

# Cardiologia



## negli Ospedali

MARZO / APRILE 2017 N° 216

Rivista dell'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri - ANMCO

«...Avendo poco o nulla in tasca, ...  
pensai di andarmene un po' per mare ...  
È un modo che ho io di scacciare la tristezza,  
e regolare la circolazione».

*Herman Melville*





# Benvenuti al Congresso!



**Cari Amici e Colleghi,**

benvenuti a questo Congresso ANMCO, il 48°, che si svolge nella prestigiosa sede del **Palacongressi di Rimini dall'11 al 13 maggio 2017**.

Forti del successo delle passate edizioni, premiate da una sempre più numerosa partecipazione, il Consiglio Direttivo ANMCO si è impegnato con passione per proporre un Programma Scientifico sempre più valido e interessante per la stretta correlazione con i temi di attualità sanitaria, a conferma del primario ruolo che da sempre la Cardiologia e dunque ANMCO, quale preminente società scientifica, svolge a beneficio della classe medica, in particolare cardiologica, con costante attenzione alla sua crescita scientifico-culturale, in un contesto sociale e sanitario in rapida e continua evoluzione.

Consapevoli delle complessità che rendono il **Congresso ANMCO** un appuntamento di indiscusso richiamo, questa edizione **si contraddistinguerà per il suo format innovativo e tecnologico**, già sperimentato con successo nei due anni precedenti, nell'obiettivo comune di generare un evento sicuramente al passo con i tempi, ispirato ai più moderni modelli di comunicazione. Nei locali del Palacongressi sono allestiti **2 village** di cui 1 monotematico, per un **Master sulla Cardiopatia Ischemica**, oltre **10 Sale congressuali, aule interattive con uso di mini iPad, Meet the Expert, Vi.P. (Virtual Patient) Session ECHO e CLINICAL** di particolare innovazione tecnologica per la formazione interattiva dei discenti, **e-Poster** elettronici su widescreen, solo per citare alcune tipologie tra le più salienti.

Una menzione particolare merita la **"Jeopardy Game Session"** una vera e propria grande battaglia all'ultima domanda, realizzata in collaborazione con l'American College of Cardiology. Un mega-quiz a risposta multipla sui principali temi della cardiologia dove tutti i partecipanti potranno testare le proprie abilità e competere tra loro, sulla scia di quanto avviene annualmente durante il congresso dell'American College of Cardiology (ACC). Chi, tra i giovani sotto i 33 anni, avrà realizzato il punteggio migliore sarà invitato a rappresentare il team italiano che gareggerà con altre squadre americane e internazionali alla prossima "Great Jeopardy Game Session" al congresso dell'ACC 2018 ad Orlando (USA).

Nella sua complessità scientifico-organizzativa, il Congresso ANMCO, il cui intento è quello di far risaltare le tante novità ideate per l'edizione 2017, si caratterizza con tanti eventi nell'evento: Simposi Congiunti con le maggiori Società Scientifiche internazionali, con Istituzioni Nazionali e Regionali, Letture Magistrali svolte dai più celebri nomi della Cardiologia mondiale e tanti altri ancora. Viene inoltre riproposto il partecipatissimo Campionato di Refertazione ECG, l'assegnazione dei 3 Premi di Ricerca del Premio Maseri-Florio e delle 2 Borse di Studio intitolate a Vincenzo Masini.

Anche per il 2017, numerose sono state le proposte scientifiche e gli abstract pervenuti a testimonianza di una sempre costante attenzione verso questo appuntamento irrinunciabile, che hanno reso possibile sviluppare un valido e accattivante Programma, che valorizza appieno tutti i campi di interesse della Cardiologia.

Come sempre, il principale protagonista del Congresso è il Socio ANMCO, per il quale abbiamo predisposto una particolare e attenta assistenza.

Specifico riconoscimento viene dato ai Fellow ANMCO, Soci qualificati della nostra Associazione, che oltre ad avere un ruolo attivo nel programma congressuale, avranno sempre a loro esclusiva disposizione un'apposita lounge in sede congressuale così come servizi dedicati e appositamente studiati per loro per rendere la partecipazione quanto più agevole e gradevole possibile.

Il grande lavoro fatto in questi mesi, il lavoro di squadra del Consiglio Direttivo ANMCO che ha reso possibile questo programma, siamo certi vi permetterà di vivere un prestigioso evento di richiamo per l'intera classe medica, non solo cardiologica, nazionale e internazionale, che consentirà le più ampie opportunità di aggiornamento e formazione promuovendo le migliori evidenze scientifiche.

Siamo davvero lieti di accogliervi e darvi il benvenuto a **Rimini al 48° Congresso Nazionale di Cardiologia ANMCO!**

**Andrea Di Lenarda**

Presidente ANMCO

**Michele Massimo Gulizia**

Presidente del Comitato Organizzatore  
48° Congresso Nazionale ANMCO 2017



Il Progetto Nazionale di Prevenzione Cardiovascolare

# TRUCK TOUR BANCA DEL CUORE







In copertina: La Port House di Anversa, Zaha Hadid, 2016

N. 216 marzo/aprile 2017  
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

di *Guerrino Zuin*

p. 4 **DALLE AREE**

## DAL PRESIDENTE

La grande ricerca italiana e la rete ANMCO

di *Andrea Di Lenarda*

p. 6 **AREA ARITMIE** p. 30

Sicurezza indossabile  
di *Achille Giardina*



## DAL PAST PRESIDENT

I Documenti di Consenso ANMCO pubblicati sull'European Heart Journal Supplements

di *Michele Massimo Gulizia*

p. 8

## DAL CONSIGLIO DIRETTIVO

L'ANMCO che vogliamo: i cronoprogrammi delle Aree e delle Task Force

di *Stefano Urbinati a nome del Consiglio Direttivo ANMCO*

p. 10 **AREA CARDIOCHIRURGIA** p. 33

Cronoprogramma  
Area CardioChirurgia

di *Leonardo Patané a nome dell'Area CardioChirurgia*

## LA FONDAZIONE PER IL TUO CUORE RISPONDE

Il Progetto Nazionale di Prevenzione Cardiovascolare: TRUCK TOUR BANCA DEL CUORE

di *Michele Massimo Gulizia*

p. 15 **AREA GIOVANI** p. 35

"Il cuore dei Giovani Cardiologi"  
di *Manuela Benvenuto, Stefania Angela di Fusco, Fabrizio D'Ascenzo, Damiana Fiscella, Andrea Madeo, Fabiana Lucà*

**AREA MALATTIE DEL CIRCOLO POLMONARE** p. 36

Quando il presente è fatto di passato e di futuro

di *Loris Roncon e Marco Vatrano*

**AREA NURSING** p. 39

Due anni davanti... allora avanti tutta!  
di *Massimo Imazio e Sabrina Egman*

## I mille di nuovo a Marsala

di *Pier Luigi Temporelli e Maurizio Giuseppe Abrignani*

p. 21 **AREA PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE** p. 46

Una Prevenzione a 360 gradi  
di *Maurizio Giuseppe Abrignani, Daniele Grosseto, Giovanni De Luca, Marco Malvezzi Caracciolo, Bruno Passaretti, Carmelo Massimiliano Rao*

## DAL GIC

Giornale Italiano di Cardiologia: la parola al nuovo Editor  
di *Giuseppe Di Pasquale*

p. 23 **AREA SCOMPENSO CARDIACO** p. 49

La "Cluster Network"  
di *Andrea Mortara a nome dell'Area Scompenso Cardiaco*

## DAL CENTRO STUDI

Il punto sugli Studi Clinici del Centro Studi ANMCO

p. 26

**DALLE TASK FORCE**

**CARDIOGERIATRIA** p. 52  
**Quando si diventa vecchi?**  
*di Giovanni Gregorio*

**CARDIOLOGIA DELLO SPORT** p. 56  
**Indagine sugli arresti cardiaci resuscitati durante attività fisica-sportiva**  
*di Pietro Delise*



**RETE OSPEDALE - TERRITORIO** p. 58  
**Rete Ospedale - Territorio: una sfida da vincere**  
*di Alessandro Navazio*

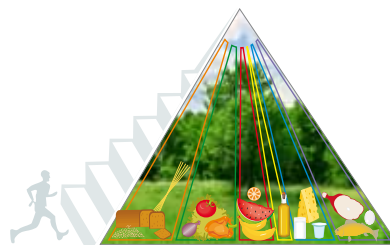
**DALLE REGIONI**

**REGIONE EMILIA - ROMAGNA** p. 62  
**ANMCO Giovani Emilia Romagna**  
*di Maria Alberta Cattabiani e Filippo Ottani*

**REGIONE PUGLIA** p. 64  
**“Cardiologie Aperte” 2017**  
*di Maria Cuonzo, Angelo Aloisio, Valeria Galetta, Alessandro Maggi, Francesco Magliari, Angelo Raffaele Mascolo, Rossella Troccoli, Eugenio Vilei, Massimo Grimaldi*

**FORUM**

**Stile di Vita salutare** p. 66  
*di Francesco Paolo Calciano, Antonio Cardinale, Maria Rosaria Cardinale, Maria Maddalena De Francesco, Porzia Lacertosa*



Non è sufficiente richiamarsi postulati della dieta mediterranea: frutta e verdura in quantità; carboidrati e cibi integrali; legumi, pesce almeno tre volte la settimana preferendo il pesce azzurro; carne, insaccati e formaggi stagionati con moderazione; pochi zuccheri; poco sale; integrare con ariani; condimento principale: ma da utilizzare con moderazione; l'olio d'oliva extravergine; privilegiare la cottura al forno rispetto a quella frita; importanza della stagionalità e provenienza

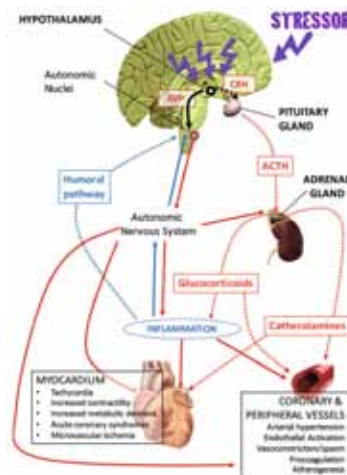
Occorre oggi considerare altri elementi

**NO** ANTIBIOTICI NEL PIATTO    **NO** ORMONI IN CARNE, LATTE, DERIVATI    **NO** PESTICIDI E SOSTANZE CHIMICHE DANNOSE IN AGRICOLTURA

**SI** PREFERIRE CARNI DA FILIERA BREVE    **SI** PREFERIRE CARNE, LATTE E DERIVATI DA FILIERA BREVE    **SI** PRODOTTI DA AGRICOLTURA A Lotta Integrità, Agricoltura Biologica Certificata

**Il progetto IRIS in Sicilia** p. 68  
*di Giacomo Chiarandà e Maurizio Giuseppe Abrignani*

**Psicoterapia e cardiopatia ischemica** p. 72  
*di Christian Pristipino e Adriana Roncella*



**OSSERVATORIO DI DIRITTO SANITARIO** p. 74  
**Addio legge Balduzzi, benvenuta legge Gelli-Bianco**  
*di Mario Chiatto e Giovanna Murrone*

**STORIA E CURIOSITA' DELLA CARDIOLOGIA** p. 77  
**I “segreti” del movimento del cuore**  
*di Andrea Vesprini e Fabiola Zurlini*



**VIAGGIO INTORNO AL CUORE**  
**Letto per voi: “Manuale dell’arresto cardiaco”** p. 81  
*di Giovanna Geraci e Guerrino Zuin*

**Il Professor Claudio Chidichimo** p. 82  
*di Mario Chiatto e Massimo Ugucioni*

**IN MEMORIA DI...** p. 84  
**Ricordo di Grazia Fazio**  
*di Andrea Di Lenarda*





# Editoriale

**L**a prua è l'estremità anteriore della nave, ordinariamente diversa per forma da quella posteriore, robusto elemento costruttivo dello scafo opportunamente sagomato dalla cui forma dipende la resistenza dell'onda che ostacola l'avanzamento. La prua

questo nuovo numero di "Cardiologia negli Ospedali" e le ragioni di questa immagine. Si tratta della Port House del porto di Anversa realizzata nel settembre del 2016, opera dell'architetto iracheno Zaha Hadid, donna, professionista ed artista prematuramente scomparsa

110 che l'Architetto ha posizionato, simbolicamente, sopra la storica caserma dei vigili del fuoco del porto. Da lì la nave indica con la sua prua una direzione che in questa operazione costruttiva appare fissa, "saldamente ancorata a terra" ed in questo assolutamente diversa dalla



*La Port House di Anversa, Zaha Hadid, 2016*

indica la direzione che prende la nave ed idealmente questa direzione segna e taglia il tempo portando con sé verso la realizzazione i progetti e le intenzioni di cui è carica. Da qui l'ispirazione della copertina di

che ha scritto un capitolo importante della evoluzione e della innovazione della architettura moderna. L'opera è un ampio volume a forma di nave, vetrato, sfaccettato, colorato, riflettente, alto 46 metri e lungo oltre

prua di una nave nel mare che è di necessità fluttuante, sottoposta ai venti ed alle correnti, a forze cui la prua si oppone per resistere ai continui cambi di direzione in cui vorrebbero trascinarla. L'elemento



costruttivo predominante dell'opera è il vetro, materiale che con le sue sfaccettature produce quei riflessi che ricordano l'Anversa capitale della lavorazione dei diamanti: la prua che segna la direzione assume così la forza, il valore, l'eternità della pietra più preziosa. L'idea di questa metafora costruttiva si accosta alle reali aspirazioni della nostra Cardiologia che ha la necessità di prendere una direzione che sia saldamente ancorata ai principi della nostra Associazione, ha il dovere di raccogliere energie produttive e idee per portare avanti quel progetto di innovazione e di radicazione del nostro impegno per un reale contributo al cambiamento ed al miglioramento della nostra Sanità e della nostra Società. Una prua che indichi una direzione e che, come nel caso dell'Opera della geniale Hadid, sia da un lato saldamente ancorata e dell'altro fermamente condotta fino al raggiungimento della meta. Questo viaggio fantastico non rimane solo nella ideale immaginazione, nei buoni propositi e nelle comuni aspettative ma si concretizza, si sta già concretizzando, nel lavoro quotidiano di chi partecipa a fare grande la nostra Associazione e la Cardiologia Ospedaliera italiana in toto, si rappresenta in quella avventura incredibile eppur realizzata del Truck Tour Banca del Cuore della Fondazione "per il Tuo cuore", nei Documenti di consenso intersocietari, nei rapporti sempre più saldi con le altre Società di Settore e le Associazioni Internazionali di Cardiologia quali l'ESC, l'AHA, l'ACC. Il Congresso Nazionale di Rimini si

apre in questi giorni con il preciso intento di disegnare la direzione, di fare dell'ANMCO e di ciascuno dei suoi Soci la prua della Cardiologia Ospedaliera italiana perché sia il Socio il principale protagonista non solo di questo Congresso ma del cambiamento, perché ciascuno con il suo originale ed indispensabile contributo partecipi a generare percorsi di cambiamento. La sede del 48° Congresso Nazionale è anche quest'anno il Palacongressi di Rimini che sarà sede di un evento ricco di innovazioni: due Village multimediali con maxi schermi a led, i poster in formato elettronico interattivi, la sala per le sessioni plenarie "Anfiteatro" a proiezione dinamica, le aule per sessioni interattive multimediali, le Vi.P Echo Session e le Vi.P Clinical Session, la My Congress App per l'accesso al programma scientifico e a tutti i servizi offerti, i servizi per i Fellow. Noi di "Cardiologia negli Ospedali" saremo presenti per tutta la durata del Congresso con il quotidiano "Congress News Daily" che quest'anno sarà anche in formato cartaceo e che, insieme ed in collaborazione alla piattaforma web dell'ANMCO Cardiology Channel, ogni mattina vi informerà sugli eventi in programma e le novità selezionate per voi dalla redazione che seguirà le sessioni scientifiche e che riferirà sugli eventi di maggior interesse svoltisi il giorno precedente. Auguri quindi di Buon Congresso a tutti voi da parte della Redazione di "Cardiologia negli Ospedali". ♥



# La grande ricerca italiana e la rete ANMCO

Qualche settimana fa è stato pubblicato su “European Heart Journal” (2017; 38: 130-142) un’interessante revisione su “Italian contributions to cardiovascular research during the last 20 years” in cui Leonardo Bolognese rende onore alle ultime decadi di ricerca italiana. Una storia nata con il “Gruppo Italiano per lo Studio della Streptochinasi nell’Infarto Miocardico (GISSI)”, ideato e condotto da Fausto Rovelli con la partecipazione di un grande numero di “Unità Coronariche” del nostro paese e che insieme ad altre esperienze di quegli anni ha contribuito alla nascita della “Medicina basata sulle evidenze”. Una storia che continua fino ad oggi con una presenza costante e tra le più numerose dei ricercatori italiani sia nella Faculty che tra i presentatori di Abstract al Congresso Europeo. Partendo dagli studi del nostro Presidente della Fondazione “per il Tuo cuore” Attilio Maseri e della sua scuola, nel paper vengono citati per rigore e produzione scientifica illustri nostri connazionali e centri di eccellenza del nostro paese così come molti Soci della nostra Associazione che si sono distinti in questi anni per cambiare il volto e la pratica clinica della moderna Cardiologia così come i percorsi e le cure dei nostri pazienti. Onore ai nostri colleghi che hanno saputo farsi apprezzare in Europa e



nel mondo. Al di là delle punte di eccellenza nazionale, un modo complementare ma altrettanto valido di vedere la ricerca nel nostro paese è la qualità diffusa della ricerca cardiologica del nostro paese. Credo l’esempio più chiaro sia quello che la rete ANMCO è riuscita a produrre negli anni, dai GISSI alla partecipazione nei grandi trial internazionali, ai registri, le survey e gli studi osservazionali che hanno largamente contribuito alla crescita culturale, professionale e scientifica delle nostre Cardiologie. Il nostro Centro Studi sotto la direzione di Aldo Maggioni ha ottenuto più riconoscimenti internazionali per una ricerca ai massimi livelli mondiali per qualità ed Impact Factor. Dopo un periodo di relativa difficoltà nell’attività degli studi ANMCO certamente negli ultimi anni è evidente una ripresa della proposta scientifica. Al nostro Congresso ANMCO 2017 verranno presentati diversi progetti. Tra questi i risultati preliminari e lo stato di avanzamento di tre importanti studi

osservazionali. Vedremo i primi dati dello Studio START e BLITZ AF che sicuramente porteranno informazioni di estremo interesse nel campo della cardiopatia ischemica e della fibrillazione atriale. In arrivo a breve i dati nello scompenso acuto e cronico del BLITZ HF.

Al Congresso avremo oltre 500 presentazioni della “Ricerca Italiana” da parte dei nostri Soci e dei centri ANMCO. La partecipazione di tutti a questa attività congressuale, assolutamente non secondaria rispetto al resto del programma, deve essere un nostro impegno da un lato per riconoscere il lavoro dei nostri colleghi, dall’altro per animare la discussione ed il confronto, base per una crescita continua della nostra comunità. Il miglioramento continuo deve essere sempre il nostro obiettivo. Da un lato abbiamo una miniera di dati che vengono utilizzati limitatamente, con scarso coinvolgimento dei giovani. Sarebbe auspicabile che la propositività manifestata in questi anni dall’Area Giovani si rivolgesse principalmente ai Registri dell’ANMCO, sottoponendo proposte di analisi al Centro Studi ed agli Steering Committee dei diversi progetti, con l’obiettivo di incrementare ulteriormente la produzione scientifica della nostra Associazione. Dall’altro, utile sarebbe anche sfruttare le potenzialità dei Registri della Società Europea di





Cardiologia, sotto la guida di Aldo Maggioni e di Gigi Tavazzi, a cui l'Italia e l'ANMCO in particolare ha contribuito in maniera così importante. Questo credo possa diventare una palestra per i nostri giovani di notevole interesse. La "Real World Evidence" sta già generando nuove forme di evidenza che molti decisori vogliono prendere in considerazione insieme alle prove tradizionali derivata dai trial randomizzati e controllati. Oltretutto è evidente come il fenotipo più rappresentato nel mondo reale e con un forte contributo al grande consumo di risorse di questa patologia (donne, anziane, SCC a funzione sistolica preservata, comorbidità multiple), sia molto diverso da quello che i trial clinici ci rappresentano e su cui abbiamo testato i farmaci "evidence-based". Certamente c'è ancora molta strada da fare a partire dal miglioramento della qualità dei dati, dallo sviluppo di standard, metodi e norme sulla privacy per la raccolta di dati e la generazione di evidenze dal mondo reale, per la loro pubblicazione e lo sviluppo di linee guida per la pratica clinica. L'ANMCO, da sempre protagonista nel campo della ricerca cardiovascolare tradizionale (trial, registry, studi osservazionali) vuole essere in prima linea anche di questo sviluppo innovativo della ricerca clinica, contribuendo da un lato allo sviluppo delle 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. È ormai giunto a maturazione l'avvio

di una collaborazione con CORE-CINECA che verrà formalizzata subito dopo il nostro Congresso per cominciare a produrre i primi indicatori di processo e risultato sui percorsi di cura nello scompenso cardiaco e nella fibrillazione atriale. Questa iniziativa e partnership di grande importanza pone la nostra Associazione in prima linea di fronte alle istituzioni nazionali per la valutazione, monitoraggio e verifica dell'attività sanitaria erogata (LEA) da cui potrebbe derivare finalmente la possibilità di "governo" del nostro SSN.

Come all'inizio di ogni biennio la presentazione dei cronoprogrammi delle 10 Aree e 6 Task Force ha permesso al Consiglio Direttivo di comprendere meglio quali siano le idee, le aspettative, i temi e le problematiche organizzative che si agitano nel mondo cardiologico ospedaliero. Ringrazio Stefano Urbinati che ha coordinato questa attività per il Direttivo riassumendola in un contributo di questo numero della rivista. Aree tematiche e trasversali, reti tradizionali e innovative, PDTA, documenti di consenso e rassegne, educazione e formazione, Survey e Registri osservazionali sono le parole chiave delle proposte emerse che annunciano un biennio di attività pieno di iniziative e di contenuti, in stretta interazione tra Consiglio Direttivo, Aree, Task Force e Consigli Regionali e con il massimo coinvolgimento della comunità dei Cardiologi ospedalieri.

Se vogliamo guardare alla grande ricerca internazionale, è innegabile che la tradizionale rete cardiologica nazionale come siamo abituati ad

intenderla è sempre meno attrattiva. È necessario pensare a nuove metodologie di ricerca, da un lato efficienti, pragmatiche, sostenibili, dall'altro capaci di "offrire" cluster di centri avanzati in grado di rispondere ai quesiti scientifici più ambiziosi e tecnologicamente avanzati. Sull'argomento ricerca è necessario attivare all'interno della nostra Associazione un gruppo di lavoro aperto per un "brainstorming" permanente per affrontare e tentare di dare risposte concrete alle principali criticità e opportunità della ricerca internazionale. Auspicio che questa attività possa iniziare nei prossimi mesi in preparazione al grande appuntamento degli Stati Generali della nostra Associazione del 3-4 novembre prossimo a Trieste. Questa grande storia ci pone di diritto in prima fila tra le Società Scientifiche certificate dalle Istituzioni (Ministero della Salute e Istituto Superiore di Sanità) per il fondamentale lavoro che ci attende nei prossimi mesi quando il DDI Gelli sulla Responsabilità Professionale degli Esercenti le Professioni sanitarie diventerà operativo. Saremo allora chiamati a definire le Linee Guida di riferimento, promuovere ove necessario gli aggiornamenti, indicare/produrre i documenti di consenso/position paper di riferimento e guida per la buona pratica clinica, soprattutto in presenza di aree grigie e controverse, per essere da supporto e riferimento in caso di giudizio. Argomento anche poco chiaro, aperto a diverse interpretazioni, su cui non possiamo negare al momento una certa preoccupazione. Buon Congresso a tutti! ♥



# I Documenti di Consenso ANMCO pubblicati sull'European Heart Journal Supplements

**“L'esperienza dimostra che, se si prevede da lontano il disegno che si desidera intraprendere, si può agire con rapidità una volta venuto il momento di eseguirlo”**

Armand Jean du Plessis del Richelieu

**E**scie in questo mese un intero supplemento dell'European Heart Journal dedicato ai *Documenti Scientifici di Consenso e Position Paper ANMCO*, un ulteriore riconoscimento per la nostra Associazione che ci ha permesso di rileggere tutti i documenti per una loro revisione critica a distanza di pochi mesi, rendendoli fruibili anche in un contesto internazionale. Del resto in Italia, come in tutta Europa, il dibattito sulle normative relative all'attività medica rappresenta un argomento sempre molto dibattuto e attuale, che non può e non deve rappresentare un aspetto marginale della politica e delle strategie delle Società Scientifiche. Durante i due anni della mia presidenza ANMCO si profilava all'orizzonte un decreto di legge su *“Disposizioni in materia di responsabilità professionale del personale sanitario”*. Da pochi giorni è stato definitivamente approvato, e meglio conosciuto come Decreto Gelli, che si prefigge

di ricreare un nuovo equilibrio nel rapporto medico-paziente, per il contenimento di due problematiche: la mole del contenzioso medico legale e il fenomeno della medicina difensiva. Le novità più rilevanti sono sul fronte della responsabilità penale in quanto il testo, all'art. 6, prevede l'inserimento nel codice penale italiano dell'art. 590-ter, in base al quale l'operatore sanitario (il medico nel nostro caso) che provoca la morte o la lesione personale del paziente a causa della sua imperizia risponde dei reati di omicidio colposo e lesioni personali colpose soltanto in caso di colpa grave, che però viene esclusa, salve le rilevanti specificità del caso concreto, quando il medico, nell'esecuzione delle prestazioni professionali, agisce nel rispetto delle buone pratiche clinico-assistenziali e delle *raccomandazioni previste dalle linee guida*. Secondo l'art. 5 del DdL, queste ultime dovranno essere stilate da Società Scientifiche riconosciute con decreto dal Ministero della

Salute e quindi iscritte in un apposito elenco, con il “pieno riconoscimento” dell'ISS - Istituto Superiore di Sanità - che le inserirà nel Sistema Nazionale per le Linee Guida. Nella fattispecie, il richiamo del legislatore sul ruolo delle Linee Guida si sposa strettamente alla complessa attività che ha rappresentato l'aspetto fondante delle mie linee programmatiche durante il biennio di presidenza, ovvero l'elaborazione dei Documenti Scientifici ANMCO, con cui la nostra Associazione si pone in prima linea in Italia in questo processo, confermandosi interlocutore privilegiato per le Istituzioni. In questo complesso processo di elaborazione di raccomandazioni scientifiche di indubbia ricaduta clinica pratica, ho pensato che fosse utile, oltre che strategico non solo per la stessa ANMCO, coinvolgere molte altre Società Scientifiche di area cardiologia e non: cardiocirurgiche, di medicina interna, di medicina





generale, di diabetologia, di lipidologia, di farmacologia clinica, di cardiologia pediatrica, di ginecologia, di oncologia, di telemedicina, di ingegneria clinica, di patologia clinica e di biochimica molecolare.

La capacità di coordinare e portare in porto questo complesso progetto editoriale ha tangibilmente testimoniato l'indubitabile ruolo di riferimento che la nostra Associazione ricopre nel panorama medico-scientifico nazionale.

Un'esperta e qualificata faculty multidisciplinare ha tracciato delle sintesi condivise su alcuni temi clinici di grande rilievo, riguardanti la gestione: delle sindromi coronariche acute, della cardiopatia ischemica cronica, della fibrillazione atriale, della trombo-embolia polmonare e periferica, dello scompenso cardiaco, delle dislipidemie, dell'utilizzo clinico dei biomarcatori, della TAVI negli anziani, della chiusura dell'auricola, del dolore toracico, della gravidanza e cardiopatie congenite, della cardioncologia, del segnale elettrocardiografico per strumenti elettromedicali di precisione, della telemedicina in ambito di scompenso cardiaco e di rete per l'emergenza, della dimissione ospedaliera

cardiologica.

Tali Documenti, che dovrebbero consentire di contestualizzare le linee guida e le evidenze dalla letteratura scientifica in piani e percorsi diagnostico terapeutici utili nel complesso contesto del Servizio Sanitario Italiano, per come previsto dalla succitata legge, sono stati presentati e discussi, nella in un'apposita Convention

di approvazione da parte di circa 200 esperti opinion leader a Gubbio (19-20 novembre 2015), e poi a Catania (2-3 febbraio 2016) con una successiva Convention Intersocietaria insieme all'Istituto Superiore Sanità - ISS, in cui si è approvato il Documento di Consenso Multidisciplinare dedicato a: *"Colesterolo e rischio cardiovascolare: percorso diagnostico-terapeutico in Italia"*. Sono stati oggetto, sia a Gubbio sia a Catania, di un'ampia e approfondita analisi, operata tramite una innovativa metodologia di approvazione con l'ausilio delle più moderne tecnologie (tutti i partecipanti erano dotati di un Tracker mini-iPad identificante -, appositamente ideato, al fine di garantire la massima interattività e per certificare la propria espressione di voto). Abbiamo così proceduto, in un innovativo progetto scientifico-editoriale, alla lettura critica, alla revisione e all'approvazione, capitolo per capitolo, di tutti i Documenti, che si prefiggono di essere sostegno autorevole ai percorsi più accreditati di terapia, tali da poter coniugare sostenibilità ed evidenze scientifiche. Questo lavoro è stato particolarmente apprezzato dai medici italiani, ma anche dalle Istituzioni Governative

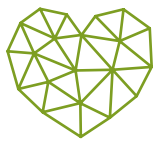
DAL PAST PRESIDENT



e Sanitarie che hanno acquisito integralmente già molti di questi documenti, a conferma del ruolo propositivo di ANMCO che si pone con soluzioni scientifiche anticipatorie in linea con la realtà della *evidence based medicine* coniugata al rispetto delle linee guida internazionali.

Permettetemi infine di rivolgere il mio pensiero a chi mi ha collaborato per la realizzazione di questi Documenti. Infatti questa grande opera scientifico-editoriale non si sarebbe potuta realizzare senza la passione, la ferrea volontà e l'abnegazione dei tanti coordinatori, degli autori e dei revisori: uomini e donne esperti professionisti di ciascun settore, di elevato e riconosciuto livello scientifico e rigore morale, che hanno dedicato e sacrificato molto tempo per la realizzazione dei manoscritti, delle tabelle e delle figure esplicative. A loro tutti vanno il mio ringraziamento e il mio profondo senso di gratitudine per l'entusiasmo, la forza e la stima che non mi hanno mai fatto mancare durante l'intero percorso di questa prolifica attività editoriale.

