasia. Si prodiga da anni per diffondere il piacere creativo di giocare con la mente attraverso numeri, parole, accostamenti figurativi. Ha inventato il Cruciverba più difficile del mondo, diventato un appuntamento irrinunciabile per i tanti appassionati che lo seguono.



Molteplici i premi ricevuti: nel 1983, Europa Tempo Libero; nel 1990, Premio Capri per l'Enigma; nel 1998, Premio Gradara Ludens; nel 2006, Personalità ludica dell'anno 2005, Ludo Award e Premio Internazionale Pitagora sulla Matematica; nel 2008, Trofeo



Ari. Tra gli innumerevoli libri, i più venduti: *Enigmi geniali del 2008*, *È l'enigmistica, bellezza!* del 2012, *L'elmo della mente*, con Susanna Serafini, del 2006, ristampato nel 2012, *Matematica proverbiale*, con Riccardo Bersani, del 2013. Ha collaborato con la Rai, scritto su *Avenimenti*, *Europeo*, *Internazionale*, *La Settimana Enigmistica*, *La Stampa*, *Linus*, *Paese Sera*. Tra le raccolte più spiritose i cosiddetti *Doodles* (scarabocchi), disegni/foto apparentemente senza senso ai quali attribuire delle divertenti definizioni. Tra gli esempi più noti: «il microbo che si è beccato la penicillina» e «la siga...retta e la siga...curva» sui quali i suoi lettori si sono cimentati con definizioni le più fantasiose e divertenti che sono tra gli aspetti più interessanti dell'enigmistica creativa e fantastica.

## **Caro Ennio come nasce la professione di giocologo?**

In realtà io sono nato giocologo e ho fatto di tutto per non smettere di esserlo. Fin da bambino ho provato il piacere di allenare la mente con giochi logici, matematici e linguistici. Poi, nella vita, tutte le volte che mi è capitato di praticare un lavoro che sottraeva tempo a questa mia passione, mi sono affrettato a licenziarmi... Nel tempo, per vivere in maniera più tranquilla, mi sono deciso a fare del gioco





il mio unico mestiere; questo, in pratica, è composto da un insieme di varie attività di divulgazione giocosa: giornalista, scrittore, enigmista, autore, mago, animatore, consulente, conferenziere, docente, ecc. Il termine giocolo, invece, è nato circa 35 anni fa, quando sul numero di novembre 1981 del mensile Noi Donne la giornalista Sandra Onofri scrisse: «*Tempo fa ho incontrato un tipo, si chiama Ennio Peres e fa il giocolo [...]*». A caldo, quel neologismo beffardo non mi piacque molto. In seguito, però, decisi di adottarlo come qualifica personale, per mettere in risalto lo spirito giocoso con il quale intendevo svolgere la mia multiforme attività; anche, per contrapporlo al serio termine di ludologo con il quale, allora, veniva definito un esperto di giochi.

**Sappiamo che i giochi enigmistici hanno grande ruolo nel mantenere le attività cerebrali attive e rallentare il decadimento delle facoltà intellettive. Possiamo pensare a un beneficio dei giochi enigmistici anche per il cuore?**

Non sono uno psicologo, né tanto meno un medico; quindi, non possiedo le conoscenze per rispondere con competenza a questa domanda. Mi occupo di giochi enigmistici, semplicemente perché mi divertono e fanno divertire i miei

lettori. A livello intuitivo, comunque, ho sempre pensato che un'adeguata ginnastica mentale è consigliabile per tenere sveglia e agile la mente, così come l'attività fisica è raccomandabile per tenere in forma il corpo. Con grande piacere, poi, ho appreso che queste mie sensazioni trovano una conferma scientifica. In particolare, ho letto che l'Alzheimer's Association negli Stati Uniti considera l'enigmistica come elemento basilare per una strategia di prevenzione contro la demenza senile. Immagino (e mi auguro...) che siano stati compiuti degli studi per appurare che un cervello sano produce effetti benefici sugli altri organi anatomici e, quindi, anche sul cuore. Se non è così, forse è opportuno cominciare a intraprenderli...

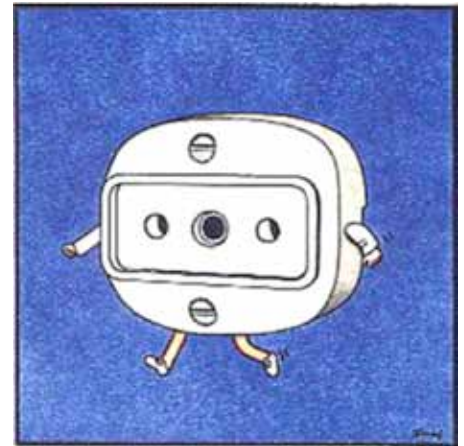
**Quindi, Ennio, giochi di mente o giochi di fantasia? Possiamo secondo te immaginare i giochi di mente per il nostro cervello (penso al Sudoku, ai rebus, al cruciverba) e i giochi di fantasia per il nostro cuore?**

Io definisco della mente tutti i giochi che stimolano le attitudini cerebrali, di qualsiasi natura essi siano: linguistica, matematica, logica, grafica, ecc. All'interno di questa vasta categoria, identifico i seguenti due principali filoni.

- Giochi enigmistici che richiedono di trovare una soluzione attendibile

a un determinato quesito; ad esempio, trovare la soluzione (unica) del seguente gioco.

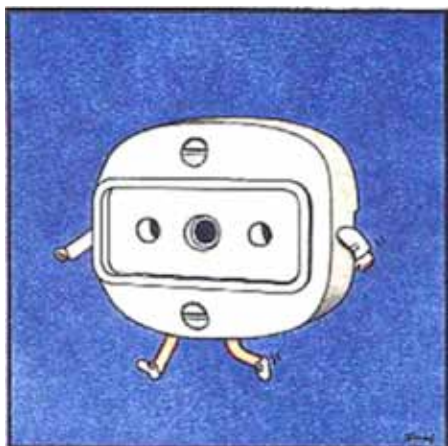
**Frase bisenso (5 2 4)**



La soluzione è: presa in giro.

Infatti, il disegno raffigura: «una presa di corrente che se ne va in giro». Sintetizzando tale descrizione, si può ottenere la frase risolutiva: presa in giro, che descrive il disegno e possiede un senso forte di «scherzo, canzonatura»; inoltre, la lunghezza in lettere delle sue parole è in accordo con il diagramma numerico (presa = 5; in = 2; giro = 4).

- Giochi creativi che invitano a sviluppare liberamente un tema assegnato, senza rispettare particolari vincoli; ad esempio, trovare delle frasi spiritose che definiscono il disegno precedente (ignorando il relativo diagramma numerico).



Alcuni esempi possono essere:

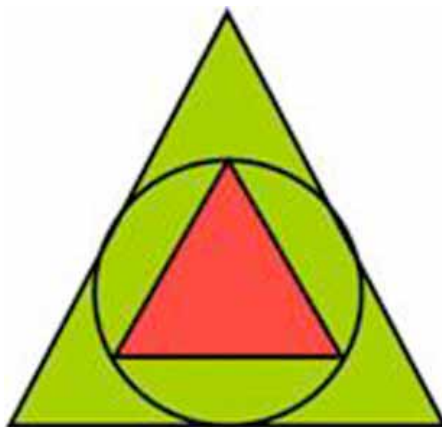
- distaccata presa di posizione
- una presa a due mani
- una presa in piedi
- una rincorsa fulminante
- chi ha mollato la presa?
- una passeggiata elettrizzante
- una presa di posizione senza un filo conduttore

Quindi, mi permetto di correggere la tua domanda, nel seguente modo: *giochi enigmistici per il nostro cervello e giochi creativi per il nostro cuore?* Indubbiamente, i giochi creativi sono meno stressanti e più gratificanti dei giochi enigmistici. Non so se fanno bene al cuore, ma sicuramente non gli fanno male...

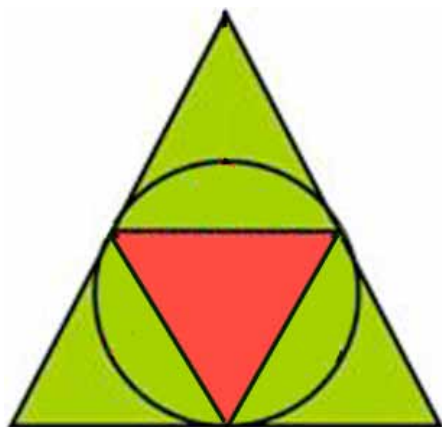
**Puoi farci degli esempi di giochi matematici che hanno la capacità di migliorare lo stato di benessere delle persone, rilassando, stimolando la fantasia e l'interazione con gli altri, quindi la nostra salute cardiovascolare?**

Per poter apprezzare i giochi matematici, è necessario conoscere un po' di Matematica... Però, si possono scovare alcuni particolari esempi che possono essere compresi anche da chi è piuttosto digiuno in materia. Un esempio al riguardo può essere il seguente. In merito alla seguente figura,

conoscendo l'area del triangolino rosso, come è possibile determinare l'area dell'intero triangolo che lo contiene? Questo problema, che



può apparire piuttosto complesso, può essere risolto rapidamente, se si ha l'intuizione di ruotare il triangolino rosso, come indicato nella seguente figura.



In questo modo, appare evidente che ognuno dei tre triangolini verdi che si sono venuti a creare, solo uguali a quello rosso. Quindi, l'area del triangolo grande è uguale a quattro volte quella del triangolino

rosso... Non è tanto importante riuscire a risolvere un problema del genere, quanto godere dell'arguzia con la quale è stato congeniato.

