

Cardiologia

negli Ospedali



MAGGIO / GIUGNO 2017 N° 217

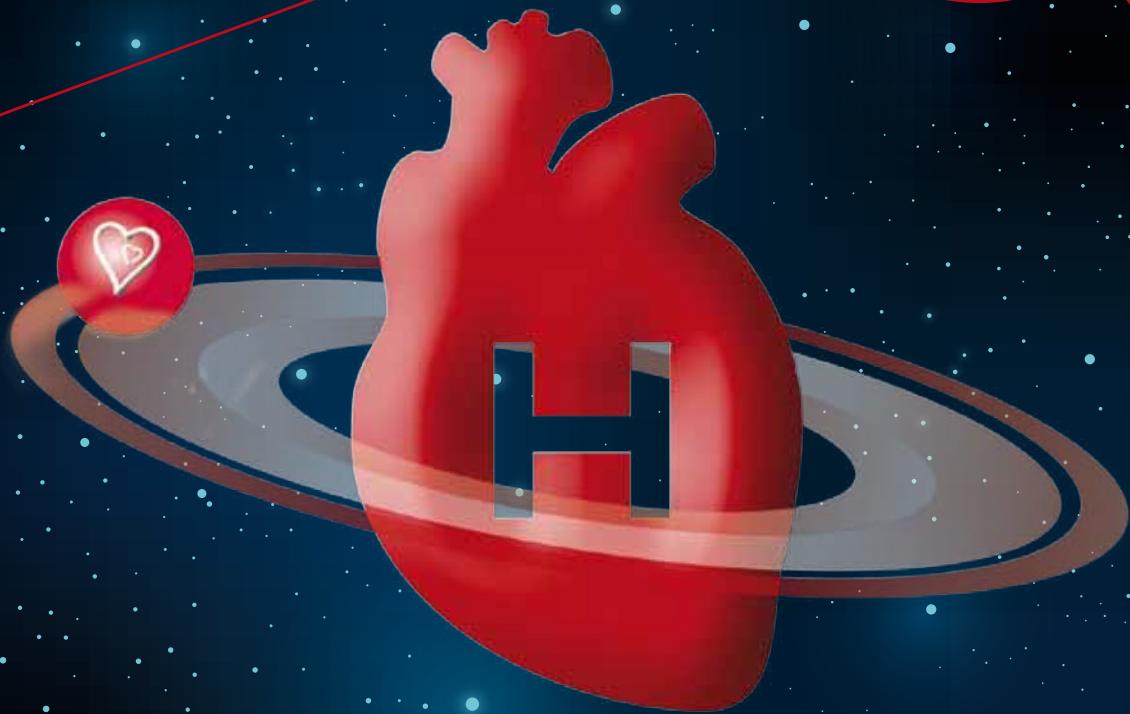
Rivista dell'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri – ANMCO

«Le città come i sogni sono costruite
di desideri e di paure».

Italo Calvino

WATCHING THE

FUTURE



**31 MAGGIO
2 GIUGNO
2018
RIMINI
PALACONGRESSI**

49° Congresso Nazionale



**Associazione Nazionale
Medici Cardiologi Ospedalieri**

www.anmco.it

REALIZZIAMO OGGI I PROGETTI DI DOMANI



per il tuo cuore

Fondazione per il Tuo cuore - HCF Onlus

V CONFERENZA PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE

Aspetti socio-economici
e malattia cardiovascolare:
possiamo fare qualcosa?



ROMA

21-22 SETTEMBRE 2017



In copertina: Il Bosco Verticale di Milano, Stefano Boeri, 2014

N. 217 maggio/giugno 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*

LETTERA ALL'EDITOR

di *Claudio Bilato*

DAL PRESIDENTE

Ricarichiamo le batterie, ci aspetta un anno intenso
di *Andrea Di Lenarda*

DAL 48° CONGRESSO NAZIONALE ANMCO

Il Congresso ANMCO 2017
di *Michele Massimo Gulizia*
Il Congress News Daily
di *Cristina Andriani*

DAL CONSIGLIO DIRETTIVO

La rivoluzione digitale ed il Cardiologo ospedaliero
di *Giancarlo Casolo*

DAL CENTRO STUDI

Il punto sugli Studi Clinici del Centro Studi ANMCO

p. 4 **DALLE AREE**
AREA CARDIOCHIRURGIA p. 28

Cartella clinica elettronica in Cardiochirurgia
di *Michele Danilo Pierri e Marco Di Eusanio*

p. 8 **AREA RADIOIMAGING** p. 31

Multimodality Imaging in cerca di autore: uno, nessuno e centomila
di *Paolo Giuseppe Pino, Antonella Moreo, Erika Bertella, Benedetta De Chiara, Nicola Gaibazzi, Vincenzo Guido, Georgette Khoury*

p. 10 **AREA GIOVANI** p. 35

Cara ANMCO
di *Fabiana Lucà, Stefania Angela Di Fusco, Manuela Benvenuto, Fabrizio D'Ascenzo, Damiana Fiscella, Andrea Madeo a nome dei colleghi dell'Area Giovani ANMCO*

p. 24





**DALLE TASK FORCE
CARDIOLOGIA DELLO SPORT
COCIS 2017**

di Pietro Delise

CARDIOLOGIA PEDIATRICA p. 38

Gestione delle complicanze cliniche nei pazienti GUCH

di Silvia Favilli e Stefano Domenicucci

DALLE REGIONI

REGIONE CALABRIA p. 46

Una Cardiologia in movimento

di Nicola Cosentino

REGIONE VENETO p. 49

Il Congresso Regionale ANMCO Veneto 2017

di Maurizio Anselmi a nome del Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Veneto

FORUM

Un PDTA per la prevenzione p. 52

del rischio di Ictus nella FA

di Maurizio Giuseppe Abrignani, Giovanni De Luca, Michele Massimo Gulizia

Lo stato nutrizionale p. 56

dei pazienti ricoverati in UTIC

di Eupremio Luigi Greco, Mauro Caldararo, Serena Tarantino, Antonio Francesco Amico

Indicatori di qualità p. 59

nello scompenso cardiaco

di Alberto Pivetta, Laura Massa, Marco Milo, Andrea Di Lenarda, Gianfranco Sinagra

Buon Compleanno p. 63

Bypass Aorto - Coronarico

di Sabino Scardi

**OSSERVATORIO DI DIRITTO
SANITARIO**

Addio Legge Balduzzi, p. 64

benvenuta Legge Gelli - Bianco

di Mario Chiatto e Maria Giovanna Murrone

COME ERAVAMO

Il Cuore nella seconda metà del Settecento p. 66

di Maurizio Giuseppe Abrignani

VIAGGIO INTORNO AL CUORE

Letto per voi .“Le parole del cuore” di Claudio Cuccia p. 71

di Nadia Furfaro e Mario Chiatto

Il Professor Guido Chidichimo p. 72

di Mario Chiatto e Massimo Uguccioni

FLASHBACK p. 74

Il Neorealismo italiano

di Franco Plàstina

CUORI DI CHINA p. 80

Il Fumetto nel cuore. Il puntata

di Andrea Mazzotta

UNO SGUARDO SUL MONDO p. 85

Gente di Birmania

vista da Angelo Camerieri

Introduzione di Gianfranco Misuraca

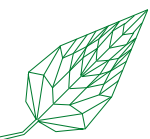


IN MEMORIA DI p. 88

Salvatore Prestigiacomo

di Maurizio Giuseppe Abrignani

a nome di tutta la Cardiologia di Trapani



Editoriale

L'inquinamento dell'aria è responsabile nell'Unione Europea di circa mezzo milione di morti all'anno di cui 85.000 italiani, stima tragica, eppur autorevole, della Agenzia Europea dell'Ambiente. I principali killer di tante vite sono entità invisibili, impercettibili, inafferrabili e microscopiche che invadono indisturbate ed indifferenti le nostre città: micropolveri sottili, biossido di azoto, anidride carbonica, ozono. L'esposizione agli inquinanti ambientali favorisce gravi malattie colpendo i più disparati organi ed apparati tra i quali non solo quello respiratorio ma anche quello cardiovascolare, oltre ad essere causa o concausa nota della tragica epidemia dei tumori.

Quando si parla di impatto ambientale degli inquinanti, in particolare per quanto riguarda le emissioni di CO₂, si è soliti concentrarsi più sulla produzione, che deriva essenzialmente dall'industria, dallo smaltimento dei rifiuti e dai trasporti, e da come limitare tale produzione, che sulle possibilità relative allo smaltimento della CO₂ già prodotta. Ai risultati, in verità non brillanti, relativi al controllo delle emissioni, consegue la possibilità, reale o da immaginare, di uno spostamento di paradigma dal solo controllo delle emissioni alla implementazione dello smaltimento dell'inquinamento già prodotto. Il come ce lo hanno insegnato a scuola, quando la

Maestra ci spiegava, bimbi che eravamo, come le piante consumino la anidride carbonica e ci regalino ossigeno, magia che ci ha tanto affascinato allora ma che abbiamo presto dimenticato poi.

Lo abbiamo dimenticato noi, che adduciamo a scusa il fatto che facciamo i Medici, ma se lo sono dimenticato anche gli addetti ai lavori, i costruttori, i politici, i governatori e tutti coloro che, a vario grado e con ogni titolo, partecipano alle sorti della salute del pianeta, che è poi la salute dei suoi abitanti. Ecco perché a noi Medici interessano gli alberi: è una questione di salute, è il nostro mestiere e la nostra vocazione. Ma evidentemente, e per fortuna, non interessano solo a noi e un giorno qualcuno di illuminato, che come sempre nella storia inizialmente è un isolato, ha immaginato che si potesse tornare agli alberi, all'unico sistema noto, all'unico perfetto, per depurare l'aria. Si chiamano "Smog Eating Forest City" e sono modelli di architettura eco-compatibile in grado di mitigare gli effetti dell'inquinamento nelle aree urbane attraverso un nuovo modo di costruire che sposta la lotta all'inquinamento ambientale dalla riduzione delle emissioni al consumo degli inquinanti. Si tratta di inserire nel contesto delle costruzioni la natura, prevedendo nel progetto un numero preciso di piante e specie, tali da permettere di far divenire la

struttura architettonica un piccolo mondo a sé in grado di partecipare attivamente alla rimozione della CO₂ dall'ambiente in scambio ad una quota di O₂ prodotta. Una foresta di palazzi che mangiano lo smog e suppliscono in verticale al furto di terreno che in orizzontale è in atto da secoli e che ha desertificato i nostri territori.

Utopia? No, queste torri esistono già. La Cina, che è uno dei paesi con i tassi di inquinamento tra i più alti al mondo, ha due progetti di "Forest Tower", uno a Nanjing ed uno nell'area urbana di Liuzhou, prevedendo in entrambi i siti di coprire una ampia superficie con una enormità di alberi e piante. L'Italia non è da meno in tema di inquinamento, ma fortunatamente non è da meno neanche in termini di bio-architettura. Dobbiamo all'Architetto Stefano Boeri se anche in Italia questa utopia è diventata realtà, dobbiamo alla sua immaginazione ed alla sua determinazione quella foresta a sviluppo perpendicolare al suolo che a Milano si chiama Bosco Verticale. Il Bosco colpisce e rapisce quel visitatore che a Milano, per caso o per fortuna o per forte determinazione, alzi lo sguardo a scoprire un palazzo coperto di alberi e piante che si innalzano dai balconi sfidando il cielo e le altezze. Completati nel 2014 questa coppia di grattacieli sono i primi di una serie che nelle intenzioni dovrà trasformare il volto delle città,



Rendering Bosco Verticale, Stefano Boeri, Cina

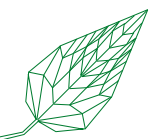
dovrà rendere possibile vivere un ambiente verde e sano, dovrà ridarci i colori di una foresta e trasformare le nostre città in polmoni, città tramite le quali l'uomo renderà nel cielo quello che ha tolto sulla terra: gli alberi, la vita, la speranza del domani. Questa l'ecologia, la salute, l'impegno, la responsabilità. Poi viene la commozione.

Perché il pensiero al Bosco Verticale non viene dalla notizia dell'ennesimo blocco del traffico nelle nostre città nei primi caldi estivi, non viene da dati di mortalità presentati ad un congresso fra tanti, non viene da una personale predisposizione all'ecologia. Viene dalla tragedia. Quella di Gloria e

Marco. 27 anni, due lauree, due valige piene di sogni. Giovani che si sono addormentati nel monossido di un palazzo in fiamme. Scomparsi loro e con loro la speranza. E noi siamo responsabili, ognuno è responsabile, nessuno è escluso per aver creduto che non fosse suo compito creare un mondo migliore in cui si rispetti la natura ed ogni essere umano, per aver pensato che l'interesse privato possa essere perpetrato senza che nessuno paghi il prezzo scellerato dell'egoismo, per aver pensato che tanto a noi non succederà mai. Invece è successo. Perché quei ragazzi e quelle famiglie siamo noi.

Un macigno che pesa sulla

coscienza. È tempo di cambiare. È tempo di essere etici, morali, responsabili. È tempo di una nuova Babilonia, è tempo di giardini pensili, è tempo che ognuno di noi sia custode e garante della sua vita e di quella degli altri, delle vite esistenti e di quelle a venire. Dalla commozione, dalle lacrime vere che hanno bagnato il viso di ciascuno di noi, che è padre, madre, fratello, sorella, che è circondato da giovani vite che hanno valige piene di sogni pronte a lasciare le nostre case, nasce il pensiero di questa copertina, di questa riflessione, di questa dedica. Perché questo numero è dedicato a voi. A te Gloria. A te Marco. ♥



Lettera all'Editor

Un anno fa, quando ho assunto questo incarico, nel primo editoriale mi auguravo di poter portare un mio personale contributo a questo giornale ed è quello che ho fatto, talora chiedendomi se il cambiamento fosse visibile e soprattutto se fosse apprezzato. Siamo partiti con alcuni nuovi progetti anche grazie a Mario Chiatto che mi ha sempre sostenuto.

Tra le nuove sezioni che nel mio primo editoriale avevo immaginato vi era anche una rubrica dal titolo "Lettere all'Editor", rubrica la cui esistenza non dipendeva né da me né dalla redazione ma dai lettori. Ad un anno da quei buoni propositi ho l'occasione di dare infine vita a questa rubrica grazie ad un caro amico oltre che stimato e conosciuto collega che coglie l'opportunità di usare questo spazio

per esprimere il suo apprezzamento ai miei editoriali, lode che mi gratifica profondamente perché coglie il senso più intimo dell'immenso lavoro che segna ogni numero di *"Cardiologia negli Ospedali"*. Non mi faccio sfuggire l'occasione e vi propongo la lettera che ho ricevuto da Claudio Bilato estendendo i complimenti a tutti coloro che mi hanno sostenuto e hanno collaborato con me.♥

Al Dott. Guerrino Zuin
Editor di "Cardiologia negli Ospedali"

Ammetto il mio conflitto di interesse. Guerrino è un caro amico. Pur lavorando in due cardiologie diverse, spesso ci scambiamo opinioni su diagnosi e terapie dei nostri pazienti o ci raccontiamo storie ed aneddoti "paracardiologici" di terra veneta. Da alcuni anni, poi, la nostra frequentazione è divenuta più intensa per ragioni societarie. Insomma ci vediamo piuttosto spesso e, sempre, con grande piacere.

Da alcuni mesi Guerrino è divenuto l'Editor di "Cardiologia negli Ospedali". Questo è il motivo per cui scrivo. Perché (sarà magari anche un "bias" personale) da qualche tempo mi sembra di leggere la nostra rivista in modo più agevole e con maggior piacere. Non me ne vogliano i precedenti editor: credo che tutti abbiano lavorato bene! Però, insomma, adesso la trovo più "fluente".

Ora, non so voi, ma io leggo CNO nei "momenti morti" o durante "particolari situazioni". Tipo... in treno o in spiaggia! Lo confesso: generalmente la sfoglio, assieme a tante altre riviste che quotidianamente riempiono la buca delle lettere di un medico, distrattamente, soffermandomi qua e là ogni tanto su una paragrafo, un'immagine. Difficilmente leggo un articolo per intero. Magari ci metto un po' più di attenzione alle comunicazioni "ufficiali" del nostro Presidente o ai report del Consiglio Direttivo o della Fondazione. A volte vengo catturato da alcune "storie" dalle sezioni regionali o da "curiosità" cardiologiche oppure dalle interviste a qualche padre della cardiologia italiana. Comunque rimane sempre una lettura "distratta".

Da quando Guerrino è diventato l'editor di CNO ho però iniziato a leggere i suoi editoriali. Dapprima, ovviamente, per curiosità, visto che ci conosciamo bene. Adesso però me li gusto proprio! Mi piace il modo in cui scrive e mi piace la sua "tecnica", quando parte da scenari generali (e ti chiedi: ma dove sta andando a parare?) e come un segugio ti conduce a stimolanti riflessioni o ti propone punti di vista che non avevi proprio intravisto. Oppure ti spiattella informazioni societarie e/o congressuali di cui non avevi ancora alba! Insomma volevo proprio dirlo pubblicamente: Bravo Guerrino! E grazie. Buon lavoro. Un abbraccio.

Claudio Bilato
Direttore, UOC di Cardiologia
Ospedali dell'Ovest Vicentino

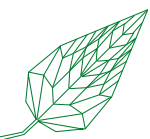


per il tuo cuore

Fondazione per il Tuo cuore - HCF Onlus

Cari Amici, il giornale era pronto per la stampa quando è stato eletto Presidente della Fondazione il Dott. Michele Massimo Gulizia. Al Prof. Attilio Maseri vanno i nostri ringraziamenti per il lavoro svolto in questi anni, per la visibilità, le idee innovative e l'entusiasmo con cui ha saputo condurre la Fondazione nel panorama cardiologico italiano; al Dott. Michele Massimo Gulizia vanno i nostri più sentiti auguri per questo importante incarico di cui ci parlerà in una intervista che a breve pubblicheremo sul nostro giornale. **Buon lavoro.**





Ricarichiamo le batterie, ci aspetta un anno intenso

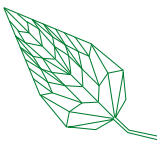
Abbiamo bisogno di ricaricarci dopo questi mesi di intenso lavoro ma anche di soddisfazioni soprattutto per come si è concluso il nostro Congresso Nazionale di Rimini. Ottima partecipazione, tantissimi feedback positivi, un programma intenso, vario ed equilibrato, una organizzazione obiettivamente ottimale. Ci aspetta un anno altrettanto impegnativo, forse ancora di più, per l'inanellarsi di una serie di attività, manifestazioni, campagne che ci impegneranno a fondo fino al prossimo Congresso del 2018. Vediamo alcuni eventi ed attività, a partire da quelli dei prossimi mesi.

V Conferenza Nazionale sulla Prevenzione Cardiovascolare: si terrà il 21-22 settembre a Roma, nella prestigiosa Aula Pocchiari dell'Istituto Superiore di Sanità. Un programma interessante, in linea con la tradizione delle precedenti Conferenze, che parte dall'analisi del ruolo dei fattori socioeconomici e psicosociali sul rischio di malattia cardiovascolare e discute l'efficacia e sostenibilità degli interventi di popolazione, legislativi (fumo e alimentazione), informativi (scuole

e ambienti di lavoro), le criticità in tema di comunicazione sulla salute, il ruolo dei media, lo spazio futuro dell'e-Health. Verranno inoltre presentati i comportamenti e fattori di rischio cardiovascolare italiani dai dati dell'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare dell'ANMCO-ISS, l'impatto sulla pratica clinica e sul SSN dei recenti documenti di consenso ANMCO e delle campagne di promozione della salute della nostra Fondazione (Banca del Cuore). Per chiudere con la prevenzione secondaria degli eventi cardio-cerebrovascolari dai dati dei registri ANMCO e le proposte ANMCO dei percorsi diagnostico-terapeutici più appropriati e sostenibili dalla fase acuta a quella cronica della malattia aterosclerotica.

Decreto attuativo sul DDL Gelli: da sabato primo aprile è ufficialmente in vigore la legge numero 24/2017, la cosiddetta riforma Gelli sulla responsabilità medica. Le importanti novità che il provvedimento ha introdotto nel nostro ordinamento per divenire effettive necessitano di essere meglio specificate mediante decreto attuativo, in uscita all'inizio di luglio. Sono già operative le

norme più rilevanti della riforma Gelli, quelle che modificano la responsabilità medica, sia sul piano civile che su quello penale. Quel che ci riguarda da vicino come ANMCO è che il decreto attuativo in uscita definirà i requisiti necessari per l'iscrizione all'albo istituito dal Ministero della Salute per le Società Scientifiche che avranno la responsabilità di elaborare (o almeno selezionare) le linee guida contenenti le raccomandazioni per i professionisti sanitari il cui rispetto è d'obbligo per evitare eventuali errori per imperizia e forniranno metro di misura per valutarne la condotta. Ci attende un'estate di intenso lavoro per prepararci al meglio per questo delicatissimo ed impegnativo riconoscimento per la nostra Associazione, ma che prosegue in una attività che inizia con la definizione (o addirittura la preparazione) delle linee guida di riferimento, ma prosegue con un lavoro molto delicato di approfondimento delle ampie zone di incertezza che le circondano e con l'aggiornamento delle linee guida stesse. Non c'è dubbio che il grosso lavoro svolto negli ultimi anni sui documenti di



consenso ha percorso i tempi e ci ha notevolmente avvantaggiato in questo lavoro.

Studi ANMCO. La ripresa della nostra proposta scientifica ha permesso di presentare al Congresso 2017 i primi dati del Registro START e BLITZ AF. Una miniera di dati che attraverso un grosso lavoro di approfondimento potrà fornirci preziose informazioni scientifiche e per la nostra pratica clinica.

Ad ottobre saranno disponibili e discussi in 4 Meeting macroregionali i primi dati del BLITZ HF, frutto dell'arruolamento dei pazienti acuti e cronici nei circa 150 centri partecipanti al Registro e sarà l'occasione per un intervento formativo dei centri partecipanti sull'implementazione delle linee guida dello scompenso cardiaco. La seconda fase dello studio prevederà la rivalutazione sul campo di quanto recepito nell'intervento educativo di ottobre per arrivare alla certificazione dei centri scompenso ANMCO. Il prossimo Congresso ANMCO 2018 avrà in diversi simposi sugli Studi ANMCO uno dei principali motivi di interesse.