Auspico che l'applicazione sul campo dei percorsi enunciati in questi 20 Documenti di Consenso possa contribuire a migliorare la qualità delle prestazioni diagnostico-terapeutiche che eroghiamo in favore dell'unico vero fruitore, il paziente cardiopatico, nella consapevolezza che nel cardiologo di riferimento possa e debba trovare, puntualmente e con appropriatezza, tutte le risposte ai bisogni assistenziali che la sua patologia cardiaca impone. ♥



# L'ANMCO che vogliamo: i cronoprogrammi delle Aree e delle Task Force

Come all'inizio di ogni biennio le 10 Aree e le 6 Task Force ANMCO hanno presentato i loro programmi. L'occasione è stata quella del Consiglio Nazionale del 24-25 febbraio. Analizzare nei particolari tutti i 16 cronoprogrammi ha permesso al Consiglio Direttivo di comprendere meglio quali siano le idee, le aspettative, i temi e le problematiche organizzative che si agitano nel mondo cardiologico ospedaliero. Dai programmi emerge, mi pare, la grande vivacità di una Cardiologia ospedaliera matura e consapevole della propria forza, culturale e organizzativa, che sente la necessità di difendere la propria specificità, anche se la preoccupazione nei confronti dei nuovi modelli organizzativi, come l'intensità di cura, si è attenuata rispetto al passato. Un'altra cosa importante che emerge è l'insistenza sulla necessità di implementare le "reti" attraverso le quali i pazienti

possano avere accesso a percorsi diagnostici e terapeutici equi e appropriati. A questo proposito diverse Aree propongono di realizzare format di PDTA che potranno essere implementati nelle realtà locali. Nella valutazione delle numerose ed articolate proposte emerge, in continuità col biennio precedente, la necessità di implementare i documenti di consenso che, è bene ribadirlo, non rappresentano delle ennesime Linee Guida, ma un tentativo di ampliare le raccomandazioni ad ambiti spesso non coperti dalle Linee Guida stesse e di adattare alla realtà ospedaliera italiana. I programmi testimoniano il grande cammino fatto dalle Aree a circa venti anni dalla loro istituzione. Alcune, penso in particolare all'Area Scopenso Cardiaco e all'Area Emergenza - Urgenza, hanno l'esigenza di fare manutenzione della rete oppure, dove ancora non è presente, svilupparla localmente.

La rete per la gestione dell'infarto miocardico acuto, come emerge dal Documento ANMCO realizzato per il Ministero della Salute, si è trasformata nella rete per le emergenze cardiologiche al centro della quale merita una valorizzazione particolare la figura del Cardiologo intensivista, portatore di una professionalità che l'Area Emergenza - Urgenza si propone di difendere, sviluppare e implementare, in parallelo con quella dell'emodinamista. È questa una risposta "alta" a chi, ridisegnando la gestione dei Dipartimenti di Emergenza con il modello dell'intensità di cura, non aveva tenuto in debito conto questa professionalità. Allo stesso modo l'Area Scopenso Cardiaco propone un maggior coinvolgimento delle Cardiologie nella gestione dello scopenso cardiaco acuto elaborando iniziative dirette allo scopenso avanzato, refrattario o a forme di scopenso cardiaco meno





frequenti, ma non per questo meno severe. Una priorità è rappresentata dallo sviluppo delle reti locali per lo scompenso cardiaco, promosse dal recente documento ANMCO, che dovrebbero costituire dei network in grado di garantire a tutti i pazienti sia un percorso clinico-assistenziale adeguato, che pari opportunità d'accesso alla diagnostica più avanzata, alle procedure interventistiche, aritmologiche o

di emodinamica strutturale, fino alla cardiocirurgia, all'assistenza meccanica e al trapianto. Lo sviluppo delle reti è un obiettivo così importante che da questo biennio è stata costituita la Task Force Rete Ospedale - Territorio proprio per supportarlo. Queste aree sono coinvolte anche nel campo della ricerca: mentre è in corso lo Studio BLITZ-HF, esempio virtuoso di implementazione della buona pratica

clinica su tutto il territorio nazionale, l'Area Scompenso Cardiaco propone anche programmi di ricerca attraverso l'innovativo sistema dei cluster-network, mentre l'Area Emergenza - Urgenza propone uno studio sui percorsi seguiti dai pazienti con infarto di tipo II, per definire soprattutto quando, in questi casi, si ricorre alla coronarografia. Anche l'Area Malattie del Circolo Polmonare, pur occupandosi



di patologie meno frequenti come l'embolia polmonare o l'ipertensione polmonare, punta sulla implementazione di una rete che permetta l'accesso, quando necessario, all'embolectomia o alle terapie più innovative dell'ipertensione polmonare. E spera di partire con lo Studio PETER elaborato già nello scorso biennio. L'Area Aritmie e l'Area CardioChirurgia, che fanno riferimento ad attività ultraspecialistiche, intendono investire soprattutto in ambito educativo cercando di implementare la cultura del Cardiologo clinico nei confronti di problematiche tecniche, spesso patrimonio di pochi esperti. È infatti essenziale e strategico colmare il gap di conoscenze, che rischia di diventare molto ampio, tra il Cardiologo clinico e l'aritmologo, il cardiocirurgo o l'emodinamista che si dedica alla strutturale. Probabilmente, ma è una mia opinione, potrebbero essere vicini i tempi perché nella stessa Area possano convivere, in maniera dialettica, sia il cardiocirurgo che il Cardiologo interventista. L'Area Prevenzione Cardiovascolare ha svolto storicamente un'intensa attività culturale consapevole che la cultura della prevenzione debba appartenere trasversalmente a tutti i Cardiologi e che l'Area non debba occuparsi solo della prevenzione degli eventi coronarici, ma anche della prevenzione dello scompenso, delle aritmie, delle complicanze perioperatorie, di quelle gastrointestinali da farmaci e del ruolo dei PPI nel prevenirle, delle comorbidità come il diabete e

l'insufficienza renale ed affrontare la sfida, insieme con la Task Force Cardiogeriatrics, di definire fino a quale età i programmi di prevenzione cardiovascolare siano ancora cost-effective. Altre Aree interpretano il loro ruolo in maniera più trasversale. Penso all'Area Management & Qualità che si propone di affiancare le altre Aree nell'elaborazione di PDTA-tipo, o l'Area Nursing che reinterpreta il ruolo dell'infermiere in costante evoluzione e sollecita un confronto con le altre realtà europee o l'Area Giovani che si propone di collaborare con le altre Aree nella stesura di rassegne, ma anche di proporre analisi dei database gestiti dal Centro Studi. È tipicamente trasversale il ruolo emergente dell'Area CardioImaging la cui mission è quella di aiutarci a capire il contributo relativo, nella definizione diagnostica o nella stratificazione prognostica, delle diverse tecniche di imaging, dall'ecocardiografia alla medicina nucleare, dalla angio-TC coronarica alla RMN cardiaca. Le iniziative relative alla cosiddetta multimodality imaging permetteranno nei prossimi anni al Cardiologo clinico di districarsi meglio nell'ambito della ampia offerta di imaging di fronte alla quale è necessario definire il posizionamento dei singoli esami negli algoritmi diagnostici e collaborare con gli altri specialisti per migliorarne l'interpretazione. Negli ultimi bienni sono state anche introdotte strutture più agili come le Task Force, finalizzate ad intercettare bisogni emergenti in tema di Cardioneurologia, Cardioncologia, Cardiologia dello Sport, Cardiopediatria e

interazioni Ospedale - Territorio. Le prime quattro hanno presentato iniziative finalizzate soprattutto a creare e/o promuovere una cultura specifica nei loro ambiti creando network con l'intento di favorire lo scambio di esperienze e la definizione di percorsi. È il caso della Cardioneurologia che propone di puntualizzare problematiche specifiche come quella relativa alla gestione della terapia antitrombotica dopo emorragia intracranica, della Cardioncologia che ha il compito di standardizzare la valutazione cardiologica del paziente candidato a chemioterapia, della Task Force Rete Ospedale-Territorio, che in coordinamento con le Aree Scompenso Cardiaco ed Emergenza - Urgenza implementerà i documenti ANMCO finalizzati a promuovere un'efficace continuità assistenziale nelle realtà locali, della Cardiologia pediatrica che si concentra sulla gestione dei GUCH e lavorerà sull'annoso problema del dolore toracico nei giovani adolescenti, infine della Cardiologia dello Sport che ha proposto un registro nazionale dei soggetti resuscitati dopo arresto cardiaco occorso durante attività fisica. La stretta interazione tra Consiglio Direttivo, Aree, Task Force e Consigli Regionali dovrebbe costituire l'asse portante attraverso il quale le numerose progettualità potranno essere implementate con il maggiore coinvolgimento possibile dell'intera comunità dei Cardiologi ospedalieri. ♥





*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)



# Il Progetto Nazionale di Prevenzione Cardiovascolare: TRUCK TOUR BANCA DEL CUORE

“Mettersi insieme è un inizio, rimanere insieme è un progresso,  
lavorare insieme un successo”

Henry Ford

**U**na grande sorpresa, nel vero senso della parola grande, aspetta tutti i partecipanti quest'anno presenti al Palacongressi di Rimini al Congresso Nazionale di Cardiologia ANMCO. Infatti nella Sala della Piazza, proprio vicino allo Stand di ANMCO e di Fondazione per il Tuo cuore onlus si lascia ammirare il jumbo truck che sta girando l'Italia per il **Truck Tour di Banca del Cuore**. Questo **Progetto Nazionale di Prevenzione Cardiovascolare**, sostenuto dell'Istituto Superiore di Sanità, che si muove sotto il Patrocinio della Presidenza del Consiglio dei Ministri nonché di Federsanità-ANCI, ha avuto il suo esordio a Sanremo in contemporanea con il 67° Festival

della Canzone Italiana, nei giorni da mercoledì 8 a sabato 11 febbraio. Quelli per me, e per tutta la squadra coinvolta, sono stati giorni intensi in cui oltre la prova generale, il giorno precedente l'apertura al pubblico, sono stati messi a punto tutti gli aspetti caratterizzanti questo Progetto, decisamente complesso, che nasce con l'ambizione del successo per la migliore affermazione dei nostri progetti di prevenzione cardiovascolare. Ho avuto diverse occasioni in cui ho parlato e scritto di *Banca del Cuore* e della sua evoluzione, e anche qui su Cardiologia negli Ospedali ho già richiamato l'attenzione su questa Campagna che avrebbe affiancato i tanti progetti che dal 2014 hanno

portato a far parlare di sé ANMCO e Fondazione, rendendo tutti noi cardiologi fieri di rappresentare la Cardiologia ospedaliera e non solo, e me particolarmente orgoglioso di poter affermare in ogni occasione lo strategico ruolo della nostra disciplina nel panorama sanitario a tutela della salute dei nostri concittadini. Fin dal momento in cui l'imponente jumbo truck, così si chiama il mezzo che ospita **Banca del Cuore**, si è messo in movimento è apparso subito chiaro non solo che non sarebbe passato inosservato - non foss'altro che per le sue dimensioni -, ma anche che sarebbe stato atteso e accolto nel cuore delle piazze e nel cuore di tutti i cittadini, traducendo le aspettative





*Il Dottor Michele Massimo Gulizia, ideatore del progetto Truck Tour Banca del Cuore, accanto al Truck che sta facendo il giro delle piazze italiane. Sul Sito [www.bancadelcuore.it](http://www.bancadelcuore.it) l'elenco di tutte le piazze che ospiteranno l'iniziativa.*

di quest'ultimi in una imperdibile occasione per una efficace prevenzione delle malattie del cuore. Ritengo che questo Progetto rappresenti un esempio di come promuovere una nuova sensibilità collettiva nel campo della salute, e non ho mai nutrito dubbi sul fatto che non sarebbe mancato il fattivo e attivo supporto dei cardiologi ANMCO che volontariamente, con grande impegno e spirito di iniziativa, si sarebbero prodigati per la realizzazione sul campo di questa Campagna, coinvolgendo spesso numerosi altri colleghi e sanitari, a dimostrazione di un alto livello etico di sensibilità professionale verso il paziente cardiopatico e non solo. Dopo l'esordio nella incantevole **Sanremo**, dove il Dottor **Stefano**



*Il Dottor Stefano Domenicucci, Consigliere ANMCO, con il Dottor Michele Massimo Gulizia, all'interno del Truck a Sanremo in occasione della tappa di inizio del progetto Truck Tour Banca del Cuore*

**Domenicucci** con i rappresentanti del Consiglio Regionale ANMCO Liguria e lo stesso primario della cardiologia di Sanremo nostro Socio, dott. **Mascelli** si sono adoperati e alternati nelle giornate aperte al pubblico, il Truck ha iniziato il vero e proprio tour lo scorso 2 aprile dalla città di Ancona in cui ci ha accolto il nostro Presidente Designato, Dott. **Gabrielli**, e il Dott. **Stefano Moretti** Presidente Regionale ANMCO Marche cui voglio tributare un particolare ringraziamento, per la presenza costante nei tre giorni di lavoro, dimostrando nei fatti non solo un forte spirito associativo ma anche una vigorosa dedizione all'etica del medico che si mette a disposizione nell'interesse della salute dei cittadini. L'agenda di questo Progetto di Prevenzione Cardiovascolare è decisamente serrata, prevede la sosta di tre giorni

in ciascuna città, quindi la sera del terzo giorno intorno alle 21 il mezzo si richiude con una procedura ben codificata e parte alla volta della tappa successiva. Generalmente tra una città e la successiva vi è un giorno dedicato al viaggio, al riposizionamento e alle verifiche tecniche e strumentali e quanto necessario per essere operativi e dedicati unicamente al pubblico. Così il 6 aprile, mentre era in corso il Congresso Regionale ANMCO M.U.M.A. siamo arrivati, in una giornata piena di sole, a **Teramo**, scortati dalle auto della polizia che hanno accompagnato il mezzo nella piazza principale dove ben presto è diventato l'attrazione principale per tutta la città. Il nostro Presidente della Sezione Abruzzo, **Cosimo Napoletano**, aveva sapientemente organizzato tutti i turni medici e quelli infermieristici e tutto è



*Il Jumbo Truck di Banca del Cuore nella Piazza Martiri della Libertà a Teramo*



*La tappa di Lecce del Truck Tour Banca del Cuore. Da sinistra: il Dott. Antonio Francesco Amico, Consigliere ANMCO, il Sindaco di Lecce, Paolo Perrone, il Dott. Antonio Tondo e la Dott.ssa Silvia Sicuro*



*Il Dottor Pasquale Caldarola, Consigliere della Fondazione per il Tuo cuore, mentre ritira il suo ECG in occasione della tappa a Bari del Truck Tour Banca del Cuore*

andato secondo le aspettative con la fila dei cittadini fuori dal Truck fin da un'ora prima l'apertura al pubblico. Il 10 aprile la campagna si apriva a **Bari** con il Dott. **Pasquale Caldarola** componente del Consiglio d'Amministrazione della Fondazione, oramai espertissimo di campagne Banca del Cuore ai cittadini, che ha presenziato sul Truck così come il Presidente Regionale **Massimo Grimaldi**, una splendida persona che ha già animato molte iniziative di prevenzione tra cui la recente e partecipatissima *Running Heart*. Senza neanche un giorno di sosta il Truck è arrivato di notte a **Lecce** sostandovi nel pieno della settimana di Pasqua e dove grazie alla squadra "capitanata" dal Dott. **Antonio Amico** si è registrato il primo record di screening effettuati giornalmente per arrivare al complessivo numero di: 221. La Basilicata ha poi accolto il Truck a **Matera**, anche in questo caso la polizia ha scortato il nostro





*Il Dottor Giacinto Calculli, Presidente Regionale ANMCO Basilicata, a Matera insieme alle forze dell'ordine, veri "angeli custodi" di questa tappa del Truck Tour Banca del Cuore*

mezzo per il quale è stato addirittura cambiato il senso di marcia di un'importante arteria stradale al fine di rendere possibile l'accesso per posizionarsi nel cuore della *Città dei Sassi* dove ancora una volta il successo è stato possibile anche grazie alla presenza del Presidente Regionale, Dott. **Giancarlo Calculli**, un caro amico che ha mobilitato tutta la sua splendida città e ha contribuito a rendere questa Campagna di prevenzione un momento davvero speciale. In Calabria ben tre città hanno ospitato il **Truck Tour di Banca del Cuore**: **Cosenza**, animata dal Dott. **Roberto Caporale**, Tesoriere dell'ANMCO e da **Mario Chiatto**, Direttore Responsabile di CNO; **Catanzaro**, dove **Roberto Ceravolo** Presidente Regionale ANMCO, e appassionato sostenitore di Banca del Cuore, fin dal suo esordio ha raccolto la sfida e battuto tutti i record di screening giornalieri realizzati fino a questo momento. Personalmente credo difficilmente sarà possibile superare il numero giornaliero complessivo

di persone cui è stato fatto lo screening a Catanzaro, ben 284. Ma Roberto Ceravolo ha fatto anche di più, infatti ha creato le condizioni e ha sostenuto economicamente, da Presidente Regionale, una tappa aggiuntiva a **Reggio Calabria**, dove ad animare i tre giorni oltre a lui stesso hanno presenziato i dottori **Vincenzo Amodeo, Massimiliano Rao, Fabiana Lucà** e altri numerosi cardiologi. I cardiologi ospedalieri si confermano quindi, in questo modo, come testimoni e artefici di una politica della prevenzione cardiovascolare in grado di elevare e salvaguardare il benessere di ampie fasce della popolazione italiana. Per avvalorare questa tesi, all'interno del nostro Jumbo Truck appositamente allestito per Banca del Cuore, oltre allo spazio dedicato agli esami di screening, si trova anche un'area attrezzata multifunzionale dove si alternano, in fasce orarie predefinite, veri e propri momenti scientifico-divulgativi di prevenzione cardiovascolare rivolti ai cittadini e a incontri/dibattiti/

tavole rotonde destinati a medici locali (medici di medicina generale, cardiologi e internisti) sul tema della prevenzione cardiovascolare globale. In particolare, sono al centro di questi incontri tematiche come, ad esempio, l'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*), la fibrillazione atriale e i tromboembolismi polmonari e periferici, secondo i percorsi diagnostici e terapeutici descritti nei Documenti di Consenso Intersocietari ANMCO e nelle più recenti pubblicazioni scientifiche 2016. La strada del Truck Tour di Banca del Cuore è ancora lunga, molte sono ancora le città in cui transiterà il Programma di Prevenzione della nostra Fondazione fino alla fine del 2017 il cui calendario prevede le tappe di: Rimini, Napoli, Avellino, Roma, Viterbo, Perugia, Firenze, Torino, Genova, Nuoro, Cagliari, Palermo, Catania, Viareggio, Pisa, Livorno, Bergamo Trieste, Venezia, Trento, Vicenza, Bologna, Bolzano, Cremona e Milano. Che questa sia una Campagna di Prevenzione Cardiovascolare impegnativa e decisamente complessa penso che nessuno lo possa dubitare, e per questo non è possibile variare il percorso pianificato. Tuttavia dal momento in cui il Truck è partito abbiamo già ricevuto molte richieste da parte di sindaci per chiedere la presenza del *Truck Tour di Banca del Cuore* nella propria città per la quale la tappa al momento non





è preventivata. Pertanto, anche su richiesta di alcuni Presidenti Regionali, abbiamo elaborato la possibilità di muovere il Truck nei momenti in cui è “a riposo” per aumentare il numero delle città coinvolte per ciascuna Regione. A tal fine potrà essere fattibile, per soddisfare l’interesse di altri Presidenti Regionali e di altri Sindaci, realizzare altre tappe “spot”, come quella realizzata a Reggio Calabria, e quelle che realizzeremo a Viareggio, a Pisa e a Livorno, con uno specifico supporto economico ben definito. Il Tour, quindi, ci permetterà di andare nelle piazze dei principali centri italiani ove attivamente svolgeremo un importante screening dei fattori di rischio di portata finora mai realizzata nel nostro Paese. Infatti, i cittadini, nei tre giorni previsti per ogni sosta, potranno effettuare gratuitamente uno screening di prevenzione cardiovascolare comprensivo di esame elettrocardiografico e screening aritmico, rilievo della pressione arteriosa e, con il prelievo di una goccia di sangue dal dito, otterranno la determinazione di ben 8 parametri del profilo lipidico e glicidico: Colesterolo Totale, Trigliceridi, Colesterolo Alto HDL, Rapporto Colesterolo HDL / LDL, Calcolato LDL, Colesterolo non HDL, Glicemia, Emoglobina glicata. Ogni cittadino, al termine del percorso di screening, riceverà la stampa del proprio elettrocardiogramma, dello screening metabolico, del proprio rischio cardiovascolare e un kit di 7 opuscoli realizzati dalla Fondazione “per il tuo cuore” sulla prevenzione cardiovascolare. Inoltre, a tutti verrà

consegnata gratuitamente la propria **BancomHeart**, che, come ormai ben sappiamo, consente di connettersi via internet, dall'Italia e dall'estero, in modo semplice e intuitivo, tramite una password segreta conosciuta solo dall'utente, alla *Banca del Cuore* e di vedere o scaricare i propri dati clinici ogni volta che lo si desidera o se ne ha la necessità.

Per dare il migliore e più ampio risalto all’iniziativa, la campagna è costantemente seguita da uno specifico Ufficio Stampa che ha coinvolto un vasto numero di agenzie stampa, giornalisti e primari network radio-televisivi al fine di ottenere, per l’evento, la cassa di risonanza che merita, coinvolgendo i Presidenti Regionali ANMCO e Fondazione e i cardiologi presenti sul Truck in numerose interviste radio-televisive e articoli pubblicati sulle principali testate giornalistiche locali e nazionali. Inoltre l’Ufficio Stampa cura la predisposizione e l’invio di uno specifico comunicato di lancio per ogni tappa, al fine di creare una importante aspettativa, quindi invia un comunicato ufficiale all’arrivo in città del Truck in accordo con gli uffici stampa del Comune, comprensivo anche di dichiarazione del Sindaco e del Presidente Regionale ANMCO. In sintesi, niente è lasciato al caso e tutti i dettagli, anche i minimi, vengono curati e monitorati al fine di tenere sotto controllo ogni possibile criticità e superarla, compresa la viabilità di ciascuna città, i permessi, l’erogazione della corrente elettrica, l’approvvigionamento dei materiali di consumo per ciascuna tappa e tutte le innumerevoli e differenti

autorizzazioni comunali per le quali rimando alla vostra più fervida immaginazione. Ogni progetto si misura con dei numeri con dei dati; lo si fa generalmente alla fine quando è il momento della pubblicazione dei risultati e delle sintesi. Tuttavia un progetto di questa portata, lo si può e lo si deve misurare anche in itinere. Ad oggi, che siamo di fatto solo all’inizio di questa Campagna itinerante di Prevenzione Cardiovascolare, posso già dire che si registra una grande successo, crescente, in termini di affluenza di pubblico che accoglie ogni tappa e posso dire con soddisfazione che tutto ciò ancora una volta ci permette di veicolare l’importante messaggio di prevenzione cardiovascolare e di lotta alla ipercolesterolemia rappresentando al contempo una preziosissima occasione per far conoscere le attività di ANMCO e della sua Fondazione, raggiungendo un elevato numero di persone non sempre così facilmente raggiungibile se non tramite i network radio-televisivi. Alcuni interessantissimi altri dati li voglio anticipare per far comprendere alcune tra le possibili ricadute scientifiche che realizzeremo. Nelle 9 tappe appena concluse abbiamo rilevato e catalogato i dati di ben 1.801 soggetti: 1.008 maschi, di età media 57,4 e 793 donne, di età media 55,8 anni. Appare evidente la volontà di fare prevenzione cardiovascolare nella fascia di popolazione adulta tra la 4a e la 5a decade, a conferma della bassa età media delle persone che afferiscono al Truck. Per tutta questa popolazione che fa



*Il Dottor Roberto Ceravolo, Presidente Regionale ANMCO Calabria, e il suo staff mostrano il "record di tappa" a Catanzaro*

lo screening conosciamo gli otto parametri tra glicidico e lipidico, ma conosciamo anche le abitudini alimentari, le abitudini all'attività fisica, abbiamo calcolato il loro score sul fumo, conosciamo le loro allergie alimentari e quelle farmacologiche, i fattori di rischio cardio- e cerebrovascolare che presentano, quali professioni svolgono e in quali ambienti lavorano, le patologie di cui sono affetti e le medicine che assumono per curarle, per citare solo alcuni dei principali dati raccolti. Tutti parametri importantissimi che daranno uno spaccato di una popolazione, non selezionata, ma di un significativo campione italiano di tutti gli strati sociali. Inoltre, questa Campagna itinerante ha stimolato la maggiore attenzione e consapevolezza degli italiani sulla Prevenzione Cardiovascolare che si è concretizzata in un significativo aumento di richiesta di utenti al

rilascio di card **BancomHeart** da parte delle Cardiologie permanentemente aderenti, che continuano ad inviare dati al registro permanente di Banca del Cuore (*oltre 4.100 BancomHeart registrate in più sul server di Banca del Cuore in due mesi dalle postazioni fisse*). A tutti coloro che hanno fin qui collaborato, primo tra tutti il Presidente Maseri che mi ha sempre sostenuto con i suoi suggerimenti, al Consiglio di Amministrazione della Fondazione, al Consiglio Direttivo e al Presidente ANMCO, ai Presidenti Regionali e a tutto il Consiglio Nazionale, ai Cardiologi dei Consigli Direttivi Regionali e ai Soci ANMCO, a tutti costoro va il mio personale ringraziamento per il sostegno che non mi hanno mai fatto mancare in questo anno di duro lavoro di elaborazione e di preparazione della Campagna. Ma un particolare ringraziamento desidero rivolgerlo alla Segreteria della Fondazione: Angela Petrucci,

Gabrielle Marchè e all'infaticabile Giulia Salone che, non guardando né ad orario né a festivi, ha sacrificato con me molto del suo sistema nervoso per stare appresso a tutte le autorizzazioni comunali, spedizioni, aggiornamenti, specialisti di prodotto, tecnici, autisti, cardiologi e quant'altro per rendere questo Progetto fruibile e operativo. L'appuntamento va dunque al Congresso ANMCO di Rimini del prossimo 11-13 maggio dove chiunque, salendo sul jumbo Truck, potrà comprendere lo straordinario messaggio che la cardiologia ospedaliera sta veicolando in Italia con questa Campagna. A tutti coloro che parteciperanno alla Campagna di Prevenzione *Truck Tour Banca del Cuore* va il mio augurio di un buon lavoro, certo che il contributo di tutti faciliterà senza alcun dubbio alcuni dei farraginosi aspetti organizzativi di questo impegnativo Progetto e renderà viva la testimonianza sullo straordinario e costante impegno del mondo medico-scientifico, particolarmente della cardiologia ospedaliera, per la prevenzione delle malattie cardiovascolari. Oggi noi, con il nostro impegno, stiamo rendendo, nei fatti, non solo un doveroso tributo alla etica del medico, ma diamo contezza dell'insostituibile ruolo che svolgiamo per le Istituzioni e in particolare per il Sistema Sanitario Nazionale, in questo particolare momento di costante e non sempre illuminata evoluzione. Con il *Truck Tour di Banca del Cuore* renderemo ancora una volta protagonista la **salute del cuore degli Italiani!** Buona Banca del Cuore a tutti. ♥



# I mille di nuovo a Marsala

## Marsala Cuore Mediterraneo

**E**rano in mille anche questa volta a Marsala. Ma non al comando di Garibaldi e con lo scopo di appoggiare le rivolte scoppiate nell'isola e capovolgere il governo borbonico, bensì per l'evento "Marsala Cuore Mediterraneo - come e perché adottare e mantenere stili di vita sani sin dalla giovane età", storia romanzata dell'infarto

fatto è accaduto l'11 febbraio 2017, per la precisione al Teatro Impero. Il format dell'evento è ormai ben consolidato, grazie all'esperienza di precedenti analoghe iniziative, come quella dello scorso anno al teatro Brancaccio che vi abbiamo narrato da queste stesse pagine. In un palinsesto ben configurato e armonizzato le letture frontali - didattiche ma nello

come si può mantenerlo in salute attraverso stili di vita corretti, e poi hanno risposto alle tante curiosità dei ragazzi su vari aspetti, dalle malattie cardiache ereditarie all'alimentazione più adatta per rimanere in salute, dalle cardiopatie congenite al tipo di attività fisica ideale per la prevenzione cardiovascolare fino alle domande sui danni del fumo e dell'inquinamento



*Il Teatro Impero di Marsala in occasione dell'evento "Marsala Cuore Mediterraneo"*

miocardico acuto, dei fattori di rischio cardiovascolare e delle strategie per controllarli, destinata ai ragazzi delle scuole medie superiori ed organizzata dall'Area Prevenzione Cardiovascolare ANMCO e dalla Fondazione "per il Tuo cuore" nell'ambito di Cardiologie Aperte 2017. E invece dell'11 maggio 1860 il

stesso tempo "sceneggiate" ad hoc - si sono alternate alle domande dei ragazzi, veicolate efficacemente dal bravo giornalista Nino Guercio. Si è quindi creato un clima caloroso e godibile da parte di tutti, relatori compresi, che dapprima hanno raccontato com'è fatto il cuore, come funziona e in che modo si ammala,

atmosferico. Una buona occasione, tra l'altro, per far conoscere le potenzialità di ANMCO e della Fondazione a un vasto pubblico, che diversamente non verrebbe raggiunto. Fondamentale il ruolo del sindaco di Marsala, il Dott. Alberto di Girolamo, molto sensibile a queste tematiche essendo lui stesso Cardiologo, che





*Un momento dell'evento "Marsala Cuore Mediterraneo"*

ha "spianato" la strada per la buona riuscita dell'evento dal punto di vista logistico/organizzativo, ma soprattutto organizzando e conducendo personalmente (con la collaborazione della dietologa Giovanna Ponticello,

della diabetologa Maria Antonietta Scarpitta e della Cardiologa Nadia Ingianni) diversi incontri propedeutici nelle scuole che, in aggiunta al loro valore estrinseco, hanno avuto il ruolo di sensibilizzare

gli studenti su questi argomenti. Questo nella giusta ottica di non perseguire eventi "spot" ma di collocare l'iniziativa nell'ambito di un vero e proprio progetto formativo, che ha anche visto svolgersi il 15 dicembre 2016 una giornata riservata agli insegnanti e dedicata a un Corso di formazione per la prevenzione delle malattie cardiovascolari. Grazie a tutti i relatori che hanno messo a disposizione il loro tempo e le loro competenze, all'ospitalità del Teatro Impero, ma soprattutto ai Presidi e ai ragazzi delle scuole partecipanti. Una giornata che ti riempie il cuore e ti risolve l'umore, cose di cui in questi tempi abbiamo sempre più spesso bisogno. Ben vengano dunque iniziative del genere, anche al di fuori di Marsala e in assenza di Garibaldi...♥