**L'allegria, la fantasia, il divertimento che cogli nell'osservare il mondo che ci circonda, con l'interazione che hai con i lettori attraverso i tuoi giochi, può migliorare la qualità di vita e quindi possiamo consigliarla come una "medicina" ai nostri pazienti?**

Ho letto che, in base a diversi studi, il buon umore è terapeutico: tiene lontane numerose malattie e aiuta a superare meglio e più rapidamente quelle che ci hanno colpito. So che esistono delle tecniche di respirazione che consentono di riuscire a ridere, in maniera autonoma, senza ricorrere a stimoli oggettivi. La loro efficacia si basa sul fatto che la risata (in qualsiasi modo venga provocata) stimola la produzione di endorfine e di serotonina, migliora la circolazione, l'ossigenazione del sangue e l'irrorazione degli organi interni, neutralizza ansia e stress e alza il livello di autostima. Io, però, ritengo che sia più funzionale imparare a creare delle situazioni divertenti o a saperle riconoscere anche in situazioni impensabili. Bisogna tener conto che, in base alla teoria della bisociazione, elaborata dallo scrittore e filosofo ungherese Arthur Koestler, il fattore che riesce a scatenare una risata genuina consiste nella scoperta di alcune coincidenze nascoste, analogamente a quanto accade per la generazione dello stupore in altre discipline, come la scienza e l'arte. Nelle circostanze comiche, i due eventi che compongono la coincidenza oggetto della bisociazione, consistono in due



diverse situazioni legate, o a due diversi significati da attribuire a una frase, o a due diversi scenari nei quali



la storia analizzata si può svolgere.

**Puoi farci qualche esempio di immagini divertenti, per degli accostamenti inaspettati?**

Posso riportare alcune eloquenti foto, da me scattate per la strada; questa è un'attività che consiglio vivamente di praticare, per verificare quante potenziali fonti di buonumore

ci circondano, senza che ce ne rendiamo conto.

**Tu sei l'inventore del Cruciverba più difficile al mondo? In parole facili puoi dirci qualcosa al riguardo?**

Questo genere di gioco è nato nell'estate del 1988, quando il direttore di *Avvenimenti*, Claudio Fracassi, mi commissionò la realizzazione di un tipo di cruciverba estremamente ermetico, di quasi impossibile soluzione, che fosse in grado di creare un certo scalpore intorno a sé. Con il titolo di *Cruciverba più difficile del mondo* (coniato dallo stesso Fracassi), lo schema che riuscii a mettere a punto venne pubblicato nel numero zero di quella rivista (in data 12 novembre 1988) e riproposto nel primo numero (in data 1 marzo 1989). L'elevata difficoltà della sua risoluzione



valanga di lettere e di telefonate che contestavano vivacemente la decisione di proporre un gioco così astruso. Per fortuna, arrivò anche una soluzione completamente esatta e ciò dimostrò che, pur se difficilissimo, quel cruciverba era potenzialmente risolvibile.

**Paroliere, paroliamo, parolaio, doodles, sono giochi enigmistici che hanno un potente effetto socializzante? Possiamo consigliarli ai nostri cardiologi per migliorare le capacità di interazione medico - paziente, medico - medico?**

Per verificare l'effetto socializzante dei giochi di parole non serve compiere studi scientifici, basta osservare, ad esempio, le situazioni aggreganti che si creano nelle sempre più numerose manifestazioni ludiche, che si svolgono in Italia. Quindi, non ho... cuore per non consigliarli ai cardiologi! ♥

risiedeva principalmente nel fatto che la maggior parte delle sue definizioni erano elaborate in forma ambigua e fuorviante e, spesso, facevano riferimento a parole oggettivamente poco conosciute. L'obiettivo di suscitare un po' di clamore fu centrato in pieno, in quanto la redazione venne sommersa da una



Un obiettivo comune nel corso dei secoli:  
“salvare cuori che sono ancora troppo sani per morire”

# La Rianimazione Cardiopolmonare attraverso la storia

“Io canto il corpo elettrico”, un inno alla vita di W. Whitman

**L**a Rianimazione Cardiopolmonare (RCP) rappresenta un trionfo della medicina, con i suoi successi e sconfitte. È una scienza giovane, tanto che il termine RCP è stato coniato solo 50 anni fa. Affondando le sue radici nel mito e nel sacro si è estesa nei secoli con un percorso graduale di evoluzione attraverso adozione di tecniche inadeguate, interventi collaudati e un processo ciclico di loro abbandono e riscoperta. Ripercorrere la storia della RCP è un passo essenziale per seguire l'evoluzione delle pratiche rianimatorie moderne, comprenderne il razionale e fornire una spinta propulsiva per la ricerca futura. È nella Bibbia che si ritrova la prima notizia di un riuscito tentativo di rianimazione, eseguito intorno all'850 a. C.: “Eliseo, intanto, entrò in casa e veramente il fanciullo morto giaceva sul suo letto... pregò il Signore. Poi salì e si adagiò sopra il bambino, pose la sua bocca sulla

bocca di lui, i suoi occhi sopra gli occhi di lui, le sue mani sopra le mani di lui, stendendosi su di lui. La carne del fanciullo, allora, si riscaldò... starnutì sette volte e aprì gli occhi” (II Re, cap. IV). Inizialmente grande rilevanza fu data alla ventilazione, in quanto il respiro era stato il primo segno legato al concetto di vita e l'asfissia la causa

*intorno al metodo di soccorrere i sommersi, F. Vicentini 1768; Terminazione, Sanità di Venezia 1768; Regolamento del Servizio Sanitario della Regina Marina Sarda emanato da Carlo Alberto nel 1839. Nel 1956, P. Safar e J. Elam, per incarico dell'esercito americano, condussero uno studio che stabilì l'efficacia e praticità del metodo bocca-bocca sino a sancirne*

**Ripercorriamo i principali eventi della storia della RCP che trovano antiche origini e si sviluppano nel corso dei secoli, ma i cui risultati salienti si hanno solo dopo il Novecento con l'impegno corrente di salvare cuori che sono troppo sani per morire**

più frequente di morte. Il metodo bocca a bocca, considerato ancora oggi un prezioso sussidio, era già noto nella seconda metà del XVIII secolo e applicato nei soccorsi delle vittime di annegamento, come si legge in diversi manoscritti: *Memoria*

l'introduzione ufficiale nelle tecniche della moderna rianimazione. Sarà l'anatomista tedesco M. Schiff ai primi dell'Ottocento a gettare le basi del ripristino della funzione circolatoria con l'utilizzo del massaggio “a torace aperto” in



vittime di arresto cardiaco (AC) da cloroformio. Intanto nel 1796, A.V. Zarda, Professore all'Università di Praga e fondatore del primo Istituto di Rianimazione ove teneva regolari corsi di pronto soccorso, pubblicò un lavoro in cui erano descritti, oltre al metodo della respirazione artificiale bocca a bocca, anche il massaggio cardiaco "a torace chiuso" tentato da F. Maass e la stimolazione elettrica del cuore. Tuttavia, i vari trattati di rianimazione fissano al 24 ottobre 1958 l'introduzione ufficiale nella pratica rianimatoria del massaggio cardiaco esterno, quando per la prima volta fu eseguito con successo su una donna in AC dopo essere stata operata per un difetto cardiaco. Come preludio al romanzo Frankenstein di Mary Shelley, l'uso della "scossa elettrica" come terapia trova i suoi fondamenti verso la fine del 1700 nelle osservazioni sui casi di folgoramento dovuti alla nascente elettrificazione delle città e negli esperimenti del bolognese L. Galvani e di P.C. Abildgaard, che si può ritenere il padre della defibrillazione riuscendo a fermare e poi far ripartire con una scarica elettrica il cuore di una gallina. Solo nel 1776 venne utilizzata su una bambina di 3 anni, Sophie, che caduta dalla finestra di casa fu riportata in vita applicando l'elettricità attraverso il torace (Register of The Humane Society of London). Nel 1872 sul BMJ il chirurgo T. Green descriveva 6 rianimazioni di successo su 7 casi di AC da cloroformio mediante l'uso di una batteria galvanica installata nella sua sala operatoria e nel 1887 il fisiologo scozzese J.A. Mac William all'International Medical Congress dimostrò come la fibrillazione

ventricolare poteva essere interrotta dall'applicazione di scosse "che devono avere frequenza simile a quella del battito cardiaco". Nel Novecento questi principi basilari della RCP troveranno pieno sviluppo. Ai fisiologi Starling e Lane si deve il massaggio transdiaframmatico, ai lavori sui cani di Criley e Dolley l'intuizione, assolutamente contemporanea, della necessità di evitare la sofferenza

## Ripercorrere la storia della RCP è un passo essenziale per seguire la sua evoluzione moderna, comprenderne il razionale e fornire una spinta propulsiva per la ricerca futura

ischemica cerebrale. Dopo gli esperimenti di A. Vasalius e A. Kirstein, l'esplosione dei due conflitti mondiali sosterrà l'evoluzione della tecnica ventilatoria con l'anestesista irlandese I.W. Magill che ideò nel 1919 il tubo endotracheale flessibile, le pinze curve, lo spray anestetico e R. Macintosh che realizzò il laringoscopia a lama curva. Fino ad arrivare al 1953 quando l'ingegnere tedesco H. Hesse e l'anestesista danese H. Ruben inventarono il primo pallone autoespandibile, commercializzato dalla società "AMBU" da loro stessi fondata. W.B. Kouwenhoven, G. Knickerbocker e J. Jude, dopo aver osservato per caso la comparsa di una pulsazione femorale mentre applicavano con forza le piastre sul torace di un cane, dimostrarono nel 1960 l'efficacia della tecnica del "massaggio cardiaco a torace chiuso" pubblicando su

JAMA il risultato di 20 casi di RCP intraospedaliera con un tasso di sopravvivenza pari al 70%. Il defibrillatore, realizzato già come dispositivo esterno nel 1955 grazie al Cardiologo di Harvard P. Zoll, ebbe la prima versione portatile, di ben 70 kg di peso, nel 1965 montata in un'ambulanza e collegata alle batterie del veicolo. Questo permise il suo utilizzo extraospedaliero per la prima volta con la neonata Unità Coronarica