Stati Generali: Trieste, 3 - 4 novembre 2017. A novembre a Trieste terremo insieme gli Stati Generali dell'ANMCO. Sarà come tradizione un momento di riflessione, discussione, confronto aperto e costruttivo sui temi di maggiore importanza e ricaduta sulla nostra professione, sui nostri reparti, sui nostri Ospedali. Certamente faremo il punto sull'applicazione della legge Balduzzi, sul lavoro conseguente al decreto attuativo del DDL Gelli sulla responsabilità professionale, sulle ricadute dei

“real world data” cardiovascolari, sul nuovo piano della ricerca ANMCO, sui rapporti con le istituzioni, con la Federazione Italiana di Cardiologia e le altre società cardiovascolari, mettendo sempre al primo posto il ruolo guida che la nostra Associazione può e deve avere in tutti questi ambiti.

Campagne ANMCO: Stiamo definendo per i primi mesi del 2018, 2 campagne nazionali importanti, su fibrillazione atriale e scompenso cardiaco, due tematiche di grande interesse per motivi diversi. Per quanto riguarda lo scompenso cardiaco, le novità farmacologiche degli ultimi mesi, dopo un lungo periodo di “astinenza”, e le ricadute che i Real World Data possono darci su queste tematiche a partire dal monitoraggio degli indicatori che il Ministero ha definito e proposto per monitorare i LEA cardiovascolari, forniscono una ulteriore occasione per la nostra Associazione per rinforzare la rete dei centri scompenso e porsi da interlocutore privilegiato con le istituzioni, in collaborazione con CORE Cineca. Per quanto riguarda la fibrillazione atriale è arrivato il momento di proporre all'AIFA da un lato l'apertura almeno di parte delle informazioni contenute nei Registri sugli Anticoagulanti diretti, dall'altro, come suggerito dalle Linee Guida ESC 2016 e dal Documento ANMCO sul tema, di eliminare il blocco dello score HAS-BLED che non rientra più nell'algoritmo decisionale sulla prescrizione della terapia anticoagulante, basata unicamente sullo score di rischio tromboembolico CHA2DS2-VASc.

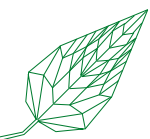
Questa tematica, le strategie di implementazione della terapia con gli anticoagulanti diretti, ancora decisamente sottoutilizzata in alcune regioni così come inappropriata è la prescrizione di bassi dosaggi, insieme con i dati “real world” italiani, dei registri pubblicati e degli studi ANMCO permetteranno di approfondire una tematica che ha rivoluzionato il nostro approccio alla fibrillazione atriale.

Congresso Nazionale ANMCO 2018, Rimini 31 maggio - 2 giugno 2018.

La scelta che il Consiglio Direttivo ha fatto quest'anno di affidare l'organizzazione del 48° Congresso Nazionale 2017 a Michele Gulizia è il risultato condiviso di una lunga discussione in Consiglio Direttivo. Adesso che il Congresso si è concluso con un indiscutibile successo, va riconosciuto che la scelta è stata giusta, che è stato fatto uno splendido lavoro da tutti i punti di vista, del programma, dell'organizzazione e del bilancio economico. Se queste sono le premesse, quest'anno la scelta di proseguire su questa strada con il coordinamento organizzativo di Michele Gulizia è relativamente facile, lavorando uniti perché il Congresso ANMCO 2018 sia se possibile ancora migliore.

Iniziamo subito a luglio con la Call for Ideas, che quest'anno scadrà a settembre, permettendoci di guadagnare almeno un mese di programmazione. Raccomando a tutti, ed in particolare alle Aree, Task Force e Regioni di farsi promotori attivi di tante idee e simposi per il bene del nostro Congresso e della nostra Associazione.

Buona estate a tutti. ♥



IL CONGRESSO ANMCO 2017

"Per realizzare grandi cose non dobbiamo solo agire, ma anche sognare;
non solo progettare ma anche credere"

Anatole France



48° Congresso Nazionale ANMCO, Sala Anfiteatro

Ogni evento ha una sua storia, un suo percorso, addirittura una sua ragion d'essere.

Il Congresso ANMCO 2017 è stato speciale per tanti motivi, in particolare per me è stato un evento che ho respirato appieno, forse più di altri per certi aspetti, un Congresso che mi ha regalato anche il piacere di partecipare, oltre che di organizzarlo, come lo ha regalato a molti che allo stesso modo hanno sentito il piacere di esserci.

Quando un evento della portata del Congresso ANMCO si chiude, è importante soffermarsi a valutarlo a tutto tondo riprendendo in mano i dati fin da quelli iniziali, fin dagli

elementi da cui tutto ha avuto inizio. È un aspetto, questo, della rivalutazione della analisi dei risultati nonché della lettura degli indicatori, importantissimo per porre le basi del Congresso successivo, avendo a cuore di progettarlo perché riesca, a sua volta, un altro successo.

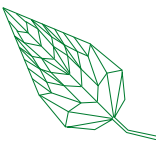
Il successo tuttavia non è un fatto scontato, per di più in questo momento storico, così complesso e difficile per il mondo della Sanità e dell'Economia.

In un panorama di Società Scientifiche articolato e parcellizzato, a mio avviso ANMCO non deve mancare di continuare a rappresentare, in maniera forte, la Società Scientifica di

riferimento per la Cardiologia, come ha fatto in modo inequivocabile e in misura costante dal 2014 a oggi, ovvero la Società sempre pronta all'incontro dei cardiologi e di stimolo costante per tutta la Cardiologia italiana.

Quest'obiettivo, strategico e ambizioso, rappresenta, nella mia visione societaria, la vera sfida da affrontare nel prossimo periodo.

Tornando al Congresso, dobbiamo andare fieri dei numeri e dei risultati che abbiamo conseguito: 2.470 iscritti, tre giornate piene di lavori con 248 sessioni scientifiche che hanno impegnato 706 tra relatori e moderatori, per un totale di 30 ore



Expo scientifica

formative del Congresso e 16 ore del Clinical Competence Nursing ANMCO, nonché 9 crediti ECM per il Congresso e 16 attribuiti al Clinical Competence Nursing ANMCO. Oltre 500 abstract e casi clinici pervenuti che hanno impegnato 318 revisori ANMCO che hanno attribuito un punteggio uguale o superiore a 6 a oltre il 70% dei contributi presentati, di cui 142 con votazione compresa tra 7 e 8,69.

L'offerta formativa che abbiamo sintetizzato in un programma completo e ampio, che si è sostanziato in aule gremite e sessioni con discussioni molto partecipate, ritengo rappresentino le evidenze di un risultato decisamente positivo, non facile e mai scontato, che abbiamo realizzato con passione, ma anche con convinto spirito associativo. Vado particolarmente fiero della grandissima partecipazione dei giovani cardiologi, sempre presenti in tutte le sessioni, che hanno voluto testimoniare l'impegno della emergente classe

dirigente cardiologica, intervenendo spesso anche come Faculty al nostro Congresso.

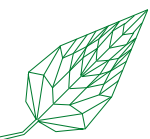
Giovani Colleghi che hanno lavorato sodo per portare i risultati dei gruppi cardiologici di appartenenza, spesso



Expo scientifica

fiore all'occhiello della ricerca cardiologica italiana, che non hanno lesinato pertinenti e impeccabili domande agli oltre 700 relatori, e che si sono alternati sul podio contribuendo in modo significativo a mantenere elevato il dibattito scientifico durante tutto l'evento.

Una novità assoluta per il Congresso ANMCO 2017, approfittando del mio contemporaneo ruolo nell'American College of Cardiology (ACC), è stata la realizzazione della Jeopardy Game Session; un rischiatutto cardiologico in lingua inglese, in cui i giovani e talentuosi cardiologi ANMCO under 33 (anni) si sono cimentati, sfidandosi a "colpi di iPad" per arrivare in pole position. Un modo per valorizzare i "giovannissimi" cardiologi, che ha avuto un moderatore d'eccezione - il Prof. Attilio Maseri - che, insieme al Chairperson dell'Area Giovani (Fabiana Lucà) e a un Fellow in Training dell'ACC (Monica Verdoia), hanno animato i 60 minuti della



sessione il cui scopo era di selezionare i partecipanti ANMCO alla squadra italiana che, al Congresso ACC 2018, gareggeranno per la vittoria con le altre squadre presenti ad Orlando alla Great Jeopardy Game Session.

Per non parlare della grande richiesta e unanime apprezzamento ottenuto dalle sessioni Vi.P. Clinical e Vi.P. ECHO in cui gli oltre 250 partecipanti per ciascuna sessione hanno potuto esercitarsi in una simulazione “real life” per la risoluzione di casi clinici controversi “*al letto del paziente*” e all’esecuzione di molteplici procedure ecocardiografiche transtoraciche, transesofagee e interventistiche ecoguidate.

Nell’organizzazione del prossimo Congresso, che si terrà a Rimini dal 31 maggio al 2 giugno 2018, bisognerà rivalutare il ruolo delle UTIC, che hanno perso specificità con la riforma del D.M. 70 e che, nell’ottica di un dibattito più regionale, piuttosto che nazionale, rappresentano un argomento che poco attira anche i clinici più raffinati che hanno preferito argomenti diversi tra cui la cardiocologia, la cardiologia pediatrica o quelli di più stringente attualità quali l’imaging, che quest’anno ha riscosso veramente grande successo di pubblico con aule in cui erano insufficienti i posti disponibili, anche fino all’ultima ora dell’ultimo giorno del congresso.

Il consuntivo di esperienza della prima applicazione del nuovo gestionale ANMCO, al quale ho dedicato molte delle mie energie di presidente e di past president e al quale abbiamo lavorato e lavoriamo tuttora con il Dipartimento Segreteria Generale condotto da Giulia Salone, è stato più che positivo, avendo permesso di accogliere oltre il 90% delle proposte pervenute, seppur con



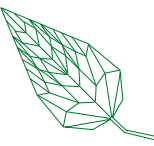
Vi.P. ECHO Session



Desk Segreteria discenti



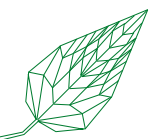
Sala Anfiteatro

*e-Poster**Sala Agorà*

una sistematica rivisitazione; proposte inviate dai Soci che esprimevano nei fatti il bisogno formativo più sentito da ciascuno di essi.

In considerazione dell'importanza di continuare a valorizzare le proposte di tutti, ho quindi proposto di aprire la *call for ideas* fin dal mese di luglio convinto, personalmente come ho detto, che un evento come il Congresso ANMCO, affinché rimanga un formidabile punto di incontro, vada curato non solo nei minimi dettagli ma debba essere occasione per valorizzare le migliori evidenze scientifiche.

Per il Congresso del prossimo anno, il cui flyer avete scoperto a Rimini, ho pensato a una grafica e a un claim



Village di Ponente



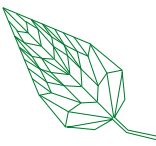
Sala del Tempio



Sala Agorà

particolarmente suggestivo "watching the future: realizziamo oggi i progetti di domani" che inequivocabilmente suggerisce il futuro come elemento portante cui guardare con fiducia, consapevoli della necessità di trarre insegnamento e indicazione dai cambiamenti normativi e di





Sala Agorà



Working Dinner, Palariccione, 12 maggio 2017

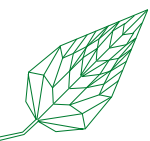


Sessioni interattive in Sala Agorà

organizzazione sanitaria che sono in atto e che stiamo vivendo in questi anni non sempre facili.

Più volte abbiamo espresso questo concetto, a me assai caro, ovvero che dobbiamo essere capaci di attuare scelte importanti in contesti che impongono anche un adattamento veloce, guardando agli obiettivi strategici da realizzare per sostenere con forza la specificità della nostra disciplina. In questi ultimi giorni, proprio mentre scrivevo la bozza di questo articolo, il Consiglio Direttivo ANMCO unanimemente ha voluto continuare ad affidarmi il ruolo di Presidente per l'organizzazione del prossimo 49° Congresso Nazionale ANMCO programmato a Rimini a maggio 2018. Sarà sicuramente un compito ancor più arduo, dato il successo e le punte di partecipazione raggiunti in queste ultime tre edizioni da me curate; una sfida non solo con me stesso ma soprattutto con le difficoltà oggettive che si profilano per il diverso ruolo con cui gli sponsor potranno sostenere eventi scientifici nel nostro Paese a partire dal gennaio 2018.

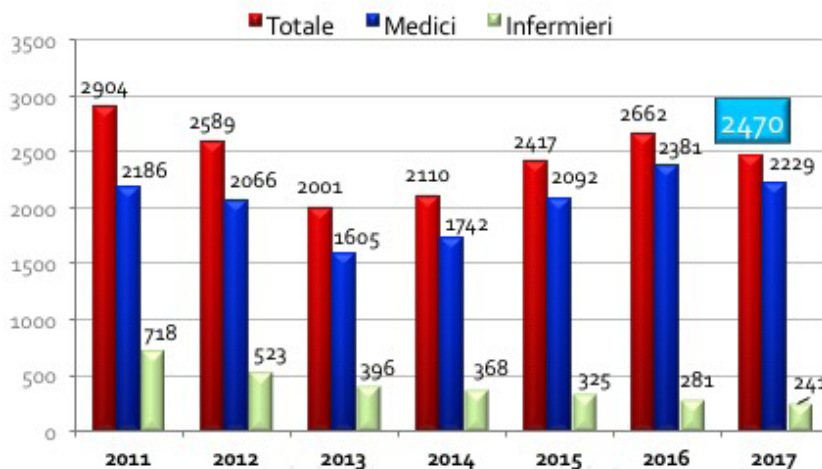
Tuttavia non sono preoccupato, anzi, sono pienamente fiducioso che con la squadra che abbiamo costruito:



ISCRIZIONI

il Consiglio Direttivo e quello Nazionale, le Aree, le Task Force, il Comitato Scientifico, i Past President, il Consiglio della Fondazione per il Tuo cuore, le donne e gli uomini della Segreteria ANMCO e del Centro Studi, insieme a Voi, SOCI ANMCO, con le vostre proposte, le vostre idee, i vostri sogni nel cassetto e, perché no, con le vostre critiche, riusciremo vittoriosi nell'intento, costruendo un altro evento di portata scientifica e organizzativa che sarà sempre all'altezza dell'orgoglio associativo che ci portiamo dentro in ogni momento della nostra giornata di professionisti seri, impegnati, dedicati, preparati, incontrastabili, e sempre inestimabili cardiologi ospedalieri.

Buon ANMCO a tutti. ♥

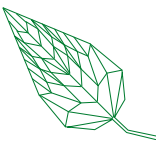


Aggiornamento al 25.05.2017

A ciascuno il suo percorso formativo...

ARITMIE	18
CARDIOCHIRURGIA	4
CARDIOLOGIA CLINICA	22
MALATTIE DEL CIRCOLO POLMONARE	
CARDIOPATIA ISCHEMICA	15
SINDROMI CORONARICHE ACUTE	
IMAGING	11
PREVENZIONE	7
RIABILITAZIONE CARDIOVASCOLARE	
ORGANIZZAZIONE E GESTIONE DELLA CARDIOLOGIA	5
RICERCA CLINICA	80 di cui 76 La Ricerca Cardiologica in Italia
SCOMPENSO CARDIACO CARDIOMIOPATIE	20
VALVULOPATIE	
Poster	44
SIMPOSI CONGIUNTO	2
VI.P Echo Session	3
VI.P Clinical Session	3
CORSO RCP	1
ACC JEOPARDY GAME SESSION	1
LETTURA	4
LUNCHEON PANEL	5
LETTURA MAGISTRALE	1
CONVENTION DEI CENTRI SCOMPENSO	1
TOTALE SESSIONI PER ARGOMENTO	247



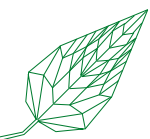


Inaugurazione del 48° Congresso Nazionale ANMCO

I NUMERI DEL CONGRESSO

248 Sessioni Scientifiche

- 📍 7 MAIN SESSION
- 📍 6 MINIMASTER
- 📍 23 SIMPOSI
- 📍 2 SIMPOSI CONGIUNTI:
 - ✓ American College of Cardiology
 - ✓ American Heart Association
- 📍 3 Vi.P. CLINICAL SESSION
- 📍 3 Vi.P. ECHO SESSION
- 📍 5 LUNCHEON PANEL
- 📍 11 MINI-SIMPOSI
- 📍 1 GLI STUDI CLINICI DELL'ANMCO
- 📍 4 LETTURE
- 📍 1 LETTURA MAGISTRALE
- 📍 30 FOCUS
- 📍 7 MEET THE EXPERT
- 📍 4 FORUM
- 📍 5 CONTROVERSIE
- 📍 3 CONTROVERSIE A COLAZIONE
- 📍 1 FORUM CASI CLINICI
- 📍 3 BUONI MOTIVI PER...
- 📍 1 CONVENTION DEI CENTRI SCOMPENSO
- 📍 6 MY APPROACH TO
- 📍 1 CORSO RCP
- 📍 76 LA RICERCA CARDIOLOGICA IN ITALIA
- 📍 44 SESSIONI e-POSTER
- 📍 1 CORSO DI CLINICAL COMPETENCE NURSING
- 📍 1 CORSO DI ORIENTAMENTO ANMCO PER I PRESIDENTI REGIONALI



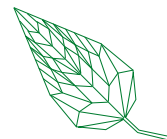
Il Congress News Daily

L'ultima edizione del Congresso Nazionale ANMCO che si è appena conclusa sarà ricordata non solo per le molte ed entusiasmanti novità ed innovazioni

ma anche per un ritorno al passato che ha molto emozionato coloro che hanno avuto il grande onore ed il vero onere di partecipare alla riedizione di un classico mai

dimenticato: il Quotidiano del Congresso. In un'epoca digitale, dove tutto corre sul Web, dove le App sovraccaricano ed esauriscono le memorie dei nostri smartphone, l'Editor di "Cardiologia negli Ospedali" Guerrino Zuin e l'Editor del Sito Web Giovanna Geraci hanno immaginato il valore della riedizione del giornale cartaceo, edizione scomparsa quando nel 2007 fu deciso di sospendere la pubblicazione del foglio del Congresso per passare alla sola informazione via Web. I tempi lo richiedevano, la diffusione dello smartphone era tale che oramai ogni cardiologo poteva essere raggiunto dalle novità del Congresso con questo nuovo supporto prima di andare in aula. Quest'anno la volontà di pubblicare nuovamente una versione cartacea quotidiana, non in sostituzione all'aggiornamento via web ma in contemporanea ed in integrazione allo stesso per avere di nuovo insieme due modalità diverse per fornire informazioni e materiale in tempo reale. Gli Editor hanno avuto l'immediato sostegno del Direttore Responsabile di "Cardiologia negli Ospedali" Mario Chiatto, così come di tutto il Consiglio Direttivo, del Presidente Nazionale e del Presidente del Congresso, condizione che ha permesso il rapido avvio di quella complessa struttura organizzativa che è stata necessaria per permettere la edizione quotidiana, giorno dopo giorno, notte dopo notte, del Congress News Daily. La redazione ha lavorato instancabilmente per tre giorni ed il ritmo è stato scandito in





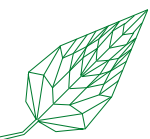
modo ferreo. Alle otto del mattino, quando i più solerti cardiologi iniziavano ad arrivare per assistere alle prime sessioni, la Redazione del CND era già tutta riunita attorno al tavolo in sala stampa per stilare quello che, di fatto, ha subito preso la forma di un vero e proprio piano di guerra che ha consentito ogni giorno agli otto componenti della redazione di presenziare a tutti i principali eventi della giornata raccontando in pezzi di 300 - 400 parole i messaggi più significativi emersi nei vari simposi/focus/controversie del Congresso. A ora di pranzo la redazione si riuniva per un nuovo briefing, momento importante per condividere le impressioni sui simposi del mattino e smorzare la tensione che via via saliva man mano che si avvicinavano gli incarichi del pomeriggio mentre

ancora i pezzi del mattino erano sui monitor solo delle bozze. Una lotta contro il tempo a colpi di sessioni, orari, aule, virgole e verbi. La Redazione si salutava ufficialmente alle 19, di fatto ha sempre lavorato fino a notte fonda per correggere testi, scegliere immagini, decidere la prima pagina e tutta la scaletta degli articoli. Evidentemente tutto il febbrile lavoro di questi giorni è stato reso possibile, come sempre, da un solidissimo lavoro dietro le quinte affidato a persone preparate, entusiaste, positive, pronte ad affrontare e risolvere ogni problema con il sorriso. A queste persone va un grandissimo ringraziamento ed è giusto, doveroso ed un grande piacere nominare Simonetta Ricci, Luana e Diego. Sono stati tre giorni creativi, febbrili, eterni, faticosi,

tre giorni disseminati di problemi, preoccupazioni, imprevisti, ma infine tre giorni colmi di orgoglio, quello di veder distribuire il giornale al mattino, quello di vederlo nelle mani e negli occhi di chi entrava, sui tavoli, negli zaini, nelle aule. Leggerlo, stropicciarlo, magari conservarlo, a dimostrare che, alla fine, in questo nostro mondo sempre più dematerializzato, la carta continua ad esercitare su ognuno di noi un fascino che non muore né viene sostituito. Un grazie a tutti coloro che ad ogni livello e con ogni titolo hanno reso possibile questa impresa, che ci hanno concesso di vivere e vincere la sfida di un CND su carta, sfida che non temiamo di affrontare di nuovo con voi e per voi l'anno prossimo. ♥

La Redazione del Congress News Daily 2017 - Da sinistra a destra nella fotografia: Diego Blandizio, Cristina Andriani, Guerrino Zuin (Editor di "Cardiologia negli Ospedali"), Sonia Lo Iacono, Giovanna Geraci (Editor Sito WEB ANMCO), Danilo Puccio, Annachiara Aldrovandi, Giovanna Di Giannuario, Simonetta Ricci, Giulia Russo, Stefania Angela Di Fusco, Mario Chiatto (Direttore Responsabile di "Cardiologia negli Ospedali"), Luana Di Fabrizio, Christos Katsanos





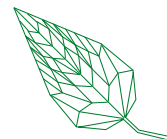
La rivoluzione digitale ed il Cardiologo ospedaliero

e-Health in Cardiologia Siamo consapevoli dei cambiamenti in atto?