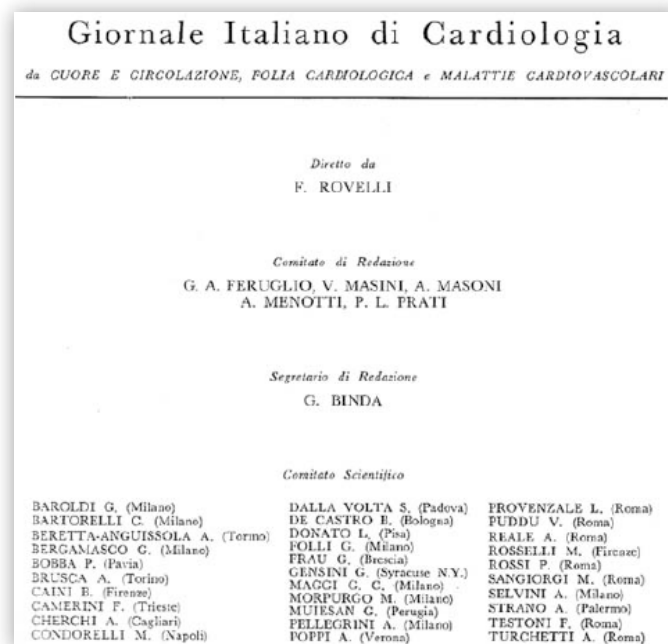


# Giornale Italiano di Cardiologia: la parola al nuovo Editor

Considero un grande privilegio l'incarico ricevuto da parte della Federazione Italiana di Cardiologia a servire come Editor il Giornale Italiano di Cardiologia per il triennio 2017-2019. Un grande onore ma anche una grande responsabilità in considerazione dell'eccellenza di quelli che mi hanno preceduto in questo ruolo e per quello che il GIC da quasi mezzo secolo rappresenta per la comunità cardiologica italiana. Una rivista che mensilmente viene spedita ad oltre 6.000 medici e per la quale esiste ancora un forte interesse testimoniato dagli oltre 40.000 accessi mensili al sito web. Di questo onore e di questo privilegio ricevuto desidero ringraziare il Presidente della FIC Francesco Fedele e l'intero Consiglio Direttivo ed in modo particolare il Presidente ANMCO Andrea Di Lenarda, il Past President Michele Gulizia ed il Presidente Designato Domenico Gabrielli insieme al Consiglio Direttivo dell'ANMCO che hanno indicato il mio nome con una unanimità di consensi, espressa anche da parte del Consiglio Nazionale, che mi ha lusingato. La storia del GIC parte da lontano e per un lungo tratto è stata contemporanea al mio appassionante percorso professionale di

Cardiologo ospedaliero. Il GIC nasceva nel 1971 per iniziativa dell'ANMCO di cui divenne l'organo ufficiale e

SIC) al quale era affidato *l'Italian Heart Journal Supplement* in lingua italiana. Nel gennaio 2006 la FIC fece la scelta



Fausto Rovelli fu il suo primo Direttore. All'inizio del nuovo millennio, con la nascita della FIC, l'ANMCO e la SIC decisero coraggiosamente la fusione dei rispettivi Giornali in un organo ufficiale unico della Federazione, *l'Italian Heart Journal* in lingua inglese con un Editor e co-Editor (in alternanza di provenienza ANMCO e

dell'internazionalità con il varo del *Journal of Cardiovascular Medicine* e all'interno di ANMCO e SIC si aprì un ampio dibattito sull'opportunità di mantenere il Giornale in lingua italiana. La decisione, a mio parere felice, fu quella di preservare la rivista in lingua italiana, dando vita al nuovo Giornale Italiano di Cardiologia,



### La nuova grafica del Giornale Italiano di Cardiologia

organo ufficiale dei Cardiologi (ANMCO e SIC) e dei Cardiochirurghi della Società Italiana di Cardiochirurgia (SICCH). La direzione venne affidata a Giuseppe Ambrosio al quale si avvicendarono negli anni successivi Leonardo Bolognese e Maria Frigerio dalla quale ricevo il testimone. A lei vanno i miei sentiti ringraziamenti per essere riuscita a mantenere elevata la qualità del Giornale, dopo il restyling apportato da Bolognese, in un momento non facile per i cambiamenti e le turbolenze che investono le nostre

strutture ospedaliere. Sono sempre stato profondamente convinto, come avevo avuto occasione di scrivere nel gennaio 2008, in qualità di presidente FIC, in una prefazione del Giornale al momento del passaggio della direzione a Leonardo Bolognese, dell'identità distintiva del GIC quale strumento di aggiornamento e comunicazione della comunità cardiologica e cardiochirurgica nazionale. Un ruolo complementare e non competitivo rispetto al JCM, con l'obiettivo di una qualità non

misurabile attraverso impact factor e citation index ma attraverso l'impatto in termini di educazione continua e stimolo per la ricerca clinica soprattutto dei giovani Cardiologi. Una mission diversa rispetto alla rivista internazionale ma non meno importante. È forse presuntuoso, ma non privo di fondamento, affermare che l'elevata qualità delle cure cardiologiche raggiunta nel nostro Paese è anche in piccola parte merito dell'opera educativa svolta dal GIC a favore di due generazioni di





Cardiologi operanti nelle strutture di Cardiologia del Paese.

Il Giornale ha già un format consolidato e apprezzato grazie all'ottimo lavoro di chi ci ha preceduto ed è mia intenzione assicurare una continuità introducendo tuttavia qualche elemento innovativo. Insieme al comitato editoriale, che avrà un ruolo fortemente operativo, abbiamo deciso di introdurre nuove rubriche a fianco di quelle esistenti, privilegiando review, focus, position paper, studi osservazionali ed anche report di attività cardiologica e cardiocirurgica nazionale. Le nuove tipologie di articoli, prevalentemente su invito, prevedono: *Questioni aperte* con i consigli dell'esperto su temi (aree grigie) per i quali non esistono definite raccomandazioni da parte delle linee guida; *Dieci quesiti in tema di...*, rassegne sintetiche snelle e a carattere pratico a cura di esperti; *Percorsi diagnostico terapeutici assistenziali in Cardiologia*, esperienze sul campo di implementazione delle linee guida attraverso PDTA di sperimentata efficacia; *Cuore e interazioni*, un ampliamento delle competenze del Cardiologo nel confronto con altre specialità della Medicina Interna (neurologia, nefrologia, pneumologia, gastroenterologia, endocrinologia etc.); *Pionieri in Cardiologia*, una nuova rubrica dedicata ai founding

fathers della Cardiologia e Cardiocirurgia italiana, a coloro che con le innovazioni scientifiche e organizzative hanno consentito alla Cardiologia italiana di raggiungere gli elevati livelli di eccellenza riconosciuti a livello nazionale ed internazionale. È nostro obiettivo inoltre rilanciare la vision del GIC quale strumento di interfaccia della FIC nei confronti della Società Europea di Cardiologia (ESC) e delle istituzioni sanitarie nazionali. Non solo traduzione delle linee guida ESC, eventualmente accompagnate da commenti editoriali e contestualizzazione nella realtà nazionale, ma anche aggiornamenti su position paper e survey prodotti dalla ESC e dalle sue Association e Working Group (*ESC corner*) all'interno dei quali sono presenti molti Cardiologi di SIC ed ANMCO. Un altro spazio del Giornale, *News di Politica Sanitaria*, ospiterà aggiornamenti sulle attività di istituzioni ed organi sanitari (Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità, AGENAS, AIFA etc.) con ricadute importanti sulla struttura e organizzazione funzionale della Cardiologia. Il Giornale è l'organo ufficiale delle società scientifiche nazionali di Cardiologia e Cardiocirurgia con le quali sarà mio impegno condividere le politiche editoriali, pur nell'autonomia dell'incarico fiduciario che mi è stato conferito. Ma per me il GIC

è anche e soprattutto da quasi 40 anni una componente importante della vita associativa della nostra ANMCO che ho già avuto l'onore di servire come presidente nazionale nel biennio 2004-2006. Ritornare dopo tanti anni all'interno del Consiglio Nazionale sarà per me un privilegio ulteriore e soprattutto occasione importante di confronto. Il compito che ci attende non è facile, ma posso assicurare che il mio impegno sarà massimo e la passione non sarà inferiore a quella riversata nei precedenti ruoli associativi. In questa nuova avventura, come penso lo sia stata per quelli che mi hanno preceduto, sarà per me motivo di tranquillità il prezioso supporto editoriale della Dott.ssa Paola Lucioli grazie alla sua lunga esperienza e riconosciuta competenza. Sono certo che non ci mancherà la vicinanza e la collaborazione del Publisher *Il Pensiero Scientifico Editore* e del suo competente Direttore Generale Dott. Luca De Fiore. Mi auguro che il Giornale Italiano di Cardiologia possa continuare ad essere percepito come la casa comune dei Cardiologi e dei Cardiocirurghi italiani e che pertanto ognuno dei lettori si senta libero di inviarmi i propri commenti, contributi ed eventuali proposte di miglioramento. Ne terremo il massimo conto.♥



## 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 (351)	378 (5.000-6.000)	134 + 25 CKD (4120 + 532 CKD)	Fino a 31-12-2018	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>	16	186	148	48 settimane	in corso
<a href="#">BLITZ-AF (osservazionale)</a>	154	Pronto Soccorso 3.000 Cardiologia 2.000	Pronto Soccorso 6275 Cardiologia 4.126	1 anno	in corso
<a href="#">START (osservazionale)</a>	183	4.500	5.070	1 anno	in corso
<a href="#">COLCOT</a> In collaborazione con il <a href="#">Montreal Health Institute</a>	19 (134)	750 (4.500)	277 (2.007)	Event driven	in corso
<a href="#">POSTER (osservazionale)</a> In collaborazione con <a href="#">Fondazione SISA (Società Italiana per lo studio dell'Arteriosclerosi)</a>	82	6.000	1574	No follow-up	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:  
2 maggio 2017

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
EYESHOT POST-MI	93	2.000	221	No follow-up	In corso
BLITZ-HF (osservazionale)	109	1° fase 2500 2° fase 2500	1° fase 528 2° fase -	1 anno	In corso

## Studi di prossima attuazione

Nome dello Studio	N° centri previsti Italia (tutto il mondo)	N° pazienti previsti dal protocollo Italia (tutto il mondo)	Durata prevista del follow-up
In Progress (osservazionale)	40	300	6 mesi

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

## FOCUS ON

### Studio BLITZ-HF

Lo studio BLITZ-HF, ha come obiettivo principale 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, valutata in due differenti periodi di inclusione, intervallati da una fase di formazione. L'attivazione dei

primi centri è avvenuta all'inizio del mese di marzo 2017 ed al 2 maggio sono stati ammessi allo studio 528 pazienti da 54 dei 107 centri attivati. I pazienti sono 441 nella condizione CHF e 87 nella condizione AHF, sul totale 383 (72.5%) sono maschi, l'età media è di  $69.6 \pm 12.6$ , con 281 soggetti (53.2%) ultra settantenni.

L'attivazione dei centri nella prima fase dovrebbe concludersi entro il 20-25 maggio 2017, la fase educativa è prevista nel mese di ottobre per poter poi iniziare la seconda fase di arruolamento contemporaneamente per tutti i centri tra fine novembre ed inizio dicembre del 2017.♥





**AREA ARITMIE**

**Chairperson**

Achille Giardina (Cagliari)

**Co - Chairperson**

Massimo Zecchin (Trieste)



**AREA CARDIOCHIRURGIA**

**Chairperson**

Leonardo Patanè (Pedara - CT)

**Co - Chairperson**

Marco Di Eusanio (Ancona)

**Comitato di Coordinamento**

Raimondo Calvanese (Napoli)

Mauro Raimondo Serafino Pisano (Sassari)

Alessio Poggi (Teramo)

Pietro Rossi (Roma)

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

**Comitato di Coordinamento**

Antonio Miceli (Milano)

Andrea Montalto (Roma)

Antonino Salvatore Rubino (Pedara - CT)

Carlo Savini (Bologna)

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



**AREA CARDIOIMAGING**

**Chairperson**

Paolo Giuseppe Pino (Roma)

**Co - Chairperson**

Antonella Maurizia Moreo (Milano)



**AREA EMERGENZA - URGENZA**

**Chairperson**

Emilio Di Lorenzo (Avellino)

**Co - Chairperson**

Roberta Rossini (Bergamo)

**Comitato di Coordinamento**

Erika Bertella (Cremona)

Benedetta Carla De Chiara (Milano)

Nicola Gaibazzi (Parma)

Vincenzo Guido (Ostia Lido - RM)

[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**

Giorgio Caretta (La Spezia)

Chiara Fraccaro (Padova)

Claudio Larosa (Andria - BT)

Daniela Lina (Parma)

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



Fabiana Lucà

**AREA GIOVANI**

**Chairperson**

Fabiana Lucà (Reggio Calabria)  
**Co - Chairperson**  
 Stefania Angela Di Fusco (Roma)

**Comitato di Coordinamento**

Manuela Benvenuto (Fermo)  
 Fabrizio D'Ascenzo (Torino)  
 Damiana Fiscella (Catania)  
 Andrea Madeo (Roma)

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



Loris Roncon

**AREA MALATTIE DEL CIRCOLO POLMONARE**

**Chairperson**

Loris Roncon (Rovigo)  
**Co - Chairperson**  
 Marco Vatrano (Catanzaro)

**Comitato di Coordinamento**

Sergio Caravita (Milano)  
 Lucrezia De Michele (Bari)  
 Claudio Picariello (Rovigo)  
 Simone Vanni (Firenze)

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



Luciano Moretti

**AREA MANAGEMENT & QUALITÀ**

**Chairperson**

Luciano Moretti (Ascoli Piceno)  
**Co - Chairperson**  
 Laura Lalla Piccioni (Teramo)

**Comitato di Coordinamento**

Vincenzo Amodeo (Reggio Calabria)  
 Stefano Aquilani (Roma)  
 Emanuele Carbonieri (Bussolengo - VR)  
 Francesco Vigorito (Salerno)

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



Massimo Imazio

**AREA NURSING**

**Chairperson Medico**

Massimo Imazio (Torino)  
**Co - Chairperson Medico**  
 Giuseppina Maura Francese (Catania)



Sabrina Egman

**Chairperson Infermiera**

Sabrina Egman (Roma)  
**Co - Chairperson Infermiera**  
 Rossella Gilardi (Milano)

**Comitato di Coordinamento**

Patrizia Ansaloni (Bologna)  
 Benedetta Arena (Messina)  
 Doriana Frongillo (Frascati - RM)  
 Roberto Gortan (Palmanova - UD)

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



Maurizio Giuseppe Abrignani

**AREA PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE**

**Chairperson**

Maurizio Giuseppe Abrignani (Erice - TP)  
**Co - Chairperson**  
 Daniele Grosseto (Rimini)

**Comitato di Coordinamento**

Giovanni De Luca (Palermo)  
 Marco Malvezzi Caracciolo D'Aquino (Napoli)  
 Bruno Maria Passaretti (Bergamo)  
 Carmelo Massimiliano Rao (Reggio Calabria)

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



Andrea Mortara

**AREA SCOMPENSO CARDIACO**

**Chairperson**

Andrea Mortara (Monza)  
**Co - Chairperson**  
 Massimo Iacoviello (Bari)

**Comitato di Coordinamento**

Attilio Iacovoni (Bergamo)  
 Francesca Macera (Milano)  
 Vittorio Palmieri (Avellino)  
 Daniele Pasqualucci (Cagliari)

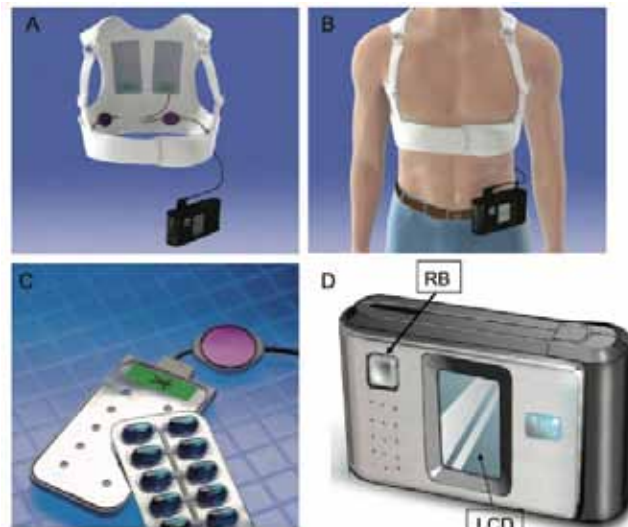
[www.anmco.it/pages/entra-in-anmco/aree-anmco/area-scompenso-cardiaco](http://www.anmco.it/pages/entra-in-anmco/aree-anmco/area-scompenso-cardiaco)



# Sicurezza indossabile

## Wearable Cardioverter Defibrillator

**N**ella lotta alla morte improvvisa il defibrillatore si è dimostrato capace di migliorare la sopravvivenza in popolazioni ad alto rischio. Rimangono tuttavia non protette delle situazioni nelle quali il defibrillatore non può essere impiantato quali un'infezione in atto, l'incertezza nella valutazione del rischio aritmico e la necessità di disporre di tempo come dopo un infarto esteso o quando la protezione richiesta sia limitata nel tempo (S. di Tako-tsubo). Il defibrillatore LifeVest® (WCD) nasce per essere indossato da questo tipo di pazienti ed opera grazie ad un algoritmo di rilevamento (TruVector™) progettato per consentire al "salvante terrestre" di riconoscere con precisione le tachiaritmie ventricolari. Il WCD è costituito da tre componenti: il corpetto, il gruppo degli elettrodi e la centralina. Il corpetto, indossato sotto i vestiti, alloggia gli elettrodi di monitoraggio e le piastre da



LifeVest®

defibrillazione. La centralina, indossata alla vita contiene il sistema di monitoraggio e l'unità di defibrillazione. Se viene rilevato un ritmo cardiaco pericoloso per la vita, il dispositivo avvisa il paziente e poi gli astanti (!) ed infine eroga uno D.C. shock bifasico.

### Le origini del WCD

Paul Zoll (1956): prima defibrillazione transtoracica.  
Martin Stephen Doc Heilman fonda nel 1964 la MEDRAD che innova la tecnologia angiografia.

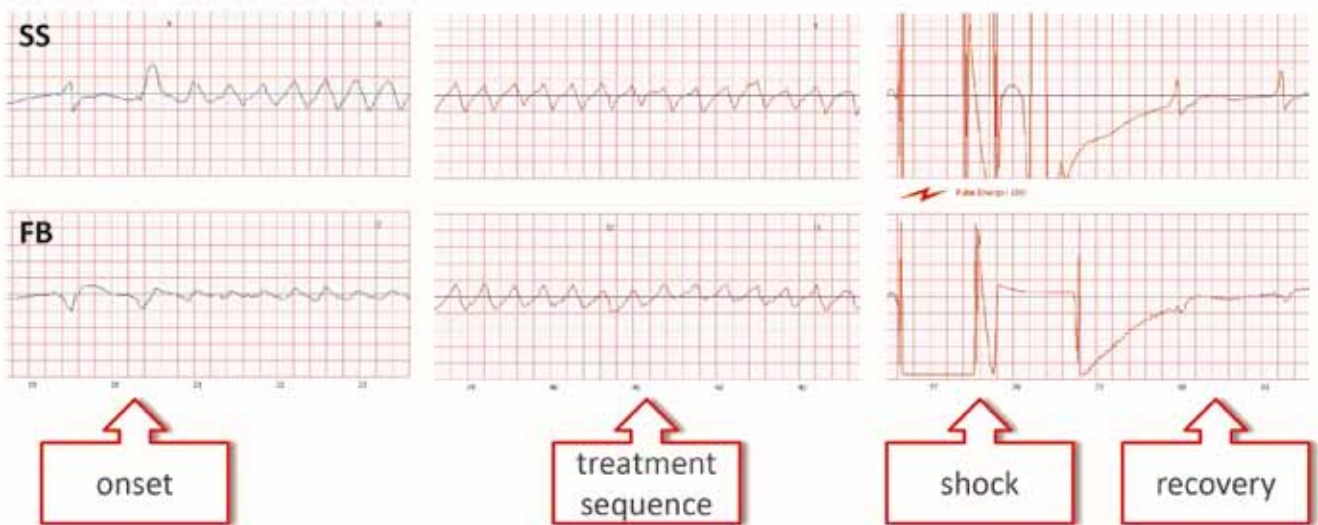
Michel Mirowski e Doc Heilman (1972) decidono di costruire il defibrillatore automatico. Nel 1979 nasce la INTEC per il completamento del progetto.  
Levi Watkins e Philip Reid (4 febbraio 1980) impiantano il primo AID. La FDA autorizza l'uso del defibrillatore automatico (1985) nei pazienti sopravvissuti ad una arresto cardiaco. Stephen Heilman e Larry Bowling fondano la Lifecor (1986) con l'idea di realizzare un defibrillatore

indossabile automatico.

### La fase preclinica

Si svolge dal 1987 al 1995 e comprende i test di standardizzazione industriale, la verifica della bio compatibilità dei materiali e uno studio con 80 volontari sani che indossano un simulatore per la messa a punto del feedback agli allarmi. La validazione dell'algoritmo diagnostico viene effettuata nel corso di studi elettrofisiologici (programmati) effettuati su 200 pazienti.





Traccia ECG dalla memoria del dispositivo dell'episodio di fibrillazione ventricolare

### Fase clinica

Nel 1997 vengono resi noti da Auricchio i risultati di uno studio di efficacia del WCD nell'uomo. 10 shock efficaci su 10 TV/FV indotte; non Aritmie post shock e nessuna bruciatura della pelle. Aprile 1997 - gennaio 1998: valutazione intra-ricovero su 15 pazienti che indossano per 58 giorni il WCD. Nel mese di febbraio

sicurezza del WCD. Il traguardo dei 100.000 utilizzatori viene superato nel 2013 con dati di performance incoraggianti: efficacia del primo shock del 98% ed una "shock event survival" (i pazienti giunti coscienti al PS o quelli rimasti a casa) del 92%. A questi successi contribuisce la compliance media pari a 22,5 ore su 24 e la bassa incidenza (< 1 per mese di uso) di shock inappropriati.

potuto non sottoporsi ad impianto di AICD per il miglioramento della funzione cardiaca.

### Come opera LifeVest?

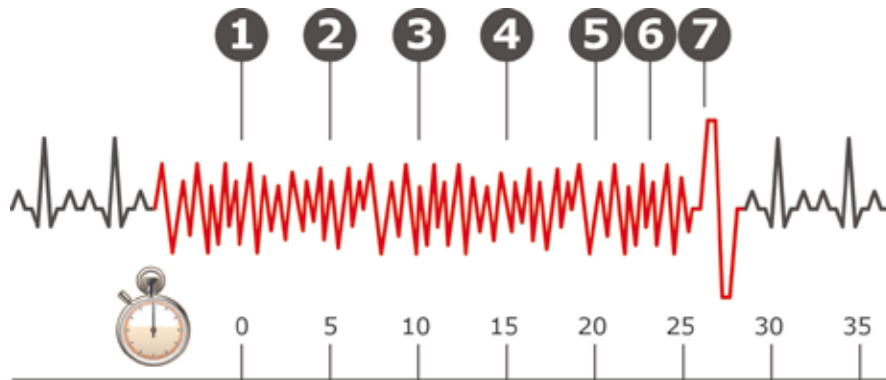
Con due canali ortogonali posizionati lungo la circonferenza del giubbotto all'altezza dell'apofisi xifoidea, registra i dati sulla frequenza cardiaca ed effettua un'analisi vettoriale. Il cardiogramma vettoriale viene

## La realtà supera la fantascienza Il LifeVest surclassa il monitor cardiaco CORA immaginato nel romanzo del 1979 "Le fontane del Paradiso" da Artur C. Clarke

del 1998 iniziano due trial clinici prospettici non randomizzati che impegnano 15 Centri USA ed 1 tedesco: WEARIT & BIROAD; nel luglio 2001 si concludono gli studi, riuniti su richiesta FDA. Nel 2002 arriva l'autorizzazione FDA all'uso clinico e nel 2003 è validato il modello con shock bifasico. Il 2010 segna un'altra importante tappa con la pubblicazione di due registri (USA e Tedesco) che confermano la

I dati del registro prospettico osservazionale WEARIT II sono pubblicati nel 2015 e riguardano 2.000 pazienti (CMD ischemiche, non ischemiche e patologie congenite/ereditarie) efficacemente protetti nei primi tre mesi dalla data della diagnosi sino alla rivalutazione: frazione d'eiezione, aritmie ventricolari e condizione clinica. Alla fine del periodo di "attesa armata" il 42% (840) pazienti hanno

confrontato in tempo reale col modello di riferimento del ritmo del paziente. La mancata corrispondenza porta a determinare l'esistenza di un'aritmia da trattare. Se il cardiogramma e il modello di riferimento coincidono, il paziente continua ad essere monitorizzato. Se la qualità di uno dei canali è ritenuta inaffidabile l'analisi morfologica non viene utilizzata. L'algoritmo di rilevamento applica



1. Aritmia rilevata, con attivazione dell'allarme a vibrazione (continua per tutta la sequenza).
2. Si attiva la sirena di allarme (continua per tutta la sequenza).
3. La sirena di allarme diventa più forte.
4. Messaggio acustico per il paziente: "Premere i pulsanti di risposta per ritardare il trattamento, possibile erogazione di shock".
5. Rilascio di gel.
6. Messaggio acustico per le persone circostanti: "Non toccare il paziente" oppure "Persone presenti, non interferire".
7. D.C. Shock.

anche un livello di confidenza come parte del processo decisionale. Il livello di confidenza è dato dalla somma dei fattori in ingresso relativi a frequenza cardiaca, morfologia, uso del tasto di risposta e qualità del segnale. Se un fattore di ingresso viene considerato inaffidabile, il suo peso può essere ridotto o redistribuito interamente su altri fattori. Una volta dichiarato l'evento, l'algoritmo di confidenza deve decidere se il ritmo può essere trattato in base alla durata dell'aritmia. Se il livello di confidenza scende al di sotto di un livello specificato, la sequenza del trattamento viene terminata. Se un paziente utilizza i pulsanti di risposta dopo aver sentito gli allarmi il livello di confidenza diminuirà. Se il paziente rilascia i pulsanti di risposta il livello di confidenza del trattamento aumenterà.

### Presente e situazione europea

Nel 2016 vengono pubblicate le raccomandazioni dell'American

Heart Association e quelle Europee in forma di Review approvata da ERHA. Negli ultimi 5 anni in Europa (prevalso la Germania) le prescrizioni del WCD hanno raggiunto le 20.000 unità. Complessivamente il WCD viene utilizzato nella CMD non ischemica di recente insorgenza (59%), nelle disfunzioni post-ischemica e post ByPass (27%), dopo l'espianto dell'AICD (12%), nella valutazione del rischio nelle sindrome aritmogene (1.5%), in attesa di trapianto cardiaco (0.5%). In Italia, dal 2015 ne sono stati applicati circa 200, sicuramente l'indicazione di classe IIb con livello di evidenza C delle Linee Guida ESC sulla morte improvvisa agisce da freno. Cosa stiamo aspettando? Uno studio randomizzato come il VEST (2.300 pazienti post IMA) per dimostrare la riduzione della morte improvvisa nei primi 90 giorni. Lo Studio HF Opt osservazionale prospettico migliorerà ulteriormente il nostro processo decisionale. L'obiettivo è

documentare il miglioramento della frazione d'eiezione dopo 6 mesi di terapia medica condotta secondo le Linee Guida, in pazienti con prima diagnosi di HF. Nei primi tre mesi i pazienti entreranno nel registro WCD, l'arruolamento nello studio avverrà dopo 90 giorni dalla diagnosi di HF. In caso di miglioramento (FE>35%) terminerà l'uso del WCD e non verrà impiantato l'AICD. In caso di miglioramento non sostanziale (5%) della FE i pazienti continueranno ad usare WCD per altri 3 mesi, al termine dei quali proseguiranno lo studio (ancora 3 mesi) solo i pazienti con bassa FE ma con terapia sub ottimale. Ultime notizie: il 24 febbraio 2017 FDA ha approvato l'uso del Hospital Wearable Defibrillator. Artur C. Clarke pubblica nel 1979 il romanzo "Le fontane del Paradiso" ambientato nel XXII secolo. Il protagonista porta sullo sterno CORA con funzioni di diagnosi e di allarme. Muore perché l'allarme cade, letteralmente, nel vuoto. ♥



LEONARDO PATANÉ, MARCO DI EUSANIO, ANTONIO MICELI,  
ANDREA MONTALTO, ANTONIO RUBINO, CARLO SAVINI

# Cronoprogramma Area CardioChirurgia

**N**egli ultimi anni l'epidemiologia delle malattie cardiovascolari (CV) sia per la Cardiochirurgia che per la Cardiologia si è progressivamente modificata, anche per l'aumento della vita media, che comporta il trattamento di pazienti sempre più anziani, spesso con molteplici comorbidità e fragilità. Nonostante tutto queste condizioni l'aumento del rischio prognostico dei vari interventi terapeutici, Cardiochirurgici e Cardiologici si trovano quotidianamente a confrontarsi con una aspettativa sempre crescente di miglioramento degli outcome. Oggi la maggior parte delle patologie CV hanno un ventaglio sempre più ampio di possibilità terapeutiche che vanno dagli interventi chirurgici standard ad interventi chirurgici mini-invasivi o interventi transcateretere e terapie mediche sempre più innovative ed efficaci. In verità, i progressi della Cardiologia e della Cardiochirurgia sono tra quelli che più hanno contribuito negli ultimi decenni a migliorare qualità e durata di vita, basti pensare a procedure rivoluzionarie come il by-pass aorto-coronarico o l'angioplastica coronarica. In questo scenario, le opzioni terapeutiche offerte dalle nuove tecnologie sono fondamentali, perché consentono soluzioni diverse ed alternative per la stessa patologia da trattare, anche in base alle caratteristiche cliniche

ed al profilo di rischio del singolo paziente. Diventa pertanto cruciale il momento decisionale della scelta della strategia terapeutica per ogni singolo paziente, decisione, talora, più difficile rispetto all'esecuzione dell'intervento stesso e che richiede profonda riflessione e condivisione tra varie figure professionali. La scelta e l'indicazione terapeutica sarà sempre più corretta se è multidisciplinare, con il coinvolgimento di vari specialisti che condividano la decisione sulla terapia da attuare sul singolo paziente. Proprio per questo motivo, la maggior parte delle numerose Linee Guida internazionali, raccomandano fortemente l'utilizzo dell'Heart Team come irrinunciabile strumento di decisione clinica e terapeutica. Partendo da tali premesse il Comitato di Coordinamento propone di utilizzare l'Area CardioChirurgia dell'ANMCO come una grande occasione

per un Heart Team allargato, all'interno di una grande Società di Cardiologia, non dedicato al singolo caso clinico, bensì dedicato ai più importanti temi di patologia CV. Un'Area CardioChirurgia come spazio virtuale quindi dove discutere e garantire continuità di attenzione, nonché promuovere iniziative in campo cardiologico e cardiochirurgico per favorire il miglioramento della salute pubblica e la crescita culturale nell'ambito delle malattie CV. L'obiettivo di ciò è l'integrazione tra cultura cardiologica e cardiochirurgica nella programmazione di iniziative editoriali, formative e di ricerca comuni, anche per favorire la collaborazione tra ANMCO e Società Italiana di Chirurgia Cardiaca (SICCH). Le tematiche che proponiamo di discutere ed approfondire nel prossimo biennio sono molteplici, alcune di grande attualità e meritevoli di puntualizzazione culturale mediante

## Le tematiche che proponiamo di discutere ed approfondire nel corso del prossimo biennio:

- Trattamento degli Aneurismi dell'Aorta toracica prossimale:
- diagnosi, Storia naturale ed Indicazioni terapeutiche
- Interventi cardiochirurgici ibridi
- Rivascolarizzazione nel coronarico trivasale con disfunzione ventricolare sn
- Insufficienza Mitralica. Quale tecnica per quale paziente?
- Cardiochirurgia Mini-invasiva
- Chirurgia della Fibrillazione atriale, concomitante ed isolata.





l'impiego dei vari strumenti disponibili:

- Trattamento degli Aneurismi dell'Aorta toracica prossimale: Diagnosi, Storia naturale ed Indicazioni terapeutiche.
- Interventi cardiocirurgici ibridi.
- Rivascolarizzazione nel coronarico trivasale con disfunzione ventricolare sn.
- Insufficienza Mitralica. Quale tecnica per quale paziente?

possibili errori di valutazione della patologia da trattare. In questo processo l'imaging è il migliore alleato del chirurgo.