Mobile di Belfast che in 15 mesi di attività rianimò con successo 10 su 10 AC. Solo 3 anni più tardi, era già disponibile una versione portatile di 3 kg e nel 1979 il primo defibrillatore esterno automatico (DAE), fino ad arrivare nel 1980 al primo dispositivo impiantabile. Infine l'unione formale delle fasi e tecniche della RCP è da far risalire al 16 settembre 1960, concretizzandosi poi nel più recente 1991 con l'istituzione da parte di Cummins della "Catena della Sopravvivenza". Nulla sarebbe servito in assenza di personale formato alle manovre della neonata RCP. Furono così creati ed addestrati il primo team di risposta all'emergenza intraospedaliera (1930) e le Unità Coronariche Mobili (1960); prodotto il video educativo "The Pulse of Life", in cui per la prima volta comparvero le mnemoniche lettere ABC, dal 2010 poi modificate in



*Eliseo resuscita il figlio della vedova, dipinto di Frederic Leighton, conservato nel Leighton House Museum and Art Gallery di Londra*

CAB per valorizzare l'importanza del massaggio cardiaco nel migliorare la sopravvivenza. Allo stesso modo fu organizzata la formazione fra i professionisti con un primordiale manichino, "Miss Sweet Breath" realizzato nel 1959 da R. Mehalek, un volontario della Croce Rossa del Michigan, e un secondo più famoso disegnato dallo stesso Safar e dal costruttore di giocattoli norvegese A. Laerdal; l'odierno Resusci Anne, raffigurante il volto dell'Inconnu de la Seine, che nel 1890 si gettò nella Senna, a causa di un amore non corrisposto e il cui calco cereo del viso sembra sorridere come quello di Monna Lisa. Un percorso

storico quello della RCP in continua evoluzione che proietta verso un futuro costellato di nuove sfide per migliorare i tassi di sopravvivenza post-AC. Come il passato ha visto una grande partecipazione dei Cardiologi nella definizione e crescita delle manovre salvavita è auspicabile che ancora oggi la comunità cardiologica mantenga un ruolo centrale sia nella ricerca scientifica che nella formazione dei professionisti sanitari nella speranza di fornire un contributo altrettanto valido nel salvare "hearts too good to die". ♥

**La storia della RCP  
attraverso le sue  
evoluzioni nei secoli  
testimonia l'importanza  
del ruolo del mondo  
cardiologico nella ricerca  
e nella formazione**



Investire in sanità nel medio - lungo periodo rappresenta una scelta economica razionale e funzionale

# Investimenti non tagli in Sanità

**N**ella 9° Conferenza sulla Promozione della salute che si terrà a Shanghai nel novembre 2016 saranno affermate le strategie di promozione alla salute agli obiettivi di sviluppo sostenibile, i SDGs (Sustainable Development Goals), adottati dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite nel settembre 2015. Tra questi il numero 3 evidenzia l'obiettivo di garantire una vita sana e promuovere il benessere per tutti e a tutte le età. Occorrono politiche nazionali, europee, mondiali che siano in linea con questi principi. Garantire l'uniformità dell'assistenza su tutto il territorio nazionale, con identici modi d'accesso, evitando differenziazioni regionali. Presupposto essenziale la centralità del Sistema Sanitario Nazionale. Ci sono ambiti quali Sanità, scuola, ordine pubblico che devono essere gestiti centralmente pur considerando le specificità territoriali. Altri ambiti quali le malattie rare richiedono una programmazione e una collaborazione a livello planetario. È indispensabile uniformare lo standard delle prestazioni sanitarie, parasanitarie, logistiche. I servizi

devono essere gestiti direttamente, non assegnati in appalto esterno; la gestione diretta è un elemento di qualità. Gli Ospedali vanno pensati come luoghi confortevoli con grandi hall (dotate di piante, divani, postazioni per computer, dispositivi per ricarica cellulari, tablet), accettazione centralizzata, bar, servizi comuni all'interno sia per professionisti medici, parasanitari, lavoratori in genere che per malati, pazienti esterni, accompagnatori. Le hall e la logistica vanno ripensate con un occhio ai grandi alberghi affidando la programmazione, la realizzazione e la gestione a manager con esperienza nelle strutture alberghiere di eccellenza del turismo. Vanno coniugati risparmio, razionalità dei servizi a qualità con elevato standard, partire dall'optimum e tendere a uniformare questo standard su tutto il territorio. Lo stesso dicasi per le prestazioni sanitarie, con possibilità d'accesso dalle ore 7.30 alle ore 22.30. Occorre cambiare l'impostazione: potenziare i servizi, aumentare il personale, rivedere alcuni aspetti normativi. L'Intramoenia è da eliminare dal punto di vista di un servizio pubblico

a contratto unico ed esclusivo da una parte e un servizio privato puro dall'altro, rivedendo l'aspetto economico per medici, infermieri e personale in genere. Passare alla dipendenza la Medicina Generale. Tutti devono porsi l'obiettivo di garantire il massimo dell'assistenza, delle cure, dell'iter diagnostico terapeutico, dei controlli, della cortesia e della disponibilità umana, dell'efficienza e qualità dei servizi non sanitari. Inoltre è possibile creare piacevoli oasi diffuse che inducano al sorriso chi entra nel sistema e trovi le risposte adeguate. Mettere in rete le varie strutture periferiche con i centri di eccellenza favorirebbe i consulti utilizzando le nuove tecnologie. Va favorito il contatto tra Centri italiani e Centri internazionali di riferimento. L'idea proposta non rientra nell'utopia.

**Criticità da correggere**

Rivedere l'aspetto normativo: la politica non deve entrare nella gestione, ma dare indirizzi, tempi e mettere in atto controlli sin dall'inizio, favorendo controlli accurati dalla fase progettuale alla gestione degli appalti, alla realizzazione. I controlli vanno affidati in tempi rapidi agli organi



proposti (Finanza, Corte dei Conti, Anticorruzione) e i manager vanno scelti per competenza da un albo nazionale, con incarico quinquennale, rinnovabile eliminando benefit parziali o annuali. La razionalizzazione, lotta agli sprechi devono rappresentare un percorso comune. Va prevista una piattaforma di acquisti nazionale che non tenda esclusivamente al ribasso, ma abbia il duplice obiettivo della massima qualità negli acquisti dei materiali, delle attrezzature, delle strumentazioni, con il prezzo più basso, con le migliori garanzie (anche in termini di manutenzione, tempistica nella stessa e qualità delle sostituzioni). Non è pensabile un acquisto differente dei materiali con costi diversi, la razionalità nella gestione della spesa non può coniugarsi ad una qualità mediocre dei materiali. La politica di tagli fine a se stessa non paga. Se si nota che tutte le sale operatorie

di cardiocirurgia in una città sono occupate occorre porsi il problema. Se non ci sono respiratori sufficienti per emergenze neonatali, occorre porsi il problema. Vanno razionalizzati posti letti per acuti, per emergenza, Centri di ricerca, Centri d'eccellenza, prevedere centri di lungodegenza, Ospedali di comunità, RSA e tutte le strutture utili per la cronicità considerando anche l'allungamento della vita media. Così come vanno previsti la disponibilità e l'accesso in modo adeguato sul territorio a strutture residenziali e non per la riabilitazione, per l'Hospice Care. Va pensata una pianificazione nazionale. Va affrontato il tema dell'integrazione Ospedale - Territorio nella consapevolezza che le cure domiciliari devono essere una continuità al ricovero ospedaliero da una parte, dall'altra utili a evitare ricoveri impropri. Questo può essere realizzato se l'assistenza domiciliare è dotata di

strumenti adeguati e messa nella condizione di poter colloquiare con l'Ospedale quando necessario. A domicilio occorre anche farsi carico, con la collaborazione dei Comuni, degli aspetti squisitamente assistenziali di chi perde l'autonomia in seguito a una malattia e ha bisogno di essere accudito per il periodo necessario in tema di cura del corpo, alimentazione, assunzione delle terapie e gestione quotidiana della vita. Contestualmente occorre investire e potenziare gli ambiti di eccellenza a tutti i livelli, favorendo una collaborazione tra strutture universitarie e non universitarie, nazionali ed extra nazionali:

1. la cura individualizzata, dove centrale è il malato, unico nella sua personalità;
2. lo sviluppo delle nanotecnologie dalla diagnostica alla terapia;
3. lo sviluppo e l'applicazione delle nuove tecnologie.

Occorre andare verso una medicina di qualità nell'ambito

*Nebbia**Cielo sereno*





del potenziamento del Sistema Sanitario Nazionale. Non tagli, ma investimenti. Snellire l'aspetto burocratico per liberare risorse professionali da indirizzare alla prevenzione, alla diagnosi, alla cura e all'ascolto dei pazienti. L'ottimizzazione del sistema non è data da una pluralità e ridondanza di norme, al contrario urge una semplificazione e snellimento delle procedure, favorendo il percorso comune da parte dei sanitari e di tutto il personale che opera nel sistema. L'appropriatezza, l'utilizzo razionale degli esami diagnostici deve essere il frutto della condivisione di chi opera nel Servizio Sanitario Nazionale.

### Le risorse

La spesa farmaceutica non incide molto, anche se di questo se ne discute sempre, forse perché è la più semplice da controllare. La spesa che incide maggiormente è quella per beni e servizi dove la difficoltà nel controllo è maggiore ma possibile. Oltre alla razionalizzazione delle spese, una piattaforma acquisti nazionale, la lotta alle distrazioni di risorse dal capitolo sanitario, fondamentale è la lotta all'evasione fiscale e alla delinquenza organizzata. Tantissimi miliardi sono evasi, molti sono presi dalla delinquenza organizzata: si può agire su questi campi, ma ci vuole la volontà di farlo. Una nota ANSA del 6 aprile 2016 sulla corruzione nella Sanità riporta: "La corruzione in Sanità sottrae fino a 6 miliardi

l'anno all'innovazione e alle cure ai pazienti. E in una azienda sanitaria su tre (37%) si sono verificati episodi di corruzione negli ultimi 5 anni, non affrontati in maniera appropriata". Lo affermano i dirigenti delle 151 strutture sanitarie che hanno partecipato all'indagine sulla percezione della corruzione, realizzata da Transparency International Italia, Censis, Ispe Sanità e RISSC.