Lentamente, quasi di soppiatto, le nostre macchine da scrivere sono state sostituite da PC, le fotocopiatrici da stampanti, i telefoni ed i cercapersone dagli smartphone. Linee guida, formule e punteggi clinici, immagini, ormai viaggiano stabilmente su computer e tablet. Un crescente numero di Cardiologi utilizza cartelle cliniche elettroniche, richiede, esegue e trasmette immagini diagnostiche, esami di laboratorio mediante strumenti informatici. La rapidità con cui in pochi anni si è diffuso l'uso dei computer, dei tablet, degli smartphone da un lato e di Internet dall'altro ha radicalmente modificato il modo in cui lavoriamo, gli strumenti che usiamo per curare i nostri pazienti, e soprattutto reso completamente nuovo lo scenario verso il quale ci stiamo avviando. Spesso senza averne coscienza e soprattutto senza una vera e propria idea di come

governare questo cambiamento. La prima legge dell'Informatica di Moore enuncia che il numero dei transistori nei nostri elaboratori raddoppia ogni 18 mesi; in altre parole la velocità di calcolo dei nostri computer procede a velocità impressionante. Questa potenza di calcolo sarebbe inutile se la rete di telefonia mobile non offrì una crescente velocità di accesso ad una sempre maggior platea di utilizzatori. Le loro richieste di informazioni si sommano alla necessità di elaborazione dei dati provenienti da una molteplicità di sensori, strumenti e dati che ormai appartengono alla quotidianità. Se in un vicino passato i dati venivano raccolti e conservati in archivi locali di dimensioni sempre maggiori oggi questa realtà è sempre più lontana e sostituita da archivi in remoto capaci di accogliere enormi quantità di informazioni e dati. Gli stessi programmi utilizzati per

trattare questi dati e che animano i nostri computer sono sempre più localizzati in hub remoti. Questo mondo apparentemente disordinato e in tumultuoso sviluppo costituisce qualcosa che dobbiamo conoscere e cercare di governare per poter trarre vantaggio dalle opportunità che offre oggi e potrà offrire in futuro. L'invecchiamento della popolazione, l'esplosione del peso assistenziale delle malattie croniche, le dimensioni di questi fenomeni che interessano ampie parti della popolazione del mondo occidentale costituisce una emergenza assistenziale caratterizzata da una complessità senza precedenti. Complessità che richiede competenze nuove e non mutuabili, nuove evidenze e nuove soluzioni. Occorre insomma ridisegnare l'assetto disegnato per una popolazione di pazienti che è profondamente cambiata come lo è l'impegno che oggi ci viene



richiesto. Gli strumenti informatici possono aiutarci in questo difficile compito. La sanità elettronica o e-Health abbraccia tutte le dimensioni che riguardano la salute e che prevedono l'utilizzo di strumenti digitali o la trasmissione di dati, informazioni, immagini, parametri vitali. Comprende anche la elaborazione dei dati dei pazienti o delle banche dati e le applicazioni del "machine learning" o Intelligenza Artificiale in Medicina. Non è un caso la crescente attenzione alla Telemedicina nell'assistenza al paziente scompensato con l'obiettivo di migliorare l'aderenza terapeutica e ridurre le riospedalizzazioni. Oggi il modello vincente vede la telemedicina come un semplice set di strumenti a supporto di un progetto strutturato di disease management "personalizzato" sul singolo paziente da un Team multiprofessionale e multidisciplinare che disegna, interviene e controlla i target predeterminati operando con una risposta alle situazioni che si vengono a creare nel corso della vita del paziente. Un mondo in grande crescita e sviluppo è quello delle App disegnate per il sostegno all'autocura ed empowerment dei pazienti cardiologici, della sensoristica e di tutto ciò che lo smartphone può oggi offrire in tema di raccolta di informazioni cliniche e di parametri vitali. In mezzo a molto rumore emergono importanti strumenti per guidare la salute dei singoli o anche di una popolazione

laddove opportunamente impiegati ed elaborati. Un ambito di grande importanza sarà la piena integrazione di tutte le figure professionali che alimenteranno il Medical Health Record ed il FSE. Il MMG che oggi opera utilizzando il PC dovrà confrontarsi col Medico Ospedaliero con uno scambio di dati che consentiranno una deframmentazione del percorso dei pazienti cronici, una ottimizzazione delle risorse, una maggior sicurezza della salute dei pazienti, una vera collocazione del paziente e della sua salute al centro del sistema. Le barriere fisiche non impediranno un mondo fatto di scambio di dati che seguono il paziente ovunque egli si trovi. Nuovi scenari, nuovi problemi. Uno tra tutti, quello della Privacy, della proprietà dei dati e del loro trattamento. Quanto siamo disposti a far conoscere della nostra vita, abitudini e salute fosse solo alle autorità Sanitarie? Quali garanzie di riservatezza di un dato elettronico. Come tracciarlo, conservarlo, tutelarlo. Infine, negando l'autorizzazione a trattare i dati personali ho ancora diritto ad una assistenza sanitaria piena e completa? Il mondo esterno incluso quello politico-amministrativo guarda con crescente interesse all'e-Health quale fonte di maggior efficienza e dunque di risparmio per il SSN. In realtà questo nuovo mondo richiederà importanti investimenti in infrastrutture, spostamento di risorse da attività a scarso valore a modelli assistenziali

più efficienti sostenuti dal mondo digitale. Compariranno nuove figure professionali, altre saranno promosse, altre ancora retrocesse di importanza, forse fino alla scomparsa. Ma questa rivoluzione è già in atto nel mondo amministrativo ed è solo questione di tempo perché si verifichi anche nelle nostre corsie. Significativo il problema di come sfruttare dal punto di vista economico questa opportunità. Un esempio significativo è il cambiamento di remunerazione delle prestazioni. Un percorso sostenuto dagli strumenti informatici consente di tracciare l'intera traiettoria di cura e prevedere, ad esempio, una remunerazione di percorso. Questa remunerazione a sua volta può promuovere la diffusione del modello di cura sostenuto informaticamente. Insomma, l'e-Health è già nel nostro mondo e cambierà il nostro modo di lavorare, la nostra organizzazione funzionale, richiederà nove competenze e una formazione specifica. Gli algoritmi già oggi al lavoro stanno ridisegnando le evidenze scientifiche, aiutando nelle diagnosi e nella scelta delle migliori cure. Indicheranno anche nuovi modelli assistenziali. La Cardiologia ed i Cardiologi ANMCO devono essere consapevoli di questi cambiamenti e partecipare consapevolmente per essere parte del governo del futuro e non solo semplici esecutori del nuovo che avanza. ♥



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



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
giditano@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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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

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
STEM-AMI OUTCOME in collaborazione con Centro Cardiologico Monzino e ASST di Lecco	44	1.530	532	2 anni	chiuso Newsletter
GISSI Outliers VAR (osservazionale)	10	60	62	3 anni	chiuso Newsletter
GISSI Outliers CAPIRE (osservazionale)	11	800	544	5 anni	chiuso Newsletter
COMPASS in collaborazione con Population Health Research Institute, Hamilton	22 (608)	1.100 (27.400)	1.072 (27.402)	Event driven	chiuso
HPS3-REVEAL In collaborazione con Oxford University	26 (444)	1.820 (30.000)	1.660 (30.624)	Event driven	chiuso
ISCHEMIA In collaborazione con New York University	14 (351)	378 (5.000-6.000)	135 + 32 CKD (4.341 + 578 CKD)	Fino a 31-12-2018	in corso
TOSCA.IT In collaborazione con Società Italiana Diabetologi	61	3.371	3.036	Event driven	chiuso
DYDA 2 Trial In collaborazione con Associazione Medici Diabetologi	16	186	148	48 settimane	in corso
BLITZ-AF (osservazionale)	154	Pronto Soccorso 3.000 Cardiologia 2.000	Pronto Soccorso 6.275 Cardiologia 4.126	1 anno	chiuso
START (osservazionale)	183	4.500	5.070	1 anno	chiuso
COLCOT In collaborazione con il Montreal Health Institute	20 (134)	750 (4.500)	319 (2.296)	Event driven	in corso
POSTER (osservazionale) In collaborazione con Fondazione SISA (Società Italiana per lo studio dell'Arteriosclerosi)	87	6.000	2.022	No follow-up	in corso
EYESHOT POST-MI	90	2.000	591	No follow-up	In corso
BLITZ-HF (osservazionale)	148	1° fase 2.500 2° fase 2.500	1° fase 1.674 2° fase	1 anno	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



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
Registro G-CHF	10 (200)	750 (25.000 circa)	24 mesi
COPE	200	5.000	30 giorni

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

FOCUS ON

Registro G-CHF

Lo scompenso cardiaco è una sindrome clinica in rapido aumento in tutto il mondo, sebbene ad oggi non esistano studi che ne descrivano in una prospettiva globale mondiale caratteristiche demografiche, aspetti socioeconomici, clinici, diagnostici e gestionali, le diverse eziologie, i biomarcatori, le comorbidità, i trattamenti, la qualità della vita, le difficoltà di cura e gli outcome. In questa ottica si inserisce il G-CHF, studio osservazionale prospettico con follow-up a lungo termine promosso da Hamilton University. Il progetto è coordinato a livello internazionale da PHRI (Population Health Research Institute), mentre il coordinamento dei centri Italiani (circa 10) è stato affidato al Centro Studi ANMCO. Obiettivo del G-CHF è di arruolare 20.000-25.000 pazienti con scompenso in un periodo di 5 anni da parte di circa 200 centri nei seguenti Paesi: Nord America, Sud America, Europa,

Africa, Asia e in Medio Oriente. In ogni Paese, circa 2/3 dei pazienti saranno arruolati in un setting ambulatoriale (SC cronico), e circa 1/3 da un setting ospedaliero (acuto sia de novo sia aggravamento di scompenso cardiaco cronico). È atteso un follow-up minimo di due anni per tutti i pazienti arruolati. All'ingresso, oltre agli usuali dati raccolti negli studi con scompenso verranno valutati dati socio-economici, di qualità della vita, le barriere ai percorsi di cura e i sistemi sanitari. I pazienti saranno seguiti per due anni con follow-up telefonico a 6 e 18 mesi e un follow-up clinico a 12 e 24 mesi. A questi intervalli temporali verranno registrate le condizioni cliniche, i dati dell'esame obiettivo, i trattamenti e gli outcome clinici. È previsto un sottostudio nel quale saranno inclusi circa 5.000 pazienti nei quali verranno effettuate misure di fragilità, di funzione cognitiva e polmonare, di salute mentale, aderenza ai trattamenti, e valutazione nutrizionale, con prelievo e stoccaggio di campioni di sangue

e urine per analisi centralizzata. Outcome primario dello studio è la mortalità, per ogni causa. Outcome secondari saranno gli eventi cardiovascolari maggiori non fatali determinanti o meno ospedalizzazione del paziente. Lo studio è già partito in alcune nazioni, mentre in Italia è previsto l'avvio delle fase regolatoria per il mese di luglio 2017. Lo studio può essere considerato come un importante generatore di nuove informazioni in aggiunta a quanto, tradizionalmente, abbiamo raccolto e stiamo raccogliendo nei nostri registri nazionali sullo scompenso cardiaco. In particolare sarà possibile fare un confronto fra le caratteristiche cliniche, delle risorse utilizzate e degli outcome clinici dei nostri pazienti con quelle di pazienti inseriti nel registro in altri continenti e in regioni del mondo a diverso livello socio-economico. Inoltre alcuni ambiti, mai esplorati dai nostri registri, come gli aspetti nutrizionali, di fragilità, di funzione cognitiva saranno valutati con questionari specificamente preparati per lo studio.♥



AREA ARITMIE

Chairperson

Achille Giardina (Cagliari)

Co - Chairperson

Massimo Zecchin (Trieste)

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



AREA CARDIOCHIRURGIA

Chairperson

Leonardo Patanè (Pedara - CT)

Co - Chairperson

Marco Di Eusanio (Ancona)

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-cardiochirurgia



AREA CARDIOIMAGING

Chairperson

Paolo Giuseppe Pino (Roma)

Co - Chairperson

Antonella Maurizia Moreo (Milano)

Comitato di Coordinamento

Erika Bertella (Cremona)

Benedetta Carla De Chiara (Milano)

Vincenzo Guido (Ostia Lido - RM)

www.anmco.it/pages/entra-in-anmco/aree-anmco/area-cardioimaging



AREA EMERGENZA - URGENZA

Chairperson

Emilio Di Lorenzo (Avellino)

Co - Chairperson

Roberta Rossini

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



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



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



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



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



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



Andrea Mortara

AREA SCOMPENSO CARDIACO

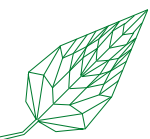
Chairperson

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



Cartella clinica elettronica in Cardiocirurgia

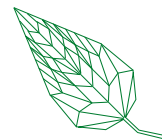
Dal cartaceo allo smartphone



Sono passati quasi 20 anni da quando si posero le basi per l'attuale Sistema informativo clinico nel reparto di cardiocirurgia dell'Ospedale di Ancona. Si partì alla garibaldina, con una manciata di computer collegati in rete alla meno peggio ed un software di gestione che ebbe bisogno di continui ritocchi. A quell'epoca erano pochissimi i reparti che avevano dei programmi di gestione e quelli esistenti erano per lo più dedicati all'aspetto

amministrativo, non a quello clinico. Col passare degli anni i sistemi si sono evoluti: le macchine sono diventate più potenti, la rete più veloce e accessibile anche in modalità wireless... Così il server della prima esperienza, che era chiuso a chiave nello studio del primario, è stato sostituito da un potente, sofisticato e più sicuro data-center, mentre i software sono divenuti più stabili e ricchi di funzioni. Attualmente nel nostro centro la gestione del paziente dal ricovero alla dimissione ed ai successivi controlli ambulatoriali è quasi tutta eseguita con il sistema informativo. Il sistema raccoglie dati e restituisce funzionalità: il calcolo degli score di rischio, la documentazione dell'accettazione, l'atto operatorio e la lettera di dimissione sono automatizzati e, con l'inserimento guidato dei dati, si ottengono gli stampati in poco tempo. Anche la gestione della terapia medica è stata particolarmente curata con possibilità di controllare principi attivi e posologie in fase di prescrizione ed anche di verificare le interazioni tra i farmaci prescritti.

Il sistema consente inoltre di eseguire in tempo reale statistiche sullo stato delle accettazioni, degli interventi e degli esiti e di confrontarli con i sistemi di score più diffusi. Certamente anche i problemi non mancano: la rete che misteriosamente rallenta proprio quando serve essere veloci, l'obsolescenza delle macchine non aggiornate frequentemente, le interfacce grafiche non intuitive, le stampanti che si inceppano troppo facilmente e le lamentele legate alla quantità di tempo passato dai medici ad eseguire operazioni al computer... ("ogni paziente che vedo devo fare 100 click!"). Nonostante le problematiche, però, possiamo comunque essere soddisfatti dopo quasi 20 anni e 16.000 pazienti gestiti da un sistema informativo. I nostri medici sono talmente abituati a lavorare su queste strutture che sono una continua fonte di suggerimenti di miglioramento ed evoluzione. A questo punto le domande che ci poniamo sono: dove andiamo? Quale sarà il prossimo passo? Negli ultimi anni l'informatizzazione delle strutture sanitarie in Italia

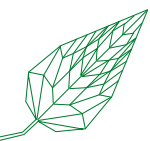


è stata progressiva e diffusa, ma è proceduta in modo caotico: ogni struttura ha scelto quello che voleva, cosa voleva gestire e come gestirlo; sono stati adottati software “self-made” o sistemi commerciali così soluzioni eccellenti si affiancano a prodotti scadenti e poco sicuri. Quanta differenza rispetto a ciò che è successo contemporaneamente negli Stati Uniti! L'amministrazione sanitaria americana (Department of Health and Human Services, HHS) ha stanziato incentivi per oltre 24 miliardi di dollari per stimolare l'informatizzazione degli Ospedali: l'uso di cartelle cliniche elettroniche è così cresciuto dal 9 % delle strutture nel 2008 ad oltre l'80% ad aprile del 2013. L'erogazione degli incentivi e l'applicazione di penalità è stata legata al rispetto di determinate scadenze e al raggiungimento di precisi obiettivi. Uno degli obiettivi più importanti

dell'Affordable Care Act americano è l'interoperabilità e lo scambio di informazioni tra sistemi, utilizzando protocolli standard e sicuri. Questo dovrebbe essere un requisito obbligatoriamente richiesto anche ai produttori di cartelle cliniche elettroniche in Italia.

Così il vantaggio della registrazione elettronica delle notizie mediche dovrebbe così essere reso accessibile non solo all'Ospedale che le produce, ma anche agli altri operatori che seguono il paziente, medici di base e specialisti extraospedalieri. Lo stesso paziente dovrebbe poter accedere facilmente ai propri dati clinici in formato elettronico. È frustrante utilizzare un sistema informativo per la gestione del paziente, dover eseguire delle stampe per trasmetterle ad un altro centro per la continuazione delle cure e sapere che quei dati dovranno

essere reinseriti manualmente nel sistema informativo dell'Ospedale ricevente e con duplicazioni non sicure. Un altro aspetto che entrerà prepotentemente nello sviluppo futuro di questi sistemi è lo sfruttamento della tecnologia mobile: attualmente buona parte della popolazione è connessa ad un rete capillare attraverso telefoni che sono molto più potenti dei computer con cui abbiamo cominciato le nostre esperienze di informatica medica. Gli utenti sono abituati a interagire con i propri “terminali” per tutta una serie di compiti fino a poco tempo fa impensabili: controllare il conto in banca e dare disposizioni, chiedere informazioni su quasi tutto, ottenerle in pochissimo tempo, ecc. Ultimamente, poi, molti smartphone hanno implementate funzioni di controllo dello stato di parametri fisiologici come la frequenza cardiaca e la saturazione di ossigeno. Numerose start-up producono sistemi applicabili ai telefonini per consentire di rilevare altri dati clinici come tracciati elettrocardiografici, spirometrie e persino immagini ecografiche. La possibilità di utilizzare gli smartphone come sistema di monitoraggio remoto dei pazienti è a portata di mano ed è un ampio campo di sviluppo futuro dei nostri sistemi di gestione clinica. Lo sviluppo di queste applicazioni è oggetto dell'attività di numerosi gruppi di lavoro. Probabilmente il futuro dei nostri sistemi informativi passerà non solo attraverso l'interoperabilità dei sistemi e la diffusione della tecnologia mobile ma attraverso un più complesso e difficile da perseguire cambio di



Accettazione: 05/09/2017 11:53 | Data di nascita: [redacted] | Età: 61 anni | Data: 08/06/2017 22:22

Anamnesi Patologica Remota

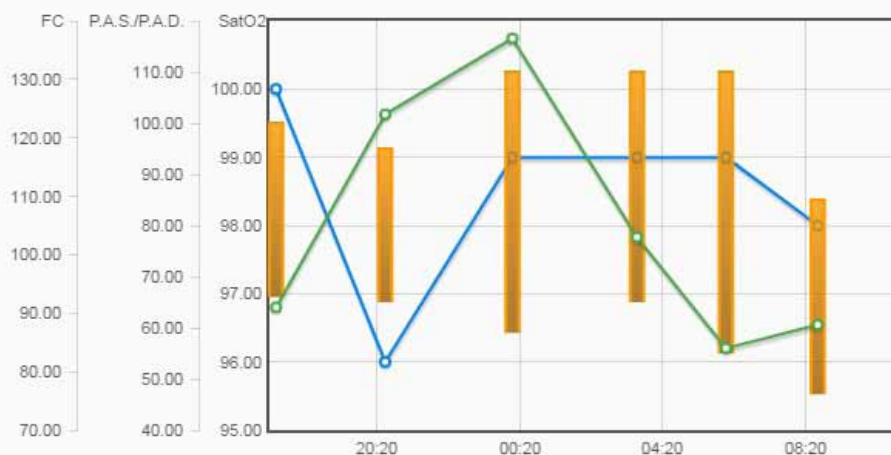
Anamnesi Remota e Cardiologica

Data Ingresso/Operatore	Classificazione anamnestica	Quando (Cerca data/periodo)	Motivo	Descrizione
05/09/2017 10:09 Dott. Paolo Barotola	Patologica Remota			pregresse asportazione di papilloma recidivo (PE) e pregresso ictus C
05/06/2017 18:18 Dott. Paolo Barotola	Cardiologia			Ricorda ricovero per NSTEMI. Coronarografia invasiva. Sino severa. Elettrocardiogramma 04/05. Sino severa. FE: 30% MI e IT leve. Coronarografia: coronaropatia trasversale

Cardiochirurgia | Accettazione: 08/06/2017

Grafico Parametri Vitali

Data di ingresso: 08/06/2017



Attivare/disattivare le serie da visualizzare

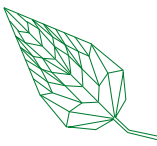
- FR [apm]
- SatO2 [%]
- P.A.S./P.A.D. [mmHg]
- FC [bpm]
- Diuresi [cl]