- Scompenso Cardiaco: patologia con prevalenza in aumento e grave mortalità e morbidità, per il trattamento della quale anche la cardiocirurgia può dare il proprio contributo.
- Prevenzione Cardiovascolare: il percorso riabilitativo post-operatorio

ed anticoagulanti, possano rendere interessante una messa a punto sull'argomento. La stesura del Documento sarà preceduta da una Survey sullo stesso argomento del Documento di Consenso, allo scopo di conoscere il comportamento dei Centri Cardiocirurgici italiani a proposito della terapia antitrombotica dopo chirurgia valvolare. I risultati saranno propedeutici a focalizzarne le zone grigie ed i punti meritevoli di aggiornamento. Pensiamo di riuscire a pubblicare il Documento, con il contributo di tutti i partecipanti, all'inizio del 2018. Terzo obiettivo, non meno importante dei precedenti sarà quello di comunicare e coinvolgere tutti i Soci, con l'utilizzo del Sito Web. Sito che vorremmo utilizzare non solo per diffondere tutte le iniziative dell'Area, ma anche e soprattutto per comunicare casi clinici ed informazioni che possano essere utili a migliorare le nostre conoscenze, soprattutto a proposito del follow-up del paziente cardiocirurgico. Per la realizzazione degli obiettivi che ci siamo prefissi impiegheremo tutte le nostre energie. Ma nessuno di noi riesce a fare da solo quello che riusciamo a fare tutti insieme, chiediamo dunque a tutti voi, Consiglio Direttivo, Consiglio Nazionale, Aree, Task Force, Soci ANMCO, Segreteria, collaborazione e supporto per la realizzazione del programma del prossimo biennio. L'obiettivo ultimo è quello di progredire e migliorare le nostre conoscenze al servizio di coloro che ogni giorno affidano a noi la loro salute e la loro vita. Grazie e buon biennio! ♥

## Area CardioChirurgia grande occasione per un Heart Team allargato

- Cardiocirurgia Mini-invasiva.
- Chirurgia della Fibrillazione atriale, concomitante ed isolata.

Partendo dalle premesse espresse nell'articolo, considerato che l'Area CardioChirurgia non è un'Area monotematica, bensì pluritematica, il primo obiettivo non può essere che quello di una ampia collaborazione con le altre Aree ANMCO. Sono stati quindi individuati percorsi comuni con le Aree:

- CardioImaging: soprattutto per l'importanza per il Cardiocirurgo dell'imaging cardiaco nell'indicazione e nella programmazione dell'intervento oltre che nel controllo del risultato immediato e a distanza. Per la corretta esecuzione dell'intervento cardiocirurgico è fondamentale avere una precisa diagnosi pre-operatoria ed intra-operatoria sia anatomica che funzionale per evitare che nel corso dell'intervento ci si possa trovare di fronte a sorprese e

ottimizza i risultati dell'intervento e consente una attenta stratificazione prognostica per prevenire future recidive e complicanze.

Proponiamo inoltre, in collaborazione con tutte le Aree, incontri monotematici plurispecialistici sulle patologie valvolari più frequenti. Secondo obiettivo è la stesura di un Documento di Consenso intersocietario (ANMCO – SICCH – GISE) su: "Terapia antitrombotica in pazienti sottoposti a chirurgia e/o interventistica cardiaca valvolare. La terapia anticoagulante e/o antiaggregante dopo intervento cardiocirurgico o transcaterere di sostituzione o di riparazione valvolare. Come trattare le complicanze." Ci sembra che le nuove evidenze scientifiche in letteratura, la disponibilità di nuovi modelli di protesi valvolari, sia chirurgiche che transcaterere, le nuove tecnologie, nonché l'uso di innovativi farmaci antiaggreganti



# Il Cuore dei Giovani Cardiologi

Generazioni a confronto: uno sguardo verso il futuro

**N**ei giorni 20 e 21 gennaio 2017 si è tenuto a Porto San Giorgio il Congresso di Cardiologia dal titolo “Il Cuore dei Giovani Cardiologi”, organizzato dal Dott. Domenico Gabrielli, Presidente Designato ANMCO, con la collaborazione dei colleghi della Cardiologia dell’Ospedale A. Murri di Fermo e della Dott.ssa Fabiana Lucà, Chairperson dell’Area Giovani ANMCO insieme ai colleghi del Comitato di Coordinamento dell’Area. Già dal titolo dell’evento si evince la volontà degli organizzatori di volgere lo sguardo verso il futuro: protagonista è la nuova classe di Cardiologi che inizia ad affacciarsi nel panorama di eventi di aggiornamento scientifico. La centralità sui Giovani Cardiologi, focus dell’organizzazione del Congresso, ha rispecchiato completamente il nuovo orientamento societario fortemente voluto ed introdotto nel 2015 dal Dott. Michele Massimo Gulizia con l’istituzione dell’Area Giovani, assoluta novità in ANMCO. Ai ringraziamenti della Chairperson dell’Area Giovani Fabiana Lucà per il considerevole numero di speaker giovani, il Dott. Domenico Gabrielli ha risposto con entusiasmo affermando di voler procedere nella ventata di cambiamento che ad oggi si respira in ANMCO. Tanti giovani Cardiologi hanno avuto la possibilità di raccontare la propria esperienza quotidiana attraverso l’esposizione di casi



clinici reali, confrontandosi con colleghi esperti in svariati settori e che hanno condiviso la loro esperienza clinica e il loro sapere scientifico. Un aspetto a nostro avviso lodevole, è stato rappresentato dall’osservazione attenta e scrupolosa dei tempi riservati all’esposizione delle relazioni, che ha permesso lo svolgimento di approfondite e vivaci discussioni, nel corso delle quali l’aperto confronto tra colleghi di diverse generazioni e diverse realtà professionali ha contribuito in maniera stimolante e produttiva all’approfondimento degli argomenti trattati. La presenza di un’ “audience” multidisciplinare ha inoltre arricchito il dialogo fornendo spunti di indubbia utilità. Tema caldo del congresso è stata l’attenta analisi delle nuove Linee Guida, con particolare riguardo alla loro concreta applicabilità nella realtà clinica quotidiana. Ampio spazio è stato inoltre riservato alle novità in tema di Valvulopatie ed AMI STEMI, argomento delle Linee Guida ancora in via di elaborazione ed alle ultime novità in ambito tecnologi-

co e chirurgico, come i nuovi pace maker leadless e gli approcci innovativi alla chirurgia valvolare aortica. Per quanto riguarda le prospettive future, interessante peculiarità del convegno è stata l’aver affrontato anche l’approccio al paziente terminale e le possibilità di cure palliative, che vengono trattate nel contesto dell’aggiornamento cardiologico meno spesso rispetto alle altre discipline. Grande interesse ha destato inoltre la trattazione di argomenti ultraspecialistici, affrontati da relatori di calibro internazionale, come il trattamento estremo dell’insufficienza cardiaca acuta, la prevenzione del danno cardiaco nella chemioterapia, le nuove frontiere della terapia ipolipemizzante e i nuovi farmaci per il trattamento dello scompenso cardiaco cronico. Immane infine l’approfondimento clinico sui nuovi anticoagulanti e sulle relative problematiche di utilizzo, nonché sull’antidoto recentemente introdotto in commercio. L’innovativa formula organizzativa del programma scientifico, che ha dedicato ampi spazi alla discussione, vero momento di aggiornamento e di crescita professionale, ha evidenziato ancora una volta come la collaborazione tra le due generazioni di Cardiologi a confronto permetta un mutuo accrescimento a ciascun professionista. ♥



# Quando il presente è fatto di passato e di futuro

## Cronoprogramma 2017 - 2018

Con l'articolo dal titolo "Nani sulle spalle dei giganti" la Dott.ssa Enea inaugurò nel 2015 l'appena iniziato biennio dell'Area Malattie del Circolo Polmonare. L'aforisma di Giovanni di Salisbury, ad indicare come colleghi illustri, quali i Dottori Zonzin, Favretto, D'Agostino, Rubboli, Azzarito, Casazza, Bongarzone, Ghio, D'Armini ed altri, crearono dapprima e portarono avanti poi una costante crescita dell'Area nel tempo garantendo una continuità di attenzione e di iniziative sui temi dell'embolia polmonare e ipertensione polmonare. Proprio il tempo, il suo continuo ed inesorabile fluire, come un fiume nel quale si trovano a scorrere passato, presente e futuro, è ciò su cui si deve basare l'attività di un gruppo scientifico come l'Area Malattie del Circolo Polmonare. Infatti, non esiste futuro senza un presente, così come non esiste un presente senza passato. O meglio, il fluire agostiniano o bergsonianesimo del tempo, che dal passato sconfinava nel presente e dal presente si trascendeva nel futuro rappresentano una chiara dimostrazione del come l'*hic et nunc* non possa essere un *modus operandi*

efficace o comunque applicabile in un contesto scientifico-divulgativo come quello in cui si trova a operare la nostra Area. In questi anni, profondi mutamenti sia sul versante diagnostico che su quello terapeutico, si sono avvicinati, a volte senza soluzione di continuità, nella gestione dei pazienti con tromboembolismo venoso e ipertensione polmonare. Per di più, un profondo mutamento è rappresentato dalle diverse tipologie di pazienti che il Cardiologo si trova a dover gestire nella pratica clinica quotidiana: infatti l'allungamento della aspettativa di vita ed i concomitanti miglioramenti terapeutici in diversi ambiti della medicina, hanno portato a trattare un maggior numero di pazienti anziani, con pluri-comorbidità e politerapie. Questo scenario ha comportato la necessità di acquisire specifiche esperienze da parte dei Cardiologi, oltre ad una continua formazione, atta ad adattare il management al contesto clinico che si ha davanti. Nonostante ciò, risposte adeguate ed esaurienti ad ogni situazione non sono ancora state trovate. Basti pensare al continuo susseguirsi di trial clinici

realizzati per la valutazione del potenziale beneficio terapeutico del trattamento trombolitico nei pazienti con embolia polmonare a rischio intermedio-alto, l'utilizzo nei nuovi anticoagulanti orali nella terapia a lungo termine (i quali tuttavia mancano per ora di follow-up estesi), l'implementazione della profilassi tromboembolica, che nonostante ampiamente diffusa e raccomandata, risulta essere ancora inefficace in una buona parte dei pazienti chirurgici o oncologici, l'introduzione di nuovi farmaci biologici per il trattamento dell'ipertensione polmonare, ecc. In questo contesto, da neoChairperson dell'Area, insieme al Dott. Vatrano, Co-Chairperson ed a tutto il Comitato di Coordinamento, mi sento onorato di poter contribuire alla crescita dell'Area Malattie del Circolo Polmonare, mantenendo quei principi fondatori tramandati di biennio in biennio dalla sua fondazione. La promozione e creazione di percorsi diagnostico-terapeutici, il continuo aggiornamento di figure sanitarie coinvolte nella gestione di pazienti con patologie a carico del circolo polmonare, la continua





*Orologio molle al momento della prima esplosione, Salvador Dalí, 1954*

sensibilizzazione, rivolta sia alle Istituzioni che ai cittadini, sulle tematiche di competenze del gruppo, saranno i capisaldi della nostra mission. Il tradizionale working group dell'Area verrà mantenuto anche in questo biennio 2017 - 2018, sia nell'ambito di ricerca, che formativo editoriale. Per quanto riguarda l'ambito di ricerca scientifica è in avvio lo Studio PETER, che valuterà l'efficacia e la sicurezza del trattamento percutaneo dell'embolia polmonare nei pazienti ad alto rischio con embolia polmonare. Tale progettualità nasce anche dai

risultati dell'indagine conoscitiva e propedeutica alla realizzazione dello Studio PETER, recentemente pubblicata sul "Giornale Italiano di Cardiologia" che, pur rilevando la disomogenea distribuzione geografica di strutture dotate di strumenti e personale addestrato ad eseguire la trombectomia percutanea nell'EP, ha messo in evidenza l'interesse della stragrande maggioranza dei dipartimenti di Cardiologia interventistica italiani riguardo a questa alternativa terapeutica con un'ampia disponibilità a partecipare anche a registri nazionali sull'implementazione

di tale tecnica ripercussiva. È prevista inoltre, la realizzazione di uno studio, in collaborazione con l'Area Prevenzione Cardiovascolare ANMCO, sul rischio e sui meccanismi fisiopatologici comuni al tromboembolismo arterioso e venoso. In base alle evidenze scientifiche fino ad oggi disponibili, si può ipotizzare, con le necessarie e future conferme, che trombosi venosa ed arteriosa siano due facce della stessa medaglia, la cui manifestazione clinica può determinarsi in tempi e modi variabili, in relazione a fattori intercorrenti, probabilmente in



parte geneticamente determinati, ma sicuramente influenzati dall'esposizione a fattori di rischio tradizionali e non così come a comorbidità, nel crescente convincimento di un affascinante "continuum" vascolare non solo anatomico ma anche patogenetico. Il tema della formazione continuerà a rappresentare un importante impegno per l'Area e nel biennio 2017 - 2018 verrà mantenuto il tradizionale incontro su scala nazionale in merito al trattamento sia dell'ipertensione che dell'embolia polmonare, come necessario momento di incontro e confronto tra diverse realtà territoriali e cliniche per la condivisione di percorsi diagnostici terapeutici ed assistenziali che permettano una gestione standardizzata e corretta dei pazienti. Non meno importante sarà quindi, la creazione di una versione aggiornata del percorso diagnostico terapeutico ed assistenziale (PDTA) dell'ipertensione e dell'embolia polmonare, coerentemente con le finalità dell'Area. L'obiettivo di tale lavoro sarà quello di mettere a disposizione una definizione condivisa ed operativa di uno strumento che sia di aiuto al clinico nella presa in carico corretta e completa del paziente affetto da embolia polmonare e/o ipertensione polmonare, il cui management, frutto di interazione tra più attori all'interno di sistemi

locali inter-professionali ed interdisciplinari, può creare condizioni favorevoli variabilità e difetti di congruità. Pertanto, il PDTA in oggetto, con un costante adattamento alla realtà specifica ed una costante verifica degli aggiornamenti, potrà essere anche un valido aiuto in caso di contenzioso, alla luce del recente decreto Gelli, il cui articolo 5 specifica che le buone pratiche clinico-assistenziali e le raccomandazioni previste dalle Linee Guida debbano essere indicate dalle società scientifiche più autorevoli. Il futuro per i nostri prossimi due anni è sicuramente ambizioso, ricco di progetti ed al contempo stimolante. Per la realizzazione di questi obiettivi saranno essenziali diversi contributi. Infatti sempre nella tradizione del working group, la nostra Area potrà raggiungere i traguardi prefissati solo attraverso un coinvolgimento di tutte le figure che la compongono. A tal riguardo, ci piace ricordare il concetto della "interdipendenza del destino" di K. Lewin, secondo la quale il gruppo esiste quando gli individui divengono consapevoli che il loro destino è collegato a quello del gruppo e, non di meno, della "interdipendenza del compito", cioè della condivisione dell'obiettivo comune da raggiungere che dà luogo all'instaurarsi di sentimenti di cooperazione e coesione tra i membri del "nostro" gruppo. I Soci

dall'Area, il Comitato di Coordinamento, i consulenti ed il Consiglio Nazionale ANMCO saranno elementi fondamentali per la realizzazione delle sopra accennate progettualità. Infatti, in un periodo in cui non si fa che parlare e promuovere l'Heart Team nel trattamento delle diverse patologie cardiovascolari, risulta importante trasferire questo concetto anche nell'ambito scientifico-divulgativo. Sicuramente, una pluralità di figure professionali, con diversi background ed esperienze, non potranno che arricchire il biennio entrante. Percorreremo insieme la linea immaginaria del tempo, sempre verso il futuro, ma con uno sguardo costante al presente ed anche al passato, per mantenere la tradizione dell'area e far tesoro di quanto realizzato negli anni. Infatti, guardare solo ai nostri giorni, farebbe di noi dei contemporanei, senza "antenati" né "poster", ossia privi di memoria e speranza. Invece, per affrontare le sfide che la medicina ci porge davanti quotidianamente, e con una velocità a volte "asfissiante", dovremo adeguarci a questi cambiamenti temporali e lasciare, come hanno fatto i precedenti chairman, le basi per i Cardiologi che in un prossimo futuro ricopriranno ruoli nell'Area convinti che "nell'oggi cammina già il domani" (Samuel Taylor Coleridge). ♥



# Due anni davanti... allora avanti tutta!

## Cronoprogramma Area Nursing

**G**li infermieri, nella percezione collettiva, sono sulla “linea di fronte” avamposto del rapporto fra Servizio Sanitario e i pazienti, interfaccia quotidiana con i cittadini e le loro capacità tecniche devono sempre più essere integrate da un grande senso di umanità e da notevoli capacità relazionali. Altro aspetto decisivo è quello del rapporto con i medici, in particolare rispetto al grado di autonomia che la professione infermieristica può sviluppare, contribuendo ad innalzare la qualità della sanità. Va detto a questo proposito che, agli occhi degli italiani, l'autonomia rispetto ai medici è un tema delicato, che va affrontato con estrema cautela. Tuttavia emergono spazi per valorizzare i valori che, già oggi, gli infermieri incarnano, oltre che le competenze di cui sono portatori. In pratica, fermo restando il ruolo essenziale di riferimento, anche operativo, dei medici, traspare nel punto di vista dei cittadini l'idea che in una sanità più orientata al territorio e alla prevenzione gli infermieri possano avere un maggiore spazio, che ne valorizzi le capacità e le competenze. Vi è, come rilevato, la dimensione relazionale, di rapporto umano e di comunicazione che è sempre più importante, e vi sono anche funzioni più specifiche, di contenuto sanitario che, una volta indicate le linee guida e definite le procedure di verifica dei medici, possono indubbiamente essere affidate agli infermieri. L'attività dell'Area Nursing per il prossimo biennio può in estrema

sintesi essere elencata come di seguito:

- rilevazione fabbisogno formativo della professione infermieristica;
- comparazione del ruolo infermieristico nei diversi contesti delle associazioni afferenti al CCNAP;
- collaborazione con le associazioni GISE e AIAC;
- collaborazione con l'associazione Slow Medicine;
- analisi del ruolo infermieristico in ambito cardiologico.

Rispetto all'attività di analisi, che verrà condotta durante l'intero biennio, vedrà come parte integrante le altre attività dell'Area e si concluderà con un documento di sintesi. La collaborazione con l'associazione Slow Medicine è iniziata durante lo scorso biennio, proseguiamo con attività congiunte sempre più convinti che fare di più non è fare meglio! L'Area ha maggiormente rivolto lo sguardo verso il mondo infermieristico europeo partecipando nel corso del 2016 ad alcune riunioni ed attività proposte dal The Council for Cardiovascular Nursing and Allied Professions (CCNAP). Avevamo una relazione infermieristica al convegno dell'Heart Failure di Firenze del 21 - 24 maggio 2016, abbiamo dato un contributo nell'organizzazione dell'ESC a Roma ed attualmente collaboriamo all'EuroHeartCare che si terrà in Svezia a maggio 2017. In questo setting cercheremo di sviluppare un confronto con le colleghe europee. Tra il 2015 e il 2016 vi è stata una evoluzione “Congressuale”: a Milano si è tenuto

l'ultimo Cardionursing ed a Rimini si è svolto il primo Corso di Clinical Competence Nursing sulla Gestione dei pazienti con Scenari Cardiaci e quest'anno si terrà quello sulla gestione della SCA. A Rimini nel 2016 vi sono state inoltre relazioni infermieristiche all'interno di simposi medici... il lavoro in team è quello vincente e l'aggiornarsi “insieme” è necessario. La collaborazione con i colleghi afferenti ad AIAC (Associazione Italiana Aritmologia e Cardiostimolazione) e GISE (Gruppo Italiano di Studi Emodinamici), con i quali intendiamo intraprendere attività di confronto per la condivisione dei percorsi assistenziali. La rilevazione del fabbisogno formativo, che ha come obiettivo la corretta identificazione delle attività formative di cui gli infermieri, che lavorano in ambito cardiologico, sentono il bisogno, sia per colmare lacune educative di conoscenza che per approfondire competenze dei singoli e di team. In un periodo nel quale le risorse, economiche e non solo, risultano essere minime, è bene che vengano gestite e organizzate in modo oculato, anche e soprattutto quelle destinate alla formazione. Iniziando virtuosamente dalla rilevazione del bisogno formativo potremo poi analizzare le risposte dei professionisti per programmare e organizzare una formazione in linea con le reali necessità. Questo consentirà di sviluppare proposte educative aderenti allo specifico professionale e che abbiano una ricaduta nell'attività clinica assistenziale. ♥





# ANMCO

## ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDIOLOGI OSPEDALIERI

Via La Marmora, 36 – 50121 Firenze  
<http://www.anmco.it> e-mail: [segreteria@anmco.it](mailto:segreteria@anmco.it)  
Tel. +39 055 51011 - Fax +39 055 5101350

Prot. S254/17/ANMCO  
Firenze, 10 aprile 2017

### AI SOCI ANMCO

**Cara Socia, Caro Socio,**

l'Assemblea Generale dei Soci ANMCO è convocata in occasione del 48° Congresso Nazionale ANMCO per

**venerdì, 12 maggio 2017**  
presso la **Sala Anfiteatro** del Palacongressi di Rimini

in prima convocazione alle ore 6.00 ed in **seconda convocazione alle ore 8.00.**

L'Ordine del Giorno, è riportato a seguire.

Ricordo che per accedere all'Assemblea, oltre a essere in regola con il pagamento della quota associativa, è necessario **ritirare il pass presso lo Stand della Segreteria ANMCO.**

Per verificare lo stato del pagamento delle tue quote associative potrai consultare l'area del sito web ANMCO ([www.anmco.it](http://www.anmco.it)) riservata ai Soci.

Per tua comodità indico di seguito il link alla sezione del sito dove troverai elencate le modalità disponibili per il versamento: [Modalità versamento quota associativa ANMCO.](#)

Non dimenticarti che in base all'Art. 4 dello Statuto ANMCO i Soci devono provvedere al versamento personale della quota associativa annuale.

Qualora avessi già provveduto a regolarizzare la tua posizione, colgo l'occasione per ringraziarti della rinnovata fiducia.

Nel caso in cui avessi effettuato il pagamento in questi giorni ti consiglio di portare con te la ricevuta di avvenuto versamento.

Il Dipartimento Soci-Regioni ANMCO è a disposizione per eventuali chiarimenti o ulteriori informazioni (tel. 055/5101366; email: [soci@anmco.it](mailto:soci@anmco.it)) dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 13.00 e dalle ore 13.30 alle ore 16.00.

Arrivederci a Rimini!

Andrea Di Lenarda  
Presidente ANMCO



# **ANMCO**

## **ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDIOLOGI OSPEDALIERI**

Via La Marmora, 36 – 50121 Firenze  
<http://www.anmco.it> e-mail: [segreteria@anmco.it](mailto:segreteria@anmco.it)  
Tel. +39 055 51011 - Fax +39 055 5101350

Prot. S258/17/ANMCO

### **ASSEMBLEA GENERALE DEI SOCI ANMCO**

**Palacongressi di Rimini**

**Sala Anfiteatro**

**venerdì, 12 maggio 2017**

ore 6.00 in prima convocazione

**ore 8.00 - 10.00 in seconda convocazione**

### **ORDINE DEL GIORNO**

1. Nomina del Presidente dell'Assemblea;
2. Relazione del Presidente ANMCO sulle attività dell'Associazione;
3. Relazione del Presidente della Fondazione "per il Tuo cuore" ONLUS e del Direttore del Centro Studi ANMCO;
4. Relazione del Tesoriere ANMCO sul bilancio consolidato ANMCO – Centro Servizi ANMCO s.r.l. – Fondazione "per il Tuo cuore" ONLUS;
5. Linee direttive dell'attività dell'Associazione di indirizzo assembleare;
6. Varie ed eventuali.

Andrea Di Lenarda  
Presidente ANMCO









# 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 Cardioloimaging - 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 ..... Firenze



# Fellow ANMCO 2017

Nome	Cognome	Ospedale	Reparto	Città	Prov.
Salvatore Ivan	Caico	Ospedale S. Antonio Abate	U.O. di Cardiologia	Gallarate	VA
Alice	Calabrese	ASST Papa Giovanni XXIII	Cardiologia 1 Scompenso e Trapianti	Bergamo	BG
Maria Laura	Canale	Nuovo Ospedale Versilia	S.C. Cardiologia	Lido Di Camaiore	LU
Emilia	D'Elia	ASST Papa Giovanni XXIII	Cardiologia 1 Scompenso e Trapianti	Bergamo	BG
Veronica	Dusi	Fondazione Irccs Policlinico San Matteo	Cardiologia	Pavia	PV
Enrico	Favaretto	AOU Santa Maria Della Misericordia	S.O.C. Cardiologia	Udine	UD
Giuseppe	Gatti	Ospedali Riuniti Ospedale Cattinara	Cardiochirurgia	Trieste	TS
Andrea	Madeo	Ospedale San Camillo	U.O.C. Cardiologia 1	Roma	RM
Carmine	Mazzone	ASUI Trieste	S.C. Centro Cardiovascolare	Trieste	TS
Patrizio	Mazzone	Ospedale San Raffaele	Unità Aritmologia e Elettrofisiologia	Milano	MI
Giuseppe	Raffa	ISMETT	U.O. Cardiochirurgia	Palermo	PA
Letizia	Riva	Ospedale Maggiore	U.O. di Cardiologia	Bologna	BO
Giulia	Russo	ASUI Trieste	S.C. Centro Cardiovascolare	Trieste	TS
Ettore	Savini	Ospedale Civile Augusto Murri	U.O. Cardiologia	Fermo	FM
Franco	Tarro Genta	ICS Maugeri Presidio Major	U.O. Cardiologia Riabilitativa	Torino	TO





# Una Prevenzione a 360 gradi

## Programmi ed iniziative dell'Area Prevenzione Cardiovascolare

Come puntualmente accade ogni due anni, il Comitato di Coordinamento dell'Area Prevenzione Cardiovascolare si è rinnovato e al suo Chairperson compete il compito piacevole, ma delicato, di presentarvi la sua nuova composizione, il programma e le iniziative in essere. Fortunatamente il ben collaudato ed oliato meccanismo che vede la presenza di un Co-Chairperson designato a succedere al Chairperson in carica consente una continuità di pensiero ed azioni altrimenti difficilmente raggiungibile; e quindi come nello scorso biennio affiancando Gian Francesco Mureddu ho avuto personalmente modo di impadronirmi dei "segreti del mestiere", così l'attuale Co-Chairperson, Daniele Grosseto, che voi ben conoscete per il suo ruolo nei precedenti Comitati di Redazione di "Cardiologia negli Ospedali" e in ANMCO Cardiology Channel, dove ha molto ben figurato, potrà apprendere i meccanismi di funzionamento dell'Area in modo da poterli mettere in pratica nel successivo biennio. Daniele ed io saremo affiancati da quattro colleghi di primo livello che vi nomino in rigoroso ordine alfabetico: Giovanni De Luca, con



cui da tempo ho instaurato una fruttuosa collaborazione per il suo ruolo importante all'interno del Dipartimento per le Attività Sanitarie ed Osservatorio Epidemiologico della mia regione e che ha una notevole esperienza nel campo dei rapporti con le Istituzioni, avendo anche fatto parte in precedenza del Comitato di Coordinamento dell'Area Management & Qualità; Marco Malvezzi Caracciolo, il più giovane del gruppo, con cui però ho già precedentemente condiviso iniziative editoriali; Bruno Passaretti, che si occupa da tempo di Cardiologia riabilitativa, una attività che in modo strutturato è irrinunciabilmente organica alla nostra Area; ed infine Carmelo Massimiliano Rao, la cui esperienza in tema di imaging cardiovascolare sarà decisiva nell'affrontare le tematiche dell'appropriatezza diagnostica in campo preventivologico. Non sarà sfuggito a molti che

la presenza di Daniele, Marco e Massimiliano conferma la volontà ferma e concreta di dare spazio ed opportunità ai giovani, come giustamente suggerito dal presente Consiglio Direttivo. Passando adesso ai contenuti, il leitmotiv che vorrei adottare per questo biennio è quello di una prevenzione cardiovascolare a 360°; cioè un modo di intendere la Cardiologia preventiva e riabilitativa che esca fuori dal consueto trattamento, magari solo farmacologico, dei noti fattori di rischio cardiovascolare ma che si estenda a tutto tondo alle tante attività del Cardiologo che in un modo o nell'altro non si riflettono nella cura istantanea di una patologia cardiaca acuta ma che abbiano il fine di prolungare la sopravvivenza, evitare l'insorgenza di futuri eventi e migliorare la qualità della vita. Fare prevenzione è contribuire a conoscere l'epidemiologia cardiovascolare nella nostra realtà italiana, perché il primo passo di ogni azione è la conoscenza delle dimensioni del problema; è diffondere nel mondo laico, e in particolare nei giovani, la cultura dei corretti stili di vita in modo da evitare lo sviluppo degli stessi fattori di rischio



(prevenzione primordiale), ma anche apprendere come effettuare un corretto counseling nei pazienti già cardiopatici su alimentazione, attività fisica, fumo ed aderenza terapeutica, il cosiddetto fattore di rischio occulto; è identificare le condizioni di rischio nei sani, magari asintomatici (per esempio le alterazioni elettrocardiografiche a rischio di eventi aritmici potenzialmente letali, magari negli sportivi, o i portatori di dislipidemie su base genetica attraverso screening familiari); è saper stratificare il rischio cardiovascolare in un ampio spettro di pazienti, ad esempio quelli che vengono sottoposti a consulenza cardiologica preoperatoria o quelli con patologie oncologiche, in modo da potere ottimizzare l'iter diagnostico e gli eventuali trattamenti farmacologici; è sapere gestire le terapie per i fattori di rischio tradizionali come l'ipertensione arteriosa, le dislipidemie o il diabete mellito, come pure per quelli emergenti come l'iperuricemia, ma anche gli stessi farmaci antiaggreganti ed anticoagulanti per la prevenzione primaria e secondaria della cardiopatia ischemica, dell'ictus cerebrale e dell'embolia polmonare. Tutte queste tematiche troveranno



un'opportuna collocazione all'interno di un prestigioso evento programmato quest'anno, il 21 - 22 settembre, a Roma, presso l'Istituto Superiore di Sanità: la Quinta Conferenza Nazionale sulla Prevenzione Cardiovascolare, cui la nostra Area saprà senz'altro fornire un contributo significativo. Ma veniamo ora alle iniziative concrete: innanzitutto, nell'ottica della continuità col precedente Comitato di Coordinamento, ci prefiggiamo di completare alcuni progetti ancora in sospeso, in particolare nel campo della consulenza cardiologica preoperatoria: è in dirittura di arrivo la nostra app sulla terapia anticoagulante nei candidati a chirurgia non cardiaca, tra pochi mesi presenteremo al Direttivo i materiali da utilizzare per una iniziativa di Formazione A Distanza sulla consulenza preoperatoria, e stiamo lavorando a un articolo

che riporti i risultati della web survey "Valutazione del rischio cardiovascolare e della gestione perioperatoria del paziente candidato a chirurgia non cardiaca" condotta sul nostro sito ANMCO.