"La Sanità - afferma il presidente dell'Autorità nazionale anti corruzione, Raffaele Cantone - per l'enorme giro di affari che ha intorno e per il fatto che anche in tempi di crisi è un settore che non può essere sottovalutato, è il terreno di scorribanda da parte di delinquenti di ogni risma". Dati che parlano da soli e sono la punta di un iceberg di evasione, corruzione e fondi prelevati dalla delinquenza organizzata. Si può fare molto, invertire la rotta, uscire dalla coltre di nebbia verso un cielo radioso. Avremo un Servizio Sanitario sostenibile economicamente, adeguato nelle risposte, rispettoso di ogni cittadino e con una qualità medio alta su tutto il territorio. Un sistema da spendere fuori dai confini nazionali come eccellenza di riferimento. ♥



## Cardiopatici congeniti adulti: una popolazione in costante crescita che la Cardiologia non può trascurare

# GUCH: prendersi cura di bambini e adulti

### Pazienti GUCH: quanti sono?

La disponibilità, a partire dalla metà degli anni '80, di nuove metodiche di correzione ha consentito ai pazienti affetti da cardiopatie congenite anche complesse di raggiungere una sopravvivenza sempre maggiore e di superare gradualmente la prevalenza dei bambini affetti da cardiopatie congenite. In Europa la prevalenza stimata dei pazienti GUCH - acronimo di Grown Up Congenital Heart - è di circa 2.3 milioni, a fronte di 1.9 milioni di pazienti con cardiopatia congenita in età pediatrica. Siamo di fronte a una popolazione crescente di pazienti affetti da cardiopatie complesse che richiedono adeguate competenze cliniche e appropriati modelli organizzativi finalizzati a prevenire e trattare le frequenti complicanze, definire il timing di un eventuale reintervento, favorire un'adeguata qualità di vita e normali relazioni sociali.

### Come identificare correttamente i pazienti GUCH?

Un'appropriata gestione dei pazienti GUCH deve partire da una loro corretta identificazione. Questa affermazione può sembrare banale ma sottintende una riconosciuta difficoltà nella stima della prevalenza dei pazienti GUCH: le differenze riportate in letteratura (2.800/milione in USA, 4.090/milione in Canada) sono compatibili con valutazioni derivanti da casistiche afferenti a centri specialistici che valutano una "popolazione clinica" che non rappresenta la vera

popolazione di una regione per identificare questi pazienti e analizzarne le non poche problematiche. Coinvolgere i pediatri di libera scelta e i medici di medicina generale, attraverso una estrazione di dati dai rispettivi archivi informatici, potrebbe fornire un ulteriore contributo alla corretta identificazione di questi pazienti.

### Come gestire i pazienti GUCH?

L'incidenza di complicanze è frequente nei pazienti GUCH, in cui l'intervento chirurgico o in

## Cardiologi pediatri e Cardiologi dell'adulto sono chiamati a condividere conoscenze e modelli organizzativi atti a garantire un'assistenza completa e duratura ai pazienti GUCH

prevalenza dei pazienti GUCH. I dati preliminari del Registro Piemontese delle cardiopatie congenite nell'adulto, recentemente pubblicati sul Giornale Italiano di Cardiologia<sup>(1)</sup>, sono un esempio virtuoso di collaborazione tra i diversi

centri di una regione per identificare questi pazienti e analizzarne le non poche problematiche. Coinvolgere i pediatri di libera scelta e i medici di medicina generale, attraverso una estrazione di dati dai rispettivi archivi informatici, potrebbe fornire un ulteriore contributo alla corretta identificazione di questi pazienti. L'incidenza di complicanze è frequente nei pazienti GUCH, in cui l'intervento chirurgico o in corso di cateterismo cardiaco ha spesso un effetto palliativo e non totalmente curativo, consentendo di stabilizzare il paziente in una condizione di cronicità che richiede un appropriato follow-up presso centri dotati di specifica esperienza,



idonee strumentazioni, adeguati spazi ambulatori e degenziali. La principale causa di morte è cardiaca: scompenso cardiaco, morte improvvisa per causa aritmica, decesso in corso di reintervento correttivo. Si deve poi aggiungere il rischio di eventi in occasione di chirurgia cardiaca per altre patologie non congenite quali malattia coronarica o valvulopatia, o di chirurgia extracardiaca; infine, il progressivo aumento dell'età media dei pazienti comporta un contestuale incremento di comorbidità. Altre criticità nei pazienti GUCH riguardano una possibile gravidanza, l'idoneità lavorativa, la pratica di attività sportiva e, più in generale, il desiderio di una vita normale a fronte di una frequente condizione di fragilità psicologica. Un position paper del Working Group on Grown Up Congenital Heart Disease della Società Europea di Cardiologia pubblicato nel 2014<sup>(2)</sup> ha sottolineato i vantaggi della gestione dei pazienti GUCH presso centri di riferimento, proponendo specifici requisiti in merito alle competenze professionali (Figura 1) e alla dotazione strumentale (Figura 2) di questi centri; davvero tutto questo è da considerarsi indispensabile? Sembra proprio di sì, perché l'assistenza ed il follow-up dei pazienti GUCH presso centri di riferimento dotati di consolidata esperienza e appropriati strumenti di diagnosi e cura coincide

Adult/paediatric cardiologist with GUCH certification	At least 2
GUCH imaging specialist (echo, CMR, CT)	At least 2
Congenital invasive cardiologist	At least 2
CHD surgeon	At least 2
Anaesthesiologist with CHD experience and expertise	At least 2
Invasive electrophysiologist with GUCH experience	At least 1
Psychologist	At least 1
Social worker	At least 1
Cardiovascular pathologist	At least 1

Figura 1 - Proposta di requisiti, in termini di competenze sanitarie, dei centri specialistici per la cura dei pazienti GUCH (da Baumgarten et al, Eur Heart J 2014(2))

ECG	
Holter monitoring	
Stress ECG	
Ambulatory blood pressure monitoring	
Event recorder	
Cardiopulmonary exercise testing	
Echocardiography (including transoesophageal echo, 3D echo)	
CMR imaging	
Cardiac computed tomography	
Catheterization laboratory	
Electrophysiology laboratory	
Pacemaker/ICD implantation	
Pacemaker/ICD after-care equipment	
Cardiac surgery operating room	

Figura 2 - Proposta di requisiti, in termini di dotazioni diagnostiche strumentali, dei centri specialistici per la cura dei pazienti GUCH (da Baumgarten et al, Eur Heart J 2014(2))



con un significativo miglioramento della prognosi, specie in presenza di cardiopatia congenite complesse<sup>(3)</sup>.

### **La cura dei pazienti GUCH è prerogativa dei soli Cardiologi pediatri?**

A fronte di una notevole esperienza nell'ambito delle cardiopatie congenite, i Cardiologi pediatri hanno comprensibili difficoltà nel seguirne l'evoluzione a lungo termine in età adulta dopo la correzione chirurgica; ma proprio i dati di follow-up a lungo termine possono fornire importanti indicazioni sulla efficacia dei trattamenti correttivi. Un esempio: gli interventi secondo Mustard e Senning, risultati efficaci in età pediatrica nei pazienti con trasposizione delle grandi arterie, non mantenevano analoghi vantaggi nell'età adulta; questa revisione critica, basata su campioni statisticamente adeguati di pazienti, ha consentito di modificare l'approccio chirurgico passando all'*arterial switch*, che ha dimostrato benefici più duraturi. Inoltre, una competenza solo pediatrica non consentirebbe di affrontare in modo appropriato le possibili nuove patologie - prevalentemente cardiache - che si sviluppano in questi pazienti con l'avanzare dell'età. Cardiologi pediatri e Cardiologi dell'adulto sono chiamati e condividere conoscenze e modelli organizzativi atti a garantire un'assistenza completa e duratura ai

pazienti GUCH. La condivisione delle conoscenze e delle rispettive casistiche appare fondamentale anche ai fini di un'appropriata analisi statistica di queste complesse cardiopatie: l'incidenza relativamente bassa di eventi non consente infatti di valutare adeguatamente l'efficacia degli interventi se non riunendo campioni adeguati di popolazione di pazienti. La condivisione delle competenze e delle casistiche costituisce la premessa per un'efficace sinergia nella gestione dei pazienti GUCH. Esistono in Italia diversi modelli di gestione di questi pazienti, in alcuni casi basate sulla collaborazione funzionale tra aziende sanitarie diverse che condividono protocolli, risorse umane e spazi di cura<sup>(4)</sup>; l'analisi e la condivisione di queste esperienze può portare un notevole contributo alla realizzazione di efficaci sinergie nella gestione dei pazienti GUCH.