Esempi di gestione della cartella clinica elettronica

paradigma: il passaggio da sistemi che raccolgono informazione su basi retrospettive e basate sulle prestazioni a sistemi prospettici centrati sugli outcome. Fino ad oggi, infatti, lo sviluppo delle cartelle cliniche informatiche è stato orientato prevalentemente alla registrazione dei processi di cura: in modo sempre più approfondito e dettagliato i sistemi sono stati costruiti come

s sofisticati software di fatturazione con la generazione di elenchi di prestazioni erogate ai pazienti, senza considerare o tenendo in scarsa considerazione gli esiti. Cambiare l'obiettivo dei nostri sistemi informativi clinici significa non costringere più i medici a introdurre codici allo scopo di generare DRG e quindi rimborsi, ma focalizzarsi sugli elementi essenziali del trattamento

del paziente, sull'anamnesi, sulle condizioni cliniche, sulla presenza di fattori di rischio e sull'impatto che i nostri trattamenti hanno sulla salute. Sulla base dei dati raccolti i sistemi dovrebbero svolgere una funzione di aiuto nel risolvere diagnosi differenziali, costruire piani di cura personalizzati e accogliere i feedback dei pazienti. Questi ultimi poi dovrebbero avere la possibilità di interagire con i sistemi attraverso proprie attività di reporting. Un simile cambio di paradigma trova sicuramente molte resistenze: innanzitutto tra gli operatori medici, che, abituati ad un sistema di rimborso "a prestazione" mal si adattano a sistemi alternativi focalizzati sull'outcome; ma anche gli stakeholder, evidentemente più interessati a gestire la sanità su prospettive di breve termine e ad avere informazioni sulle prestazioni piuttosto che sulla salute. Tuttavia questo cambio di prospettiva è indispensabile se vogliamo che il moderno sistema sanitario possa avvantaggiarsi completamente dei supporti informatici per quegli obiettivi che fino ad oggi, anche riempiendo i nostri reparti di computer e passando ore a digitare e "cliccare" non riusciamo ancora a raggiungere: maggiore coordinazione delle cure, maggiore qualità, maggiore sicurezza e coinvolgimento dei pazienti. È proprio questa la direzione che, a distanza di 20 anni, vorremmo vedere nei sistemi informativi clinici: sempre più orientati all'aiuto del medico oltre che dell'amministrazione, all'esito oltre che al processo, al paziente oltre che alla struttura sanitaria. ♥



DI PAOLO GIUSEPPE PINO, ANTONELLA MOREO, ERIKA BERTELLA, BENEDETTA DE CHIARA,
NICOLA GAIBAZZI, VINCENZO GUIDO, GEORGETTE KHOURY

Multimodality Imaging in cerca di autore: uno, nessuno e centomila

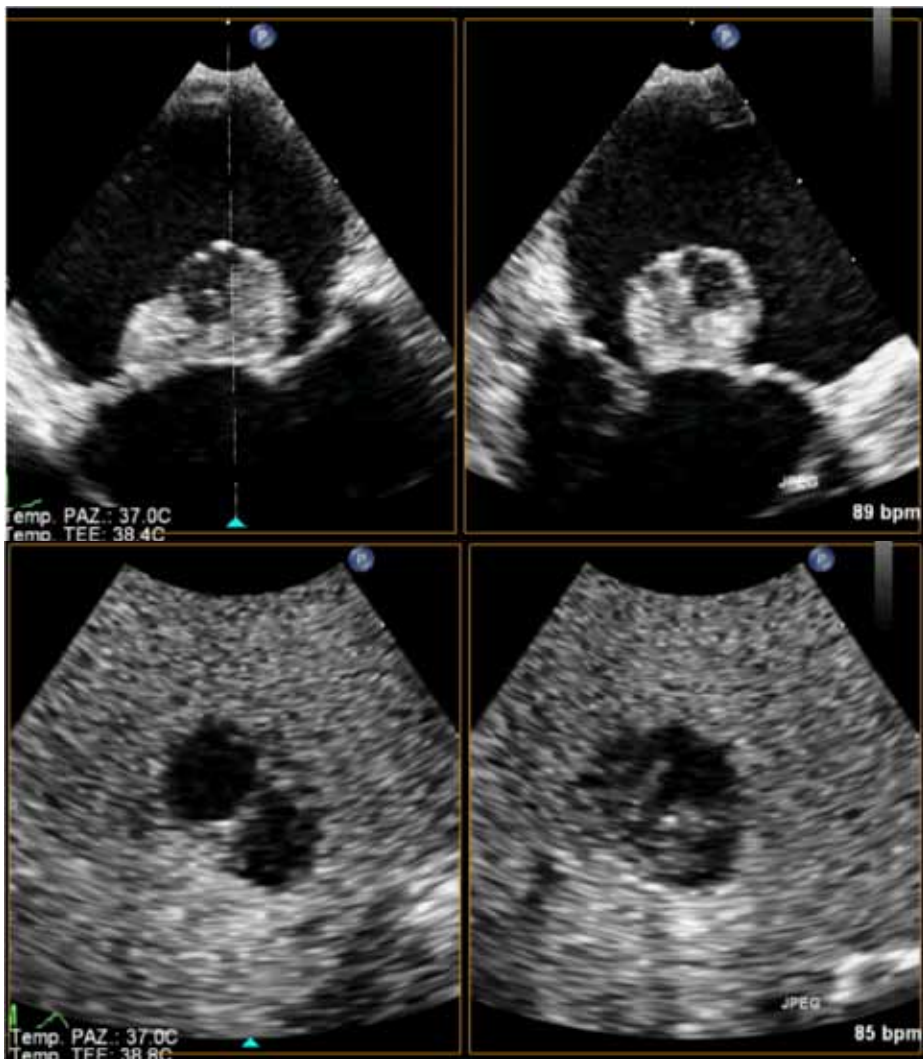
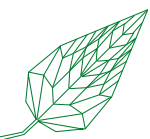
**Cardiologo, Radiologo, Medico Nucleare:
in equilibrio per la gestione dell'Imaging Cardiovascolare**

I Parte

Il ruolo dell'imaging nei percorsi delle patologie cardiovascolari non è messo in discussione. I velocissimi cambiamenti che hanno caratterizzato tutte le metodiche di imaging e l'introduzione di nuove tecnologie hanno reso necessaria una serie di approcci innovativi per l'appropriatezza del loro uso, per la creazione di parametri di valutazione, per il corretto inserimento nelle Linee Guida delle Società di Settore e nelle Linee Guida di tipo clinico e per certificare e documentare la competenza degli operatori. Uno dei punti chiavi è: chi e come deve gestire il cardioimaging nei differenti percorsi clinici? Il training del Cardiac Imager I complessi sviluppi tecnologici delle metodiche di Imaging (Ecocardiografia, Risonanza magnetica, TC, Cardiologia nucleare) richiedono che venga raggiunto dall'operatore

(“CardiacImager”) un grado molto elevato di conoscenze e di esperienza per poter utilizzare correttamente ogni metodica nei percorsi clinico-diagnostici. L'ideale sarebbe quello di un unico Medico che racchiuda in sé l'expertise di tutte e 4 le modalità, e per tale motivo si è tentato di ridefinire la figura del “CardiacImager” per valutare la reale possibilità di creare questo nuovo ruolo professionale. Ai fini della definizione del percorso di formazione del CardiacImager è utile far riferimento ai documenti dell'American College of Cardiology ed in particolare al COCATS. Questo termine fu usato la prima volta nel 1995 applicato alle raccomandazioni per compilare il curriculum dei programmi di Fellowship (COre CARDiology Training Statement). Negli anni successivi il COCATS è passato ad identificare il training basato sulla competenza in varie sottospecialità

nei tre anni per la specializzazione in Cardiologia generale e negli anni seguenti per chi avesse voluto acquisire un ulteriore grado di specializzazione avanzata nel settore. Nell'ambito di questo ulteriore grado di specializzazione le competenze “dovrebbero essere interpretate, sviluppate e valutate nel contesto del training nelle sottospecialità riconoscendo che le competenze basali dovrebbero essere state già acquisite nel training in medicina interna, prerequisito alla specializzazione cardiologica”. Nel COCATS 4 sul training in Multimodality Imaging sono stati definiti i tre livelli di training. Livello I di training. È il training di base che può essere ottenuto durante il Corso di Specializzazione in Cardiologia. È la base per accedere ai livelli superiori. Negli USA il corso dura tre anni e non conferisce una qualifica sufficiente per poter intraprendere un'attività



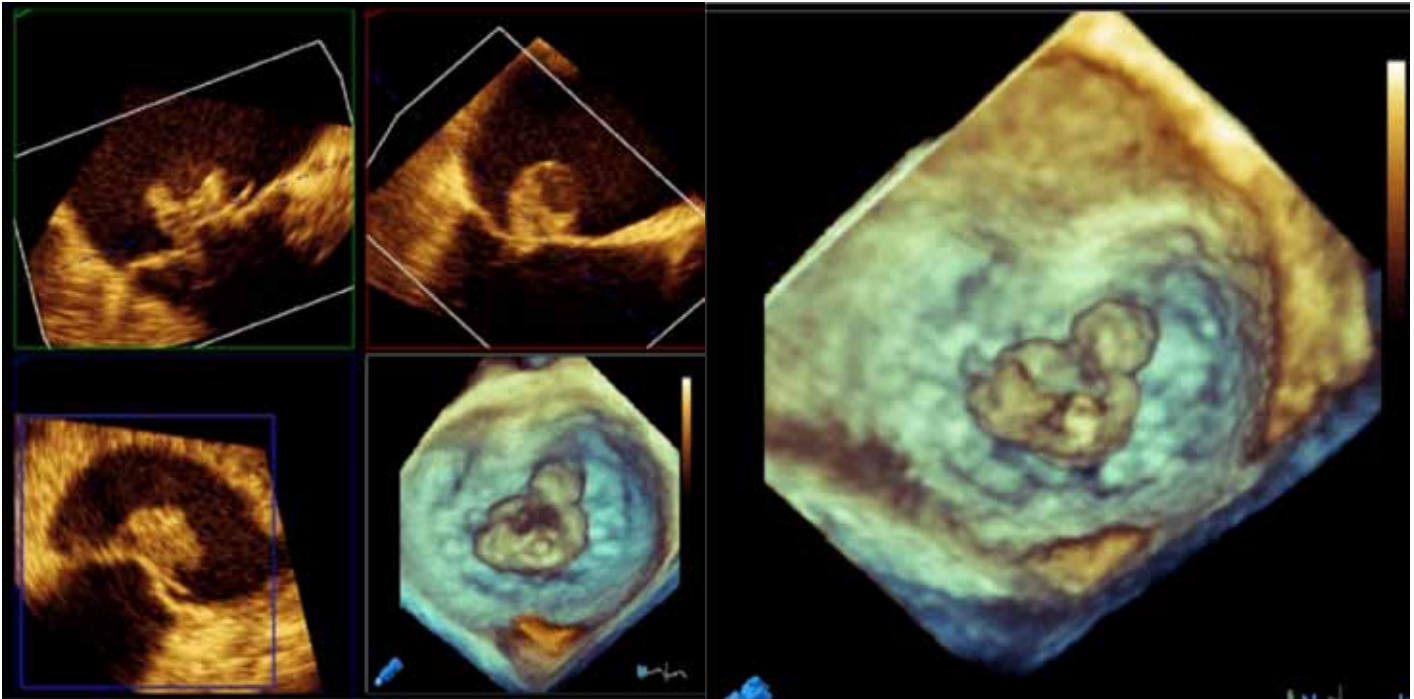
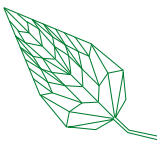
Esame transesofageo bidimensionale dual plane di un tumore cistico del le lembo anteriore mitralico. Fase sistolica. Prima (sopra) e dopo (sotto) iniezione di SonoVue. Il mezzo di contrasto non opacizza le cisti.

indipendente come CardiacImager. Livello II di training. È il training supplementare in una o più aree che può essere scelto, in rapporto all'orientamento ed agli obiettivi, durante il corso di specializzazione. Gli specialisti possono fornire prestazioni più accurate, particolarmente nell'ambito ambulatoriale per la diagnosi ed il follow-up delle patologie

cardiovascolari più comuni. Livello III di training. Richiede un'esperienza supplementare al di là degli anni della Specializzazione per acquisire conoscenza, competenze specifiche per eseguire ed interpretare le varie metodiche. Inoltre chi è in possesso del III Livello può essere a capo di una struttura di multi modality imaging nella quale si effettua il training

nelle varie metodiche.

Il training e la certificazione di competenza in Italia
Appare chiaro come nella realtà statunitense i tre differenti livelli di training ed i corrispondenti livelli di certificazione siano contestualizzati in un piano di studi completamente diverso da quello italiano e come tali non siano trasferibili nella realtà italiana ma tuttavia possono essere utilizzati come traccia per definire un percorso anche alla luce dell'ordinamento legale nell'ambito del quale in Italia si può effettuare l'esercizio della professione medica ed in particolare l'esecuzione e la refertazione di esami strumentali. Ma questi livelli di specializzazione possono essere utili per definire il corretto iter formativo nelle varie metodiche di imaging disponibili e creare dei percorsi diagnostici ospedalieri. Nell'ambito della Multimodality Imaging cardiologica, come per altre metodiche di imaging, in Italia vi sono dei vincoli legislativi che definiscono chi debba essere l'esecutore o il responsabile dell'esame: la legge infatti consente l'utilizzo di strumentazioni eroganti radiazioni ionizzanti solo agli Specialisti Radiologi e l'utilizzo di metodiche con impiego di radionucleotidi solo a specialisti di medicina nucleare (per i problemi relativi allo smaltimento del materiale radioattivo). Campo a sé è la Risonanza Magnetica, per la quale non è stato identificato un preciso ambito di appartenenza specialistica in termini di utilizzo della macchina (unico limite stabilito è in termini di sicurezza: il responsabile della sicurezza della zona del magnete e della macchina deve possedere

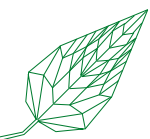


Esame transesofageo tridimensionale del caso precedente. A sinistra posizionamento dell'area di ricostruzione tridimensionale sui tre piani ortogonali. A destra ricostruzione tridimensionale vista dall'atrio sinistro in fase sistolica. Il tumore cistico del lembo anteriore mitralico sporge in atrio sinistro.

una specializzazione in Radiologia). Tuttavia, al di là della definizione di chi possa o meno utilizzare gli strumenti, nessuna Linea Guida chiarisce quali siano le competenze specifiche dell'operatore che esegue l'esame, quali siano gli standard da garantire e quale deve essere il suo percorso formativo per potersi definire abilitato alla refertazione di tali esami. Per tutte le metodiche teoricamente si potrebbe considerare una competenza di base (training livello I e II negli USA) ed una competenza di alta specialità (training livello III negli USA). Come certificare che uno Specialista è Esperto in CardiacImaging? Purtroppo in Italia non esiste la Certificazione di Competenza né sono indicati e specificati i livelli di

Training. Un Laureato in Medicina e Chirurgia può effettuare qualsiasi tipo di Ecocardiografia, di base e di alta specialità. Diversa la situazione per le metodiche che prevedono uso di radiazioni ionizzanti: solamente gli specialisti in Radiologia possono effettuare TC e gli specialisti in Medicina Nucleare possono effettuare esami nell'ambito della Cardiologia molecolare. E tutte queste figure professionali possono svolgere esami RM ma anche esami ecocardiografici!! Nelle Scuole di Specializzazione di Cardiologia è a discrezione del Direttore della Scuola indirizzare verso lo studio dell'Imaging Cardiaco ma non esiste un esame specifico che ne valuti il grado di formazione e di preparazione. Situazione analoga

nelle Scuole di Specializzazione di Radiodiagnostica. Allo stato attuale la certificazione va perciò considerata come un atto volontario presso le Società Scientifiche che prevedono questo tipo di percorso. Come tale la certificazione è perciò priva di valore legale. Alcune Università svolgono, post Laurea, dei Master di Alta Specialità, ma di fatto nulla che attesti la reale competenza degli operatori è richiesto per poter diventare un CardiacImager. Nella realtà ospedaliera, un Cardiologo per essere assunto deve avere la Specializzazione in Cardiologia o equipollenti (ad esempio allergologia!!). Molto si discute se nei bandi di concorso possa essere specificato un prerequisito sub specialistico (ad esempio

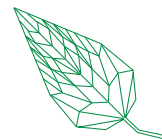


Esame ecocontrastografico con sonovuer. Perfusione miocardica nella sezione 4 camere apicale. Il mezzo di contrasto non opacizza il miocardio (zone più scure) non perfuso per fenomeno del no reflow dopo angioplastica.

esperienza in emodinamica, elettrostimolazione etc). Non è comunque prevista una specifica sub specializzazione in imaging ed in particolare per l'ecocardiografia, che deve far parte del bagaglio culturale dello specialista in Cardiologia, analogamente all'elettrocardiografia. Di fatto negli Ospedali già alla fine degli anni '70 l'Ecocardiografia è stata utilizzata dai Cardiologi affiancandola allo studio elettrocardiografico e

policardiografico nella quotidiana pratica clinica di reparto. Nel corso degli anni i Cardiologi ospedalieri hanno mantenuta costantemente aggiornata l'esperienza sulle tecniche strumentali con la pratica clinica cardiologica che negli ultimi anni ha subito radicali trasformazioni. Il Radiologo è approdato tardi e con una visione tecnica all'Imaging Cardiaco e con un inevitabile scollamento dalla clinica cardiologica. Alla luce

di quanto esposto appare chiaro come l'ordinamento legislativo su questo tema è a dir poco vago ed inconciliabile con la definizione della figura di uno specialista in Multimodality Imaging, quale ormai sempre più spesso è richiesto nella pratica clinica. Occorre perciò ridefinire il ruolo dello specialista CardiacImager sulla base dell'esperienza acquisita su ogni singola metodica. Continua... ♥



DI FABIANA LUCÀ, STEFANIA ANGELA DI FUSCO, MANUELA BENVENUTO, FABRIZIO D'ASCENZO,
DAMIANA FISCELLA, ANDREA MADEO A NOME DEI COLLEGHI DELL'AREA GIOVANI ANMCO

Cara ANMCO,

a distanza di qualche giorno dalla 48° edizione del Congresso Nazionale di Rimini vogliamo ringraziarti per questi tre giorni indimenticabili vissuti tutti insieme.

Un ringraziamento particolare va al Dott. Michele Gulizia, Presidente del Congresso, che lavorando instancabilmente alla realizzazione del convegno, in sintonia con il Presidente ANMCO Dott. Andrea Di Lenarda e con tutto il Consiglio Direttivo, ha permesso la realizzazione di un prodotto di altissima qualità scientifica, ma non solo. Già non solo. Infatti bastava muoversi, tra le sale del formidabile Palacongressi di Rimini, per respirare un'aria nuova e speciale. Un'aria di congregazione tra i soci, come se tutti insieme ci muovessimo in un'unica direzione, all'unico scopo di dare il massimo. Curiosando tra le pagine del programma e frequentando le aule, era possibile vedere i più grandi nomi della Cardiologia nazionale e internazionale relazionare insieme a colleghi meno noti, giovani prevalentemente, provenienti dai più eterogenei contesti cardiologici italiani, ma tutti uniti e accomunati da un unico grande comune denominatore: l'entusiasmo.

Ci sono stati dei momenti, lo dobbiamo ammettere, nei quali non abbiamo saputo trattenere la commozione, come ascoltando quel Collega che, seppur del tutto ignoto al grande pubblico, con la sua comunicazione orale, inserita tra le ultime sessioni del Congresso, ha saputo trasmettere tanto quanto un grande professore con una lettura magistrale. E sapete perché? Perché quel Collega ci ha messo tutto il suo cuore in quella presentazione di 10 minuti, che era probabilmente la sua prima grande occasione di visibilità e di condivisione scientifica ad alti livelli.

E di questo ringraziamo Michele Gulizia che in questi anni ha lavorato alla realizzazione di un'ANMCO che finalmente fosse di tutti e per tutti, trasmettendo diffusamente il suo grande entusiasmo, creando la differenza con quanto accade in molte altre società scientifiche, anche a nome di tutti quei giovani che per la prima volta hanno potuto sperimentare l'onore e l'emozione di essere membri della Faculty: centinaia di nomi nuovi, cui corrispondono giovani cardiologi che si sono emozionati per una simile opportunità, ma a cui non ha mai tremato la voce nemmeno per un istante perché sapevano che qualcuno stava scommettendo su di loro.

E grazie da parte di quei giovani che per 90 minuti sono stati catapultati in una dimensione addirittura entusiasmante, quella della Jeopardy Game Session dell'American College of Cardiology, perché hanno avuto l'opportunità di confrontarsi sulle più vaste tematiche cardiologiche discutendone in lingua inglese e ottenendo, per i vincitori, la grandiosa opportunità non solo di andare al congresso dell'ACC ad Orlando nel 2018 e di rappresentare la squadra italiana negli USA.

Grazie da parte di Fabiana Lucà e Monica Verdoia alle quali è stato riservato il grandissimo onore di sedere a moderare con il Prof. Maseri, un vero e proprio "cult" della cardiologia italiana.

Infine non dimentichiamo il profondo senso di riconoscenza che ci hanno testimoniato i giovani colleghi finalisti e i vincitori dei premi Maseri-Florio e Vincenzo Masini che, hanno avuto il piacere di vivere, con la massima visibilità, l'invito sul palco durante la cerimonia ufficiale di inaugurazione e durante quella di premiazione al Pala Riccione, una serata conclusiva ed incredibilmente partecipata da oltre 900 cardiologi del congresso, nel corso della quale hanno ricevuto il prestigioso premio per la propria affermazione direttamente dalle mani del Presidente Maseri.

Nomi di giovani Cardiologi che fino ad oggi non conosceva nessuno e che ora, grazie ad ANMCO, da Gorizia a Trapani sono riconosciuti come quelli di quei giovani talentuosi che sono stati premiati.

Tutte queste opportunità, noi giovani, non ce le sognavamo nemmeno!

Un ultimo accenno va al pathos creato dai video e dai suoni proiettati all'inaugurazione e durante il congresso: un vero collante che è andato diritto ai nostri cuori e che in maniera trasversale ci ha catturato e ci ha trasportato in quella magica dimensione di una nuova ANMCO che è stata creata in questi anni di duro lavoro.

Cosa dire allora, grazie di tutto e a tutti e, come direbbe Michele Gulizia, "... continuiamo così, uniti sulla strada del cambiamento".