### Le attività editoriali, formative e di ricerca

Il Consiglio Direttivo ha già approvato due iniziative editoriali sotto forma di rassegne in collaborazione con Task Force ANMCO: una con la Task Force Cardioncologia, su "Stili di vita e neoplasie" e una sulla "Prevenzione secondaria, dopo sanguinamento intracranico, del rischio cardioembolico" con la Task Force CardioNeurologia; è stata accolta anche la nostra proposta, sulla scorta della vasta e florida produzione di documenti di consenso e position paper di questi anni, di un documento di consenso intersocietario su "Uso dei farmaci gastroprotettori nei pazienti in terapia antiaggregante" da elaborare in collaborazione con l'Associazione Italiana Gastroenterologi Ospedalieri (AIGO) ed eventuali altre Società Scientifiche. Tra le attività di ricerca, ci siamo proposti per l'analisi e l'elaborazione dei risultati del progetto "Banca del Cuore", iniziativa



del Past President Michele Gulizia che ha in nuce la straordinaria possibilità di fornire dati aggiornati e ampi sui fattori di rischio e le caratteristiche cliniche della popolazione italiana. Tra le altre attività di ricerca abbiamo proposto alcune web survey: quella sui percorsi di prevenzione secondaria dopo intervento cardiocirurgico (in collaborazione con l'Area CardioChirurgia), quella sull'appropriatezza delle metodiche diagnostiche in prevenzione cardiovascolare (in collaborazione con l'Area CardioImaging) e quella sulla gestione della terapia anticoagulante orale nei pazienti con ictus emorragico (in collaborazione con la Task Force CardioNeurologia). Si tratta di clinical audit su come i Cardiologi italiani conoscono questi temi e li affrontano, discussi in sede di Consiglio Nazionale; questo tipo di iniziativa è forse un po' inflazionato, per cui necessiterà una attenta regia per evitare inutili affollamenti sul nostro sito web. Come si vede, si è cercato di realizzare in concreto una collaborazione con le altre Aree e Task Force (e sono in fase di progettazione altre iniziative, ad esempio con l'Area Malattie del Circolo Polmonare e con la Task Force Cardiogeriatrics). Anche questa interdisciplinarietà nasce per rispondere a uno specifico input del Consiglio Direttivo.

### **Le attività educazionali, la comunicazione e l'organizzazione interna**

In questo stesso numero avete potuto leggere dell'incontro tenutosi a Marsala nell'ambito di Cardiologie Aperte e insieme alla Fondazione "per il Tuo cuore", di cui la nostra Area come è noto rappresenta il braccio operativo nelle iniziative educazionali rivolte al grande pubblico e in particolare alla scuola. Sono stati inoltre approvati dal Consiglio Direttivo due progetti con cui vogliamo fornire a tutti i Soci dei format, con il relativo materiale sotto forma di slideset, per la realizzazione di incontri educazionali rivolti sia alle scuole sia ai pazienti dimessi dopo sindrome coronarica acuta. Per migliorare le capacità di comunicazione dell'Area è in programma l'aggiornamento e l'ottimizzazione delle pagine a noi dedicate nel Sito Web ANMCO (tra l'altro continuerà la pubblicazione dello Slideset su "Prevenzione cardiovascolare"). Infine per quanto riguarda l'organizzazione interna porteremo avanti un censimento degli iscritti all'Area Prevenzione Cardiovascolare con la verifica della mailing list e una campagna promozionale di adesione. Insomma, c'è tanta carne al fuoco, e potrebbe non essere tutto... siamo già al lavoro. ♥

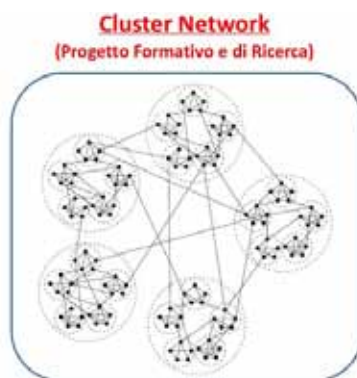




# La “Cluster Network”

## Una piattaforma permanente per aggregare i Centri Scompensato

**N**egli anni 2015 - 2016 è stata portata a termine dall'Area Scompensato Cardiaco una indagine conoscitiva sull'organizzazione degli ambulatori Scompensato Cardiaco in Italia (Survey) per definire il numero dei centri attivi su questa patologia e conoscere le rispettive dotazioni strutturali. Rispetto al Censimento ANMCO 2015 che evidenziava 448 centri che dichiaravano sulla carta un ambulatorio scompensato cardiaco dedicato, abbiamo ottenuto una risposta attiva in 254 Centri. Probabilmente il numero è ancora sottostimato ma rappresenta un gruppo di centri importante che è distribuito su tutto il territorio nazionale ed appare motivato come dimostra la presenza molto partecipata alla Convention dei Centri Scompensato dell'ANMCO 2015. Il Comitato di Coordinamento dell'Area Scompensato Cardiaco 2017 - 2018 vuole proseguire in questa linea aggregativa, coagulando gli interessi clinici, formativi e di ricerca dei vari centri attraverso la formazione di una rete collaborativa stabile. Questa nuova piattaforma di lavoro può ambire ad essere permanente trascendendo le varie Aree che si susseguiranno nei prossimi bienni, con l'obiettivo di facilitare soprattutto l'aggiornamento e la



ricerca. Il nome che si è voluto dare “Cluster Network, o Rete per Cluster” chiarisce bene il concetto di base. Non più solo la partecipazione passiva a studi internazionali, registri, e documenti di consenso, ma soprattutto la possibilità di realizzare idee e specifiche proposte con maggiore possibilità per i Centri di raccogliere un numero sufficiente di dati e avere una più ampia visibilità.

### Chi parteciperà alla rete?

Al momento saranno invitati nella prima fase tutti i Centri che hanno aderito alla precedente survey. La lista di questi centri regione per regione verrà pubblicata nel sito web ANMCO, nella sezione dedicata all'Area Scompensato Cardiaco. Naturalmente all'interno dello stesso sito, in qualsiasi momento, ogni Centro avrà la possibilità di inviare l'adesione alla prima survey e quindi di unirsi alla rete, oppure in alternativa di uscirne se non

sussistono più le condizioni per parteciparvi.

### Cosa si intende per Cluster?

La parola significa “gruppi” cioè gruppi all'interno della rete che decidono di collaborare nel nome di una idea di ricerca, o perché vogliono seguire una tipologia di pazienti, o condividono apparecchiature diagnostiche (esempio RM cardiaca), oppure perché semplicemente vogliono testare un trattamento o l'efficacia di una procedura. I cluster possono essere suggeriti dall'Area come in questa fase iniziale di lancio della proposta (v. successivamente), ma soprattutto dagli stessi centri, con l'Area che in questo caso mantiene il ruolo facilitatore di aggregazione e di studio della fattibilità del progetto. Nel periodo 2017 - 2018 verrà definito il progetto strutturale della “Cluster network” e le caratteristiche organizzative della rete. Saranno utilizzati diversi sistemi per diffondere il progetto a partire dalla rivista “Cardiologia negli Ospedali”, una specifica sessione al prossimo Congresso Nazionale di Rimini 2017 e il sito web dell'Area Scompensato Cardiaco. Il Centro Studi dell'ANMCO verrà informato e coinvolto in ogni fase dei vari progetti selezionati partendo sempre dal presupposto che si tratta



di stimolare la ricerca spontanea e coordinare i vari centri. L'esperienza del Centro Studi dell'ANMCO sarà importante per la definizione dei passaggi normativi, dei rapporti con i Comitati Etici e dei suggerimenti per la pianificazione statistica. A seconda della complessità dei vari progetti saranno poi considerate possibili collaborazioni esterne. L'attuale fase progettuale prevede diversi step:

1) sono stati definiti dall'Area Scopenso Cardiaco i primi cluster di progetto per lanciare la proposta fra i centri aderenti alla rete.  
2) È stata preparata ed è in corso di spedizione una nuova survey per presentare l'idea della Cluster Network, raccogliere l'interesse a partecipare e proporre i primi cluster; nella survey sarà comunque disponibile uno spazio libero per raccogliere le proposte di nuovi cluster da parte dei centri periferici.  
3) Mentre è in corso la raccolta delle risposte alla survey verranno definiti più in dettaglio i tre progetti selezionati dall'Area che saranno poi in ogni caso discussi dal gruppo che aderirà alle iniziative. La raccolta dei dati della letteratura costituirà sempre il punto iniziale del lavoro e spesso quando condivisi rappresenteranno la prima fase di aggiornamento e crescita del gruppo.

### Quali sono i primi cluster?

I primi cluster proposti dall'Area Scopenso Cardiaco per il biennio 2017 - 2018 dopo ampia discussione sono stati:

a) Le cardiomiopatie giovanili ( $\leq$  50 anni), modalità di gestione, trattamento e follow-up. L'interesse per queste cardiomiopatie parte

## Cluster significa "gruppi" gruppi all'interno della rete che decidono di collaborare nel nome di una idea di ricerca clinica

in prima istanza dalla necessità di conoscere l'evoluzione di alcune forme come la cardiomiopatia ipertrofica. L'idea è quella di analizzare una fase di raccolta dati retrospettiva nei vari centri aderenti, e una fase prospettica con la disponibilità di usufruire di materiale educativo e di supporto alla diagnosi, alla valutazione genetica e alle modalità di follow-up.  
b) Le miocarditi nei Centri con possibilità di accesso alla Risonanza Magnetica. Una Indagine conoscitiva su come avviene nei centri la diagnosi di miocardite, le

## I primi tre cluster di progetto fra i centri aderenti alla rete: 1) le CMP giovanili, 2) le Miocarditi, 3) lo scompenso cardiaco nel contesto dell'ictus

modalità di utilizzo della risonanza magnetica e la definizione delle risposte e della refertazione a questa importante indagine strumentale. Inoltre se e come viene impostato un trattamento farmacologico.  
c) Lo scompenso cardiaco nei pazienti affetti da evento cerebrale acuto e ricoverati nelle stroke unit

in collaborazione con la Task Force Cardioneurologia, che ha come referente la Dott.ssa Carletti. Il mondo cardiologico non conosce l'entità del problema e spesso è lasciata al medico di guardia la cura estemporanea di alcune gravi complicanze cardiologica dello stroke. L'obiettivo è quello di selezionare delle strutture ospedaliere che abbiano al loro interno sia l'unità scompenso che la stroke unit ed eseguire una attenta analisi dei bisogni cardiologici dei pazienti con vasculopatia cerebrale, identificare gli accertamenti diagnostici selezionati, e le terapie intraprese. In questi mesi più di 150 Centri Scopenso italiani sono impegnati nel progetto BLITZ-HF che sarà il registro più vasto mai condotto nel nostro paese nello scompenso cardiaco acuto e cronico, con l'obiettivo di stimolare la corretta implementazione delle Linee Guide europee 2016. È necessario tuttavia, che nonostante la partecipazione a questi grandi registri, venga stimolata la ricerca spontanea e la formazione culturale dei centri.

**La compilazione della nuova Survey che servirà per esplorare la fattibilità e l'interesse a questi progetti non ti occuperà più di 5-10 minuti, ma darà un importante contributo alla realizzazione di questo progetto.**

Vi aspettiamo, inoltre numerosi al Congresso Nazionale ANMCO di Rimini, sabato 13 maggio alle ore 13.30, sessione FOCUS "Un nuovo progetto di formazione e ricerca per la rete dei centri scompenso cardiaco: la Cluster network". ♥



**REFERENTI TASK FORCE**

**CARDIOGERIATRIA**



**GIOVANNI GREGORIO**  
Vallo della Lucania - Salerno

**CARDIOLOGIA DELLO SPORT**



**PIETRO DELISE**  
Mestre - Venezia

**CARDIOLOGIA PEDIATRICA**



**SILVIA FAVILLI**  
Firenze

**CARDIONCOLOGIA**



**IRIS PARRINI**  
Torino

**CARDIONEUROLOGIA**



**MONICA CARLETTI**  
Verona

**RETE OSPEDALE - TERRITORIO**



**ALESSANDRO NAVAZIO**  
Guastalla - Reggio Emilia



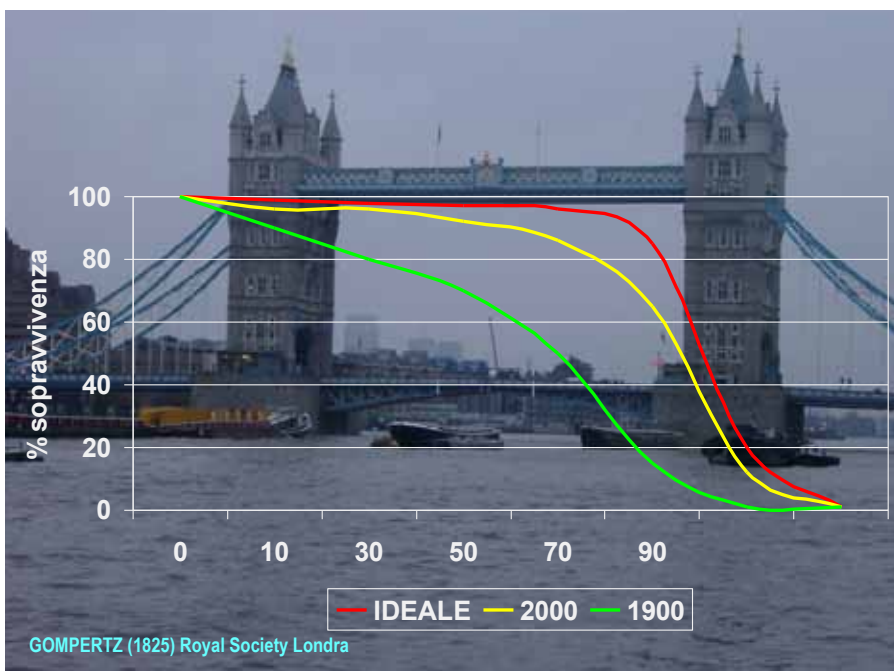


# Quando si diventa vecchi?

*La giovinezza non è un periodo della vita,  
essa è uno stato dello spirito,  
un effetto della volontà,  
una qualità dell'immaginazione,  
una intensità emotiva,  
una vittoria del coraggio sulla timidezza,  
del gusto dell'avventura sulla vita comoda.  
Non si diventa vecchi per aver vissuto un certo numero di anni,  
si diventa vecchi perché si è abbandonato il nostro ideale.  
Gli anni aggrinziscono la pelle.  
La rinuncia al nostro ideale aggrinzisce l'anima.  
Le preoccupazioni, le incertezze,  
i timori, i dispiaceri,  
sono nemici che lentamente ci fanno piegare verso la terra  
e diventare polvere prima della morte.  
Giovane è colui che si stupisce e si meraviglia,*

*che si domanda come un ragazzo insaziabile "e dopo?",  
che sfida gli avvenimenti e trova la gioia al gioco della vita.  
Voi siete così giovani come la vostra fede,  
così vecchi come la vostra incertezza.  
Così giovani come la vostra fiducia in voi stessi,  
così vecchi come il vostro scoramento.  
Voi resterete giovani fino a quando resterete ricettivi.  
Ricettivi di tutto ciò che è bello, buono e grande.  
Ricettivi al messaggio della natura, dell'uomo e dell'infinito.  
Se un giorno il vostro cuore  
Dovesse essere mosso dal pessimismo  
e corroso dal cinismo,  
possa Dio avere pietà della vostra anima di vecchi.*

*Generale Douglas Mac Arthur ai cadetti di West Point, 1945*



*Figura 1  
Curve della sopravvivenza umana nel  
1900 e nel 2000 confrontata con la curva  
di sopravvivenza ideale.*

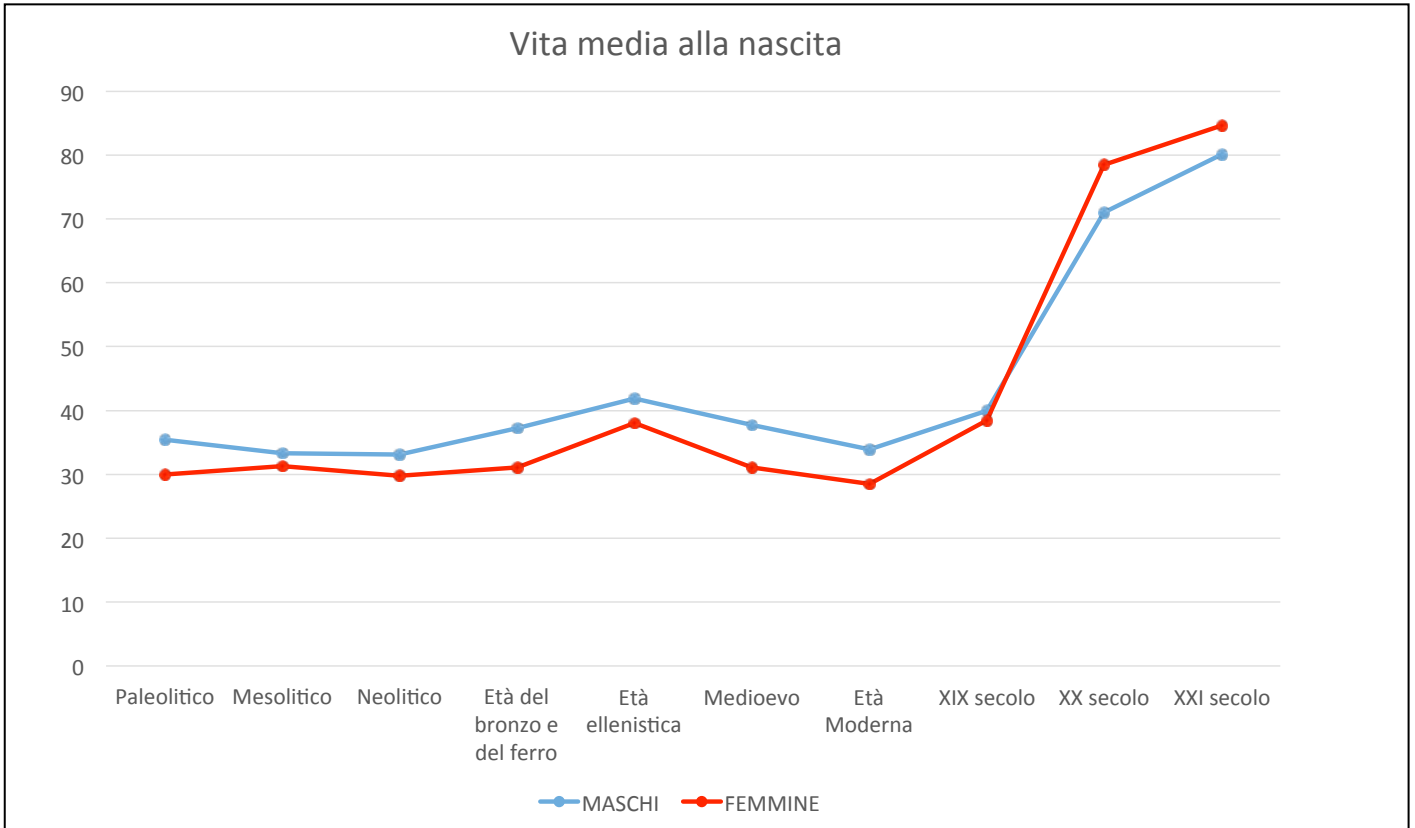


Figura 2



Figura 3

**N**ella prima metà dell'800 si è sviluppato un vivace dibattito su quale fosse la durata ideale della vita. Benjamin Gompertz nel 1825 dimostrò come la curva della sopravvivenza umana si sarebbe avvicinata sempre più alla curva della sopravvivenza ideale (Figura 1). A Gompertz si deve anche la dimostrazione scientifica che al crescere dell'età diminuisce la capacità umana di impedire la propria decadenza fisica. Per dare una risposta alla domanda quando si diventa vecchi? Occorre rispondere prima all'interrogativo: quanto dura la vita

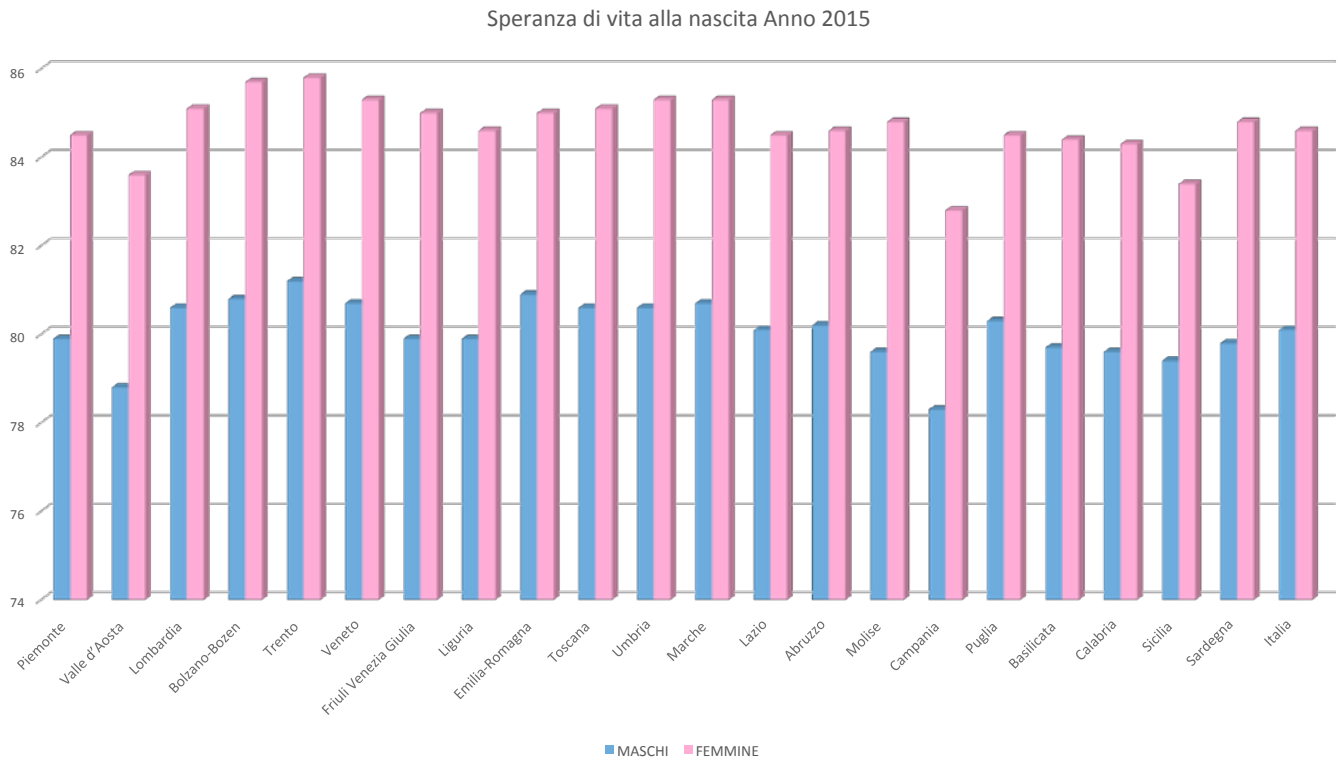


Figura 4

umana? È noto che la sopravvivenza umana è andata progressivamente aumentando attraverso i secoli (Figura 2). D'altronde è noto come la durata della vita vari non solo da paese a paese (Figura 3) ma anche da regione a regione per lo stesso paese (Figure 4). Nel nostro paese la durata media della vita è andata progressivamente aumentando. Partendo da tali premesse si capisce come vi siano popolazioni che muoiono prima di raggiungere la età della vecchiaia. Per contro l'aumento della vita media costituisce uno dei problemi fondamentali delle moderne società industrializzate. Per molto tempo si sono individuate quattro stagioni nella vita: fanciullezza, giovinezza, maturità e vecchiaia. Nelle antiche scritture si trova scritto che "Gli anni della nostra vita sono settanta" (Salmi 90,10). Shakespeare

afferma che "Le Età della Vita sono sette... è vero, il mondo è tutto un palcoscenico sul quale tutti noi, Uomini e Donne, siam solo attori, con le nostre uscite e con le nostre entrate; ove ciascuno, per il tempo che gli è stato assegnato recita molte parti e gli atti sono su sette età. Il neonato che vagisce e sbava in braccio alla nutrice. Il piagnucoloso scolareto che con la sua cartella sotto Il braccio e con la faccia lustra e mattiniera si trascina a scuola di malavoglia, a passo di lumaca. Il giovincello Innamorato, sempre in sospiri come una fornace, che ha scritto una ballata malinconica in lode delle belle sopracciglia della sua bella. Il soldato, la bocca piena di strane bestemmie, la barba da sembrare un leopardo, sofisticato sul punto dell'onore, impulsivo, rissoso, attaccabrighe, sempre in cerca di quella bolla d'aria che è la gloria,

disposto ad acciuffarla magari sulla bocca di un cannone. La quinta età, il magistrato, con la sua bella pancia rotondetta, ben farcita di carne di cappone, l'occhio severo e la barba aggiustata come vuole la regola civile. La sesta età si porta lentamente verso l'allampanato Pantaleone, pantofole alle piante, occhiali al naso, la borsa appesa al fianco; le sue braghe, le stesse che portava ancor da giovane, seppur perfettamente conservate, divenute ormai fin troppo larghe per i suoi stinchi troppo rinsecchiti; il vocione virile d'una volta ridotto a un falsetto da bambino, un suono fesso, tutto fischi e sibili. Infine, l'ultimo atto, la vecchiaia, che conclude questa curiosa storia così piena di strani accadimenti, l'età chiamata seconda infanzia, l'età del puro oblio: senza più denti, senza più vista, senza gusto, senza tutto."



Figura 5

Più realisticamente l'età della vecchiaia viene di solito fatta coincidere con l'età della pensione, che per la verità sta diventando un termine ballerino. Si deve ad Ottone Bismark aver fissato l'età della pensione a 65 anni. Infatti avendo promesso ai suoi soldati la pensione una volta finita la guerra domando ai suoi consiglieri a quale età si morisse e avendo avuto come risposta "intorno ai 65 anni" fissò l'età della pensione a 65 anni. In effetti l'allungamento della vita ha portato ad una dilatazione del concetto di età tanto è che oggi si distingue tra (Figura 5):

- *young elderly* giovani anziani, fra 65 e 75 anni;
  - *middle age elderly*, anziani intermedi, fra 75 e 85 anni;
  - *old elderly*, grandi anziani, oltre 85 anni.
- David T. Kelly nel 1996 (Kelly D.T.