### **Quale il potenziale ruolo dell'ANMCO nella gestione dei pazienti GUCH?**

Come ben dimostrato dal già citato Registro Piemontese, l'unione delle competenze della rete assistenziale cardiologica - pediatrica e dell'adulto - può consentire di avere un quadro più preciso del "pianeta GUCH". Una chiamata ad una "raccolta dati" da parte dell'ANMCO ai propri Soci ed ai Centri cardiologici ospedalieri potrebbe costituire un efficace completamento delle informazioni

oggi provenienti per lo più dai centri di Cardiologia pediatrica. Il confronto tra le associazioni scientifiche delle due Cardiologie - pediatrica e dell'adulto - può porre le basi per la organizzazione di un percorso assistenziale condiviso dei pazienti GUCH e per una raccolta dati che consenta di validarne l'efficacia. Un appropriato programma formativo per i giovani Cardiologi di oggi può prepararli a gestire i pazienti GUCH di domani e rafforzare le peculiari competenze della nostra Cardiologia, attualmente messe troppo spesso in discussione nell'ambito di modelli ospedalieri quali, per esempio, quello per intensità di cura. ♥

#### Bibliografia

- 1) Marzullo R, Bordese R, Bassignana A et al. "Risultati iniziali e prospettive future del Registro Piemontese delle Cardiopatia Congenite dell'Adulto". *G Ital Cardiol* 2016; 17 (3): 225-233.
- 2) Baumgarten H, Budts W, Chessa M et al. "Recommendations for organization of care for adults with congenital heart disease and for training in the subspecialty of 'Grown Up Congenital Heart Disease' in Europe: a position paper of the Working Group on Grown-up Congenital Heart Disease of the European Society of Cardiology". *Eur Heart J* 2014; 35: 686-690.
- 3) Mylotte D, Pilote L, Ionescu-Ittu R et al. "Specialized Adult Congenital Heart Disease Care. The impact of policy on mortality". *Circulation* 2014; 6: 1804-1812.
- 4) De Caro E, Bondanza S, Calevo MG et al. "Tricuspid annular plane systolic excursion for the assessment of ventricular function in adult operated on with mustard procedure for complete transposition of the great arteries". *Congenit Heart Dis* 2014; 9 (3): 252-258.



## Piccola Storia della Medicina Cardiovascolare

# Il Cuore nella seconda metà del Settecento: in Italia

Nella seconda metà del Settecento le Università italiane attiravano ancora alcuni medici di fama; in particolare a Pavia **Samuel Auguste David Tissot** (1728-1797), che aveva pubblicato a Losanna l'*Avis au peuple sur sa santé*, testo di medicina divulgativa, fu il primo professore universitario a tenere lezioni di clinica medica presso l'Ospedale San Matteo. Il suo successore, il renano **Johann Peter Frank** (1745-1821), elaborò una radicale riforma degli ospedali lombardi e un nuovo piano di studi, caratterizzato da un modello innovativo di rapporto tra sanità e

società, rompendo una tradizione semimillenaria con l'apertura delle facoltà mediche anche a giovani provenienti dalla piccola borghesia. Il suo influsso si esercitò anche sui nuovi ordinamenti didattici degli studi medici, in cui si prevedeva un tirocinio pratico in corsia in aggiunta ai corsi in aula; nel *piano didattico* del 1773 stabilì per gli studenti la regola di procedere, oltre all'accurato esame clinico dei pazienti e all'osservazione degli interventi chirurgici, alla dissezione dei cadaveri in caso che tali malati soccombano alla morte: *e l'osservare minutamente l'affezione di tutte le parti interessate, o*

*sospette, per riscontrare le vere cagioni delle malattie in cui chi esercitava la medicina potesse scoprire le alterazioni nascoste, correggere gli errori commessi e curare le malattie sconosciute con maggiore cognizione.* Direttore Generale degli Affari Medici del Lombardo Veneto, Frank, col suo autorevole *System einer vollständigen medicinischen Polizey* (Sistema compiuto di polizia medica) diede inoltre fondamento all'igiene moderna. Nel 1792 distinse, infine, su indicazione dello speciale Francesco Marabelli, il diabete mellito da quello insipido.

### Spallanzani

I microscopi, sia pur ancora rudimentali, avevano consentito l'osservazione dei protozoi, che furono detti infusori, in quanto presenti nei liquidi. L'irlandese John Turbeville Needham aveva ipotizzato che questi microorganismi derivassero dal fluido per generazione spontanea, tesi peraltro condivisa da Georges Buffon, il più grande naturalista dell'epoca. Nel 1765, col *Saggio di Osservazioni microscopiche concernenti il sistema della generazione de' Signori Needham e Buffon*, l'abate gesuita Lazzaro Spallanzani, nativo di Scandiano (Reggio Emilia), confutò la falsità della tesi della generazione spontanea, dimostrando che liquidi contenenti microorganismi, se bolliti e sigillati, non danno più origine a



Lazzaro Spallanzani (1729-1799)



Frontespizio dell'opera di Spallanzani



crescita batterica (per tale motivo Pasteur lo riverì come il più grande scienziato mai esistito). Spallanzani fece dell'esperienza la base delle sue ricerche, che condusse anche nel settore della fisiologia, raggiungendo importanti risultati per quanto riguarda la fecondazione, la digestione, la respirazione (verificò per via sperimentale l'esistenza degli scambi gassosi respiratori nel sangue, correlando il consumo di ossigeno con la respirazione tessutale) e la circolazione, che esaminò in vari animali: salamandre, lucertole, ramarri, rane degli alberi e nel pulcino appena sgusciato; dimostrò così la presenza dei capillari nel pollo, chiudendo il cerchio del circolo sanguigno anche negli animali a sangue caldo e deducendo che le estremità delle arterie continuassero ad imboccarsi con le estremità delle vene. Dai suoi esperimenti, pubblicati in *Dell'azione del cuore nei vasi sanguigni*, ricavò che l'impulso del cuore sostiene la circolazione in tutto l'albero arterioso fin nei minimi capillari, nei quali il sangue scorre con pari velocità a quello delle

arterie. Nelle vene poi il sangue prima si muove lentamente, poi si arresta e si ristagna, talvolta le vene rimangono vuote o cancellate, fin quasi a rimaner inermi. Inoltre, vide che in ogni sistole il cuore si vuotava del sangue e osservò per la prima volta i globuli bianchi. **Anatomisti, chirurghi e fisiologi**

L'anatomia era ancora un patrimonio dei medici dotti, che conoscevano il latino e i trattati, e non dei chirurghi, personaggi di secondo piano, nella maggior parte dei casi barbieri, che non avevano avuto un'istruzione classica e nessun accesso alle opere scientifiche. **Felice Fontana** (1730-1805), abate e prezioso consigliere del granduca di Firenze, ebbe l'idea, per istruire i chirurghi, di allestire calchi in cera di preparati anatomici. L'utilità fu notevole, anche perché gli atlanti a colori costavano moltissimo e in assenza delle tecniche del freddo era difficile conservare i cadaveri. Fontana allestì al *Museo della Specola* di Firenze, con l'aiuto di abili artisti e di vari anatomici, una vera e propria officina di ceroplastica, in cui si facevano calchi in gesso dei cadaveri

**"È l'osservare minutamente l'affezione di tutte le parti interessate, o sospette, per riscontrare le vere cagioni delle malattie"**

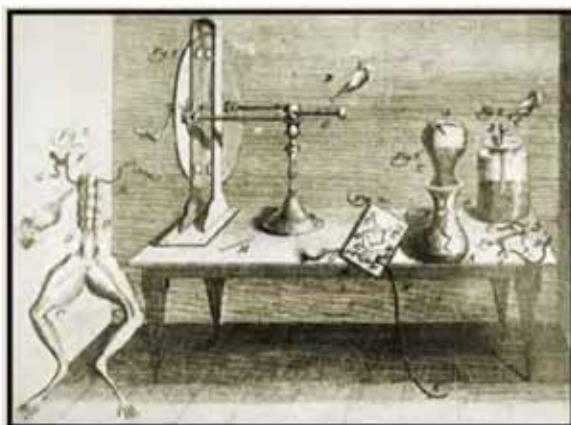
o del singolo organo in esame (ad esempio il cuore), che prima dell'indurimento si aprivano in due con una cordicella e si riempivano di cera; poi la cera veniva colorata ed infine la mano dello scultore rifiniva il tutto. Le cere anatomiche furono così prodotte su larga scala a Firenze e poi diffuse in tutta Europa.

**Giovanni Alessandro Brambilla** (1728-1800), arruolato nell'esercito austriaco come chirurgo, divenne il medico di Giuseppe II, primogenito di Maria Teresa, imperatrice d'Austria, e promosse lo sviluppo della chirurgia nell'Europa centrale. Ottenne che ai chirurghi venisse insegnato il latino, per poter studiare i testi scientifici e per essere quindi messi alla pari dei medici. Fece arrivare da Firenze delle splendide cere anatomiche al fine di istruire gli allievi in anatomia umana e, grazie a lui, fu fondata la grande accademia chirurgica di Vienna, la *Josephs Akademie*. Riuscì così a parificare medici e chirurghi; nelle università imperiali asburgiche è presente, infatti, un simbolo: due donne, entrambe togate, che si tengono per mano e rappresentano rispettivamente: una la medicina, l'altra la chirurgia, poste al di sopra di una scritta: *In unione salus*.

Nel Regno delle due Sicilie **Domenico**



Luigi Galvani (1737-1798)



Esperimento di Luigi Galvani



Antonio Scarpa (1752-1832)



Disegno anatomico di Antonio Scarpa

**Cotugno** (1736-1822) mostrò i suoi interessi per l'*anatomia sottile*, cioè la ricerca dei piccoli e nascosti meccanismi che compongono il nostro organismo e notò per la prima volta la presenza di albumina nelle urine dei nefropatici.

**Michele Araldi** (1740-1813) modenese, fu successore di Scarpa a Pavia. Poco conosciuto è il contributo da lui offerto all'emodinamica. I suoi interessi tendevano verso l'aspetto fisico-meccanico della fisiologia. Si chiese fin dove si estendeva la forza e l'influenza del cuore nel circolo sanguigno e, da buon anatomico, descrisse con precisione le strutture degli organi utili a tal fine, determinando il verso della corrente sanguigna nelle arterie e nelle vene della coscia del cane. Nel *Della forza del cuore e del suo influsso nel circolo del sangue*, espose, in maniera compiuta, le sue riflessioni sulla circolazione

del sangue, e cercò di provare che i movimenti della macchina animale non si sottraggono alle leggi generali della meccanica, mentre nelle *Riflessioni fisiche sulla circolazione del sangue* è contenuta una nutrita nota sulla confusione delle idee regnante sulle anastomosi, di cui offre una chiara descrizione.