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

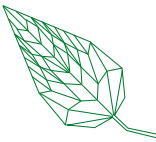


MONICA CARLETTI
Verona

RETE OSPEDALE - TERRITORIO



ALESSANDRO NAVAZIO
Guastalla - Reggio Emilia



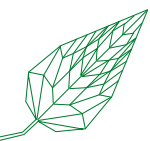
COCIS 2017

Le nuove Linee Guida in Cardiologia dello Sport

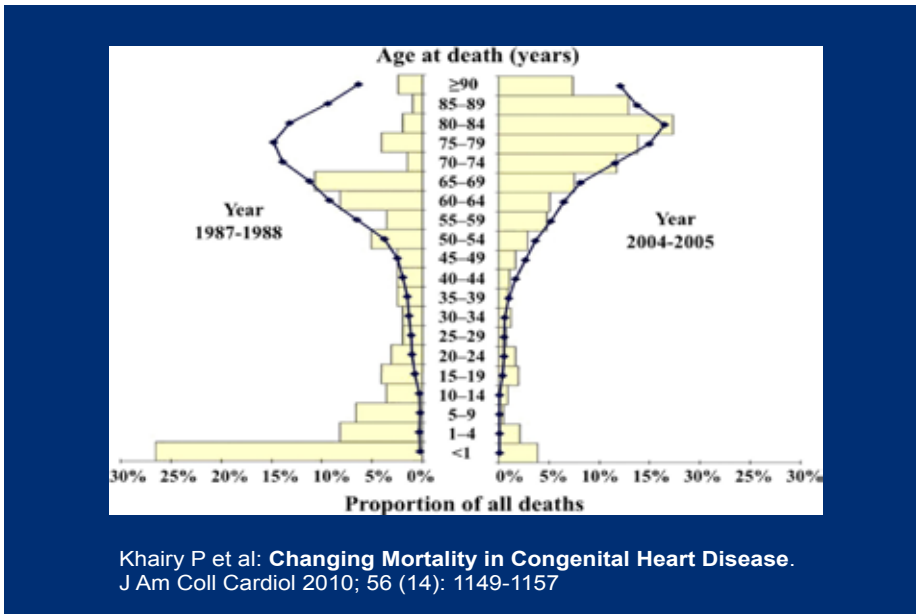
Nel lontano 1989 nasceva il COCIS (acronimo di Comitato Organizzativo Cardiologico per l'Idoneità allo Sport). Fu una iniziativa nata per dettare le linee guida per l'idoneità allo sport dei soggetti con problemi cardiologici, promossa da SIC Sport e dalla FMSI che coinvolse le principali Associazioni Cardiologiche italiane di allora, ANMCO, SIC e ANCE. Nel suo genere si trattò di una novità assoluta, unica in Europa, che ebbe un corrispettivo negli USA dove quasi contemporaneamente comparvero le Recommendations della Bethesda Conference. Il cosiddetto libretto rosso del COCIS (nomignolo derivante dalla sua versione tipografica divulgativa) ebbe un seguito immediato ed è tuttora un punto di riferimento insostituibile per i medici dello sport e per i cardiologi. Lo stesso è stato adottato, con una discutibile appropriatezza, anche da altre categorie di medici come quelli delle

commissioni giudicanti categorie come l'esercito, i vigili del fuoco, gli autisti di mezzi pubblici ecc. Per ultimo, ma non meno importante, sono comunemente citate in controversie legali riguardanti gli sportivi coinvolti in incidenti mortali durante le gare. In quasi trent'anni di storia il COCIS ha dovuto adattarsi alle nuove conoscenze in Cardiologia e ha subito revisioni e aggiornamenti nel 1995, nel 2003 e nel 2009. Nel 2012 fu pubblicata una versione sintetica in inglese nella rivista "Journal of Cardiovascular Medicine", che tuttavia ricalcava nella sostanza la versione del 2009. In Europa si dovette aspettare il 2005 per veder comparire le prime Guidelines della Società Europea di Cardiologia in cui furono riprese gran parte delle indicazioni del COCIS. Parallelamente negli USA si susseguirono nuove versioni della Bethesda Conference l'ultima delle quali è stata pubblicata nel 2015. Dopo 8 anni dalla versione del 2009 era giunto il momento di

rinnovare il "libretto rosso" e per questo motivo SIC Sport ed FMSI hanno promosso una revisione che ha coinvolto come sempre ANMCO, SIC e ANCE. Da circa un anno una serie di commissioni multisocietarie sta lavorando alacremente e il testo finale dovrà essere presentato al Congresso Nazionale della SIC Sport che si terrà a Roma dal 28 al 30 settembre. Le novità che compariranno sono numerose e naturalmente non è possibile anticiparle in questa sede. Comunque, la filosofia del documento è rimasta la stessa anche se si è cercato di smussare alcune eccessive rigidità di giudizio in situazioni "grigie", lasciando al medico una certa discrezionalità decisionale. Si è preso atto infatti che nella pratica clinica indicazioni troppo restrittive favoriscono la medicina difensiva, un abuso di accertamenti strumentali e procedure interventistiche nonché un eccesso di non idoneità in soggetti sani. ♥



Gestione delle complicanze cliniche nei pazienti GUCH



Cambiamento di classi di età alla morte nei pazienti GUCH: a confronto biennio 1987 - 1988 versus 2004 - 2005

I progressi della Cardiologia e della Cardiochirurgia Pediatrica consentono oggi la sopravvivenza di oltre l'85% dei bambini con Cardiopatia Congenita (CC). Il risultato è non solo l'aumento del numero totale di pazienti giovani e adulti portatori di CC (GUCH, acronimo inglese per Grown-Up Congenital Heart), che in Europa sono oltre 2 milioni, e superano ormai i pazienti pediatrici, ma anche l'aumento percentuale dei casi complessi. Si tratta di una popolazione che invecchia, nella quale patologie acquisite cardiache ed extracardiache, possono sovrapporsi ai problemi legati alla malformazione cardiaca congenita di base, rendendo spesso molto complessa la gestione clinica. Il trattamento chirurgico o tramite procedure interventistiche delle CC non significa, infatti, quasi mai guarigione, difetti residui e sequele postoperatorie sono estremamente frequenti e devono essere conosciute da chi si prende cura di questi pazienti.

Ma chi cura i pazienti GUCH "nel mondo reale"?

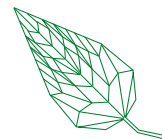
Nei Paesi Bassi nel 2000 è stato istituito un Registro Nazionale (CONCOR) che ha prodotto non solo un miglioramento della qualità dell'assistenza ma anche una ricchissima attività scientifica. In Italia, come nella gran parte degli altri Paesi, manca invece un Registro Nazionale, nonostante

Cardiopatie congenite dell'adulto (CCA)

Guidelines ESC (2010)

- Trattamento medico spesso 'di supporto'
 - Correzione delle anomalie strutturali (quando possibile)
- Scompenso
 - Aritmie (morte improvvisa)
 - Ipertensione polmonare
 - Ipertensione sistemica
 - Prevenzione di eventi tromboembolici o endocardite

Patologie di più frequente trattamento nei pazienti GUCH



negli ultimi anni siano state portate avanti diverse esperienze a livello Regionale. Da ciò deriva la carenza di strutture e percorsi assistenziali dedicati: i pazienti con CC anche complesse dopo la dimissione, per motivi d'età, dai Centri di Cardiologia e Cardiocirurgia Pediatrica, effettuano controlli presso ambulatori cardiologici di zona e accedono, talora in urgenza, all'Ospedale Generale per complicanze cardiache ed extracardiache, talvolta con una documentazione non completa.

Cause cardiologiche di ricovero in urgenza

Dai dati del registro olandese CONCOR la frequenza di ricovero nei pazienti GUCH >30 anni risulta 2 - 3 volte più elevata rispetto alla popolazione generale e le aritmie sono responsabili di circa un terzo di tutti i ricoveri per cause cardiovascolari. Anche le Linee Guida della Società Europea di Cardiologia sottolineano come le aritmie siano una causa crescente di morbilità e mortalità e rappresentino il principale motivo di ospedalizzazione. La comparsa di aritmie (prevalentemente sopraventricolari) è spesso l'espressione di instabilità emodinamica, mentre l'impatto emodinamico dell'aritmia può essere amplificato dalle alterazioni strutturali sottostanti. Le aritmie più frequenti sono il flutter atriale, la tachicardia da rientro intra-atriale e la fibrillazione atriale. Fra le CC più frequentemente complicate da aritmie atriali ci sono cardiopatie complesse come la Tetralogia di Fallot dopo correzione chirurgica, l'anomalia di Ebstein o

il cuore univentricolare, ma anche cardiopatie considerate 'semplici' come il difetto interatriale, sia in storia naturale sia quando la correzione sia stata effettuata dopo i 40 anni di età. Anche nei pazienti con CC è confermato il rapporto fra aritmie atriali e rischio di eventi tromboembolici. Di fronte ad un paziente adulto con CC che giunge al Pronto Soccorso di un Ospedale Generale per un'aritmia sopraventricolare il problema non è solo la gestione in emergenza ma anche una corretta valutazione del significato clinico e prognostico dell'evento aritmico ed il riconoscimento di eventuali difetti anatomico-funzionali correggibili. È quindi indispensabile il rapporto con un Centro esperto nelle CC dell'adulto. La seconda causa più frequente di ricovero nei pazienti GUCH è rappresentata dallo scompenso cardiaco. Gli accessi in emergenza per scompenso sono destinati ad aumentare nel prossimo futuro, per il progressivo invecchiamento dei pazienti con circolazione univentricolare o con ventricolo destro sistemico. In questi pazienti i meccanismi dello scompenso sono spesso diversi rispetto alle cardiopatie acquisite ed il trattamento farmacologico non è sempre sovrapponibile.

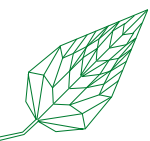
Cause non cardiache di ricovero

Circa il 50% delle ammissioni in Ospedale di pazienti GUCH è motivato da cause extracardiache. Fra queste le più frequenti risultano le cause ostetriche e ginecologiche (gravidanza e parto ma anche, fra le ammissioni non in regime d'urgenza, procedure

di sterilizzazione o di interruzione di gravidanza). La chirurgia extracardiaca (dalla traumatologia alla chirurgia addominale) rappresenta un'altra causa importante di ricovero in urgenza. I rischi sono correlati da un lato al tipo e alla severità della cardiopatia, dall'altro all'entità della procedura chirurgica. Particolarmente delicato è il posizionamento e la gestione delle linee venose: nei pazienti con shunt intracardiaci, soprattutto in presenza di ipertensione polmonare, esiste un rischio elevato di embolia paradossa. La possibilità di complicanze correlate alla CC di base dovrebbe essere ben presente ai Cardiologi chiamati per la consulenza preoperatoria. È evidente che l'estrema varietà delle urgenze cliniche, cardiache ed extracardiache nei pazienti adulti portatori di CC richiede un approccio diagnostico e terapeutico multidisciplinare. È necessario che alcune conoscenze di base diventino patrimonio di un numero crescente di medici, non solo per garantire un corretto approccio diagnostico e terapeutico nell'urgenza, ma anche per diffondere la consapevolezza delle difficoltà e dei rischi del trattamento.

Il ruolo dell'ANMCO

In un mondo ideale la gestione dei pazienti GUCH dovrebbe essere affidata a strutture dedicate, capaci di rispondere a tutti i bisogni sanitari di questa popolazione molto complessa. La formazione di Cardiologi 'GUCH', attraverso percorsi formativi specifici e la attuazione di un Registro Italiano per pazienti adulti portatori di CC sono due aspetti ineludibili



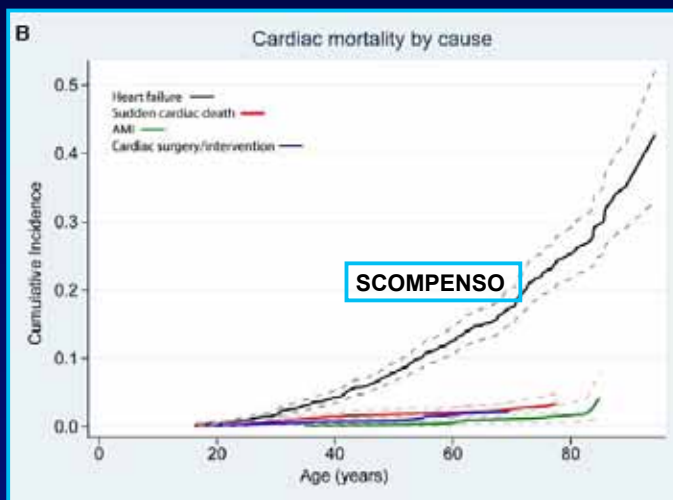
per la risoluzione del problema e richiedono il coinvolgimento delle Società Cardiologiche. L'ANMCO ha un ruolo fondamentale sia per la formazione dei Cardiologi italiani, che devono essere preparati a gestire in modo corretto, anche in urgenza, i problemi di più frequente riscontro, sia per la definizione dei percorsi assistenziali. Il Consensus Document sulla gestione della gravidanza nella donna con CC, recentemente pubblicato sul "Giornale Italiano di Cardiologia", rappresenta un primo importante risultato in questa direzione. La sinergia culturale ed operativa con i Colleghi Cardiologi Pediatri può rappresentare un punto di forza nella creazione di un Registro Italiano e nella organizzazione di un appropriato percorso assistenziale dei pazienti GUCH.♥

Bibliografia

1. ESC Guidelines for the management of grown-up congenital heart disease (new version 2010). Eur Heart J 2010; 31:2015-2957.
2. Favilli S, Santoro G, Ballo P et al: prevalence and clinical characteristics of adult patients with congenital heart disease in Tuscany. J Cardiovasc Med 2012; 13:805-9.
3. Marzullo R, Bordese R, Bassignana A et al: Risultati iniziali e prospettive future del Registro Piemontese delle Cardiopatie Congenite dell'Adulto. G Ital Cardiol 2016. 17(3):225-233.
4. Verheugt CL, Uiterwaal CSP, van der Velde ET et al: The emerging burden of Hospital admissions of adults with congenital heart disease. Heart 2010; 96:872-878.
5. Bianca I, Geraci G, Gulizia MM et al: ANMCO/SICP/SIGO Consensus Document: Pregnancy and Congenital Heart Disease. G Ital Cardiol 2016; 17(9):687-755.

Scompensio cardiaco

Causa piu' frequente di morte nei pazienti GUCH

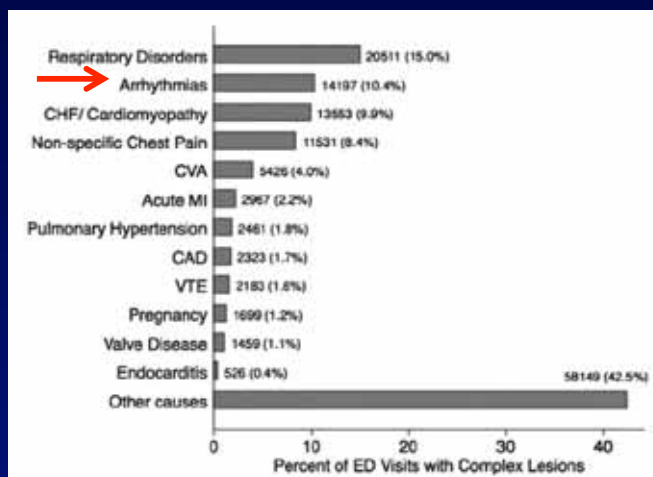


Diller et al, Circulation 2015

Mortalità per scompensio cardiaco, morte improvvisa, infarto miocardico, chirurgia cardiaca in base all'età nei pazienti GUCH

Complicanze aritmiche nei pazienti GUCH

Causa più frequente di accesso in urgenza



Agarwal et al, Clin Cardiol 2016

Cause di accesso in Dipartimento di Emergenza nei pazienti GUCH



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 Calulli

BASILICATA

Presidente

Giacinto Calulli (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 (Lamezia Terme - CZ)
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

Associazione Nazionale Medici **C**ardiologi **O**spedalieri

DOMANDA DI ISCRIZIONE



per il tuo cuore

Fondazione per il Tuo cuore - HCF Onlus

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

DATI ANAGRAFICI

Nome Cognome sesso M F
 Data di nascita

--	--	--	--	--	--

 Luogo di nascita.....
 Indirizzo Città Prov..... CAP

--	--	--	--	--	--

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

DATI PROFESSIONALI

Ospedale/Reparto
 Indirizzo
 Città Prov.

--	--

 CAP

--	--	--	--	--	--

 Tel./Fax E - mail lavoro:
 Specializzato in Cardiologia: Sì No Altre Specializzazioni
 Appartenente ad **altra Società Scientifica Cardiologica** Sì No
 Se Sì indicare quale.....

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

Tipologia

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Divisione di Cardiologia | <input type="checkbox"/> Divisione di Cardiochirurgia |
| <input type="checkbox"/> Servizio di Cardiologia autonomo con posti letto | <input type="checkbox"/> Servizio di Cardiologia aggregato con posti letto |
| <input type="checkbox"/> Servizio di Cardiologia autonomo senza posti letto | <input type="checkbox"/> Servizio di Cardiologia aggregato senza posti letto |
| <input type="checkbox"/> Divisione Medicina | <input type="checkbox"/> CNR |
| <input type="checkbox"/> Ambulatorio | <input type="checkbox"/> Altro |

* Accreditamento (da compilare **se struttura privata**) SI NO

Anno di assunzione nella struttura indicata.....
 Nome del Primario o facente funzione
 Nome del Responsabile (per Strutture aggregate)

Ruolo Cardiologo Cardiochirurgo Medico
 Specificare da quando viene svolto il ruolo indicato

--	--

 /

--	--	--	--	--	--

 mese anno

Qualifica

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Direttore di dipartimento | <input type="checkbox"/> Direttore Generale | <input type="checkbox"/> Direttore Sanitario |
| <input type="checkbox"/> Direttore di struttura complessa | <input type="checkbox"/> Responsabile di struttura semplice | <input type="checkbox"/> Dirigente Medico |
| <input type="checkbox"/> Ricercatore | <input type="checkbox"/> Borsista | <input type="checkbox"/> Specializzando |
| <input type="checkbox"/> Ambulatoriale | <input type="checkbox"/> Libero professionista | <input type="checkbox"/> Altro |

In **quiescenza** **Non di ruolo**

CAMPI DI IMPEGNO PROFESSIONALE Generale (non più di due)

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



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 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 Cardiologing - 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), 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.

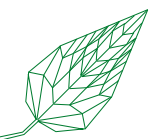
INFORMATO DI QUANTO SOPRA ESPOSTO, CON RIFERIMENTO ALLA COMUNICAZIONE DEI MIEI DATI A TERZI DO IL CONSENSO NEGO IL CONSENSO

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



Una Cardiologia in movimento

Incontri cardiologici sullo Ionio, Cariati 5 e 6 maggio 2017

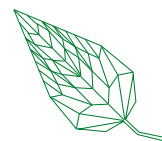


Cariati (Cosenza): panorama

Pur tra le tante difficoltà generali, dovute, tra l'altro, all'essere regione soggetta a piano di rientro, in Calabria la Cardiologia è notevolmente cresciuta negli ultimi anni, conquistando mete e posizioni di tutto rispetto nel panorama nazionale. Le emodinamiche lavorano a pieno regime e con ottimi risultati, la rete per il

trattamento delle sindromi coronariche acute è ampiamente definita e viene eseguito un numero considerevole di angioplastiche primarie. Ma anche l'aritmologia impiantistica e interventistica è in espansione, così come la cardiocirurgia e, in generale, la diagnostica strumentale più sofisticata. In definitiva si può oggi affermare che, per il trattamento

della patologia cardiovascolare, la necessità di "emigrare" in altre regioni è reale e giustificata solo in situazioni assai limitate e circoscritte. Ma c'è un ulteriore dato che esprime e, in un certo senso, rimarca lo sviluppo e la dinamicità della Cardiologia calabrese. È quanto accade in diverse realtà locali più periferiche, laddove ci si sta organizzando per offrire

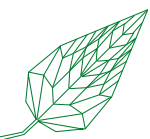


Cariati (Cosenza): panorama dal mare

all'utenza percorsi appropriati di prevenzione primaria e secondaria e di gestione delle fasi post-acuta e cronica delle cardiopatie. Sono questi, del resto, gli snodi emergenti della sanità, sia sotto il profilo del peso epidemiologico, sia quando si considerino le problematiche più direttamente connesse alla compatibilità economica del sistema. Proprio in tale contesto è inquadrabile la seconda edizione degli "Incontri cardiologici sullo Ionio", svoltasi il 5 e 6 maggio a Cariati, cittadina di mare della provincia di Cosenza, posta in

pieno territorio dell'antica Magna Graecia, giusto a metà strada tra Sibari e Crotona. Il tema generale del convegno è stata la cardiopatia ischemica cronica. Il programma ha dedicato un ampio spazio alla prevenzione, focalizzando su fattori di rischio cardiovascolare quali l'ipertensione arteriosa, l'ipercolesterolemia e l'iperuricemia. Con diversi e articolati interventi si sono espresse, tra l'altro, le rispettive, recenti acquisizioni terapeutiche. A completamento, è stata svolta una relazione sull'approccio nutrizionale in cui

si sono definiti gli elementi di base della cosiddetta "alimentazione di segnale". Successivamente sono state affrontate alcune delle questioni attualmente più dibattute in ambito di emodinamica, scompenso cardiaco, indicazioni e gestione di PM/CRT/ICD, terapia medica. Di particolare interesse le relazioni sui nuovi anticoagulanti orali per i quali, tra l'altro, è stata illustrata una preliminare proposta di follow up, basata sul ruolo determinante di una figura infermieristica addestrata e sull'utilizzo di un supporto informatico dedicato.