1997 - Our future Society. Circulation 1997, 95:2459-2463) sottolinea come la longevità in futuro cambierà la pratica della medicina generale e delle malattie cardiovascolari in particolare. Sia la mortalità infantile che le malattie della metà della vita sono drasticamente cambiate, con una conseguente durata di vita più lunga e di conseguenza è aumentata la presenza di persone anziane nella nostra società. In effetti "In una società in via di invecchiamento come la nostra, il continuo miglioramento delle terapie mediche e chirurgiche avrà come risultato un aumento dei costi economici e sociali. Il nostro trionfo terapeutico può diventare la nostra disfatta economica. Jeremiah Stamler giustamente afferma che "i governanti dovrebbero porsi il problema di questa massa di individui anziani, molti dei quali

in grado di dare un contributo attivo. Dovrebbero essere create le condizioni perché l'anziano venga tutelato e gli siano assicurate le migliori condizioni di esistenza rendendo possibile una vita in cui attività fisica, alimentazione e relazioni sociali consentano la piena integrazione dell'anziano." In effetti si va sempre più affermando la convinzione che l'ingresso nell'età della vecchiaia non è segnato solo dal dato anagrafico ma dalle condizioni generali e dallo stato d'animo dell'individuo. ♥





# Indagine sugli arresti cardiaci resuscitati durante attività fisica-sportiva

**L**a morte improvvisa nello sportivo è un fenomeno raro (circa 1/100.000 per anno) che tuttavia ha un forte impatto sociale ed emotivo. È noto che la causa più comune è una fibrillazione ventricolare legata a una cardiopatia misconosciuta o sottovalutata,

a. Studi prospettici sulla morte improvvisa in soggetti di età <35 anni eseguiti in ampie popolazioni di sportivi e non sportivi. Tali studi provengono essenzialmente dal Gruppo di Padova (D. Corrado, G. Thiene et al.), che dal 1979 monitorizza i casi di morte

resuscitato) in cui è stata fatta una diagnosi autoptica di cardiopatia dopo l'evento fatale e/o la patologia è stata ricostruita in base a una documentazione clinica precedente. Tali studi provengono essenzialmente dal Gruppo di B. Maron et al.).



anche se esiste ancora un'ampia fetta di pazienti in cui la causa non è identificabile. Le conoscenze attualmente disponibili derivano principalmente da due filoni di ricerca:

improvvisa nella Regione Veneto e basa la diagnosi sulle cause di morte sull'esame autoptico;

b. Studi retrospettivi su sportivi morti improvvisamente (e in piccola parte con arresto cardiaco

Grazie a tali studi è stata di mostrata un'ampia gamma di patologie a rischio che in buona parte coincidono nei vari studi. Anche se curiosamente nella popolazione giovanile, nel Veneto la causa



più comune è la cardiomiopatia aritmogena mentre negli USA è la cardiomiopatia ipertrofica. Gli studi basati sul riscontro autoptico hanno il limite di non poter diagnosticare patologie subcellulari (es. s. del QT lungo o s. di Brugada) salvo i casi in cui viene eseguita l'autopsia molecolare. In questo secondo caso comunque esiste il limite che in molte malattie dei canali ionici la prevalenza di un difetto genetico è relativamente bassa (15 - 50%). Gli studi retrospettivi hanno inevitabilmente un bias di selezione legato ai canali di informazione utilizzati. Non esistono studi prospettici sugli arresti cardiaci resuscitati avvenuti durante attività fisica/sportiva (agonistica e non agonistica), afferenti negli Ospedali e studiati in vita. L'ANMCO è un'Associazione distribuita capillarmente in tutto il territorio nazionale in grado di intercettare fenomeni rari come l'arresto cardiaco durante sport. Per tale motivo la Task Force ANMCO sulla Cardiologia dello Sport ha proposto una ricerca prospettica sui casi di arresto cardiaco avvenuto durante attività sportiva (ricreativa, non agonistica e agonistica), resuscitati nel territorio e afferenti nelle Cardiologie ospedaliere. Tale ricerca non pone limiti di età e cercherà di

differenziare le cause in base all'età stessa. Nei casi con arresto cardiaco si dovranno stabilire in modo particolare:

- La presenza di una storia familiare di morte improvvisa.
- La presenza di una precedente diagnosi di cardiopatia.
- La diagnosi di cardiopatia raggiunta durante il ricovero.
- La terapia decisa in questi casi.

Lo scopo è di individuare le cause principali per orientare e affinare i piani di prevenzione. La principale struttura ospedaliera coinvolta nella ricerca è la Cardiologia cui spetterà il percorso diagnostico e la diagnosi finale. La Cardiologia tuttavia dovrà avere un contatto informativo diretto con il Pronto Soccorso e con la Rianimazione, dato che la porta di ingresso all'Ospedale per questi pazienti è il Pronto Soccorso e spesso il trasferimento successivo avviene in Rianimazione. Infine non tutti i pazienti giunti vivi in Ospedale afferiscono alla Cardiologia prima di un eventuale decesso in Pronto Soccorso o in Rianimazione. Per ogni struttura cardiologica dovrà essere individuato un medico responsabile della ricerca che si farà carico dei contatti con il Pronto Soccorso e la Rianimazione nonché della compilazione dei dati. ♥

### Struttura organizzativa della ricerca:

Coordinatore: Pietro Delise

Comitato di coordinamento:  
Guerrino Zuin (Mestre), Gaetano Barbatto (Bologna), Federico Migliore (Padova), Luigi Sciarra (Roma), Nadir Sitta (Conegliano)

Centri invitati a collaborare alla ricerca: tutte le UO di Cardiologia con UCIC



# Rete Ospedale - Territorio: una sfida da vincere

**N**el nostro Paese, in poco più di 30 anni, la mortalità totale si è dimezzata (il tasso standardizzato di mortalità totale si è ridotto del 51% tra il 1980 ed il 2013). Nel 2015 la speranza

malattie cardiovascolari (nello stesso periodo la mortalità per malattie ischemiche del cuore si è ridotta del 63% e quella delle malattie cerebrovascolari del 70%) non deve tuttavia distogliere la



di vita alla nascita per gli uomini e per le donne italiane è stimata essere pari, rispettivamente, a 80,1 anni e 84,6 anni: una delle migliori del mondo. Tale brillante risultato, ottenuto anche grazie ai notevoli miglioramenti nella prevenzione, diagnosi e cura delle

nostra attenzione dal fatto che le malattie cardio e cerebrovascolari rappresentano ancora oggi un importantissimo problema di salute pubblica. In particolare lo scompenso cardiaco, la cardiopatia ischemica e le malattie cerebrovascolari (ictus ischemico

ed emorragico) soprattutto nella forma cronica, sono tra le principali cause di morbosità, invalidità e mortalità ed hanno una notevole ripercussione sulla qualità della vita nonché sui costi economici e sociali che la società deve affrontare. Queste patologie, inoltre, sono fra i maggiori determinanti delle malattie legate all'invecchiamento - la fascia d'età a più rapido incremento demografico - e producono rilevante disabilità fisica e disturbi della capacità cognitiva associandosi spesso nello stesso paziente ad altre patologie (ad esempio l'ipertensione arteriosa, la fibrillazione atriale, il diabete, la disfunzione renale, la broncopneumopatia cronica ostruttiva, le malattie articolari coniche degenerative etc.) che ne complicano la gestione. Il paziente con cardiopatia cronica del mondo reale, sempre più anziano e con plurime patologie, è sempre più proiettato su un modello di gestione centrato sulle cure territoriali e domiciliari, essendo l'assistenza ospedaliera sempre più indirizzata verso la gestione dei casi acuti/complessi non gestibili dagli operatori sanitari delle cure primarie. In questo nuovo modello, l'appropriatezza e l'efficacia dell'assistenza sono



assicurati dalla “presa in carico” del cittadino/paziente che presuppone interventi differenziati per ciascuna patologia cronica, organizzati in Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali che preveda la gestione longitudinale, in un’ottica interdisciplinare e multidimensionale ed in cui sono coinvolte le differenti figure professionali (operatori sanitari, medico di assistenza primaria, medico specialista) allo scopo di consentire ad ogni paziente di ricevere le cure appropriate al momento giusto e nel luogo giusto, ricevendo l’assistenza di operatori sanitari che, per ruolo e competenze, possono prenderlo in cura adeguatamente. Consolidate evidenze della letteratura indicano che la gestione efficace della cronicità/complessità nel paziente affetto da cardiopatia cronica, soprattutto nello scompenso cardiaco, deve prevedere la continuità di cura e un appropriato “skillness” specialistico, ed è appunto questo l’obiettivo della Task Force sulla Rete Ospedale - Territorio che nei prossimi due anni si prefigge lo scopo di:

- eseguire una ricognizione sull’organizzazione della rete nelle varie realtà della propria regione

riguardo alcuni specifici “snodi” indicati nei recenti documenti di consenso ANMCO sulla gestione in rete dei pazienti affetti da scompenso cardiaco e dei pazienti dimessi per cardiopatia ischemica post-SCA;

- favorire l’implementazione su base regionale dei Documenti di Consenso;
- predisporre dei tavoli di confronto tra l’Ospedale ed i rappresentanti delle cure primarie al fine di valutare i reciproci fabbisogni per intraprendere una fattiva collaborazione che potrà essere sperimentata anche in nuovi modelli assistenziali alla luce delle nuove organizzazioni che si stanno ponendo in essere a livello territoriale (es.: costituzione delle case della salute). ♥

Riferimenti bibliografici

- 1) Osservatorio nazionale sulla salute nelle Regioni italiane Anno 2016. Università Cattolica del Sacro Cuore - Roma ([www.osservatoriosullasalute.it](http://www.osservatoriosullasalute.it)).
- 2) Dharmarajan K. Comprehensive Strategies to Reduce Readmissions in Older Patients With Cardiovascular Disease. *Can J Cardiol.* 2016 Nov;32(11):1306-1314.
- 3) Hussey PS, Schneider EC, Rudin RS, Fox DS, Lai J, Pollack CE. Continuity and the costs of care for chronic disease. *JAMA Intern Med.* 2014 May;174(5):742-8.





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)  
 Francesco Mainardi (Genova)  
 Marco Piccininno (Genova)  
 Federico Ariel Sanchez (Sanremo - IM)



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)  
 Luca Angelo Ferri (Lecco)  
 Luigi Moschini (Cremona)  
 Daniele Nassiacos (Saronno - VA)  
 Domenico Pecora (Brescia)  
 Simona Pierini (Cinisello Balsamo - MI)  
 Michele Romano (Mantova)



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 (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)



# ANMCO Giovani Emilia Romagna

**L'**8 febbraio u.s. si è svolto a Parma il Convegno sullo Scompenso Cardiaco (Focus on *Scompenso Cardiaco*. *Dallo scompenso cardiaco acuto a quello cronico*) e il 17 marzo si è

Presidente Stefano Urbinati, e continuate poi dall'attuale Consiglio Direttivo, Presidente Filippo Ottani. Lo scopo di queste iniziative è duplice: da una parte focalizzare l'attenzione su tematiche

trattate, con ampio spazio alla discussione. I giovani sono, come sottolineato, i veri protagonisti, sia con relazioni, sempre di alta qualità scientifica, che con casi clinici interessanti, mentre ai senior è



*Un momento della serie di eventi "ANMCO GIOVANI Focus on..."*

svolto a Reggio Emilia il Convegno sulla Cardioncologia (*Focus on... Cardioncologia*) entrambi con notevole successo di pubblico e con ampia partecipazione sia di Cardiologi ospedalieri che extraospedalieri, di tutte le fasce d'età. Le iniziative fanno parte di una serie denominate "ANMCO GIOVANI Focus on..." impostate dal precedente Consiglio Direttivo Regionale Emilia Romagna,

cardiologiche e tematiche di confine con altre discipline (come la Cardioncologia), dall'altra quello di mettere i giovani Cardiologi, cioè coloro che hanno un'età inferiore a 40 anni, al centro del congresso sia come relatori che come discussant. Le iniziative si svolgono nell'arco di un pomeriggio e si propongono di fornire sia un inquadramento teorico che un approccio pratico delle patologie

affidato il ruolo di moderatori che animano la discussione. Il risultato è un confronto costruttivo che fa sì che ogni partecipante, senior o giovane che sia, porti a casa un "home message" costruttivo e tanta voglia di lavorare sull'argomento e nell'associazione ANMCO. I giovani si sono dimostrati entusiasti e volenterosi con notevoli capacità relazionali e espositive. Le giornate hanno poi crediti ECM (solitamente





SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia  
Arcispedale S. Maria Nuova

Istituto in tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologia  
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

# FOCUS ON... CARDIONCOLOGIA

17 Marzo 2017

Auditorium CORE - Centro oncologico ed ematologico  
Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia - IRCCS, Viale Risorgimento 80

Incontri di formazione multidisciplinare  
per il miglioramento della  
Clinical Competence in Cardiologia

## SCOMPENSO CARDIACO

Dallo Scompenso cardiaco acuto a quello cronico

8 Febbraio 2017  
Aula G - Centro Congressi  
Sede- Ospedale Maggiore di Parma -Parma

non più di 4 trattandosi di un pomeriggio) e vedono l'affluenza dei Cardiologi provenienti da tutte le province della regione. La città, sede degli eventi, varia di volta in volta, facendo in modo di coinvolgere tutte le province dell'Emilia Romagna. Le "location" sono le Aule Congressi degli ospedali, permettendo così di fare a meno di una formale "sponsorizzazione" da parte delle ditte farmaceutiche. A fungere da "provider" sono state e saranno unicamente le ASL e/o Aziende Ospedaliere, tramite i Settori "Formazione", mentre la nostra Società Scientifica, l'ANMCO, fornisce il patrocinio per tutta la serie di eventi. Il risultato finale è quello di un ambiente culturale completamente libero da ogni potenziale condizionamento e "conflitto di interessi", dove

imperava la cultura "pura" e l'aria che si respira è, quindi, molto informale e piacevole, particolarmente adatta ai giovani Cardiologi, agli inizi della loro carriera scientifica e professionale. Il primo incontro, organizzato dall'attuale Consiglio Direttivo, si è tenuto a Ravenna lo scorso 11 novembre 2016, con il titolo: "Focus On... Embolia Polmonare" e ha visto coinvolti anche il Pronto Soccorso, la Medicina d'Urgenza e l'Angiologia dell'Azienda della Romagna, ponendo l'accento sulla valorizzazione del percorso multidisciplinare della patologia in questione. L'ampio successo dell'iniziativa è stato largamente confermato a Parma e a Reggio Emilia rispettivamente, come già detto, con lo scompenso cardiaco e la cardioncologia.

Sperando che il gradimento continui a crescere, riportiamo in calce le prossime date:

28 aprile 2017: *Percorso paziente Ischemico acuto da DEA a UTIC* a Imola.

26 maggio 2017: *Morte Improvvisa nello Sport a Cento* (Ferrara).

15 settembre 2017: *Cardiomiopatie* a Imola.

20 ottobre 2017: *Endocardite* a Forlì.

Novembre 2017 (data da definire): *Arresto Cardiaco Extraospedaliero* a Modena.

Nel salutarvi con un abbraccio, vi aspettiamo numerosi. ♥





# “Cardiologie Aperte” 2017

Le iniziative della regione Puglia per la Settimana del cuore



È mattino presto l'11 febbraio 2017 e Piazza Ferrarese a Bari, antico luogo di ritrovo della città, baciata dal sole e circondata dal mare, appare insolitamente accogliente. Sono apparsi come d'improvviso 8 gazebo bianchi, grandi banner con la scritta “Running heart” in un fondo di cuori rossi, come a definire a priori la natura dell'evento imminente. Donne e uomini di diversa età appaiono indaffarati dentro e fuori dai box. Indossano orgogliosamente maglie rosse che li definiscono come Staff organizzativo dell'evento ANMCO “Cardiologie Aperte” Bari 2017. Si preparano a sensibilizzare la popolazione barese sulle malattie cardiovascolari. Fanno parte della equipe che eseguirà successivamente circa 250 elettrocardiogrammi gratuiti con il

rilascio della “Bancomheart”. Tale evento precede quello del giorno successivo, in cui è organizzata una corsa competitiva (Fidal) e non competitiva di 10 Km o 2,5 Km per chi preferisce la passeggiata alla corsa. È in questo modo che i Cardiologi ANMCO Puglia cercano di portare all'attenzione della popolazione la problematica delle malattie cardiovascolari ed i principi della prevenzione. In data 12 febbraio partecipano circa 1.100 tra professionisti ed amatori ad una corsa gioiosa attraverso le strade di Bari. La corsa diviene una occasione per esaltare la buona abitudine all'esercizio, l'attenzione alla forma fisica e, attraverso l'evento del giorno 11, ad esaltare la pratica della prevenzione cardiovascolare. L'esecuzione degli elettrocardiogrammi e la

consegna della Bancomheart, sono l'occasione per evidenziare la necessità di avere una memoria della condizione del proprio cuore e poterla recuperare. È un grande successo. Nella più antica piazza del nostro centro storico, viene esaltata la più vera e profonda natura della professione medica. Emerge, attraverso il dialogo lento, le spiegazioni semplici, il più antico rituale del paziente che cerca, con l'aiuto del medico, di capire le cause delle malattie e le migliori cure per prevenirle. Eseguendo gli elettrocardiogrammi, i Cardiologi parlano con i pazienti come non avviene negli ambulatori, dove la numerosità dei pazienti, la complessità di alcune patologie, allungano inesorabilmente i tempi di visita e riducono il tempo per il dialogo. La corsa è l'occasione per condividere con la popolazione la buona abitudine all'esercizio e creare la necessaria alleanza medico-paziente che talvolta manca negli ambienti sanitari. Una selezione di brani anni '80 scandisce un tempo spensierato ed allieta la fatica di tutti. Sul palco della piazza, in presenza dell'Assessore allo Sport del Comune di Bari Pietro Petruzzelli, del rappresentante della Commissione Sanità Puglia Marco Lacarra e dei medici ANMCO, termina l'evento con la premiazione degli agonisti e dei gruppi più numerosi. In questo modo e senza intoppi (grazie ad un servizio d'ordine efficientissimo),



*Un momento della "Running heart"*



*Il Teatro Giordano di Foggia in occasione dello spettacolo per Cardiologie Aperte*

termina l'iniziativa "Cardiologie Aperte" di Bari. Enorme è la risposta mediatica, l'iniziativa piace molto, ne parlano tutti i quotidiani, il telegiornale di Rai 3 dedica uno spazio con intervista, numerosissime le visualizzazioni sui siti web. Per una casualità temporale, l'imminente giorno di San Valentino, svetta nella piazza, il profilo illuminato di un giovane nell'atto di offrire un cuore vermiglio alla sua amata, quasi a suggerire che il cuore si

protegge con la prevenzione, ma anche con una vita di solidi affetti. Anche la città di Foggia partecipa con entusiasmo al medesimo evento con una diversa iniziativa. La Bancomheart viene distribuita il giorno 18 febbraio presso il meraviglioso Teatro Giordano di Foggia. Nella stessa sede la sera viene presentato uno spettacolo della compagnia teatrale "Enarche" dal titolo "Pezzenti e granuzzosi" tratta da "Misericordia e nobiltà" di E.

Scarpetta. Il teatro è occasione di incontro, la rappresentazione occasione di riflessione e comunicazione. In questo caso sono la risata e l'interesse culturale a favorire la prevenzione delle patologie cardiovascolari. Anche questo evento è un successo in termini di partecipazione numerica e sostegno. Infine, anche se non ultimo, segnaliamo l'impegno nella settimana del cuore dei colleghi Cardiologi ANMCO di Lecce. L'evento locale si svolge presso il Liceo Scientifico "L. Da Vinci" di Maglie (Lecce) dove in data 18 febbraio è organizzato un incontro con gli studenti su tematiche di prevenzione cardiovascolare, al quale partecipano i Direttori delle U.O di Cardiologia della provincia di Lecce. A conclusione dell'incontro è effettuato, per chi ne fa richiesta, un ECG nell'ambito della campagna "Banca del cuore" a cura delle Unità Operative di Copertino-Galatina e Scorrano che hanno aderito all'iniziativa. Cardiologie Aperte 2017 a Lecce si conclude con il "pranzo del cuore" a cura dell'Istituto Alberghiero di Santa Cesarea Terme in un palazzo settecentesco prospiciente la piazza di Maglie, dove un nutrizionista guida la degustazione di specialità tipiche locali e della dieta mediterranea. L'evento di Lecce esalta l'alimentazione a completamento dei temi delle altre città pugliesi. In conclusione "Cardiologie Aperte" in Puglia tocca molte tematiche di prevenzione e protezione: attività fisica, alimentazione, stimoli culturali. Con questi eventi ed iniziative ANMCO e Fondazione "per il Tuo cuore" intendono migliorare la prevenzione e la conoscenza delle malattie cardiovascolari e creare una più forte alleanza terapeutica tra medici e pazienti. ♥

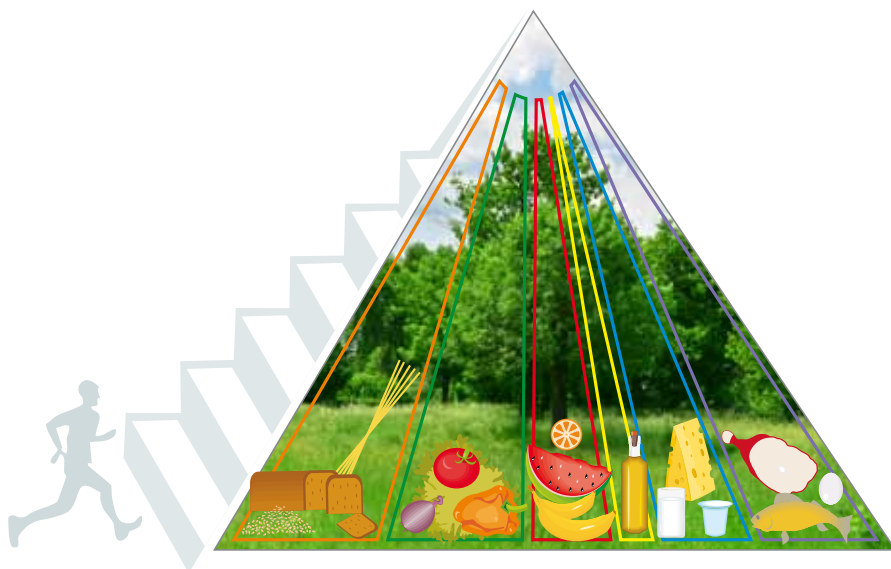




# Stile di Vita salutare

## La piramide alimentare e l'attività fisica

### STILE DI VITA SALUTARE



Non è sufficiente richiamare postulati della dieta mediterranea: frutta e verdura in quantità; carboidrati e cibi integrali; legumi, pesce almeno tre volte la settimana preferendo il pesce azzurro; carne, insaccati e formaggi stagionati con moderazione; pochi zuccheri; poco sale, integrarlo con aromi; condimento principe, ma da utilizzare con moderazione, l'olio d'oliva extravergine; prediligere la cottura al forno rispetto a quella fritta; importanza della stagionalità e provenienza

#### Occorre oggi considerare altri elementi

**NO** ANTIBIOTICI NEL PIATTO

**NO** ORMONI IN CARNE, LATTE, DERIVATI

**NO** PESTICIDI E SOSTANZE CHIMICHE DANNOSE IN AGRICOLTURA



**SI**  
PREFERIRE CARNI DA FILIERA BREVE



**SI**  
PREFERIRE CARNE, LATTE E DERIVATI DA FILIERA BREVE



**SI**  
PRODOTTI DA AGRICOLTURA A LOTTA INTEGRATA, AGRICOLTURA BIOLOGICA CERTIFICATA

La piramide alimentare e quella dell'attività fisica rappresentano riferimenti importanti nell'ambito della prevenzione cardiovascolare, e non solo. L'evoluzione dei costumi, la modifica dei comportamenti, le mutate disponibilità economiche nell'occidente, i cambiamenti socio politici inducono una riflessione a tutto campo e una verifica attualizzata a oggi riguardante i vari campi della realtà sociale, politica, culturale, economica, sanitaria. Problema globale. Negli Stati Uniti è stata avviata una campagna importante su questi temi. Uno stimolo importante è venuto dall'ex first lady, Michelle Obama che con impegno e determinazione ha posto il problema di cercare di modificare alcune abitudini poco salutari. Un impegno portato avanti in modo continuo anche con esempi semplici ma efficaci, vedi l'orto alla Casa Bianca. Michael T. Murray, del John Bastyr College of Seattle (USA), esperto di alimentazione, scrive: "le ricerche scientifiche più recenti hanno fornito prove inconfutabili sul rapporto tra cibo e salute. Se alcuni alimenti possono provocare malattia, sono numerosissimi quelli in grado di prevenire, e in molti casi guarire, una grande quantità di disturbi fin dalla più tenera età". Mantenendo una corretta e sana alimentazione si possono prevenire diverse patologie



organiche: cardiovascolari, tumori, ipertensione arteriosa, diabete mellito, obesità, dislipidemia, sindrome metabolica, nefropatia cronica. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, circa 1/3 delle malattie cardiovascolari e dei tumori potrebbero essere evitati grazie a un'equilibrata e sana alimentazione. Infatti, essa non è solo alla base della prevenzione ma, garantire all'organismo uno stile di vita corretto con una dieta bilanciata ed equilibrata, è alla base del benessere sia psicologico sia fisico. È stato dimostrato più volte che una dieta sana può contrastare gli effetti dell'invecchiamento, combattere i radicali liberi, rafforzare il sistema immunitario. In una parola: alimentazione corretta è sinonimo di protezione e mantenimento della salute. Importante, però che una corretta dieta vada impostata "ad personam" tenendo conto del metabolismo, delle diverse esigenze, dell'età, del sesso e dalle patologie di base di ogni soggetto. Nel 2011 gli americani hanno modificato la piramide alimentare, creata dal dipartimento dell'agricoltura, realizzando il cerchio, ritenendolo più funzionale alla loro realtà. Al di là dai simboli proposti, oggi alcune zone critiche sono all'attenzione dei cittadini: l'utilizzo non sempre ben controllato degli antibiotici e degli ormoni in zootecnia; l'utilizzo

non sempre attento e responsabile di pesticidi e di altre sostanze in agricoltura. Non lasciamoci tentare da cibi e prodotti confezionati ricchi d'ingredienti non salutari: bisogna preferire cibi fatti in casa, con ingredienti genuini e di stagione controllati e provenienti da zone "sicure". Facciamo attenzione a ciò che arriva nel nostro piatto e sulla nostra tavola! È necessaria anche da noi una rivalutazione della piramide alimentare e dell'attività fisica. Attività fisica ok, ma senza "aiutini", integratori dannosi che spesso sono da riportare al mondo del doping. L'alimentazione non può richiamare solo i postulati della dieta mediterranea. Il problema è complesso. Occorre considerare il processo produttivo nella sua completezza, dalla semina, al raccolto, alla trasformazione, alla distribuzione finale. Problemi che devono tener conto di altre variabili importanti: la fame nel mondo, la possibilità di avere quantità di cibo in grado di evitare che tanti bambini e adulti muoiano per fame. Alcuni dati che non richiedono commento, tratti dal Programma Alimentare Mondiale, WFP - World Food Programme, la più grande organizzazione umanitaria al mondo che si occupa di assistenza alimentare per combattere la fame: "- 795 milioni di persone nel mondo non hanno abbastanza da mangiare. - La stragrande maggioranza delle

persone che soffrono la fame vive nei Paesi in via di sviluppo, dove il 12,9% della popolazione soffre di denutrizione. - La scarsa alimentazione provoca quasi la metà (45%) dei decessi dei bambini sotto i cinque anni - 3,1 milioni di bambini ogni anno. - Nei paesi in via di sviluppo, 66 milioni di bambini in età scolare - 23 milioni nella sola Africa - frequentano le lezioni a stomaco vuoto".