Il veneto **Antonio Scarpa**, allievo di Morgagni, che ebbe la cattedra di anatomia e chirurgia alle Università di Modena e Pavia, dove allestì il famoso teatro anatomico, contribuì grandemente alla definizione dell'anatomia topografica, ed è considerato, insieme a Hunter il fondatore dell'Anatomia Chirurgica (la chirurgia basata sulla conoscenza pratica dell'anatomia). Scarpa scoprì i nervi del cuore, descrisse il triangolo anatomico femorale alla radice della coscia, denominato appunto triangolo dello Scarpa, e diede importanti

contributi pratici al trattamento chirurgico degli aneurismi col metodo dello spianamento e del ravvicinamento delle pareti opposte dell'arteria. Egli eseguiva la legatura passando sotto l'arteria due nastri incerati, poi applicava un piccolo cilindro di tela ed allacciava la legatura sul cilindro. Fece numerose esperienze sugli animali, dimostrando che le arterie s'infiammano con facilità attraverso la semplice pressione, di conseguenza rendendo più facile l'aderenza. Scarpa illustrò tutte queste scoperte anatomiche non solo con pubblicazioni scientifiche, ma anche attraverso splendide riproduzioni in cera.

**Giacomo Tommasini** (1768-1846) dimostrò, tramite notevoli esperimenti, che il sangue continua a circolare nelle arterie anche dopo il distacco dell'aorta dal cuore, che la velocità del sangue non diminuisce



nelle tortuosità e negli angoli delle arterie, che in alcuni animali a sangue freddo il sangue si ferma al momento della diastole, e si rimette in corso nella sistole, che il sangue dal taglio di una vena non esce a salti, ma con un getto sempre costante ed eguagliabile. Egli riteneva che la circolazione nei vasi si compie

**Il sangue prima si muove lentamente, poi si arresta e si ristagna, talvolta le vene rimangono vuote o cancellate, fin quasi a rimaner inermi**

per azione propria degli stessi vasi, secondo le leggi dell'eccitamento vitale, indipendentemente dall'impulso e dall'urto. Nel 1776 esce la pubblicazione di **Giuseppe Magni**, *Nuove osservazioni microscopiche sopra le molecole rosse del sangue*, cui seguirà, quattro anni dopo, quella di **Giovanni Della Torre** (1713-1782) (*Nuove osservazioni microscopiche*); nel 1784 **Paolo Mascagni** (1755-1815) (autore del calco del cuore e dei polmoni presente in queste pagine) riceve dall'*Académie des Sciences* di Parigi un premio speciale per i suoi studi sui vasi linfatici. Nel 1791, nel *De viribus electricitatis in motu musculari commentarius*, **Luigi**

**Galvani**, professore di anatomia all'Università di Bologna, dimostra la presenza di forze bioelettriche nei tessuti vivi, attraverso la descrizione di una serie di celebri esperienze sulle rane (anche se, secondo alcuni, parte del merito andrebbe riconosciuto alla moglie, la quale, mentre cucinava

delle rane, toccò con un cucchiaino di bronzo le zampe dell'animale notando che si contraevano). Galvani, ad ogni modo, ipotizzò l'esistenza di una relazione fra elettricità e vita, definita *elettricità intrinseca* all'animale che produce la contrazione dei muscoli, che, oltre ad essere dei rivelatori sensibilissimi, erano dei "serbatoi" di elettricità. In una rivista come la nostra non possiamo non ricordare, infine, che nel 1762, a Venezia, ad opera di **Pietro Orteschi**, inizia la pubblicazione del *Giornale del Medico*, il primo periodico italiano dedicato alla medicina. ♥



*Cera anatomica di cuore e polmoni Museo della Specola, Università di Firenze*





# Citizen Kane e Orson Welles

## Quarto Potere

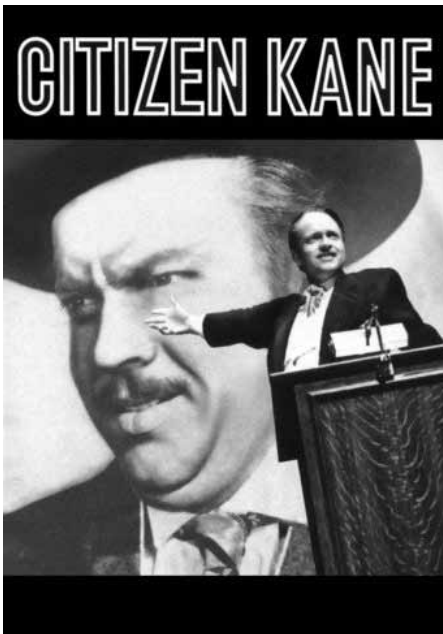
**N**ei 120 anni della sua storia, tanti gli autori che hanno nobilitato la settima arte, partendo dagli esordi, gli ideatori Lumière, poi Georges Méliès, continuando con David Wark Griffith, Sergej Michajlovijzenštejn, Fritz Lang, Marcel Carné, Jean Renoir, John Ford, sino agli anni a noi più vicini con Hitchcock, Welles, Kurosawa, Bergman, Fellini, per concludere ai nostri giorni con i Dardenne, i fratelli Coen, Eastwood. Soltanto alcuni esempi nel vasto panorama del cinema. Ugualmente numerose le correnti o i movimenti come espressionismo tedesco,

surrealismo, realismo poetico francese, noir americano, neorealismo italiano. Senza trascurare i diversi generi. La serie di articoli che desideriamo inserire nel nostro giornale, inaugurati con "Cinema e Medicina", vuole soltanto proporre, periodicamente, semplici riflessioni su Film, Autori, Correnti che hanno illuminato il cinema mondiale. Appunto per questo inquadramento si riferiranno prevalentemente a opere del passato. Senza escludere comunque quelle della nostra epoca.

Mario Chiatto

«Appartengo ad una generazione di cineasti che hanno deciso di fare film avendo visto Citizen Kane» ha dichiarato Francois Truffaut. Un riconoscimento all'opera e al suo Autore da parte di uno tra i più illustri esponenti della "nouvelle vague" francese. Non v'è, in verità, chi non riconosca in Orson Welles uno degli Autori che ha dato una svolta intensa ed originale al Cinema Mondiale in termini di contenuto e di linguaggio. Attore, sceneggiatore, regista radiofonico, teatrale e cinematografico, talento naturale, uomo geniale. Come per tutti i geni, la sua vita, conclusa nel 1985, viene tramandata tra storia e leggenda. Appartiene verosimilmente alla leggenda quando si racconta che all'età di due anni avrebbe chiesto alla mamma di leggergli non una versione per bambini dei

drammi di Shakespeare, ma l'intero testo originale. Ma il resto è storia vera. Bambino prodigio, a tre anni, debutta come comparsa in un'opera al teatro di Chicago. A 16 anni riesce a farsi assumere come attore, e poi persino come regista, in due teatri di Dublino. Attore e regista di successo in seguito, al ritorno in America, nei teatri di New York. Una frenetica attività artistica trasferita a trasmissioni radiofoniche culminate nel 1938 (Welles aveva 23 anni) nella celebre messa in onda di "La guerra dei mondi" realizzata con tanta veridicità degli avvenimenti narrati da scatenare in milioni di americani il terrore che l'invasione della terra da parte dei marziani fosse realmente avvenuta. Una genialità che può essere sfruttata per il Cinema. Si aprono le porte di Hollywood e la RKO gli offre un contratto con una formula singolare, quasi unica: risultare contemporaneamente produttore, regista, sceneggiatore, attore di due film. Tenta di realizzare il suo primo lungometraggio con un adattamento di "Cuore di tenebra" di J. Conrad. Intende girare il film quasi interamente in soggettiva. Fare in modo che lo spettatore veda il film come lo vive il protagonista. Un modo rivoluzionario di fare Cinema che la RKO non accetta. Tuttavia la tenacia è pari alla genialità. Welles lavora intensamente ad un soggetto



Locandina di "Citizen Kane"



originale, in collaborazione con lo sceneggiatore Herman Mankiewicz. Vi si narra dell'ascesa e della caduta di un magnate della stampa, Charles Foster Kane. Il testo subisce ben 6 stesure e il 1941 esce finalmente "Citizen Kane", il film che i critici di tutto il mondo hanno considerato come il più bello della storia del Cinema. Welles, nella sua lunga carriera, ha realizzato un numero limitato di film, alcuni massacrati dalla arbitraria revisione della produzione, e visti quindi da noi sotto un aspetto a volte diverso rispetto a quello voluto dall'Autore. Film monumentali sono "L'Orgoglio degli Amberson", "L'infernale Quinlan", "La Signora di Shanghai". Ma "Citizen Kane", proprio il film d'esordio, resta il più rappresentativo della originalità e della genialità di George Orson Welles.