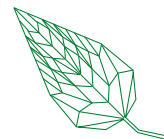
Sessione Plenaria Congresso "Incontri Cardiologici sullo Ionio"



Oggetto di particolare attenzione è stato, poi, il problema di come migliorare l'appropriatezza in Cardiologia: in un intero simposio, si è animatamente discusso il corretto utilizzo di talune fondamentali prestazioni, segnatamente dell'ecocardiogramma, del test da sforzo e della riabilitazione cardiologica. Lo svolgimento dei lavori è stato anche arricchito da un "cardiac surgery corner" dedicato alla chirurgia ripartiva della radice aortica; mentre, per il taglio eminentemente pratico, è stato particolarmente apprezzato

il minicorso di elettrocardiografia centrato sulle bradicardie e tachicardie. L'evento ionico ha visto un notevole coinvolgimento dell'ANMCO, a partire dal Presidente Regionale ANMCO Calabria, Dott. Roberto Ceravolo, oltre alla partecipazione di esponenti di altre Società Scientifiche come l'AIAC e l'ANCE. Numeroso, attento e attivo nelle discussioni è stato il pubblico dei partecipanti. Quasi a sottolineare quanto siano diffuse, anche in un territorio di "periferia", l'attitudine all'aggiornamento e la volontà di acquisire le informazioni

necessarie ad implementare nuove modalità operative, confacenti alla buona pratica medica e cardiologica. Un monito per il decisore pubblico affinché, nella programmazione e negli investimenti, consideri il giusto e necessario equilibrio tra le diverse realtà territoriali, centrali o periferiche che siano. Nella consapevolezza, anche storica, che laddove questa proporzione è mancata o non è stata compresa e ricercata (in Calabria, ma non solo) si sono solo determinati autentici disastri organizzativi. ♥



Il Congresso Regionale ANMCO Veneto 2017

Tra aggiornamento e management

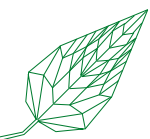
Lo scorso 10 giugno 2017 a Treviso, in una sede accogliente e funzionale si è svolto quello che tradizionalmente è il più partecipato e significativo evento scientifico per i Cardiologi del Veneto: il Congresso Regionale della nostra Associazione. L'evento ha visto la partecipazione di circa 150 persone (di cui 60 infermieri) oltre ai 50 relatori/moderatori. Come deducibile dal titolo, le sessioni scientifiche del mattino hanno ricordato, partendo da casi

clinici, l'importanza che le Linee Guida attribuiscono al lavoro in team nonché agli argomenti clinici di rilevante interesse anche per i temi legati alla loro sostenibilità economica. Nel pomeriggio ampio spazio è stato dato alle innovazioni, con esposizione da parte di competenti colleghi con esperienza diretta in merito. Principale novità del Congresso è stata la gradita partecipazione della Regione Veneto, nella persona del Dott. Tiziano Martello, Responsabile

dell'Unità Organizzativa Assistenza Ospedaliera Pubblica e Privata Accreditata - Direzione Programmazione Sanitaria. Il funzionario regionale che assieme al Direttore dell'Area Sanità e Sociale Dott. Domenico Mantoan sta disegnando i futuri assetti organizzativi della rete ospedaliera in Veneto, dopo aver ascoltato la relazione del Presidente Regionale ANMCO sull'evoluzione della Cardiologia in Veneto dal D.M. 70 alla Legge



Sessione Plenaria Congresso Regionale ANMCO Veneto 2017



Il Presidente Regionale ANMCO Veneto Maurizio Anselmi intervista Tiziano Martello Responsabile Direzione Programmazione Sanitaria Regione Veneto

Regionale n° 19 del 2016 (che ha riformato il sistema sanitario veneto, riducendo le ULSS da 21 a 9 e istituendo l'Azienda Zero) attraverso il PNE è stato intervistato sui progetti della Regione, che si appresta a ridefinire anche le schede di dotazione ospedaliera. L'intervista ha trattato svariati temi, tra i quali: a) la necessità di progettare e "governare" una rete

super-specialistica per garantire a tutti i cittadini uguale possibilità di accesso (appropriato) alle nuove tecnologie, con particolare riferimento all'emodinamica "strutturale" e all'elettrofisiologia ultra-specialistica; b) il destino delle Cardiologie che non soddisfano i parametri del D.M. 70 e/o del PNE (e tra queste in particolare le UTIC collocate in Ospedali

senza emodinamica), sulle quali la Regione sta già attuando una verifica delle attività attraverso specifici audit; c) la possibilità o meno che le Cardiologie che con l'accorpamento delle ULSS sono venute a far parte di un'unica Azienda territoriale possano costituire parte di un dipartimento cardiovascolare trans-ospedaliero, in un certo senso superando il concetto di autonomia direzionale, organizzativa e amministrativa della singola UOC; d) le prospettive occupazionali per i giovani Cardiologi e la trasmissione del know-how alle nuove generazioni; e) le possibilità di migliorare l'integrazione tra servizi ospedalieri e medicina generale, perché diverse delle patologie di competenza cardiologica, in primis lo scompenso cardiaco, appartengono alla sfera della cronicità. L'intervista e le risposte del Dott. Martello hanno suscitato vivo interesse tra i partecipanti, e in qualche modo il dialogo ha contribuito a rinsaldare

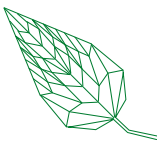
Treviso, 10 giugno 2017

La **Cardiologia** nella Sanità Veneta che cambia:

- AGGIORNAMENTO
- INNOVAZIONE
- MANAGEMENT
- CULTURA
- SOSTENIBILITÀ

Responsabile Scientifico: Maurizio Anselmi
Presidente Sezione Regionale ANMCO Veneto 2014-2018
UOC Cardiologia Ospedale Fracastoro San Bonifacio, ULSS 9 - Scigera



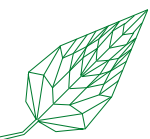


La Dott.ssa Roberta Spadaro vincitrice della "competizione scientifica interattiva" tra il Dott. Maurizio Anselmi, Presidente Regionale ANMCO Veneto, e la Dott.ssa Cristina Andriani, Segretario del Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Veneto

ulteriormente il rapporto di collaborazione tra ANMCO e la Regione Veneto, che aveva concesso il suo gradito patrocinio all'evento. Questa sinergia ha comunque radici lontane: nel corso degli ultimi anni, infatti, svariate sono state le forme di collaborazione tra ANMCO e Regione Veneto; nello specifico Soci ANMCO hanno partecipato a gruppi di lavoro sulla FANV/TEV, sull'appropriato uso dei PCSK9, sullo scompenso cardiaco cronico e acuto, partecipando alla redazione condivisa di documenti e PDTA. Questo impegno da parte dei Cardiologi ANMCO è stato posto in rilievo da parte del Presidente Regionale nel corso dell'Assemblea dei Soci che è seguita all'intervista, che è stata aperta a tutti i partecipanti e non senza sorpresa è stata seguita da tutti. Nel corso dell'Assemblea il Presidente Regionale ha illustrato le attività in essere a livello locale, mentre il componente del Consiglio Direttivo

nazionale nonché delegato del Veneto Dott. Guerrino Zuin ha illustrato le attività di ANMCO nazionale e della Fondazione. È stato un bel momento di aggregazione e di condivisione della attività dell'ANMCO, tanto che a seguito della stessa si sono registrate ben 10 nuove domande di iscrizione all'Associazione. Medici e infermieri si sono integrati e confrontati nel pomeriggio su uno dei temi più cari alla nostra Associazione: la cura della persona malata. La folta partecipazione e la vivace discussione testimoniano quanto entusiasmo abiti ancora tra chi lavora nelle Cardiologie, nelle sale di emodinamica, nei servizi, nelle terapie intensive. Un'altra attività sperimentata per la prima volta al Congresso Regionale ANMCO è stata la "Competizione scientifica interattiva", che ha concluso la lunga giornata di lavori scientifici: in meno di mezz'ora i medici partecipanti hanno risposto a 30 quesiti

utilizzando una app con il proprio cellulare o palmare. Condotta con stile "televisivo" da Maurizio Anselmi e Cristina Andriani, la competizione ha assegnato significativi riconoscimenti ai primi tre Soci classificati, tutti e tre giovani Cardiologi: un elettrocardiografo portatile, un PC portatile, uno smartphone. La competizione è stata coerentemente inclusa nelle ore di accreditamento ECM in quanto ha avuto come oggetto domande tratte da Linee Guida, Consensus ANMCO oltre a ECG e imaging cardiaco e premiando con segni tangibili i vincitori ha rimarcato l'importanza di essere aggiornati, in particolar modo sulle Linee Guida: a detta di tutti, un'esperienza da ripetere! Degna di segnalazione la partecipazione al Congresso da parte degli sponsor: oltre 28 Aziende hanno dato il loro sostegno all'iniziativa e oltre 40 persone hanno partecipato al convegno come uditori. Non è mancata, infine, la partecipazione anche tra i Relatori/Moderatori invitati di esponenti di altre Associazioni Scientifiche di Cardiologia, come GISE, AIAC, ARCA, SIEC, GICR, a conferma del fatto che ANMCO può rappresentare la "casa comune" per i Cardiologi di ogni estrazione e specializzazione, specie quando sia necessario un confronto con le istituzioni sulla programmazione sanitaria e sull'appropriato uso delle risorse. In conclusione, una giornata positiva che conclude un anno denso di iniziative, e alla quale non poteva che far seguito il proposito di replicare nel 2018, verso traguardi ancora più ambiziosi. ♥



FORUM

DI MAURIZIO GIUSEPPE ABRIGNANI,
GIOVANNI DE LUCA, MICHELE MASSIMO GULIZIA



Un PDTA per la prevenzione del rischio di Ictus nella FA

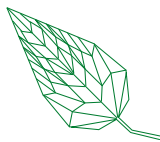
ANMCO e istituzioni sanitarie regionali siciliane collaborano

I percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA) sono uno strumento di “gestione clinica” metodologicamente standardizzato e costantemente aggiornato, usato per definire il migliore processo finalizzato a

rispondere a specifici bisogni di salute, sulla base di raccomandazioni riconosciute, adattate al contesto locale, tenute presenti le risorse disponibili. Fondamentali per assicurare appropriatezza, efficacia ed efficienza, il loro scopo è

favorire l'integrazione fra gli operatori, ridurre la variabilità clinica, contribuire a diffondere la medicina basata sulle evidenze, utilizzare in modo congruo le risorse umane e materiali, permettere di valutare le prestazioni erogate mediante indicatori predefiniti con una costante verifica dei miglioramenti e ridurre al minimo i rischi per il Paziente. L'approccio interprofessionale, multidisciplinare, per processi, insito nella strutturazione di un PDTA, permette di valutare la congruità delle attività svolte rispetto agli obiettivi, alle evidenze scientifiche e alle risorse disponibili, e consente il confronto benchmarking e la misura delle attività e degli esiti. Oltre a un contenuto di cura e assistenza, un PDTA assume anche un significato di contenimento dei costi attraverso una riduzione di pratiche inutili o ripetute e con l'uso efficiente delle risorse.





Sessione Plenaria del Convegno

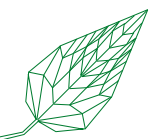


Il Prof. Fausto J. Pinto

I PDTA compaiono per la prima volta nella Legge Finanziaria 1996, art.1, comma 28, sui tetti di spesa: “i medici... conformano le proprie autonome decisioni tecniche a PDTA cooperando in tal modo al rispetto degli obiettivi di spesa”, e da allora sono presenti in tutti i

Piani sanitari Nazionali. La scelta del problema di salute oggetto di un PDTA, infine, si basa sull’analisi dei bisogni contestualizzata in ogni realtà organizzativa e definita da criteri di priorità, quali impatto sulla salute del cittadino e della comunità (prevalenza, incidenza e

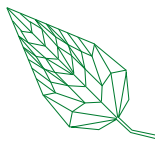
mortalità della patologia), presenza di linee-guida specifiche, variabilità e disomogeneità delle prestazioni, precisa definizione della patologia in esame, semplicità clinica/ assistenziale e impatto economico. Probabilmente tra le patologie cardiovascolari la fibrillazione atriale risponde al meglio a tali requisiti: è facilmente diagnosticabile, è la più comune aritmia cardiaca e la sua prevalenza è destinata ad aumentare; è responsabile del 20% dei casi di ictus cerebrale, patologia ad alto impatto socioeconomico a causa della correlata severa compromissione della qualità della vita e del conseguente incremento dei costi sanitari; è oggetto di numerose e recenti linee guida nazionali ed internazionali; ancora oggi, infine, sono molti i Pazienti che non attuano un’ottimale prevenzione del rischio di ictus con l’uso appropriato della terapia anticoagulante (analizzando le SDO regionali 2009-2015, circa il 50% dei Pazienti colpiti da ictus con una diagnosi di fibrillazione atriale era in trattamento solo con antiaggreganti nel periodo precedente l’evento acuto). Allo scopo di ottimizzare gli aspetti assistenziali e terapeutici relativi alla prevenzione del rischio di ictus nel Paziente con fibrillazione atriale, l’Assessorato della Salute della Regione Sicilia, nell’ambito dello sviluppo e miglioramento delle attività di pianificazione e programmazione sanitaria regionale e in un’ottica di Health Technology Assessment, ha concluso un progetto di Disease Management Optimization, nato dall’esigenza di identificare spazi di miglioramento dei percorsi



di gestione di patologie rilevanti (sulla base dei principi di centralità del Paziente, miglioramento della qualità, outcome, sostenibilità economica) e di orientare i processi decisionali degli operatori. Il progetto ha previsto: un'analisi del percorso del Paziente con fibrillazione atriale a rischio di ictus attraverso la raccolta di elementi clinici, organizzativi ed economici dai flussi amministrativi del sistema informatico regionale; un'analisi della gestione della patologia attraverso interviste strutturate ai referenti della programmazione sanitaria e della presa in carico clinica del Paziente; l'identificazione degli ambiti gestionali di miglioramento a parità di risorse investite e la definizione degli

obiettivi prioritari di ottimizzazione del percorso. A valle del progetto, si è scelto come leva di intervento la definizione di un PDTA regionale "evoluto" che guidi il percorso della presa in carico dei Pazienti con fibrillazione atriale, focalizzato in particolare sulla prevenzione del rischio di ictus (sono previsti successivi approfondimenti per quanto riguarda i trattamenti antiaritmici e la gestione dell'ictus e delle sue conseguenze). Come da tempo accade, le principali società scientifiche sono state invitate a partecipare all'elaborazione del documento, e l'ANMCO non poteva che aderire con entusiasmo. Il documento è rivolto prioritariamente a Direzioni Sanitarie, Medici Specialisti e

Infermieri delle UO di Cardiologia, Neurologia, Geriatria, Medicina Interna, Ematologia, Pronto Soccorso, Laboratorio Analisi e dei Centri di Sorveglianza Anticoagulante, Medici specialisti territoriali e Medici di Medicina Generale delle Aziende Sanitarie del SSR. Nell'individuare il percorso sono state approfondite le fasi che caratterizzano la presa in carico dei Pazienti: una tempestiva identificazione dei casi con fibrillazione atriale a rischio di ictus mira ad attivare una migliore e più appropriata terapia di profilassi con l'obiettivo di mantenere lo stato di salute del Paziente e ridurre i fattori di rischio cardiovascolare che possono determinare l'insorgere e la recidiva dell'ictus. La lettura delle



evidenze quantitative descrittive del percorso Paziente e dell'attuale rete di offerta dei servizi regionali, integrata con l'analisi organizzativa effettuata ha portato a definire le seguenti priorità di intervento: diagnosi precoce, profilassi appropriata, protocolli condivisi tra i diversi attori dell'assistenza al fine di garantire un'efficiente ed uniforme gestione della patologia nel territorio regionale e campagne d'informazione, prevenzione e screening per il rilievo di una fibrillazione atriale misconosciuta. Il PDTA rappresenta il primo intervento regionale volto a rispondere alle criticità esistenti, col coinvolgimento di tutti i referenti clinici della patologia in oggetto e si propone, attraverso specifiche flow-chart, la definizione del flusso di attività svolte dai diversi soggetti coinvolti nelle fasi di diagnosi, terapia (criteri per l'indirizzo alla terapia anticoagulante secondo le raccomandazioni delle ultime Linee Guida nel rispetto dei criteri delle norme regolatorie nazionali e regionali di prescrivibilità) e monitoraggio/follow-up del Paziente con definizione di tempistiche, esami per il controllo della terapia e protocolli per la gestione delle complicanze.

Il documento di indirizzo regionale, pubblicato sul Supplemento Ord. n. 2 della Gazzetta Ufficiale della Regione Siciliana n. 23 del 1 giugno 2017 e sul sito istituzionale dell'Assessorato della Salute: http://pti.regione.sicilia.it/portal/page/portal/PIR_PORTALE/PIR_LaStrutturaRegionale/PIR_AssessoratoSalute/PIR_DecretiAssessoratoSalute/

PIR_DecretiAssessoriali/PIR_DecretiAssessorialianno2017/allegato%20D.A.%20N.884%20del%2028.04.2017.pdf, è stato presentato a Palermo il 19 maggio 2017 presso la sala Gialla di Palazzo dei Normanni, prestigioso complesso monumentale presso il quale è stato istituito, nel 1140, il più antico Parlamento d'Europa, oggi sede dell'Assemblea Regionale Siciliana, in un Convegno, articolato in due sessioni, alle quali hanno partecipato, nella qualità di faculty, i componenti del tavolo tecnico istituito dalla Regione, e particolarmente come relatori Michele M. Gulizia, Salvatore Scondotto, Salvatore Novo, Maurizio G. Abrignani, Scipione Carerj, Placido Bramanti, Antonio Gasparro, Pasquale Cananzi e Giovanni De Luca. Di particolare rilievo è stata la lettura del Prof. Fausto J. Pinto di Lisbona, Past President attuale della Società Europea di Cardiologia. Presentato dal Vice-Presidente dell'Assemblea Regionale Siciliana. Alla presentazione del documento ha fatto seguito una tavola rotonda su "Qualità e sostenibilità" alla quale hanno partecipato i Dirigenti Generali dell'Assessorato, Avv. Ignazio Tozzo e Ing. Salvatore Giglione, i Direttori Generali dell'A.O.U. Policlinico "Vittorio Emanuele" di Catania e dell'ASP Catania e il Commissario straordinario dell'A.O.U. Policlinico "P. Giaccone" di Palermo. I PDTA spesso definiscono un percorso teorico che rappresenta solo i desiderata della programmazione sanitaria. Il PDTA regionale, invece, intende qualificarsi come strumento evoluto per concretezza (in quanto

si basa sulla fotografia puntuale della gestione della patologia definita attraverso un'analisi organizzativa e quantitativa dell'attuale percorso), applicabilità (intendendo essere uno strumento operativo, con una chiara definizione di flussi attesi, ruoli e responsabilità degli operatori coinvolti e con una serie di tool di supporto come schede stampabili per Pazienti e medici) e misurabilità, prevedendo un sistema di indicatori - key performance indicator - nelle singole fasi del percorso, al fine di monitorarne l'implementazione. ♥

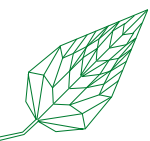
Errata corrige relativa all'articolo "Il progetto IRIS in Sicilia" pubblicato su "Cardiologia negli Ospedali" N. 216 (marzo - aprile 2017)

Autore: Giacomo Chiarandà, 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

> Autore: Giacomo Chiarandà, Maurizio G. Abrignani, a nome del Board Scientifico*

*Giacomo Chiarandà, Maurizio G. Abrignani, Francesco Amico, Alessandro Carbonaro, Alberto Carrubba, Carmelo Cinnirella, Marco Contarini, Salvatore Felis, Giuseppe Paleologo, Salvatore D. Tomasello, Eugenio Vinci



Lo stato nutrizionale dei pazienti ricoverati in UTIC

Un approccio globale in pazienti complessi

Introduzione

Si definisce malnutrizione ogni alterazione dello stato nutrizionale dell'individuo. Si descrivono stati di ipernutrizione, il cui corrispettivo clinico, l'obesità, risulta essere in aumento esponenziale sia nella popolazione dei paesi sviluppati che in quella dei paesi in via di sviluppo, e stati di iponutrizione, il cui impatto epidemiologico, clinico e prognostico è verosimilmente sottostimato⁽¹⁾.

La condizione di iponutrizione, a cui spesso ci si riferisce parlando genericamente di malnutrizione, si presenta con un'elevata prevalenza nella popolazione ospedalizzata, variando dal 30% al 50% dei pazienti ricoverati, a seconda dei contesti

indagati e dei criteri utilizzati per la diagnosi, con una maggiore prevalenza nei reparti di terapia intensiva⁽²⁾. Dal punto di vista diagnostico, la malnutrizione può essere definita come un disordine dello stato nutrizionale, caratterizzato da un deficit di macro e/o micronutrienti che si verifica quando l'apporto calorico è inferiore alle richieste energetiche dell'organismo, e si associa ad alterazioni di funzionalità d'organo e della composizione corporea, ad aumento dei tempi di degenza e ad un peggioramento della morbilità e della mortalità⁽³⁾. La condizione di malnutrizione può essere già presente al momento del ricovero (dovuta a condizioni socio-sanitarie

scadenti a domicilio, secondaria alla patologia cronica di cui sono affetti) e può peggiorare durante la degenza, sia in relazione alla malattia che ha causato il ricovero, sia a causa di una scarsa attenzione al ruolo che le problematiche nutrizionali giocano nella prognosi. Infatti, ogni apparato risente della condizione di malnutrizione: la riduzione della massa muscolare determina un peggioramento della performance respiratoria, l'atrofia della mucosa dell'apparato digerente determina una compromissione della risposta immunitaria, l'alterazione della produzione di ormoni gastrointestinali e la perdita dell'effetto barriera della mucosa intestinale, con aumento della traslocazione batterica nel circolo; infine, la diminuita disponibilità di oligoelementi e di vitamine può compromettere l'ematopoiesi⁽³⁾. Questi processi sono amplificati nei pazienti ricoverati in UTIC, che spesso presentano plurime comorbidità nel contesto di un quadro di instabilizzazione critica. Vi sono numerosi metodi per la valutazione dello stato nutrizionale del paziente ricoverato, con caratteristiche proprie,

	Totale	%
Stato nutrizionale normale	11	34%
Pz a rischio di malnutrizione	27	47%
Pz malnutriti	19	19%

Figura 1 - Stato nutrizionale nei pazienti ricoverati in UTIC

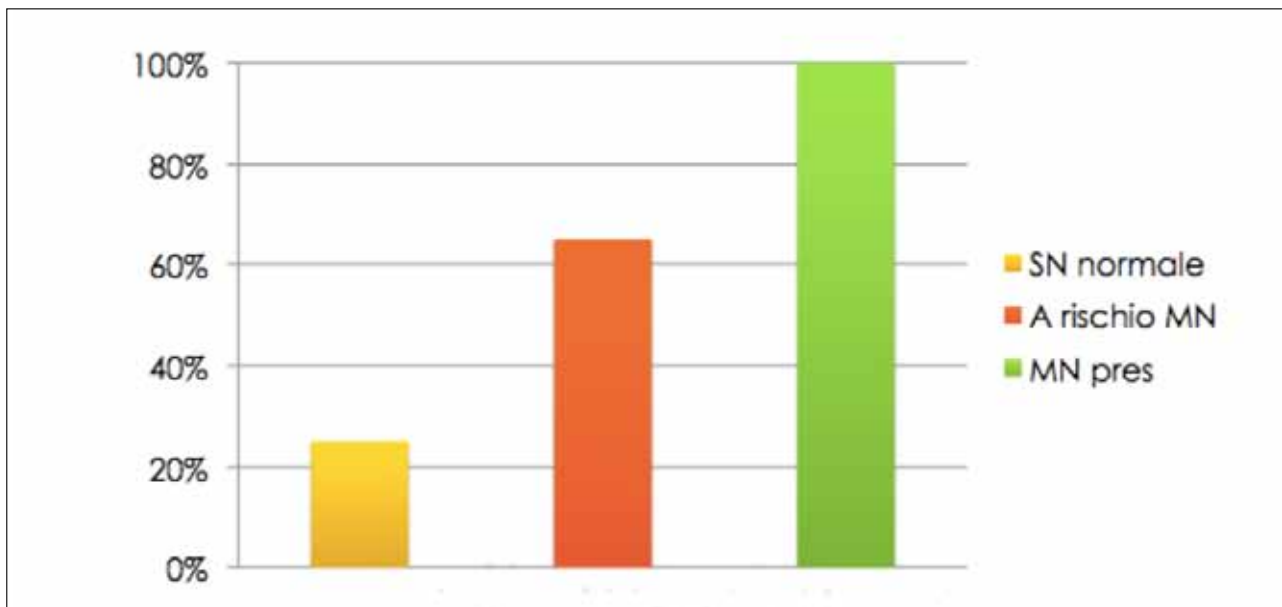
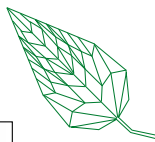


Figura 2 - Associazione LT3S vs Stato Nutrizionale (SN) e Malnutrizione (MN)

diversi setting di validazione, di varia complessità. Nella Tabella si evidenziano, in maniera sinottica, i principali questionari per lo screening e la valutazione dello stato nutrizionale del paziente⁽³⁾.