Questo problema da solo non deve giustificare tutto. Dobbiamo nutrire tutti, nutrire al meglio, in modo rispettoso e sano, tutelare produzione e qualità della salute. È importante effettuare controlli periodici e attenti da parte delle autorità nazionali, internazionali sui vari processi, chiedere alle aziende di controllare i processi, inviare i report e operare controlli periodici da autorità indipendenti. Tutelare i prodotti tipici regionali, le eccellenze in tutte le fasi, prodotti che rappresentano un bel biglietto da visita nel mondo accanto alle opere d'arte, agli splendidi paesaggi. Operare con intelligenza, sburocratizzando l'esistente. Pochi semplici postulati ai quali richiamarsi. La rivisitazione della piramide alimentare e dell'attività fisica, con un richiamo alla qualità degli alimenti è un contributo a un tema essenziale: vivere a lungo, vivere bene. ♥





DI GIACOMO CHIARANDÀ E MAURIZIO G. ABRIGNANI, A NOME DEL BOARD SCIENTIFICO\*

\*GIACOMO CHIARANDÀ, MAURIZIO G. ABRIGNANI, FRANCESCO AMICO, ALESSANDRO CARBONARO, CARMELO CINNIRELLA, MARCO CONTARINI, SALVATORE FELIS, GIUSEPPE PALEOLOGO, SALVATORE D. TOMASELLO, EUGENIO VINCI

# Il progetto IRIS in Sicilia

## Un modello innovativo di formazione sul campo

I dati del mondo reale dimostrano un notevole scostamento tra la pratica clinica quotidiana e le raccomandazioni scientifiche fornite dalle linee guida. Una patologia in cui questo fenomeno si osserva di frequente è l'infarto miocardico acuto a ST non sopraslivellato (NSTEMI). Il registro EYESHOT, uno dei più recenti studi osservazionali ANMCO, ad esempio, ha dimostrato che i pazienti con NSTEMI sono sottoposti a CVG solamente nel 83% dei casi e che solo il 55% di questi viene trattato con PCI, mentre il 3% è rivascularizzato con CABG. Il rimanente 42% di tali pazienti non è, quindi, sottoposto ad alcuna procedura di rivascularizzazione. Alla dimissione, il 47% di questi pazienti, inoltre, riceveva ancora clopidogrel e solo il 29% ticagrelor; infine, circa 2/3 dei pazienti non ricevevano alla dimissione un trattamento con i nuovi inibitori P2Y12, già raccomandato, invece, dalle Linee Guida allora vigenti. I risultati emersi dal Registro EYESHOT, quindi, avevano confermato il divario tra le migliori raccomandazioni scientifiche di gestione dei pazienti NSTEMI e la realtà clinica. È per tale motivo che

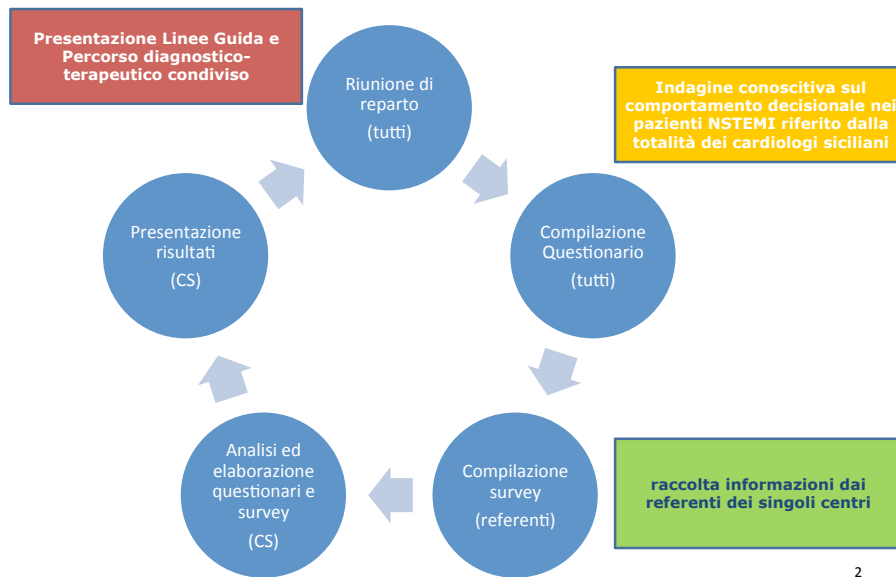
nella nostra regione abbiamo deciso di intraprendere un'iniziativa che, attraverso un'innovativa metodologia di formazione sul campo, avesse il principale obiettivo di implementare le linee guida NSTEMI, facendo sì che le Unità Operative di Cardiologia della Sicilia potessero identificare e conseguentemente ridurre l'ampia variabilità esistente nella gestione dei pazienti NSTEMI all'interno del nostro sistema sanitario regionale,

iniziando dal contesto pre-ospedaliero fino alla fase di prevenzione secondaria post-dimissione. È nato in questo modo il progetto IRIS (Inside NSTEMI Route and Inside patient Satisfaction), un percorso di formazione focalizzato sulla implementazione delle Linee Guida NSTEMI in Sicilia e finalizzato al miglioramento delle cure offerte ai pazienti. A tal fine il Board Scientifico, dopo aver elaborato il



P.O. S. Marta S. Venera - Acireale (CT): Martino Costa	Ospedale S. Giovanni di Dio - Agrigento: Angelo Cutaia	Ospedale Muscatello - Augusta (SR): Giovanni Licciardello
P.O. G. Di Maria, Avola (SR): Corrado Dell'Ali	Ospedale Gravina - Caltagirone (CT): Carmelo Cinnirella	P.O. S. Elia - Caltanissetta: Francesco Amico, Francesco Scardaci
Ospedale Cannizzaro - Catania: Salvatore D. Tomasello	A.O. Garibaldi - Catania: Roberto di Paola, Salvatore Felis	P.O. Ferrarotto - Catania: Alessandro Carbonaro
Fondazione Istituto San Raffaele - Cefalù (PA): Tommaso Cipolla	Ospedale Umberto I - Enna: Stefania Grasso	Ospedale S. Antonio Abate - Erice (TP): Maurizio G. Abrignani
P.O. Vittorio Emanuele - Gela (CL): Erminio Spadaro	Ospedale Paolo Borsellino - Marsala (TP): Gaspare Rubino	A.O. Papardo - Messina: Giuseppe Paleologo
P.O. G. Fogliani - Milazzo (ME): Salvatore La Rosa	Ospedale Maggiore - Modica (RG): Guglielmo Piccione	Ospedale Civico e Benfratelli - Palermo: Nicola Giunta
P.O. Cervello - Palermo: Antonietta Ledda	P.O. Villa Sofia - Palermo: Mario Lombardi, Loredana Mancuso	P.O. G.F. Ingrassia - Palermo: Francesco Giambanco
Villa Maria Eleonora - Palermo: Vincenzo M. Pernice	P.O. Civico - Partinico (PA): Giovanni Polizzi	Ospedale Barone Romeo - Patti (ME): Andrea Consolo
Ospedale Maria Paternò Arezzo - Ragusa: Alessandra Sanfilippo	Ospedale Lentini - Siracusa (SR): Michele Moncada	P.O. Umberto I - Siracusa: Marco Contarini, Eugenio Vinci
Ospedale S. Vincenzo - Taormina (ME): Giuseppe Cinnirella	P.O. R. Guzzardi - Vittoria (RG): Giulio V. Lettica	

Figura 1 - I 29 Centri Ospedalieri partecipanti (T0-T1-T2-T3-T4) e i referenti dei centri



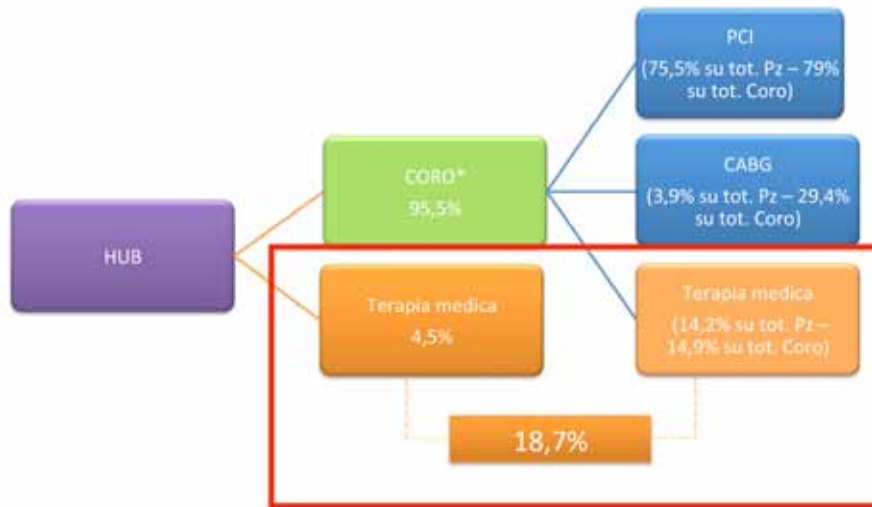
2

Figura 2 - "IRIS project": un circolo virtuoso

Progetto, ha chiesto la partecipazione di tutte le strutture cardiologiche siciliane, che hanno aderito, e con entusiasmo, nella loro quasi totalità. Nelle 29 strutture partecipanti (Figura 1), 16 Hub e 13 Spoke, è stato poi identificato un Referente del progetto. Dopo una riunione del Board Scientifico con i Referenti per valutare l'applicabilità del percorso diagnostico-terapeutico e l'analisi dei fabbisogni formativi in rapporto all'attuale standard di gestione dei pazienti NSTEMI, si è deciso di usare un protocollo di gestione condiviso per ottimizzare la prognosi in accordo alle Linee Guida europee. Protocollo e Linee Guida sono stati poi discussi in riunioni ospedaliere locali per la presentazione nelle varie UU.OO. delle raccomandazioni gold per la diagnosi e la gestione terapeutica dei pazienti NSTEMI e la condivisione di un percorso comune di cura. Tutti i Cardiologi delle suddette strutture sono stati poi invitati a compilare, sul web, un questionario avente lo scopo di indagare il loro comportamento decisionale nei pazienti NSTEMI. Anche in questo caso l'adesione è stata massiccia, con la partecipazione di oltre 270 Cardiologi (Respondent).

Nel contempo, in una diversa Survey, indirizzata ai Referenti delle singole strutture, si è chiesto un parere sulla gestione dei pazienti, finalizzato a comprendere l'applicazione nel territorio regionale delle raccomandazioni scientifiche e a cogliere l'eventuale scostamento tra la pratica clinica quotidiana e le migliori raccomandazioni della letteratura. Questa metodologia, quindi, ha consentito la misurazione dell'aderenza alle Linee Guida e delle effettive ricadute assistenziali ed ha permesso, attraverso l'analisi dei dati raccolti, di proporre azioni correttive di eventuali gap rilevati. È stata poi effettuata, nel 2015, una tavola rotonda che ha coinvolto le 29 Cardiologie partecipanti della Regione Sicilia ed il Board Scientifico, con l'obiettivo di valutare e stimolare l'aggiornamento scientifico attraverso l'analisi dei dati in itinere risultanti dai questionari e dalle WebSurvey, confrontandoli, ove possibile, con il Registro EYESHOT. A questo punto si è intrapreso un circolo virtuoso, ripetendo più volte (T0: maggio 2015, T1: settembre 2015, T2: dicembre 2015, T3: maggio 2016 e T4: settembre 2016) l'intero processo

(riunioni locali, compilazione questionario da parte dei Respondent, compilazione Websurvey da parte dei Referenti, nuova analisi dei dati, nuove riunioni coi referenti e tavole rotonde, in cui si è discusso tra l'altro delle nuove Linee Guida ESC sullo NSTEMI pubblicate nel frattempo), fino alla tavola rotonda finale del 24 novembre 2016, che ha concluso il percorso del Progetto Iris con la presentazione dei risultati aggregati delle survey e dei feedback dei partecipanti. Il Board sta analizzando i dati ottenuti nell'ottica di poterli pubblicare su qualche prestigiosa rivista scientifica, ma desideriamo presentarvi alcuni risultati preliminari. In totale i referenti dei centri hanno stimato di aver applicato il protocollo di gestione NSTEMI condiviso in un campione di circa 1700 pazienti. Anche se il tipo di progetto non consente di estrapolare conclusioni sugli outcome, tuttavia dalle informazioni ricevute si stima una bassa mortalità intraospedaliera, sia negli Hub e sia negli Spoke. Inoltre, raramente sono stati riferiti eventi emorragici maggiori e ictus. La necessità di adottare un protocollo



\* Propensione al trattamento emersa dall'indagine conoscitiva

Figura 3 - Flusso pazienti T3

interno di reparto e/o Aziendale condiviso sulla scelta della doppia terapia antiaggregante è stata recepita ed ha portato ad un incremento dei centri che se ne sono dotati da meno del 20% nella survey T0 al quasi 40% nella T4. Per quanto riguarda l'utilizzo degli score di rischio ischemico, come il GRACE, ed emorragico, come il CRUSADE, un dato rilevante, anche se non sorprendente (esprime infatti la frequente deformazione mentale con la quale ognuno di noi generalizza i comportamenti ritenuti ideali considerandoli molto più applicati in realtà di quanto in effetti lo siano) è la molto evidente difformità tra quanto dichiarato dai Respondent e quanto riportato dai referenti dei singoli centri, difformità che è ancora più evidente nei centri Hub. Se, infatti, nella survey T0 i Respondent dei centri Hub dichiaravano che il GRACE era effettuato in circa il 70% dei pazienti, i Referenti hanno riferito

un suo utilizzo in una percentuale molto minore. Questi dati si sono mantenuti nelle survey successive, anzi il divario tra Spoke e Hub è andato accentuandosi, cosa che è stata attribuita alla spinta educativa del Progetto IRIS che ha portato ad un miglioramento nella sensibilità dell'applicazione del Grace e del Crusade Risk score nei Centri Spoke, nei quali la stratificazione prognostica del paziente è indispensabile per l'avvio al Centro Hub. Nei Centri Hub invece la disponibilità dell'esame coronarografico sembrerebbe rendere meno indispensabile la valutazione del rischio ischemico ed emorragico e, come a parere di alcuni, suggerito dalle linee guida più recenti. Ad ogni modo le informazioni riferite dai Referenti confermano che i pazienti NSTEMI hanno spesso, nel mondo reale, un alto rischio ischemico, con un rischio emorragico alto solo in una minor parte dei casi. È stata confermata la prassi del

pretrattamento nella maggior parte dei centri Spoke Siciliani. I pazienti con diagnosi di NSTEMI, che giungevano presso le U.O.C. Hub di Cardiologia/UTIC, provenienti da Centri Spoke, sono stati trasferiti dopo aver ricevuto eparina e doppia antiaggregazione in circa l'80% a T0 e oltre il 90% a T4. È significativo rilevare come l'eparina, frazionata o a basso peso molecolare, sia l'antitrombotico per il quale propendono la maggior parte dei respondent, mentre scarsissimo pare l'uso di Fondaparinux, cosa difforme dalle indicazioni delle linee guida, che danno preferenza proprio a quest'ultimo. Il progetto IRIS ha inoltre confermato una maggiore tendenza interventistica dei Cardiologi Siciliani (Figura 3). A differenza del dato EYESHOT nazionale, in Sicilia più pazienti NSTEMI sono dunque rivascolarizzati, anche se poco più del 20% di pazienti rimane in terapia medica conservativa (vs il 42,7% del dato nazionale rilevato in EYESHOT). Va però tenuto presente che tale atteggiamento era esclusivamente proveniente dalle risposte fornite dai centri Hub, a differenza del registro EYESHOT, che comprendeva anche i dati dei pazienti dei centri Spoke. In tema di terapia antiaggregante, il dato oggettivo relativo alla terapia conservativa dei pazienti NSTEMI, esprime, di fatto, un cambio di mentalità culturale, confermato dalla variazione di percentuale delle risposte tra T0 e T4 dei Cardiologi Respondent. La propensione più frequente circa la terapia antiaggregante nel paziente NSTEMI che, non essendo stato inviato a studio coronarografico, viene dimesso in terapia medica

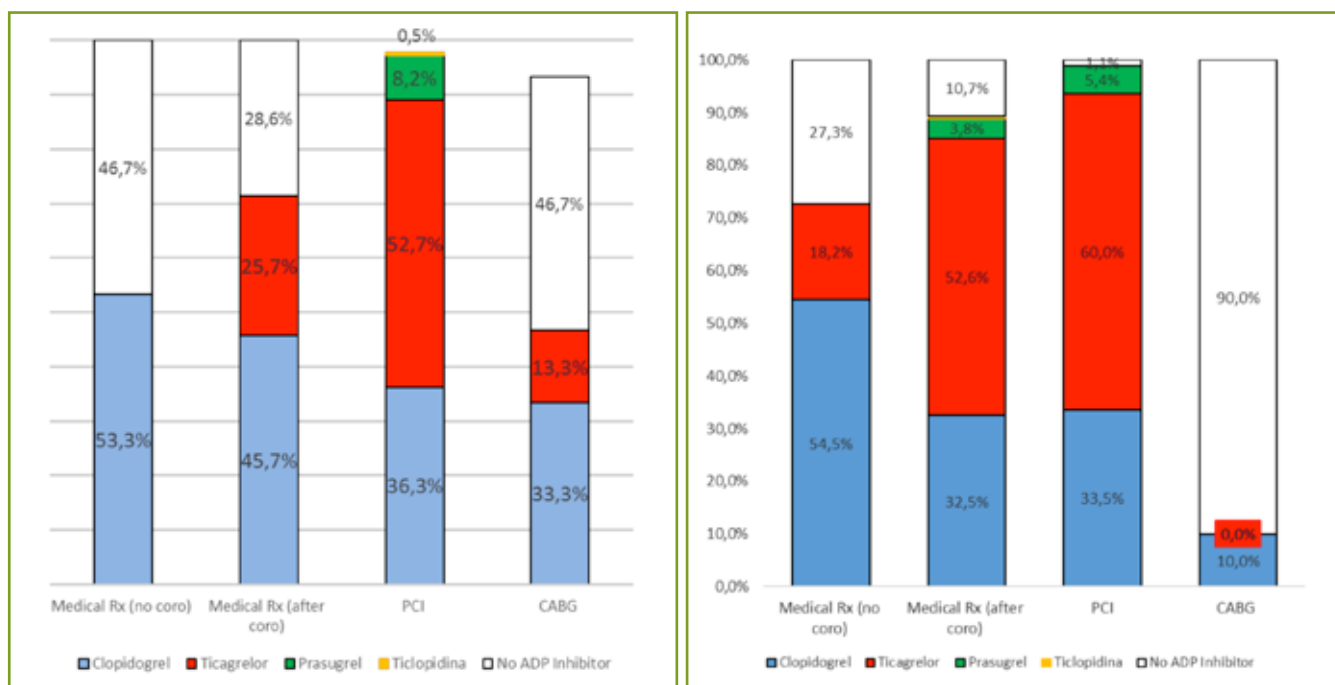


Figura 4 - Propensione all'impiego dei P2Y12 alla dimissione

conservativa (Hub+Spoke) era verso le associazioni ASA/clopidogrel e ASA/ticagrelor, quest'ultima in incremento nel tempo. Lo stesso fenomeno si è osservato nei pazienti che, pur sottoposti a CVG, non avendo ricevuto alcuna rivascolarizzazione miocardica, erano dimessi in terapia medica conservativa. Se confrontato con il Registro EYESHOT, in T0 si è rilevato un migliore allineamento con le linee guida. Tuttavia rimaneva scarsa la propensione all'utilizzo della doppia antiaggregazione nella terapia conservativa sia nei pazienti non sottoposti a CVG che nei pazienti sottoposti a CVG ma non rivascolarizzati. Era lievemente incrementato l'utilizzo di ticagrelor nei pazienti in terapia conservativa, più significativo nei pazienti sottoposti a PCI; è poi scomparsa la propensione all'impiego di ticlopidina. Se confrontato con T0, in T3 vi è un maggiore allineamento con le linee

guida. Cresce l'impiego della doppia antiaggregazione nella terapia conservativa, sia in pazienti non sottoposti a CVG che in pazienti sottoposti a CVG ma non rivascolarizzati (Figura 4). È incrementata la propensione all'utilizzo di ticagrelor nei pazienti in terapia conservativa, in particolare nei pazienti sottoposti a PCI ed in quelli >75 anni, in linea con le indicazioni recenti sul trattamento di questo setting di pazienti. Il nostro report sui risultati delle Websurvey e l'analisi dei questionari compilati dai Respondent dei 29 Centri aderenti confermano sostanzialmente il divario ancora esistente tra la nostra realtà clinica e le migliori raccomandazioni di gestione dei pazienti NSTEMI. Tuttavia la spinta educativa e la novità della metodologia utilizzata dall'IRIS, un progetto solido con tanti punti di forza, stanno contribuendo significativamente alla riduzione di

tale divario, attraverso una migliore aderenza alle Linee Guida. In conclusione, il Progetto IRIS, un modello virtuoso di lavoro realizzato con la condivisione di quasi tutte le Cardiologie Siciliane, è uno dei tentativi più pregevoli di implementazione delle Linee Guida, risultato efficace nel determinare dei cambiamenti significativi nella gestione dei pazienti NSTEMI, dimostrando l'efficacia della rete di collegamento regionale del progetto. Una testimonianza viva della validità della Cardiologia siciliana, una prova di grande maturità scientifica che sta avendo risonanza anche a livello mondiale. Vogliamo ringraziare, infine, a nome di tutto il Board Scientifico, l'AstraZeneca per il supporto incondizionato, il provider Dynamicom Education e i Respondent e Referenti IRIS per il loro prezioso impegno. ♥





# Psicoterapia e cardiopatia ischemica

Nuove basi sistemiche per l'integrazione tra medicina e psicologia

**N**onostante la riduzione della sua incidenza e mortalità a partire dagli anni '70, nel 2015 la cardiopatia ischemica è stata ancora responsabile in Europa del 23% di tutte le morti del 6% di tutte le cause di disabilità. Peraltro, l'aumento della sopravvivenza dopo l'infarto aumenta l'incidenza delle complicanze tardive, come lo scompenso cardiaco. Siamo quindi ancora lontani da un controllo soddisfacente della cardiopatia ischemica, in parte per l'insufficiente diffusione di prevenzione e cure già provate efficaci e in parte per la conoscenza incompleta dei processi fisiopatologici che ne sono alla base. In altre parole, è necessario continuare a perfezionare i modelli della cardiopatia ischemica che non hanno tuttavia mai cessato di progredire. Per esempio il modello dell'infarto miocardico acuto, è evoluto da un'occlusione progressiva di un'arteria coronarica epicardica a un sistema complesso che include le proprietà dinamiche dell'albero coronarico epicardico, il contributo funzionale dell'endotelio e del microcircolo e gli ampi processi di coagulazione, infiammazione e immunità. Attualmente la cardiopatia ischemica è considerata un quadro eterogeneo, che raccoglie differenti sindromi, ciascuna delle quali con diverse presentazioni cliniche e diversi processi fisiopatologici sottostanti, che a loro volta implicano

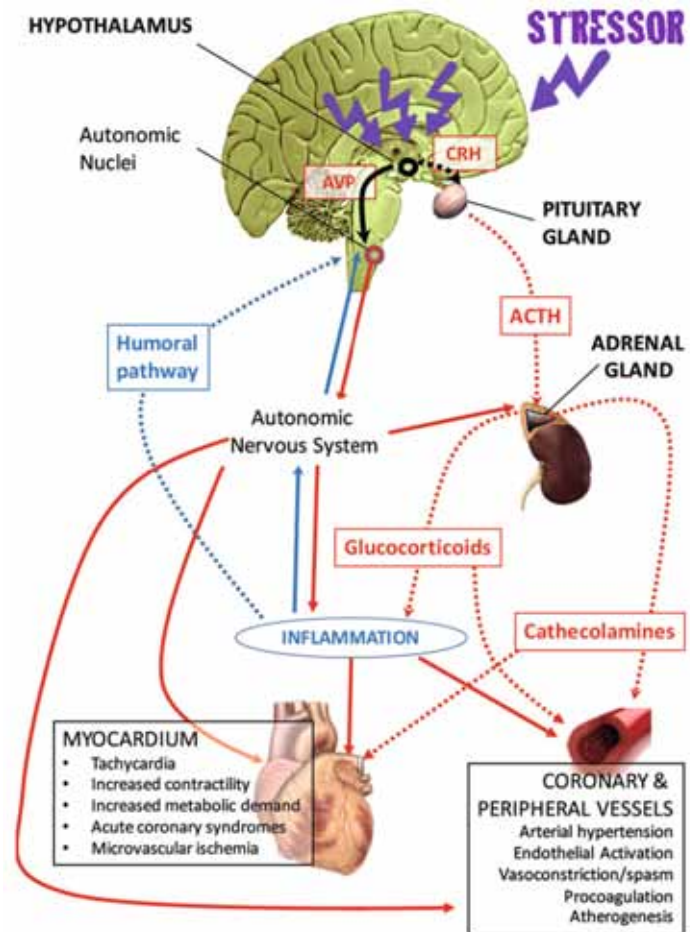
diversi livelli organizzativi, cellulari, tissutali, d'organo e sistemici tra loro interagenti e ancora parzialmente sconosciuti. Questo intreccio non lineare e non deterministico è all'origine della multiformità delle presentazioni cliniche che va dagli infarti con arterie coronarie normali alla paradossale stabilità clinica di malattie aterosclerotiche diffuse a tutto l'albero coronarico e richiede quindi approcci differenziati. In questa rete di relazioni dinamiche una funzione cruciale è ricoperta dalle dimensioni psicologiche ed emotive. Nonostante il peso dei fattori di rischio psicosociali appaia tra quelli più rilevanti nei grandi studi epidemiologici sulla cardiopatia ischemica, queste dimensioni qualitative sono state spesso scotomizzate per la difficoltà nel quantificarle. Il loro ruolo nella cardiopatia ischemica è però stato dimostrato sia nell'uomo che nell'animale, sia perché contribuiscono a stili di vita disfunzionali (sedentarietà, abitudini alimentari, fumo, etc.) sia - tramite mediatori neuro-umorali - perché attivano processi fisiopatologici chiave quali l'asse dello stress, i processi coagulativi, immunitari e infiammatori. A loro volta, i mediatori ulteriormente prodotti da questi stessi processi biologici retroagiscono partecipando alla genesi degli effetti psicologici della cardiopatia ischemica, come la

frequente depressione post-infartuale che aggrava notevolmente la prognosi cardiologica (Figura 1). Si può stabilire così un circolo vizioso, in cui i fattori psico-sociali sono sia fattore di rischio che conseguenza della cardiopatia ischemica. Questi dati sperimentali ed epidemiologici sono confermati dagli studi di intervento sull'uomo. La più aggiornata meta-analisi sull'argomento (autori GG Biondi - Zoccai e coll.), pubblicata sul libro "Psychotherapy for ischemic heart disease. An evidence-based clinical approach" da noi recentemente curato per Springer, mostra che, nonostante la difficile adattabilità dei modelli sperimentali classici alle terapie psicologiche, le psicoterapie possono portare una riduzione nella odds ratio di mortalità nella cardiopatia ischemica che può arrivare in media fino al 25%, oltre che migliorare i sintomi psicologici. Tale meta-analisi include anche i risultati preliminari a un anno del più recente di questi studi, lo STEP-IN AMI che abbiamo da poco concluso presso la UOC di Emodinamica dell'Ospedale S. Filippo Neri di Roma diretta dal Prof. Giulio Speciale, che ha randomizzato, a 1 settimana da un infarto miocardico, 100 pazienti a psicoterapia breve (3-6 mesi) aggiunta alla terapia medica e interventistica classica oppure alla sola terapia classica. I risultati a un anno mostrano nel braccio trattato con psicoterapia una evidente riduzione



dell'endpoint primario dello studio (MACCE + recidiva di angina + nuovi eventi medici significativi), che è risultata statisticamente significativa con un NNT di 3, nonché la riduzione delle riospedalizzazioni e un miglioramento statisticamente significativo della qualità della vita. I risultati definitivi a 5 anni dello STEP-IN-AMI saranno presentati complessivamente per la prima volta al congresso ANMCO 2017. Questi dati mostrano che gli interventi qualitativi, integrati con le terapie mediche e interventistiche classiche, possono migliorare la prognosi dei pazienti con cardiopatia ischemica. Questa tipologia di interventi, aprendo a un approccio di tipo interdisciplinare, hanno implicazioni importanti a livello clinico e di ricerca. Prima di tutto, pur agendo nella sfera qualitativa, gli interventi psicologici agiscono su una scala multidimensionale, sia determinando cambiamenti degli stili di vita sia determinando variazioni neuro e ormono-mediate dei processi biologici cardiaci e sistemici, diventando così parte integrante delle cure mediche. In secondo luogo gli interventi psicoterapeutici possono produrre dei benefici solo con un coinvolgimento attivo del paziente trattato, che non è più soggetto passivo nel trattamento terapeutico, ma attore del processo di cambiamento. Per tale motivo, poiché sono coinvolti aspetti relazionali complessi riguardanti sia lo psicoterapeuta che il soggetto paziente, il processo di intervento psicoterapeutico può essere solo in parte standardizzato e deve essere, in ogni caso, adattato alle specifiche caratteristiche del paziente, del

Figura 1



curante e della loro relazione. In terzo luogo gli interventi qualitativi spesso richiedono come prerequisito il coinvolgimento personale, emotivo e esistenziale del professionista interessato, ribaltando così il paradigma che richiede al curante di essere un osservatore distaccato ed esterno al processo di diagnosi e cura. Alcune esperienze di come integrare le cure nella pratica sono illustrate nel libro citato più sopra, il cui obiettivo è globalmente quello di contribuire con rigore a una prima cornice che getti le basi, anche fisiopatologiche, per un nuovo approccio operativo in cui il cuore non è un organo isolato e astratto, ma parte di un ecosistema psico-neuro-biologico individuale

caratterizzato anche da specifiche relazioni sociali e ambientali. La dimostrata complessità bio-psico-sociale della cardiopatia ischemica impone quindi il superamento di un paradigma che focalizza solo la malattia, o aspetti di essa, in favore di un approccio sistemico più efficace orientato alla personalizzazione delle cure e in cui anche la medicina di precisione potrà vedere il suo ambito naturale di sviluppo. Si aprono così nuove possibilità interdisciplinari già percorribili da oggi nella pratica, per migliorare la prognosi, il trattamento e la soddisfazione dei pazienti con cardiopatia ischemica in uno schema proattivo e partecipativo di medicina sistemica. ♥



# Addio legge Balduzzi, benvenuta legge Gelli-Bianco



**A** volte si corre il rischio di sembrare particolarmente affezionati ad alcune tematiche, delle quali si parla più e più volte, analizzandone aspetti sempre diversi. Questa considerazione potrebbe valere anche per noi che in molte delle nostre chiacchierate ci siamo occupati della interessante e controversa tematica della responsabilità medica: ci siamo interrogati ad esempio sulle conseguenze derivanti dalla allora recente introduzione della c.d. legge Balduzzi, sugli aspetti connessi con il consenso informato e solo di recente abbiamo constatato come la responsabilità del professionista medico possa “estendersi” ben oltre il vincolo contrattuale che viene stretto con il paziente.

## **Questo significa che parleremo di nuovo di responsabilità medica?**

La domanda è assolutamente legittima e la mia risposta è positiva. A mia “discolpa” però avverto subito che tanto è in qualche modo reso necessario ed opportuno da recenti scelte effettuate dal legislatore che, condensate in una legge dello scorso marzo, ci impongono di tornare sui nostri passi e di verificare in che termini è cambiata la disciplina della responsabilità medica.

## **Di che legge si tratta? E su cosa interviene?**

È la legge 8 marzo 2017 che, rubricata “*Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità*

*professionale degli esercenti le professioni sanitarie*”, di certo verrà ricordata con la più semplice definizione di “legge Gelli-Bianco” (dal nome dei suoi presentatori), analogamente a quanto avvenuto con la c.d. legge Balduzzi. Come si intuisce, ancora una volta oggetto di attenzione è (anche) la responsabilità medica, alla quale ancora una volta si guarda sia dal versante civilistico, sia da quello penalistico.

## **Iniziamo a conoscere allora questa nuova normativa?**

Certamente! Ancora una volta potrebbe essere opportuno analizzare prima le ripercussioni che impatteranno sulla responsabilità civile e poi quelle sulla responsabilità penale del professionista sanitario.



## Potremmo ricordare velocemente quale era la precedente disciplina relativamente alla responsabilità civile del medico?

Molto volentieri! Dobbiamo quindi ricordare come l'intervento legislativo operato con la legge Balduzzi non sia stato in grado, malgrado le intenzioni, di risolvere la natura della responsabilità del sanitario dal quale il paziente affermi aver subito un danno. Sappiamo infatti come nell'ambito della più ampia responsabilità civile sia possibile distinguere tra responsabilità contrattuale e responsabilità aquiliana o extracontrattuale ed abbiamo visto come le differenze tra queste due "opzioni" siano profonde in particolare rispetto al termine entro il quale far valere il proprio diritto al risarcimento, all'onere probatorio che incombe sul preteso danneggiato e alle voci risarcibili. Il principale limite della legge Balduzzi è stato, al riguardo, la mancanza di capacità persuasiva per così dire nel convincere che la responsabilità del singolo medico non sia legato da rapporto contrattuale con il paziente fosse da ascrivere alla responsabilità aquiliana.