### Il film: "Citizen Kane" (Quarto Potere)

La voce, fuori campo, di un cinegiornale, annuncia la morte del "grande" Charles Foster Kane, proprietario di giornali e catene radiofoniche, collezionista di opere d'arte accumulate nel castello di Xanadu. Kane (interprete Orson Welles) muore nel suo castello dorato in completa solitudine. Ha in mano una sfera di cristallo che contiene al suo interno un paesaggio innevato. La sua ultima parola è "Rosebud" (nella versione italiana "Rosabella"). Un giornalista di nome Thompson conduce una inchiesta per scoprire il senso dell'ultima parola pronunciata. Il suo parere è che le ultime parole di un uomo possono spiegare i misteri della sua vita. Intervista persone che conoscevano bene Kane, che lo avevano amato o odiato. Legge



*Divieto di accesso al Castello di Xanadu*

il diario del tutore di Kane, che lo aveva sottratto, bambino, alla sua famiglia, per destinarlo ad un futuro economicamente e socialmente migliore. Incontra la seconda moglie Susan Alexander, ormai alcolizzata e depressa; Bernstein compagno nelle avventure giornalistiche; Leland,

migliore amico di Kane, critico teatrale. Infine il maggiordomo Norton. Kane aveva trasformato un piccolo giornale in una pubblicazione a tiratura nazionale. Aveva tentato senza successo di entrare in politica. Voleva fare una star musicale di grande successo della seconda moglie



*Orson Welles*



*Orson Welles dirige Citizen Kane*

Susan, dotata di poco talento e di poca ambizione. Giunge a licenziare il suo migliore amico Leland che, critico teatrale, scrive articoli obiettivi sulla mediocre cantante. La seconda moglie Susan Alexander, costretta ad abbandonarlo, lo ricorda come un incubo da cui non riesce a liberarsi. In conclusione chi era Kane? Lo stesso Welles in una intervista cerca di spiegarlo: “Cinque interviste

raccontano storie diverse su Kane. Alla fine la verità potrebbe essere dedotta soltanto dalla somma di tutto quello che si è detto su di lui, come d'altronde ogni verità su un individuo. Amava soltanto sua madre oppure solo il suo giornale, o solo la sua seconda moglie. Amava tutte queste cose oppure non ne amava nessuna. Il pubblico è l'unico giudice. Kane era insieme egoista e

disinteressato. Contemporaneamente un idealista e un imbroglione, un uomo grandissimo e un uomo mediocre. Dipende da chi ne parla”. Welles inaugura un nuovo modo di fare cinema rispetto alla tradizionale impostazione hollywoodiana. Se dal punto di vista narrativo il film si inquadra come una inchiesta giornalistica, da quello strutturale le numerose interviste volte a conoscere la personalità di Kane si risolvono in flashback ad incastro, senza che si giunga alla soluzione del mistero dell'uomo Kane, introducendo volutamente nello spettatore dubbi e ambiguità. Le inquadrature sono ugualmente rivoluzionarie con l'impiego costante di luci e ombre, come nel cinema espressionista tedesco. Il piano sequenza e la profondità di campo eseguite con il magistrale intervento del direttore della fotografia Gregg Toland danno una visione decisamente innovativa. Così pure l'uso del grandangolo che allarga l'immagine in senso verticale e orizzontale. Le riprese dall'alto o dal basso schiacciano le persone o le cose, o, al contrario, le ingigantiscono, secondo le esigenze del racconto. In conclusione lo spettatore non accetta passivamente quanto gli viene presentato. Ma deve parteciparvi attivamente. Vale ad esempio il tentativo di interpretazione della parola “rosebud” (bocciolo di rosa) e della sfera di cristallo. Nel finale del film tra le tante cose da bruciare di Charles Kane, l'attenzione è posta su una slitta. Si ricollega ad una immagine fondamentale all'inizio del film, nel momento in cui la mamma firma il contratto per affidare il bambino al tutore. In profondità, attraverso le vetrate di una finestra,



*Sfera in mano a Kane mentre muore*

si vede il piccolo Kane mentre gioca sulla neve. Si può interpretare la scena iniziale con la sfera innevata in mano a Kane e la parola “Rosebud”. Kane sul punto di morte rimpiange la felicità della fanciullezza forzosamente interrotta. Il giornalista Thompson non era riuscito a risolvere il quesito sul significato di “Rosebud”. Lo spettatore probabilmente sì. Una delle tante meraviglie da ammirare in “Citizen Kane”. Non ebbe un gran successo all’esordio “Citizen Kane”: Per l’aspetto nuovo e profondamente diverso della esecuzione. Per la campagna di ostruzione messa in atto da Randolph Hearts, magnate della editoria, che riteneva essere l’ispiratore del personaggio di Kane. Era vero in gran parte. Ma il film

di Welles supera di gran lunga una comune biografia. Se non nella vicenda, nel senso conclusivo. La stessa considerazione può trarsi per il titolo italiano “Quarto Potere”. In questo articolo volutamente lo abbiamo trascurato. Limitare attraverso il titolo la storia di Charles Kane al potere della stampa riduce notevolmente il significato ed il valore del film. Citizen Kane descrive un uomo, magnate della editoria è vero, ma soprattutto un Monarca che vive di assolutismo, che conquista potere e denaro, ma risulta alla fine infelice e muore in completa solitudine, da tutti abbandonato. È il “sogno americano” che mostra la sua fragile consistenza. Kane, con il suo delirio di grandezza, si è costruito

un “castello dorato”, che sembra alla fine potersi meglio definire “prigione dorata” rigidamente chiusa da un reticolato dove appare la scritta “NO TRESPASSING” (vietato l’accesso). Senza grande successo alla sua uscita, “Citizen Kane” si è presa una ampia rivincita nei decenni successivi. Osannato dalla critica e dal pubblico è considerato tra i più grandi film di tutti i tempi, anzi il più grande. La rivista “Sight and Sound” interpellava ogni 10 anni centinaia tra i migliori Autori e Critici di tutto il mondo. Dal 1962 al 2002 “Citizen Kane”, per 5 volte consecutive, è stato votato come il più bel film della Storia del Cinema. Solo nel 2012 al secondo posto dopo “Vertigo” (La donna che visse due volte) di Hitchcock. ♥



Uno spazio dedicato alla fotografia e a quelli che la praticano

# Uno sguardo sul mondo

“Cardiologia negli Ospedali” ospita da questo numero una nuova rubrica dedicata alla fotografia

Si chiama “Uno sguardo sul mondo” e ospiterà le foto che i lettori vorranno inviarci



*Migranti, Cosenza 2007*

**H**o accettato volentieri l'invito a curare per “*Cardiologia negli Ospedali*” una rubrica dedicata alla fotografia. Naturalmente non sono un fotografo, ma *frequento* il settore da più di quarant'anni, da quando il digitale non era nemmeno

immaginabile e le foto prendevano forma come per magia alla luce giallo-verde di improvvisate camere oscure, ricavate in piccoli ambienti domestici dove, di notte, si posizionavano ingranditore, provinatori, bagni di sviluppo e fissaggio, termometri,

mollette e fili per mettere ad asciugare le stampe. Alcune delle macchine dei nostri sogni avevano nomi che non esistono più: Topcon, Zenit, Miranda, Petri, Minolta, Voigtlander; le ottiche erano fisse, gli zoom erano praticamente inesistenti

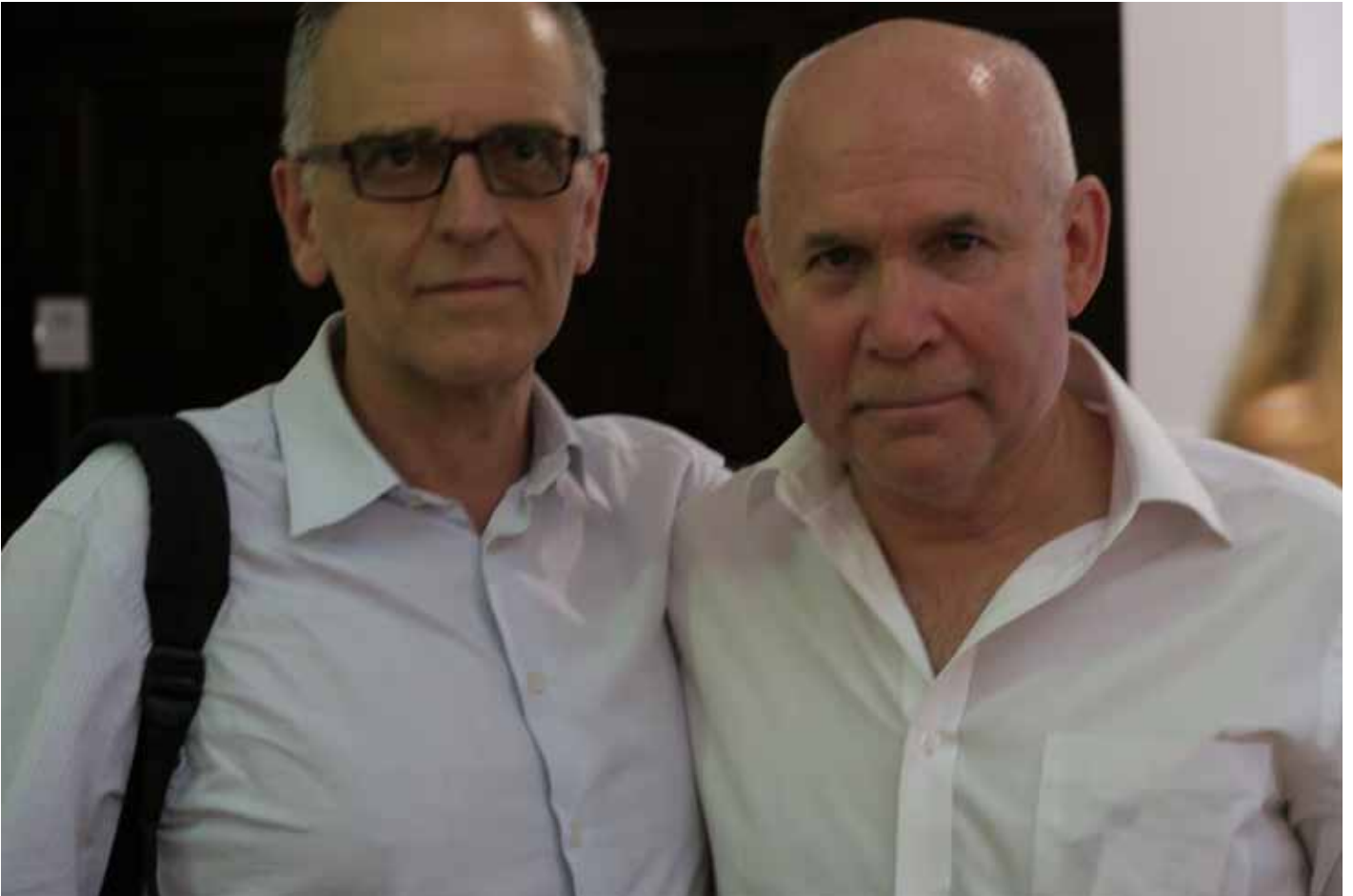


*Quelli che hanno visto la Primavera ..., Praga 2004*

o quantomeno sconosciuti, o non abordabili ai più. Molte macchine erano prive di esposimetro, con impostazioni di tempo e diaframma rigorosamente manuali, e, per fare buone foto era necessario *studiare* con una certa costanza su riviste specifiche, tra le quali spiccava per ricchezza di informazioni tecniche *Fotografare*, fondata e diretta da un tal Cesco Ciapanna, una sorta di *New England* del settore. Sono sicuro che molti lettori della rivista hanno una *storia fotografica* simile a quella che ho tracciato lasciandomi andare ai ricordi personali (e me ne scuso); è in primo

luogo a loro che si rivolge la rubrica. Condividiamo la fortuna di aver visto nel corso della vita una vera e propria rivoluzione tecnologica, simile e per molti aspetti parallela a quella avvenuta nell'informatica. A pensarci bene però questa rivoluzione ha riguardato solo le modalità applicative della fotografia (molte immagini vengono oggi scattate con dispositivi non specificamente dedicati, sono scomparse le pellicole, poche fotografie vengono stampate e la maggior parte di esse è destinata al sonno eterno sui nostri Hard Disk) perchè l'essenza di una foto è rimasta la stessa, si tratti dei primi scatti