La nostra esperienza

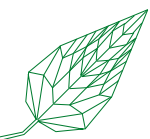
Nella nostra U.O.C. di Cardiologia con Area Critica del P.O. di Copertino abbiamo inserito nella cartella clinica, nelle pagine dedicate all'inquadramento iniziale del paziente ricoverato, un questionario per la valutazione dello stato nutrizionale, convinti che un approccio globale al paziente migliori sensibilmente la prognosi e riduca i tempi medi di degenza. Abbiamo utilizzato per tale scopo un test di facile applicabilità, ma relativamente completo, il Mini Nutritional Assessment (MNA). Recentemente, in concomitanza con la richiesta di poter effettuare uno studio per una tesi di Laurea in Scienze Infermieristiche, abbiamo effettuato un'analisi dei dati relativi allo screening nutrizionale effettuato nei pazienti ricoverati nel periodo agosto-ottobre 2016. Su un totale di 57 pazienti consecutivi (età

media 75 ± 12), abbiamo osservato che solo 19 (34%) presentavano uno stato nutrizionale normale, mentre 27 (47%) erano a rischio di malnutrizione e 11 (19%) presentavano un quadro di evidenti malnutrizione (Figura 1). Abbiamo valutato, altresì, l'associazione tra lo stato nutrizionale e la presenza di Low-T3 Syndrome. La Low-T3 syndrome (LT3S) è caratterizzata dall'alterazione degli indici di funzione tiroidea che si realizza nelle patologie croniche, non associata ad una alterazione primitiva dell'asse Ipotalamo-Ipofisi-Tiroide: in particolare, si osservano ridotti livelli di FT3, a fronte di normali livelli di FT4 e TSH, a causa dell'inibizione funzionale della 5'-desiodasi che regola l'attivazione di T4 a T3. La LT3S si presenta con elevata prevalenza nella popolazione affetta da Scompenso Cardiaco, correla con la classe NYHA e rappresenta uno dei fattori prognostici più importanti nella mortalità dei pazienti con scompenso⁽⁴⁾. In particolare, nei pazienti con severa compromissione della funzione sistolica del Ventricolo sinistro, la

presenza di LT3S determina un tasso di mortalità doppio rispetto ai pazienti che non presentano alterazioni della concentrazione degli ormoni tiroidei⁽⁵⁾. Non sono chiari i meccanismi fisiopatogenetici che determinano l'instaurarsi della LT3S. Le ipotesi più accreditate vedono, nell'inibizione dell'attività della 5'-desiodasi, un meccanismo di protezione dell'organismo nel corso di patologie croniche; l'ipotiroidismo funzionale determinato dalla sindrome, a sua volta, condiziona negativamente la prognosi. Quando abbiamo stratificato il campione dei pazienti considerati dalla nostra indagine in base alla presenza o meno di LT3S abbiamo osservato una forte correlazione con lo stato nutrizionale: infatti, mentre il 25% dei pazienti con stato nutrizionale normale (4/19) presenta una LT3S, l'89% dei pazienti con malnutrizione (8/9) presenta le alterazioni ormonali tipiche della LT3S (Figura 2).

Conclusione

La popolazione dei pazienti ricoverati in UTIC presenta caratteristiche di complessità clinica maggiori rispetto a quella ricoverata in altri reparti.



	Caratteristiche	Commenti
Malnutrition Screening Tool (MST)	Tre domande riguardanti la recente perdita di peso e l'appetito	Molto semplice e diretto, validato in pazienti ricoverati in ospedale. Non comprende valutazioni antropometriche o effetti della malattia acuta.
Malnutrition Universal Screening Tool (MUST)	Valuta la perdita di peso, il BMI e l'effetto della malattia acuta.	Valutazione antropometrica con BMI e l'effetto che la patologia acuta può avere sull'introito di nutrienti. Raccomandato da linee guida ESPEN in comunità.
Nutritional Risk Screening (NRS-2000)	È un'integrazione del MUST che comprende la stadiazione della patologia acuta.	Riflette meglio l'incremento della richiesta nutrizionale correlato alla patologia. Fattibilità del 99%, alta affidabilità e bassa variabilità tra gli osservatori. Raccomandato da linee guida ESPEN in ospedale.
Mini Nutritional Assessment (MNA)	Comprende, oltre ai precedenti, considerazioni sull'autonomia del soggetto, su problemi neuropsicologici.	Per la malnutrizione o il rischio di svilupparla negli anziani degenti in residenze sanitarie, in centri di assistenza o in programmi assistenziali domiciliari. Praticabile e rapido.
Short Nutritional Assessment Questionnaire (SNAQ)	Si basa sulla perdita di peso negli ultimi 6 mesi, sullo sviluppo di inappetenza nell'ultimo mese e sulla necessità di supplementi.	Sviluppato per indagare la malnutrizione nei pazienti ospedalizzati in cui non è possibile calcolare il BMI.
Subjective Global Assessment (SGA)	Quattro sezioni a cura del paziente e una a cura del sanitario.	Attualmente riconosciuto come il test gold standard utilizzabile in molte condizioni cliniche.

Tabella - Questionari per lo screening e la valutazione dello stato nutrizionale

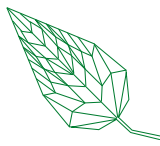
Modificato da Brogi et al. G. Ital Cardiol 2016; 17(4), 259-267.

Lo stato nutrizionale dei pazienti può condizionare sensibilmente la prognosi. Le alterazioni dello stato nutrizionale possono essere già presenti al momento del ricovero o stabilirsi nel corso della degenza a causa della condizione della instabilità clinica, della presenza di comorbidità, ma anche della scarsa attenzione verso le problematiche nutrizionali. Tale condizione si associa, inoltre, ad altri fattori che peggiorano la prognosi, come per esempio la LT3S. La valutazione dello stato nutrizionale al momento del ricovero, attraverso strumenti semplici e di facile applicabilità, può essere uno step fondamentale per individuare la popolazione a maggior rischio, al fine di prevedere un adeguato supporto nutrizionale, sia nel periodo di degenza che al momento della dimissione, riducendo i tempi medi di degenza e migliorando la prognosi dei pazienti. La scelta di inserire tale

strumento di valutazione dello stato nutrizionale nella sezione della cartella dedicata all'inquadramento iniziale del paziente, da compilarsi a cura dell'infermiere responsabile del ricovero, ci sembra favorisca la consapevolezza della centralità di una valutazione globale del paziente e l'adozione delle misure necessarie a garantire al paziente un adeguato supporto nutrizionale. ♥

Bibliografia

1. Soeters PB et al. (2008) A rational approach to nutritional assessment. Clin Nutr 27(5):706 - 716.
2. McWhirter JP, Pennington CR (1994) Incidence and recognition of malnutrition in hospital. BMJ 308(6934):945 - 948.
3. Brogi D et al. (2016) Nutrizione e malnutrizione in terapia intensiva cardiologica. Nozioni di base per il cardiologo clinico. G Ital Cardiol 17(4): 259 - 267.
4. Iervasi G et al. (2003) Circulation 107:708 - 713.
5. Iervasi G et al. (2005) Vascular Health and Risk Management 1(2): 97 - 100.



DI ALBERTO PIVETTA, LAURA MASSA, MARCO MILO,
ANDREA DI LENARDA, GIANFRANCO SINAGRA

Indicatori di qualità nello scompenso cardiaco

Indicatori di processo: un'opportunità per migliorarsi

Negli ultimi decenni vi è stato un importante miglioramento delle cure in Cardiologia che ha portato ad un calo di incidenza di varie patologie, fra cui lo scompenso cardiaco. Tuttavia, nonostante un deciso avanzamento delle opzioni di cura disponibili (i device di protezione da morte aritmica o i sistemi di assistenza circolatoria di lunga durata, tanto per citarne alcuni), non si è ancora assistito ad un significativo

miglioramento della prognosi. La riduzione dell'incidenza dello scompenso è attribuibile solo in parte all'innovazione tecnologica, una costante nella nostra disciplina, ma soprattutto al miglioramento della qualità delle cure. Il miglioramento della qualità delle cure in ambito cardiologico si è verificato in maniera trasversale in molti ambiti: prevenzione primaria, potenziamento della medicina del territorio, organizzazione del percorso del

paziente attraverso reti di patologia per intensità di cure, maggiore standardizzazione dei processi di cura negli Ospedali e certificazione esterna, implementazione sistematica delle linee guida, sono tutte iniziative costo-efficaci e dal forte impatto prognostico. A seconda delle dimensioni della struttura e dell'organizzazione sanitaria, esistono in Italia sistemi piuttosto frammentati di gestione dello scompenso cardiaco con presa in carico di pazienti di

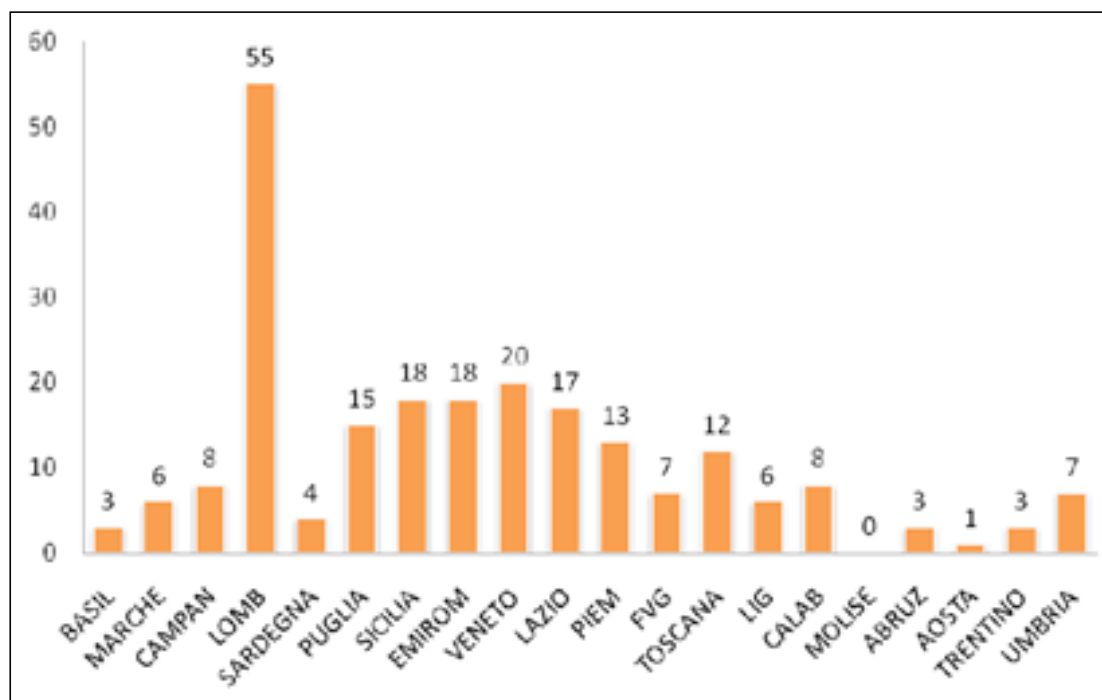


Figura 1 - Numero di ambulatori scompenso divisi per regione

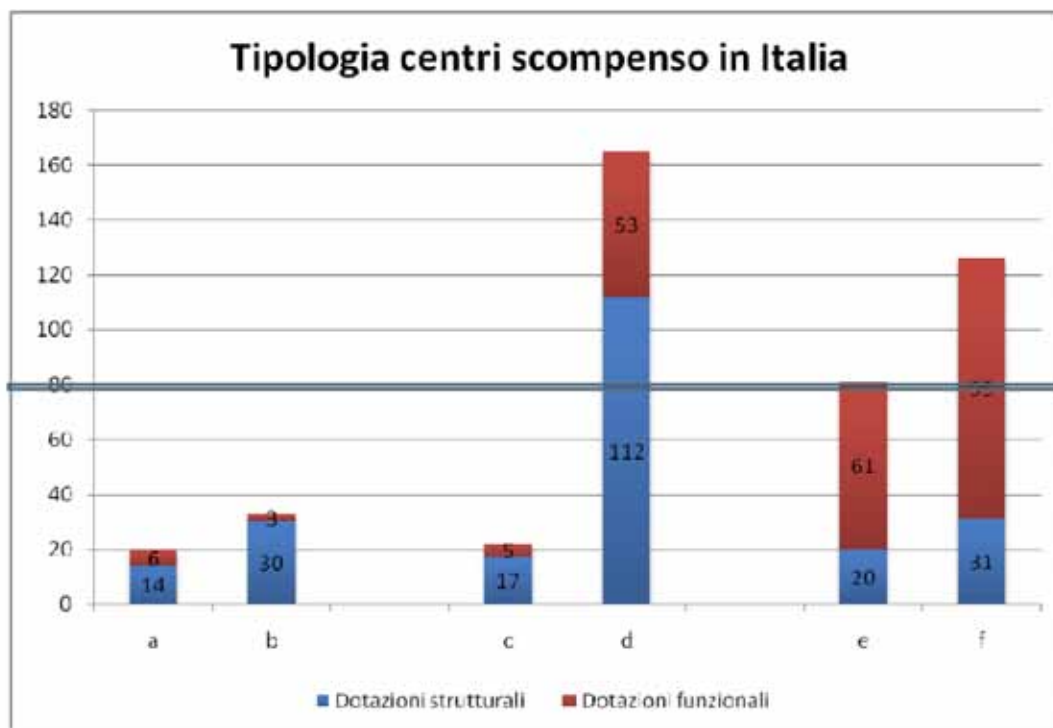
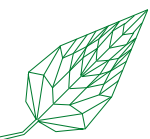


Figura 2 - Tipologia Centri scompeso cardiaco in Italia

tipologia e severità variabile (Figure 1 e 2). È chiaro che il confronto delle misure di qualità e di outcome non può prescindere da una descrizione della popolazione in carico che è variamente caratterizzata anche in ragione della organizzazione, della tipologia di attività del centro e dei volumi di attività. In accordo ad una delle mission storiche dell'ANMCO, è da tempo in studio una proposta di riorganizzazione mirata alla standardizzare dei criteri di presa in carico e gestione dei pazienti con scompenso cardiaco attraverso una rete Ospedale-Territorio nella quale il paziente segua un percorso di cure organizzato per criteri di prossimità ma anche severità e complessità clinica (Documento di Consenso ANMCO/SIC. La rete cardiologica per la cura del malato con Scompenso Cardiaco: organizzazione dell'assistenza ambulatoriale; G Ital Cardiol 2016;17(7):570-593).

Il "sistema Trieste"

La provincia di Trieste presenta in tal senso alcune peculiarità: per le caratteristiche anagrafiche della popolazione rappresenta un "laboratorio demografico" in anticipo di almeno un decennio rispetto alla realtà media italiana (Figura 3). L'organizzazione sanitaria presenta qui aspetti peculiari: l'assistenza cardiologica è fortemente incentrata sul sistema pubblico, che si fa carico dei pazienti affetti da scompenso cardiaco in maniera differenziale secondo la severità clinica e il grado di stabilità della malattia. Per la gestione clinica dei pazienti di tutti i livelli d'intensità viene impiegato un unico software, consentendo processi di revisione di casistica ed indagini statistiche. Nell'ambito della rete è attivo un Ambulatorio scompenso e cardiomiopatie ospedaliero, gestito da un gruppo dedicato di Cardiologi

ospedalieri che si occupa della gestione dei pazienti con profilo di rischio più elevato e a maggiore instabilità clinica, anche qualora tali pazienti si trovino all'interno di percorsi diagnostici complessi ed ancora incompiuti come l'attesa di trapianto o procedure diagnostico-terapeutiche invasive. Questi pazienti rappresentano una piccola quota della totalità dei pazienti con scompenso cardiaco, ma per questi il guadagno atteso in termini di qualità e quantità di vita giustifica il ricorso a risorse economiche e tecnologiche rilevanti e giustifica l'inserimento dell'attività di questo ambulatorio nella più ampia rete di gestione dello scompenso cardiaco nella quale confrontare caratteristiche della popolazione e indicatori. Gli indicatori di performance stanno acquisendo importanza crescente in Cardiologia: inizialmente introdotti per il monitoraggio di attività

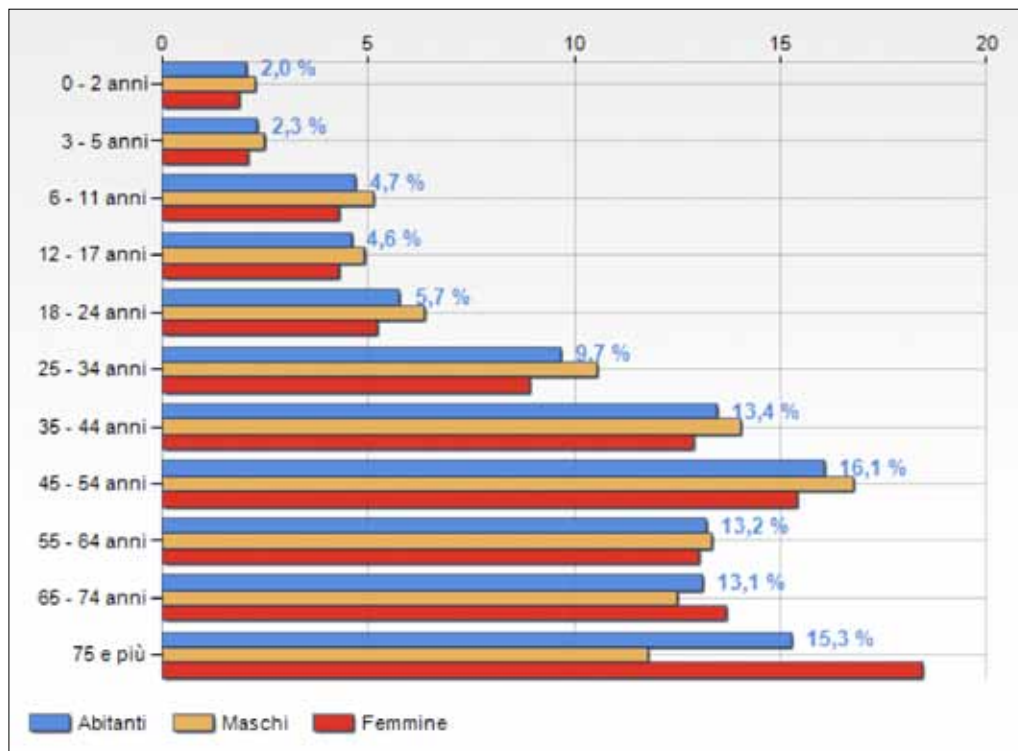
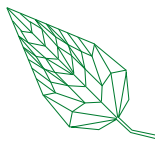


Figura 3 - Distribuzione d'età dei pazienti residenti nel comune di Trieste

ad alto consumo di risorse e con outcome fortemente correlato alla qualità dell'organizzazione, come la rivascularizzazione dell'infarto miocardico acuto, sono poi stati estesi anche allo scompenso cardiaco, tanto da entrare nelle linee guida dell'American Heart Association. Sotto la generica definizione di Indicatori di performance si distinguono misure di processo, che possono essere focalizzate alla cura del paziente o alla valutazione della struttura erogante la prestazione sanitaria, e misure di outcome. Le misure di processo si focalizzano sui trattamenti somministrati ai pazienti, si fondano su valutazioni quantitative di parametri comparabili e sono state variamente correlate all'outcome. Le misure di outcome sono parametri di semplice ed universale rilevazione, ad esempio da dati amministrativi, che dipendono molto dal rischio della popolazione presa in esame,

parametro questo difficile da standardizzare, e non forniscono necessariamente indicazioni circa le aree sulle quali intervenire. L'American Heart Association ha identificato a partire dal 2011 una serie indicatori di processo, misurati inizialmente a livello ambulatoriale e successivamente al momento della dimissione dal ricovero ospedaliero, che consentissero al contempo la misurazione sia della qualità dell'assistenza che dell'intervento specifico nell'ambito dello scompenso cardiaco. Tali indicatori sono stati identificati tra i parametri a riconosciuto impatto prognostico utilizzando come target di aderenza il dato medio delle migliori strutture di Cardiologia a livello di performance. Nell'ottica di inscrivere l'attività della Cardiologia Ospedaliera nella rete per la gestione dello scompenso cardiaco nella realtà di Trieste, abbiamo attivato un audit

sull'applicazione degli indicatori di processo misurando i nove parametri identificati dall'American Heart Association su un campione randomizzato di 100 visite eseguite presso l'Ambulatorio scompenso e cardiomiopatie dell'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste e di 100 lettere di dimissione con prima diagnosi di scompenso cardiaco nel corso dell'anno 2015 (Tabella 1). L'aderenza ai trattamenti raccomandati è risultata elevata in tutti gli indicatori. Un'area di miglioramento è costituita dalla bassa percentuale di pazienti per i quali si faccia esplicito riferimento alla esecuzione di un intervento di counseling prima dell'impianto di ICD in prevenzione primaria, aspetto sul quale è stato attivato uno specifico intervento di miglioramento.