## Mi pare di ricordare che la giurisprudenza ritenesse che era di tipo contrattuale o sbaglio?

Non sbagli! O, meglio, nonostante la legge facesse riferimento all'art. 2043 c.c., la formulazione non proprio chiara aveva lasciato "sopravvivere" quelle correnti giurisprudenziali che riconducevano la responsabilità del sanitario all'ambito contrattuale.

## Quali erano le conseguenze che ne derivavano?

Si affermava in tal modo un regime più favorevole per il paziente che lamentasse un inadempimento da parte del sanitario e/o della struttura presso la quale gli fosse stata prestata assistenza. Il termine prescrizione – ossia il termine entro il quale il paziente avrebbe dovuto agire in giudizio – era decennale; ancora, lo stesso paziente avrebbe potuto limitarsi esclusivamente ad allegare, ossia ad affermare, l'inadempimento nella prestazione, dato che sarebbe stato a carico e della struttura e del medico dimostrare di aver agito correttamente e diligentemente.

## La legge Gelli-Bianco modifica questo aspetto?

Ebbene, sì, e tra l'altro mediante un intervento chiarificatore che introduce una significativa distinzione tra la responsabilità della struttura sanitaria e quella del singolo professionista per come in qualche misura anticipato dalla stessa rubrica dell'art. 7. È proprio questa la disposizione rilevante al riguardo e che interviene in tema di "Responsabilità civile della struttura e dell'esercente la professione sanitaria".

## Cosa afferma questa disposizione?

Si tratta di una disposizione particolarmente significativa che non solo prevede criteri per la quantificazione del risarcimento del danno, ma ancora prima introduce un regime differenziato di responsabilità tra la struttura e il professionista. Laddove la prima, nell'adempimento della propria obbligazione, risponderà ai sensi degli articoli 1218 e 1228 del codice civile – ossia a titolo di responsabilità contrattuale – per l'operato degli

esercenti la professione sanitaria dei quali si avvalga e tanto anche per le prestazioni svolte in regime di libera professione intramuraria; l'esercente la professione sanitaria, come viene definito dalla legge, risponderà del proprio operato ai sensi dell'art. 2043 del codice civile e, quindi a titolo di responsabilità aquiliana. La stessa disposizione si premura tuttavia di ricordare che la regola aquiliana non troverà applicazione nel caso del medico che, pur operando all'interno di una struttura, abbia agito in forza di un rapporto contrattuale fiduciario con il paziente.

## In linea generale, quindi, il medico e più in generale il professionista sanitario che operino all'interno di una struttura saranno soggetti al meno gravoso regime della responsabilità aquiliana?

È proprio così, secondo una scelta che segna un cambiamento strutturale profondo che vede spostare l'attenzione dal soggetto che ha commesso il fatto a colui che ha il governo dei fattori che agevolano o possono agevolare l'incidente. In questo senso viene valorizzata la considerazione che il c.d. errore medico non è semplicisticamente, per così dire, attribuibile al singolo operatore, ma ad una serie di concause che ben possono involgere anche deficienze o errori strutturali dei quali il medico può costituire, in qualche misura, incolpevole "personificazione".

## Mi pare che quindi diventi centrale la responsabilità della struttura.

È un'impressione assolutamente corretta, che trova conferma anche nel successivo art. 9 che per un verso





limita la possibilità di rivalsa della struttura nei confronti del sanitario alle sole ipotesi di dolo o colpa grave del responsabile e per altro verso impone di tenere conto nella determinazione dell'importo che questi dovrà risarcire *“delle situazioni di fatto di particolare difficoltà, anche di natura organizzativa della struttura”*.

**Certo si tratta di affermazioni molto importanti. Dicevi che la disposizione interviene anche in tema di individuazione dei criteri per la determinazione del risarcimento stesso.**

Proprio così ed anche in questo caso la volontà del legislatore è quella di introdurre criteri di certezza che riducano i margini di imprevedibilità

derivanti dall'applicazione di criteri soltanto giurisprudenziali. In particolare il quarto comma dell'art. 7 prevede che il danno imputabile tanto alla struttura sanitaria – indifferentemente dalla sua natura pubblica o privata – quanto dal sanitario dovrà essere risarcito sulla base delle tabelle di cui agli art. 138 e 139 del codice delle assicurazioni private, così introducendosi anche limiti agli importi risarcibili.

**Sarà in grado la legge Gelli-Bianco di risolvere e superare le difficoltà che agitano il settore della responsabilità medica?**

Usando le parole di una famosa canzone, mi verrebbe da dire che lo scopriremo solo vivendo! La verità è che sarà necessario verificare

come la legge sarà poi applicata nelle aule dei tribunali, dovendo considerare che inevitabilmente ci sarà un lungo periodo che vedrà “convivere” diversi regimi normativi, dal momento che la nuova legge trova applicazione solo per i fatti verificatisi successivamente al 1° aprile 2017, data della sua entrata in vigore. Certamente l'auspicio è che essa possa effettivamente rendere possibile quel temperamento tra le esigenze di tutela dei pazienti e dei medici, troppe volte quasi duramente contrapposte, ed evitare fenomeni, parimenti gravi, sia di deresponsabilizzazione che di atteggiamenti “predatori” che incidono, negativamente, sul sereno esercizio della professione medica. ♥





# I “segreti” del movimento del cuore

## Genesi ed anatomia della scoperta di William Harvey

Sulla scoperta della circolazione del sangue sono stati versati fiumi di inchiostro da autorevoli studiosi, così come sulla figura di William Harvey (Folkestone, 1578 - Roehampton, 1657). La storia della medicina fino ai primi decenni del Novecento è stata una storia popolata da eroi scritta perlopiù da medici. Anche la figura di Harvey secondo un'ottica positivista è stata analizzata sotto questa luce in una visione dicotomica tra Harvey il giovane e moderno scienziato e il filosofo legato a vecchie concezioni aristoteliche. Si tratta di una dicotomia che falsifica la storia: Harvey era un figlio del suo tempo come lo è ogni genio e portava in sé tutta la complessa dimensione del mondo culturale seicentesco. Pensando ad Harvey non dobbiamo immaginare uno scienziato chiuso nel suo mondo di speculazioni sulla filosofia naturale ed isolato dalla dimensione quotidiana: ciò non risponde al vero. Difatti il percorso professionale e scientifico di Harvey al suo rientro in patria, dopo la laurea in medicina conseguita nel 1602 presso l'Università di Padova, si perfezionò al di fuori delle



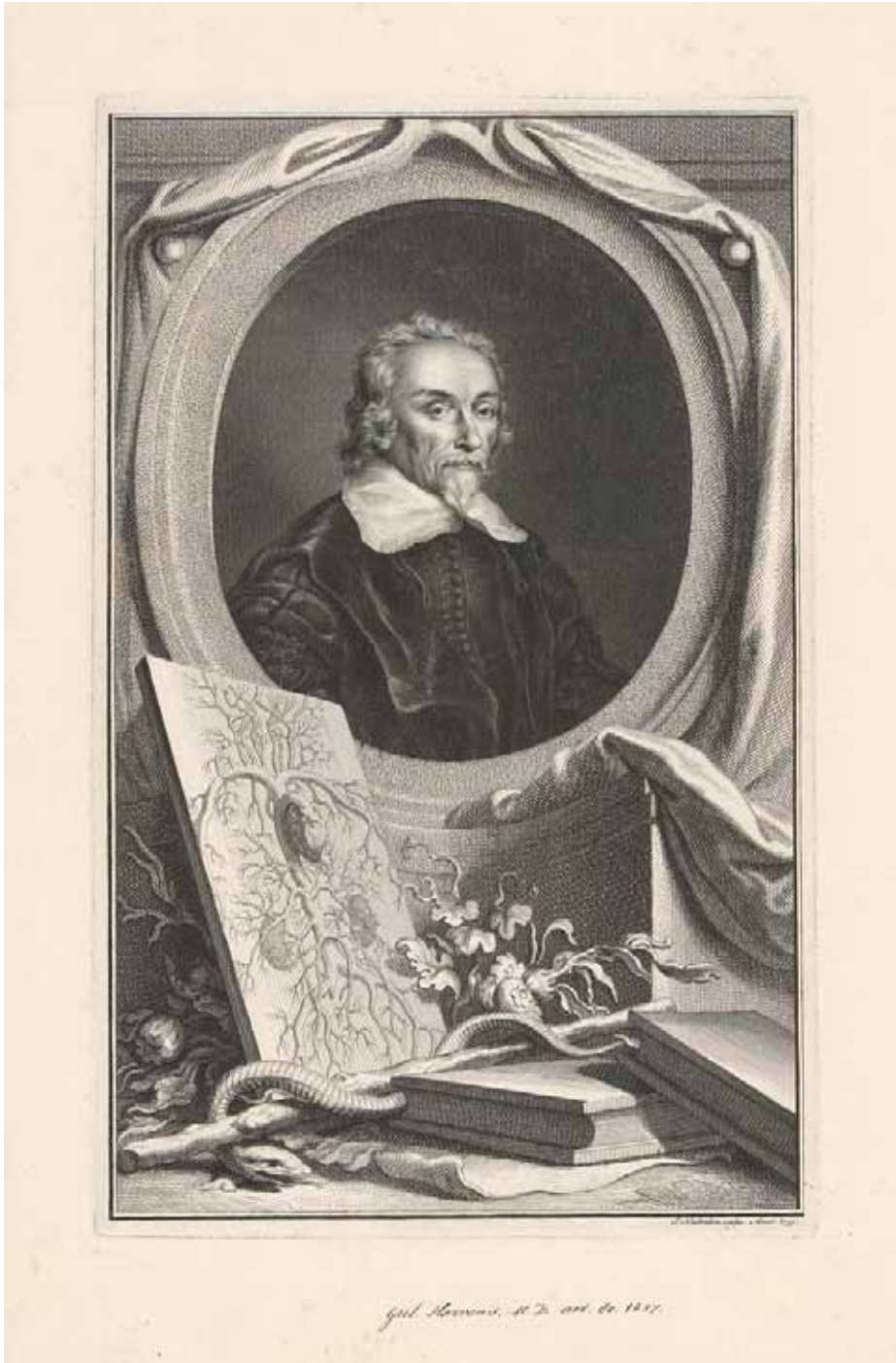
W. Harvey, *Exercitationes De generatione animalium*, Amstelodami, apud Joannem Janssonium, 1651, 12<sup>o</sup>. Archivio fotografico Studio Firmano

mura universitarie, in pieno contatto con la dimensione cittadina londinese.

### Harvey e l'esercizio della professione medica

L'esercizio della professione medica rivestì da sempre un ruolo importante nella sua formazione ed anche per lo sviluppo delle sue scoperte scientifiche: Harvey nel 1607 entrò a far parte come Fellow del Royal College of Physicians di Londra in cui ricoprì ruoli istituzionali importanti e dallo stesso collegio medico nel 1618 gli furono affidate le lezioni lumleiane di anatomia. Si trattava di un prestigioso ciclo di lezioni di chirurgia ed anatomia - così denominate dal suo istitutore Lord Lumley - di carattere itinerante, finalizzato alla formazione di medici e chirurghi. Dai celebri appunti delle lezioni lumleiane si apprende come Harvey adombrò la sua scoperta fin dal 1616. Dal 1609 Harvey ricoprì incarichi di rilievo come medico presso il St. Bartholomew's hospital, una delle strutture ospedaliere più antiche della capitale, centro di eccellenza per la formazione professionale medica londinese nel Seicento.





William Harvey (Folkestone, 1578 - Roehampton, 1657),  
antip. inc., Archivio fotografico Studio Firmano

La sua attività professionale fu vasta e di ampi interessi: pochi sanno che Harvey viene riconosciuto come il

padre dell'ostetricia inglese e che abbia scritto anche sul parto. Egli fu il primo scienziato che abbia sezionato

il cadavere di una donna, dopo il parto, osservando lo stato degli organi di riproduzione e descrivendo l'utero come una sorta di ferita aperta estremamente vulnerabile alla contaminazione, attraverso le mani che venivano introdotte nella vagina durante il parto. Tale contaminazione era alla base della febbre puerperale che colpiva le donne dopo il parto ma ci vollero altri due secoli, affinché l'intuizione harveiana trovasse compiuta elaborazione nelle teorie enunciate dal medico ungherese Ignaz Philipp Semmelweis nel 1847 alla società medica viennese. Come è noto Harvey fu anche medico della corte reale inglese, già a partire dal 1617 e nel 1630 fu nominato primo archiatra del re Carlo I. Le numerose spedizioni di caccia a cui partecipò, fin dai suoi primi anni di incarico come medico reale, gli diedero l'opportunità di osservare i corpi degli animali ancora pulsanti poco dopo l'uccisione: osservazioni che indubbiamente contribuirono alla sua celebre scoperta, già in fase di elaborazione e resa nota circa un decennio dopo.

### Il mondo di Harvey tra visioni barocche ed aristotelismo

Se dal punto di vista professionale Harvey è pienamente in parte nel suo tempo, lo è altrettanto sul piano culturale e filosofico. Il Seicento è dominato artisticamente dallo stile Barocco che rompe i piani rettilinei e razionali delle forme rinascimentali, con torsioni, chiaroscuri e profondità che cercano di descrivere una realtà in divenire in cui il movimento acquista il valore di chiave di lettura dell'opera figurativa. Gli oggetti non vengono più descritti nel loro limite materiale,



ma ciò che interessa all'artista è coglierne il *movimento* e la *funzione*. Il parallelo con la scoperta di Harvey sorge quasi immediato: egli è il fautore di un'anatomia improntata ad una prospettiva dinamica sia per quanto riguarda il cuore, sia per quanto concerne la generazione degli animali. L'*Exercitatio De Motu Cordis et Sanguinis in animalibus*, trattato edito per la prima volta nel 1628 in cui descrive la sua scoperta della circolazione del sangue, non può essere scisso dalla sua altra grande opera le *Exercitationes de generatione animalium* pubblicate nel 1651: entrambe le opere vanno contestualizzate e lette attraverso la visione filosofico-naturalistica che anima le scoperte harveiane, perfettamente inserita nella tradizione aristotelica. Harvey non era un rivoluzionario da questo punto di vista: l'adesione all'aristotelismo non è un fatto puramente formale, ma molto profondo nella sua visione filosofica. Cercare di epurare Harvey dalle dottrine aristoteliche per farlo apparire uno scienziato moderno a tutti gli effetti è un grave errore sul piano storico da cui hanno messo in guardia già autorevoli studiosi<sup>1</sup>.

### Il movimento circolare: circolazione del sangue e generazione animale

La preoccupazione di Harvey, con le sue ricerche, era ben diversa da quella di spazzare via le dottrine antiche, dando vita ad una nuova scienza: in realtà l'ossessione che pervase tutti i suoi studi era comprendere lo scopo - la causa finale - della circolazione del sangue. Il continuo movimento circolare del sangue garantiva la rigenerazione del corpo umano. Lo stesso principio



W. Harvey, *Exercitatio Anatomica de motu Cordis et Sanguinis*, Francofurti, sumptibus Gulielmi Fitzeri, 1628, 4<sup>o</sup>, rist. anast., Front., *Biblioteca Specialistica - Studio Firmano*

era alla base della generazione: nell'embrione animale una particella infinitesimale si trasformava in albume e poi in uovo dando vita ad un nuovo animale e da questo di nuovo ad una particella fecondante, secondo un ritmo circolare dalla vita alla morte che garantiva la

conservazione e la riproduzione della specie. Il movimento circolante, dimostrato da Harvey, rivelava che la principale forza motrice dell'universo operasse anche nel microcosmo vivente. L'analogia tra macrocosmo e microcosmo impronta la cosmologia aristotelica secondo la quale i





fenomeni che si verificano nel mondo sublunare imitano quelli celesti ovvero il moto perfetto circolare eterno delle stelle nell'unico modo possibile: attraverso la disposizione dei fenomeni in serie di cicli. Ma lasciamo ad Harvey esprimere con le sue stesse parole, il pensiero alla base della sua scoperta. Egli scrive nel *De Motu Cordis* nel 1628: “*La natura... nella morte ritorna nel suo cammino e con inverso moto che va dalla fine al suo principio, si restituisce al punto donde impetuosamente era uscita*”. Ed ancora egli scrive: “*Ho cominciato tra me e me riflettere se mai potesse sussistere una sorta di moto circolare. E ho più tardi trovato che tale è in effetto il vero moto del sangue: che il sangue cioè sotto l'azione del ventricolo sinistro viene spinto fuori dal cuore e distribuito attraverso le arterie all'intero organismo ed a ciascuna sua parte... e che, daccapo, attraverso le vene, il sangue rifluisce sino all'orecchietta destra... Ci sia dato chiamato circolare questo moto, allo stesso modo in cui Aristotele dice che aria a pioggia imitano il moto circolare dei corpi celesti...*”<sup>2</sup>.

### Harvey e Padova

L'aristotelismo harveiano è in realtà quello padovano: non era l'aristotelismo della scolastica dei primi secoli del Medioevo, ma quello da cui si era originato il metodo scientifico basato sull'osservazione. Fu proprio a Padova che Giacomo Zabarella sviluppò il metodo dell'induzione scientifica: dall'osservazione di esempi attraverso l'analisi si risale a principi generali e da questi si torna ai fatti che possono essere organizzati in una sintesi sistematica. Fu a Padova che Harvey apprese dal celebre maestro Girolamo Fabrizi d'Acquapendente la descrizione delle valvole venose:

nel 1603 Fabrizi aveva pubblicato il volume *De venarum ostioliis* in cui per la prima volta ne forniva una trattazione anatomica completa. Tuttavia al Fabrizi era sfuggito il punto cruciale: la loro *funzione*. Quella su cui invece Harvey concentrò la sua attenzione in quanto strettamente legata alla direzione centripeta del flusso del sangue venoso, alla ricerca della causa finale. Celebre è il suo esempio della legatura vascolare tra le prove che dimostrano la direzione del flusso del sangue venoso. È chiaro, pertanto, che la modernità di Harvey non risiede, nell'aver dichiarato guerra alle dottrine antiche - perché è evidente che non fu così - né nello sperimentalismo e nell'osservazione - altri come Vesalius lo avevano preceduto in tal senso, ma la linea di separazione con i suoi predecessori fu l'impiego di metodi quantitativi e del calcolo nel dimostrare la sua teoria del circolo chiuso del sangue. L'argomentazione che prova la circolazione del sangue si basa su considerazioni quantitative che diventano parte essenziale della sua teoria: egli giunge alla conclusione che attraverso il corpo passano più di dieci libbre di sangue all'ora; il cuore attraverso più di tremila pulsazioni all'ora, spinge in ciascuna di esse almeno uno scrupolo - pari a venti grani - di sangue. La circolazione allora non può essere né il risultato di una virtù innata del sangue, né di spiriti vitali ma ha origine dalla spinta della vena cava nel ventricolo destro e da qui nella vena arteriosa. Tuttavia la modernità di Harvey, come abbiamo già visto, va letta correttamente: nessun scienziato del passato può essere compreso senza analizzare come un tutto organico

le sue idee scientifiche con il suo mondo filosofico, culturale e religioso ed è compito dello storico - ed anche la sua sfida - spiegare il legame che esiste tra questi aspetti diversi, mettendoli in relazione, non in contrapposizione. Ed indubbiamente la figura di Harvey, da questo punto di vista è una sfida esemplare che conserva immutato il suo fascino per lo storico della medicina di ogni epoca. ♥

- 1 - O. Temkin, *An Essay on the usefulness of Medical History for medicine*, «Bulletin of History of medicine», XIX, 1946, pp. 9-47.
- 2 - W. Harvey, *Exercitatio Anatomica De Motu Cordis...*, Francoforte, 1628, 4<sup>o</sup>, cap. 8, p. 41 e seg.

### Bibliografia essenziale

- R. French, *William Harvey's natural philosophy*, Cambridge, Cambridge University press, digital paperback edition, 2006.
- P. Harris, *Folkestone's most famous son*, Folkestone, Lilburne press, 2007.
- G. Ongaro, M. Rippa Bonati, G. Thiene, *Harvey e Padova: atti del convegno celebrativo del quarto centenario della laurea di William Harvey, Padova, 21-22 novembre 2002*, Padova, Università di Padova, 2006.
- W. Pagel, *Le idee biologiche di Harvey: aspetti e sfondo storico*, Milano, Feltrinelli, 1979.
- T. Wright, *William Harvey a life in circulation*, Oxford, Oxford University Press, 2013.



# Manuale dell'arresto cardiaco

Letto per voi

**N**ella nostra vita professionale l'incontro con l'emergenza di un arresto cardiaco è sempre un momento di forte impatto emotivo, poco importa che si sia freschi di laurea o professionisti navigati. Per questo, come è esperienza comune a tutti gli operatori coinvolti, l'organizzazione preventiva della gestione dell'emergenza assume una grande importanza nel determinare la riuscita di una rianimazione cardiopolmonare e l'outcome del paziente. L'arresto cardiaco è peraltro un evento di grande rilievo epidemiologico, ancora oggi gravato da enorme eterogeneità di gestione e dunque di risultati. In questo contesto la formazione del personale che deve rispondere quanto più prontamente possibile all'emergenza è uno dei cardini a garanzia di una risposta efficace. Il manuale messo a punto da Mauro Mennuni si offre proprio come strumento di facile fruibilità per tutti gli operatori sanitari (medici ed infermieri) coinvolti nella gestione dell'arresto cardiaco. Il volume è davvero di grande pregio: parte dagli assunti di letteratura, ma approfondisce ogni aspetto della gestione dell'arresto cardiaco, a partire dall'importanza che il soccorritore deve riservare fin dall'inizio alla sicurezza, propria e degli astanti, passando per descrizioni tecniche di strumenti da utilizzare e protocolli da seguire, per chiudere con una meritevole riflessione



su aspetti spesso dimenticati e invece di grande rilievo in questo contesto, quelli che riguardano l'etica e la comunicazione del lutto. Uno dei pregi principali del testo è quello di essere molto dettagliato senza perdere in semplicità nell'approccio da parte del lettore, la cui attenzione viene "catturata" da illustrazioni ricche e chiare, da una suddivisione dei capitoli in paragrafi che ben definiscono i temi, da box di "alert" che in poche righe riassumono i dictat e i divieti assoluti da rispettare durante le manovre di rianimazione cardiopolmonare per giungere ai migliori risultati. Sono passate in rassegna metodiche da

utilizzare (reperimento degli accessi venosi, modalità di ventilazione, uso del monitoraggio ecografico e dei defibrillatori), flow-chart da seguire, condizioni cliniche particolari in cui le vittime possono trovarsi e che i soccorritori devono rapidamente saper riconoscere ed affrontare. Non mancano ampie sezioni dedicate alla organizzazione dell'emergenza: dal riepilogo di ciò che è necessario tenere nello strumentario dell'emergenza, all'assegnazione dei compiti a chi l'emergenza deve affrontare, al rilievo del ruolo di ogni singolo attore coinvolto. Il tutto allo scopo di razionalizzare le risorse umane sfruttandone tutte le capacità e valorizzando il lavoro di squadra. Attenzione particolare è dedicata alle fasi di riflessione da parte del team al termine di una rianimazione: il debriefing, un momento in cui fermarsi e interrogarsi su ciò che durante il soccorso ha funzionato o meno, prezioso a comprendere dove si è sbagliato e come ci si può migliorare. Ricco di immagini e tabelle riassuntive di facile consultazione, aggiornato e puntuale nella descrizione delle conoscenze, il "Manuale dell'arresto cardiaco" è dunque un testo completo e fruibile, che può essere di grande ausilio alla formazione continua in tema di rianimazione cardiopolmonare. Buona lettura! ♥



# Il Professor Claudio Chidichimo

**L**a storia della medicina è storia del dolore umano. L'uomo da sempre, ha cercato di sopprimere il dolore

con i mezzi più diversi, dapprima magici o religiosi, poi empirici e naturalistici, dopo ancora chirurgici e l'antichità ci ha dato

nomi illustri di medici: Ippocrate, Celso, Galeno, Antillo Areteo, Eliodoro, Ippone, Neocle. Nel terzo millennio Alessandria del Carretto ha dato all'universo della medicina un suo figlio: lo scienziato Guido Chidichimo. Gli alessandrini sono tutti fieri di tributare affetto e stima a Guido Chidichimo, famoso in Italia e nel mondo. Egli ha vissuto parte della sua vita nel paese natio, ma era vivo in lui il desiderio di orizzonti più vasti, il desiderio di diventare cittadino del mondo, di raggiungere l'alto senso di umanità e di dedizione per i sofferenti, di raggiungere le vette della scienza: la cultura e la scienza non erano per lui solo l'espressione più sublime della civiltà, ma anche lo strumento più idoneo all'elevazione morale e sociale dell'umanità (da "Omaggio a Guido Chidichimo" a cura di Pina Basile). Guido Chidichimo uno degli uomini che meglio ha rappresentato quello che è da sempre il fine ultimo della medicina: sopprimere il dolore degli uomini e superare la malattia. Guido Chidichimo la cui vita è stata scandita da tappe importanti di studio, di ricerca, di traguardi professionali. Uno scienziato instancabile, intelligente, dal profondo senso etico che fino all'ultimo ha combattuto contro la disumanità, l'apatia, e l'indifferenza delle istituzioni pubbliche. Un uomo che ci ha lasciato in eredità un prezioso patrimonio di passione, di desiderio continuo di ricerca e di miglioramento e una profonda umanità, qualità tutte che dovrebbero sempre essere una parte importante del patrimonio professionale di tutti noi medici.

Mario Chiatto





## Un ricordo personale

La prima volta che sentii parlare di Chidichimo correva il lontano 1968. Ero un ragazzino, un teenager di allora, ancora con i pantaloni corti; si usava così. A mio nonno era stato diagnosticato un tumore del colon e mio padre, medico, lo aveva voluto affidare alle cure di quello che riteneva, senza ombra di dubbio, il migliore chirurgo di Roma. Ed al capezzale di mio nonno ebbi la fortuna di intravederlo, piccolo, calvo, con un gran camice bianco, circondato da un'aura quasi sacrale di prestigio e stima incondizionata. Lavorava allora all'ospedale San Giacomo, si avviava ai sessant'anni e sembrava naturalmente destinato a concludere la sua brillante carriera in quell'ospedale storico della capitale, alla direzione di una prestigiosa divisione di Chirurgia generale, dove si operava e personalmente operava davvero ogni patologia. Una dozzina di anni dopo, a cavallo tra gli anni settanta e gli ottanta, da giovane tirocinante nella prestigiosa Cardiologia ospedaliera del San Camillo, ebbi di nuovo la fortuna di incontrarlo. Accadeva a me, come a tanti, di ascoltare i suoi interventi nei tradizionali meeting del mercoledì mattina, quando, ancora prima della ideazione dei dipartimenti, cardiologi e cardiocirurghi si incontravano per il piacere ed il desiderio di discutere dei casi clinici più complessi, parlare delle novità della letteratura scientifica, dei primi studi clinici moderni, era l'epoca del CASS, o

dei nuovi approcci cardiocirurgici. Erano gli anni di Vincenzo Masini e Pierluigi Prati, i maestri della Cardiologia di allora, ma anche di tanti "aiuti primari", come ai tempi si chiamavano, dai capelli bianchi e dalla grande competenza clinica. La storica sala ad anfiteatro era sempre piena zeppa; venivano cardiologi un po' da tutti gli ospedali romani, come a sottolineare la primogenitura cardiologica del San Camillo. Anche qui con la sua voce sottile, la sua brillantezza, il suo indiscusso carisma, il "Kid", come era scherzosamente soprannominato, interveniva con toni spesso appassionati anche su tematiche più strettamente cardiologiche, sempre ascoltato con rispetto ed attenzione, nonostante fosse ormai giunto alla pensione. Lo incontrai ancora, alcuni anni dopo, nell'ospedale ortopedico dove lavoravo. Mi era stata chiesta una consulenza cardiologica preoperatoria per un paziente "speciale". Come atto di cortesia nei suoi confronti, il primario ortopedico, al quale si era affidato, aveva organizzato una improvvisata stanza di degenza nel proprio studio personale. Ed è lì che lo visitai per una valutazione certamente di routine. La visita fu assai breve, mentre la chiacchierata fu lunghissima o sarebbe meglio dire il suo racconto. Senza quasi che lo chiedessi, iniziò a parlarmi di come, alle soglie dei sessanta anni, avesse deciso di "imparare" la cardiocirurgia. Era rimasto affascinato dai primi interventi

a cuore aperto e dalle prime valvole artificiali applicate da Denton Cooley ed era andato, a sue spese, varie volte nel "tempio" di allora: il Texas Heart Institute di Houston, dove, da ogni parte del mondo, affluivano aspiranti cardiocirurghi di ogni razza ed età. Mi raccontò, che, pur di vedere qualcosa della tecnica operatoria, quando i frequentatori erano davvero troppi, si sdraiava sul soffitto di vetro soprastante la sala operatoria. Cercava così, in ogni modo, di carpire i segreti di quella nuova disciplina, che lo aveva affascinato al punto da fargli cambiare mestiere, incurante dei rischi e delle figuracce alle quali avrebbe potuto esporsi, invece di continuare tranquillamente e magnificamente a fare il suo lavoro di sempre. E tutto questo ad un'età nella quale molti stavano già pensando alla pensione se non si erano già ritirati. Ma ancora più sorprendentemente, me lo raccontava a distanza di più di venti anni con lo stesso entusiasmo del primo giorno, mentre era in un letto di ospedale ultraottantenne, in attesa di un intervento piuttosto impegnativo. Devo confessare che rimasi straordinariamente affascinato dalla storia di quest'uomo anziano, fragile, quasi indifeso, ma vivacissimo e pieno di passione. Lo salutai commosso ringraziandolo per quella confidenza inattesa e per quella splendida lezione di vita. Non lo avrei più dimenticato. ♥

Massimo Uguccioni





IN MEMORIA DI...

DI ANDREA DI LENARDA  
PRESIDENTE ANMCO



# Ricordo di Grazia Fazio

Ci ha lasciato in punta di piedi e profonda dignità Grazia Fazio, cardiologa entusiasta e competente, sensibile verso il prossimo e scientificamente curiosa.

Grazia è stata una Consigliera appassionata nel Consiglio Direttivo Regionale ANMCO del Friuli Venezia Giulia nel 2010 - 2012 e 2012 - 2014. Proviamo tutti un senso di grande vuoto e sentiamo già la sua mancanza. Credo di interpretare il sentimento di tutti, manifestando la nostra vicinanza alla famiglia ed alle persone che le hanno voluto bene. ♥



*Grazia Fazio*

# METTI IL CUORE IN CASSAFORTE!



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

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

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

Quest'anno, inoltre, 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.

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



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**