**L'essenza di una foto è rimasta la stessa, si tratti delle prime immagini realizzate all'inizio dell'800 dai fratelli Niépce o di quelle ottenute con un moderno telefonino**



Con Steve Mc Curry

realizzati all'inizio dell'800 dai fratelli Niépce o di quelli ottenute con un moderno telefonino: *“uno sguardo sul mondo”*, un fermo immagine su un tempo che non si ripeterà più e di cui abbiamo catturato e conservato la luce. Mi piace fotografare le *persone*, e come tutti i dilettanti ho dei modelli nei grandi maestri della fotografia, che cerco di imitare: Steve Mc Curry in primo luogo, Nich Ut, Cartier-Bresson. Guardando i loro scatti ho capito che gli occhi possono raccontare un'istante di vita o un'intera esistenza, e ogni volta che ho con me la fotocamera cerco di catturare *sguardi*. Su questo

numero ne troverete alcuni, non solo di uomini, tra quelli che mi hanno *raccontato una storia* che spero possa essere letta anche da voi.

PS: Qualche mese a Milano ho incontrato Steve McCurry. Gli ho chiesto una foto ricordo. Abbiamo parlato un po' di fotografia. La sorpresa più grande è stata scoprire che è più piccolo di me. I miti, soprattutto quando frequentano terre rischiose, li immagini grandi e... grossi, ma spesso e per fortuna sono persone normali. ♥

**Non cerchiamo solo opere d'arte, cerchiamo immagini che, oltre alla qualità tecnica sappiano trasmettere l'emozione di un momento di vita, di lavoro, di viaggio**



IN MEMORIA DI...

DI PIETRO ZONZIN E FRANCO CASAZZA



L'interesse per la malattia trombo embolica polmonare testimoniato dall'ampia attività scientifica si affianca nel Professore ad una vasta cultura umanistica, storica e linguistica

# Mario Morpurgo

## cardiologo insigne e maestro di vita



*Il Dottor Pietro Zonzin insieme al Prof. Mario Morpurgo*

**L**a Treccani così definisce il termine *signorilità*: [der. di signorile] “Il fatto di essere signorile... con riferimento a persona che possiede e mostra educazione, finezza, raffinatezza”. Questo è l'aspetto che, assieme alla sobria eleganza poteva certamente colpire di primo acchito coloro che avevano la ventura di incontrare il Professor Mario Morpurgo. Se poi

avevi la fortuna, che noi abbiamo avuto, di frequentarlo a lungo, potevi apprezzare un altro tratto essenziale, l'umiltà: non ha mai fatto pesare la sua appartenenza al gotha della cultura europea. Nel suo curriculum compare infatti oltre alla libera docenza in geriatria e in semeiotica medica, il ruolo di Primario di Cardiologia all'Ospedale San Carlo di Milano e di consulente

della Organizzazione mondiale della Sanità (Ginevra). Era inoltre Membro e Chairman del Working Group delle Malattie del Circolo Polmonare della Società Europea di Cardiologia, Membro del Direttivo della Società Italiana di Cardiologia, Fellow della Società Tedesca di Cardiologia, Autore di circa 200 pubblicazioni, prevalentemente a carattere cardiorespiratorio, su riviste





italiane e straniere ed infine Autore o co-Autore di numerosi volumi di Cardiologia, Geriatria, Pneumologia, Medicina Interna, italiani e stranieri. L'attenzione appassionata del Prof. Morpurgo per la embolia polmonare – ne era affettuosamente definito il “padre” – era ben nota ai Cardiologi grazie alle sue “lecture” in occasione dei più importanti congressi italiani ed europei. Ma la sua collaborazione con l'ANMCO quando e come nasce? Nel 1968 quando su mia istanza il Presidente, Nicola Mininni, con il benestare del Presidente SIC Peter Schwartz, istituisce la Commissione ANMCO-SIC per le “Linee Guida per la profilassi, diagnosi e terapia della tromboembolia polmonare”, composta da G. Agnelli, F. Casazza, G. Favretto, C. Giuntini, M.

Eravamo allora presi da un fuoco sacro che ci induceva ad appartarci dal gruppo, suscitandone il sorriso interrogativo, per esaminare le ultime notizie provenienti dall'ESC. A parte la proposta innovativa, “rivoluzionaria” di sostituire “il concetto classico, essenzialmente anatomico/topografico, ma non del tutto univoco, di embolia ‘massiva’ e ‘non massiva’ con quello funzionale, e più accessibile nella sua immediatezza, di condizione ‘critica’ e ‘non critica’” nel nostro Commento non vi imbatteste mai in inutili inglesismi per i quali il Prof. Morpurgo mostrava giusta insofferenza. Un aspetto non a tutti noto era la passione per i viaggi, con intelligente intento culturale, sempre alla ricerca di vestigia della medicina. La necessità di una visione

*The pneumologist says: “The heart is only a small organ between the left and the right lung”. The cardiologist answers: “The lungs are but conduits between the right and the left side of the heart!”.*

*The second reason, which has more solid grounds, originates from the concept of “cardiopulmonary unit”, suggested by Weber in the 1980s and later developed by Scherf and Cassidy in their treatise on “Heart-lung interactions in health and disease” and by the recent journal literature. In view of the well-known mechanical, nervous and humoral features of heart-lung interactions, this issues aims at an interdisciplinary approach...».*

Altro dato saliente della sua personalità: la riservatezza, la bonomia, l'equanimità, la ricerca della verità scevra da qualsiasi

## Fruttuosa è stata la collaborazione con l'ANMCO nel comune intento di sensibilizzare il mondo cardiologico allo sviluppo di Linee Guida per la profilassi, diagnosi, e terapia della tromboembolia polmonare e dell'ipertensione arteriosa polmonare

Morpurgo, C. D. Vizza, P. Zonzin (coordinatore). Poiché erano già in fase di elaborazione quelle europee la Commissione ritenne opportuno non redigere Linee Guida italiane ma elaborare un “Commento alle Linee Guida della Task Force sull'Embolia Polmonare della Società Europea di Cardiologia” apparso poi nel 2001 sul supplemento di *Ital Heart J*. Da quel momento si instaurò tra me e Mario un rapporto di collaborazione e di sincera amicizia che si manifestava non solo in occasione delle frequenti, accese riunioni a Firenze della commissione, ma forse soprattutto in convegni della FIC all'estero.

interdisciplinare della malattia trombo embolica è chiaramente espressa nella prefazione alla monografia su “Modern aspects of pulmonary embolism and pulmonary arterial hypertension” apparsa nel 2005 su *Italian Heart Journal* vol 6/ n10:

*«...the pulmonary circulation does not refer just to pulmonary embolism and pulmonary hypertension, neither is ever more the “nobody’s land” as stated in the past. Planning of the contributions was based on two major hints. The first one dates as far back as the 1960s and moves from a story from overseas about a talk between a pneumologist and a cardiologist.*

sciovinismo, financo culturale. Eccone un'espressione illuminante ancora tratta dalla monografia sopramenzionata: «From a “political” viewpoint, this issue represents the fruitful cooperation between hospital and university healthcare professionals and we hope this will be the starting point for future developments that should include every medical component involved in care provision».

Con questa ammonizione, con questi auspici è nata nel 2002 l'Area ANMCO Malattie del Circolo Polmonare, che ora perde un appassionato mentore... ♥



**AUGURI  
DI BUONE FESTE  
E FELICE ANNO  
NUOVO**



*La Redazione di "Cardiologia negli Ospedali"*



# CARDIOLOGIE APERTE 2017

## Dedicato al Cuore



per il tuo cuore



**Dal 12 al 19 febbraio** appuntamento con le iniziative di prevenzione di **Cardiologie Aperte!** Vai su **[www.periltuocuore.it](http://www.periltuocuore.it)** e consulta il programma della Cardiologia più vicina a te.

Potrai anche aderire gratuitamente alla **Banca del Cuore**, il progetto nazionale di prevenzione cardiovascolare che ti permette di effettuare un elettrocardiogramma e ricevere la tua card **BANCOMHEART** personale: tutti i dettagli su **[www.bancadelcuore.it](http://www.bancadelcuore.it)**.

In più, quest'anno la **Prevenzione Cardiovascolare arriva direttamente da te!** La **Banca del Cuore** sarà infatti **in tour per l'Italia**: sempre su **[www.bancadelcuore.it](http://www.bancadelcuore.it)** puoi scoprire quando e in quale piazza si fermerà il truck, dove potrai effettuare un check cardiovascolare gratuito.



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**



**BANCA DEL CUORE**

LA TUA SALUTE CARDIOVASCOLARE:  
AL SICURO E SEMPRE ACCESSIBILE