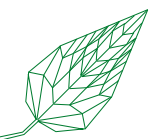


Tabella 1

Descrizione Parametro	Setting	% di applicazione
1. Misurazione LVEF negli ultimi 12 mesi	Outpatient	100%
2. Misurazione LVEF durante il ricovero o appuntamento per ecocardiogramma in lettera di dimissione	Inpatient	100%
3. Valutazione quantitativa/semiquantitativa (classe NYHA) dei sintomi e/o del livello di attività fisica	Outpatient	100%
4. Management dei sintomi (percentuale di pazienti con una misura quantitativa dell'attuale livello di attività fisica e dei sintomi nei quali ci sia un riferimento al miglioramento o peggioramento dei sintomi rispetto al piano di cura precedentemente impostato)	Outpatient	97%
5. Self-care education (indicazioni su ≥ 3 o ≥ 1 parametri durante ≥ 1 visita negli ultimi 12 mesi)	Outpatient	66% ≥ 3 parametri 89% ≥ 1 parametro
	Inpatient	83%/98%
6. Beta-bloccanti (LVEF $< 40\%$, percentuale di pazienti effettiva /% di pazienti eleggibili in cui il farmaco non è controindicato)	Outpatient	94%/98%
	Inpatient	75% (97%) ¹
7. ACE Inibitori o ARB (LVEF $< 40\%$, percentuale di pazienti effettiva /% di pazienti eleggibili in cui il farmaco non è controindicato)	Outpatient	96% (99%)
	Inpatient	94% (97%) ¹
8. Counseling per impianto di ICD in prevenzione primaria (LVEF $\leq 35\%$ nonostante trattamenti raccomandati per almeno tre mesi)	Outpatient	40%
9. Indicazione sul follow-up in lettera di dimissione	Inpatient	98% ²

1 percentuale di pazienti effettiva (% di pazienti eleggibili in cui il farmaco non è controindicato);

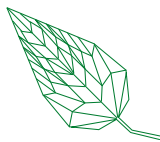
2 percentuale di pazienti in cui è indicato un follow-up e il responsabile del controllo ma non è precisata data o luogo dello stesso.

In conclusione

La “presa in carico” dei pazienti con scompenso cardiaco costituisce uno snodo fondamentale per la continuità di cure e dei percorsi in un sistema che si sta riorganizzando in modelli di rete di continuità Ospedale-Territorio con un

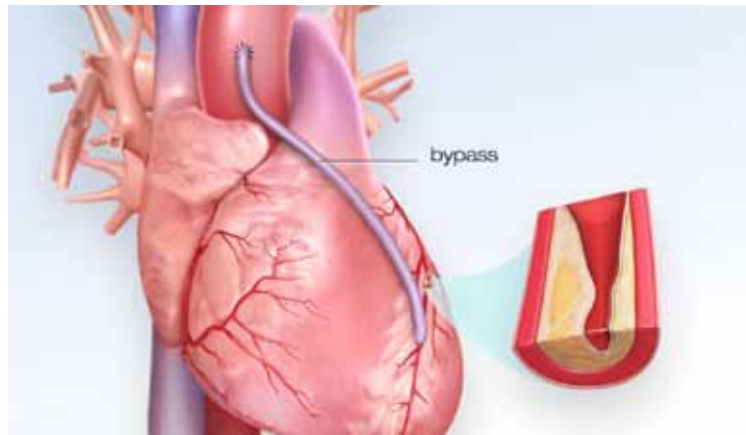
approccio al paziente diversificato per complessità ed intensità di cure. La razionalizzazione delle risorse e la necessità di rendere quantificabile il contributo di ogni singola struttura all'interno della rete, rendono fondamentale il ricorso a misure di performance. Queste modalità di approccio alle revisioni critiche

di casistica oltre a sensibilizzare sulla necessità di rispettare, fissare e monitorare indicatori, potrebbe essere utilmente seguita in altri ambiti (medicina interna, geriatria, medicina del territorio), nell'ottica di sistematizzare un approccio oggettivo e quantificabile utile all'armonizzazione dei percorsi. ♥



Buon Compleanno Bypass Aorto - Coronarico

Il 9 maggio 1967 l'argentino René Favaloro⁽¹⁾ eseguì il primo bypass aorto-coronarico sulla coronaria destra con successo alla Cleveland Clinic, rivoluzionando la gestione della cardiopatia ischemica. Ma altri chirurghi prima di lui si erano cimentati in diversi tipi di approccio per combattere l'angina, riducendo il lavoro cardiaco (simpaticectomia) o aumentando l'offerta di sangue (legatura dell'arteria toracica interna o del seno coronarico, impianto dell'arteria toracica interna ecc.). Però Robert H. Goetz⁽²⁾ già nel 1960 aveva praticato un intervento di rivascolarizzazione coronarica collegando l'arteria toracica interna destra alla coronaria utilizzando una cannula di Payr modificata in tantalio. La pervietà dell'anastomosi fu dimostrata con angiografia e il paziente rimase asintomatico per un anno. Il suo lavoro pionieristico non venne apprezzato. Nel 1965 Kolesov⁽³⁾ praticò un bypass aorto coronarico in un paziente con infarto miocardico acuto, i colleghi russi ritennero l'intervento inutile perché non aveva futuro. Kolesov però fu il primo a riferire dell'innesto di una vena safena sulla discendente anteriore sinistra. La strada era stata tracciata e molti cardiocirurghi si cimentarono nella rivascolarizzazione coronarica, utilizzando diversi tipi di condotti (la gastroepiploica, la toracica interna o mammaria e l'arteria radiale), incrementando il numero degli innesti e impiegando innesti sequenziali per favorire una

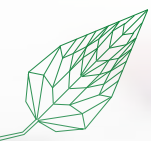


più completa rivascolarizzazione. Nel 1990 le successive innovazioni tecniche (a cuore battente e poco invasive) hanno migliorato i risultati e ridotto le complicazioni della procedura. Il successo della rivascolarizzazione coronarica con bypass fu dimostrato con diversi studi randomizzati, il primo dei quali, condotto dalla Veterans Administration, fu pubblicato nel 1977 sul "New England Journal of Medicine"⁽⁴⁾. Le innovazioni delle tecniche diagnostiche (ecocardiografia intravascolare, valutazione della riserva di flusso coronarico) hanno migliorato la selezione dei pazienti, permettendo di scegliere per loro il tipo di intervento più opportuno fra bypass, angioplastica con e senza stent e persino procedure ibride (associazione di angioplastica e bypass). L'heart team è fondamentale per questo processo decisionale. In ogni caso l'intervento di rivascolarizzazione miocardica resta fra le conquiste più importanti della

Cardiologia e della Cardiocirurgia di questi ultimi 50 anni tenuto conto dell'ampia diffusione della malattia coronarica in tutto il mondo. Gli approcci pionieristici di tanti Cardiologi e Cardiocirurghi (in particolare statunitensi) hanno permesso i successivi sviluppi della gestione chirurgica dell'ischemia miocardica. Tutti meritano la nostra riconoscenza e quella dei pazienti. ♥

Bibliografia

1. Favaloro RG *Saphenous vein autograft replacement of severe segmental coronary artery occlusion (operative technique)* Ann Thorac Surg 1968; 5:334-339.
2. Goetz RH, Rohman M, Haller M et al *Internal mammary-coronary artery anastomosis-a nonsuture method-employing tantalum ring* J Thorac Cardiovasc Surg 1961; 41:378-386.
3. Kolesov VI, Potashov LV *Operations on the coronary arteries* Exp Chir Anaesth 1965; 10:3-8.
4. Veterans Administration Coronary Artery Bypass Cooperative Study Group *Eleven-year survival in the Veterans Administration randomized trial of coronary bypass surgery for stable angina* N Engl J Med 1984; 311:1333-1339.



Addio legge Balduzzi, benvenuta legge Gelli-Bianco

Fedeli alla promessa fatta nello scorso incontro (“Cardiologia negli Ospedali” N. 216, marzo - aprile 2017), continuiamo ad analizzare, sinteticamente, le novità apportate dalla recente legge Gelli-Bianco in materia di responsabilità medica. Oggi in particolare ci occuperemo di quello che, nell’affrontare la c.d. legge Balduzzi, avevamo definito “versante penalistico” delle conseguenze nelle quali il professionista medico può incorrere nell’esercizio della propria attività. **Vorresti ricordare quali erano i principi affermati dalla normativa del 2012?**

Molto volentieri, anche e soprattutto perché in tal modo potremo meglio renderci conto delle novità intervenute con la legge dello scorso marzo. In maniera molto sintetica, la legge Balduzzi aveva operato all’art. 3 una

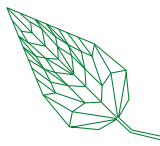
vera e propria limitazione dell’ambito di rilevanza penale della condotta del medico. Questi infatti non avrebbe risposto penalmente, quanto alle ipotesi di omicidio colposo o di lesioni colpose (e quindi non caratterizzate da intenzionalità), per colpa lieve laddove si fosse attenuto alle linee guida ed alle buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica. Ciò significava escludere la responsabilità penale laddove non fossero state ravvisabili gravi violazioni delle *leges artis* e sempre che il medico avesse conformato il proprio agire a quelle che abbiamo definito direttive utili al fine di creare omogeneità di trattamenti terapeutici e sanitari per fattispecie che presentano caratteristiche comuni, redatte da istituzioni scientifiche, strutture sanitarie o pubbliche autorità che offrono al medico suggerimenti operativi in fatto di diagnosi, prognosi

e cura o, comunque, a consolidate consuetudini operative, anch’esse generalmente riconosciute e condivise. **Quale il fine perseguito dal legislatore?**

Come dicevamo nel nostro colloquio sulla legge Balduzzi, il legislatore intendeva per un verso arginare il fenomeno della c.d. medicina difensiva; per un altro verso fornire al giudice strumenti di valutazione della condotta del sanitario oggettivi e per così dire “misurabili”.

In che modo la legge Gelli - Bianco interviene sul punto?

Potremmo dire in maniera “ambivalente”. Da un lato, come vedremo, si conserva la rilevanza delle linee guida; da un altro lato, l’art. 6 della legge n. 24 del 2017 dispone l’abrogazione della legge Balduzzi. In sostanza la “cancella”.



Viene quindi prevista una nuova disciplina?

Proprio così. E, come ha affermato la Corte di Cassazione in una recente pronuncia, il legislatore ha addirittura manifestato la volontà di rifondare la disciplina penale della responsabilità in ambito sanitario attraverso non solo la cancellazione della legge Balduzzi, ma anche attraverso la introduzione di una nuova fattispecie penale.

Di che articolo si tratta? E cosa prevede?

Ebbene, è stato introdotto nel codice penale l'art. 590 *sexies* dedicato proprio alla “*Responsabilità colposa per morte o lesioni personali in ambito sanitario*”. La nuova disposizione prevede al primo comma che, nel caso di omicidio e lesioni colpose commesse nell'esercizio di professione sanitaria, troveranno applicazione le ordinarie “regole” previste dagli artt. 589 e 590 del codice. Al secondo comma prevede però un'eccezione che tiene conto della circostanza che ci troviamo in presenza di responsabilità medica. Si prevede, infatti, che laddove il fatto si sia verificato per imperizia, la punibilità viene meno quando siano state osservate le raccomandazioni previste dalle linee guida ovvero, in mancanza di queste, ci si sia attenuti alle buone pratiche clinico-assistenziali. In ogni caso è necessario che le raccomandazioni contenute nelle linee guida risultino adeguate alle specificità del caso concreto.

Mi sembra una disciplina abbastanza diversa da quella precedente. Certo, restano le linee guida, però, mi pare di notare, non si parla più di colpa lieve e invece si menziona la imperizia.

Sono osservazioni assolutamente

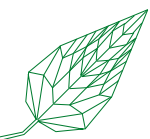
corrette che offrono modo per esaminare più da vicino alcuni aspetti specifici della nuova regolamentazione. Innanzitutto: è vero, anche nel nuovo testo legislativo le linee guida vengono in rilievo. Probabilmente onde conferire maggiore certezza al giudice che dovrà poi utilizzarle come parametro valutativo della condotta del medico, il nuovo art. 590 *sexies* richiede che esse siano “*definite e pubblicate ai sensi di legge*”. Nonostante la loro certa importanza, è pur necessario ricordare che, per come evidenziato dalla Suprema Corte, esse non esauriscono le regole dell'*ars medica* e, soprattutto, devono essere applicate senza automatismi, ma rapportandole alle specificità di ciascun caso concreto, anzi di ciascun caso clinico. Laddove manchi tale considerazione – ed è questo un dato da tenere in attenta considerazione – alle linee guida non potrà attribuirsi alcuna rilevanza onde escludere la responsabilità penale.

Cosa della imperizia?

Tramite il riferimento alla imperizia, il legislatore ha inteso circoscrivere la rilevanza penale alle ipotesi nelle quali il fatto si sia verificato in conseguenza della violazione delle cc.dd. *leges artis*. Come intuivi, si tratta di una scelta inversa rispetto a quella operata nel 2012 allorquando si era riproposta, onde delimitare la responsabilità penale del medico, la contrapposizione tra colpa lieve e colpa grave, in conformità con quanto previsto, in materia di responsabilità civile, dall'art. 2236 del codice civile per l'appunto. In questo modo, il legislatore ha voluto escludere dall'ambito di non punibilità, meglio di irrilevanza penale, condotte che siano riferibili alla negligenza e quindi di trascuratezza.

È possibile individuare quale tra la vecchia e la nuova disciplina sia più favorevole per il professionista medico?

Non solo è possibile, ma anche necessario. La legge penale si conforma al principio d'irretroattività: ciò significa che essa, in linea generale, non opera che per il futuro, di modo che non potrà essere accusato, processato e condannato per un fatto che al momento della commissione è indifferente per l'ordinamento penale. Tuttavia, in ragione del c.d. *favor rei*, si prevede che nel caso in cui rispetto alla commissione del fatto già “contemplato” da una disposizione penale intervenga una nuova disciplina, dovrà trovare applicazione la legge più favorevole. Dunque, in ipotesi, anche per un fatto commesso anteriormente all'entrata in vigore di una legge, potrebbe applicarsi, retroattivamente, la nuova disciplina se, e soltanto se, più favorevole. Proprio in ragione di tale considerazione, la Suprema Corte di Cassazione ha autorevolmente individuato la disciplina più favorevole, ravvisandola in quella del 2012 nella misura in cui consentiva di effettuare un giudizio che tenesse conto del diverso grado della colpa. Si tratta, però, è bene precisarlo di un giudizio comparativo che non significa irragionevolezza della nuova disciplina. Sono certamente presenti alcuni dubbi interpretativi ed alcune incertezze che, però, certamente riceveranno soluzione da parte della dottrina e della giurisprudenza. Noi, per il momento, ci limitiamo a prendere atto di questo nuovo intervento legislativo che rappresenta, per ora e chissà fino a quando, l'ultima parola del legislatore sul controverso settore della responsabilità medica. ♥



Il Cuore nella seconda metà del Settecento

Piccola Storia della Medicina Cardiovascolare



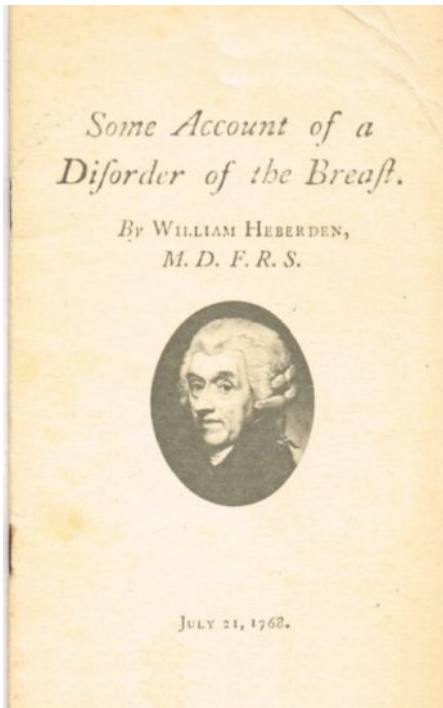
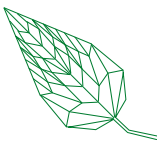
Leopold Auenbrugger (Graz 1722 - Vienna 1809)



Nel precedente articolo ("Cardiologia negli Ospedali" n° 214, novembre - dicembre 2016) abbiamo ricordato i progressi della scienza medica, in particolare in cardiologia, in Italia nella seconda metà del Settecento; ma cosa accadeva nello stesso periodo in Europa e nel mondo? Nel campo della Biochimica si studiava la respirazione. Nel 1790 Antoine L. Lavoisier (vittima della follia omicida della Rivoluzione Francese per le sue origini aristocratiche) e Pierre S.

“Vi è un disturbo del petto, caratterizzato da sintomi molto particolari, che comporta uno speciale pericolo. La sua sede, il suo carattere di strangolamento costrittivo e l’ansietà a cui si accompagna meritano di chiamarla angina pectoris...”

Laplace annunciano che la combustione è un fenomeno simile alla respirazione animale. La scuola di Oxford aveva dimostrato che un animale, collocato sotto una campana con una candela accesa, dava segni di asfissia, fino a morire. Il chimico inglese Joseph Priestley (1733-1804) fu il primo ad affermare che ciò doveva essere a causa di qualche gas che era consumato. La scoperta dell’ossigeno fu condivisa dal farmacista svedese Karl W. Scheele nelle *“Osservazioni chimiche ed esperimenti sull’aria e sul*



William Heberden (Londra 1710 - 1801)

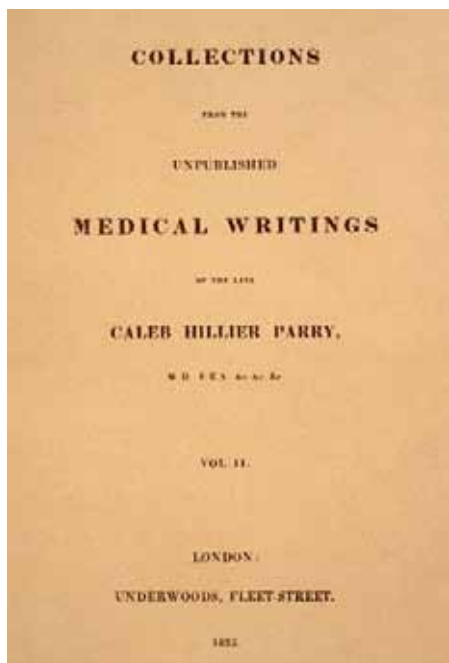
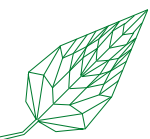
fuoco" del 1777, dove descrisse azoto, cloro e manganese, la glicerina e molti acidi organici (tartarico, lattico, urico, citrico). Nel 1780 Francis Home misura la quantità di zucchero presente nell'urina dei diabetici e il londinese William Hewson il tempo di coagulazione, riportandone anche le alterazioni in presenza di alcune malattie; nel 1781 Henry Cavendish descrive per la prima volta la composizione dell'acqua; infine nel 1797 William H. Wollaston dimostra la presenza di urati nella gotta. In Microbiologia Otto F. Muller (1730-1784), seguace di Linneo, formula la prima classificazione dei batteri esposta nell'*Animacula infusoria et marina*, suddividendoli in numerosi generi la cui denominazione sussiste tuttora: cocchi, bastoncini, vibrioni, cocchi disposti a catenella (streptococchi) o agglomerati a



grappolo (stafilococchi). Lo sloveno Marcus A. Plenciz (1705-1786), professore di medicina a Vienna, nella sua *Opera medico-physica* del 1762, scrive che ogni infezione ha un proprio agente causativo specifico

“Chi ne è colpito soffre camminando, soprattutto se fa una salita poco dopo il pasto. Si tratta di una sensazione intratoracica dolorosa e particolarmente spiacevole che dà l'impressione d'essere mortale, ma con il riposo tutto scompare...”

(*contagium vivum*). Nel 1796 avviene la prima vaccinazione contro il vaiolo, da parte del medico inglese Edward Jenner (1749-1823). In un clima reso fertile dalle idee della rivoluzione francese, il milanese Luigi Sacco (1769-1836) diffuse tale pratica nella Repubblica Cisalpina, avviando così il cammino della medicina preventiva. Entro la fine del 1802 tutti i paesi europei introdussero la vaccinazione, e alcuni la resero obbligatoria, per cui vi fu un crollo verticale della morbilità del vaiolo. La Fisiologia, intesa come studio del funzionamento del corpo umano in condizioni normali, si andò distaccando dall'anatomia acquisendo i caratteri di disciplina autonoma. Uno dei suoi fondatori fu Albrecht von Haller (1708-1777), originario di Berna e professore di anatomia, chirurgia e botanica a Göttingen, autore delle *Icones anatomicae* (in cui descrisse in dettaglio la circolazione arteriosa del corpo umano) e soprattutto degli *Elementa physiologiae corporis umani*. Haller, in contrasto alle dottrine vitalistiche, applicò il modello meccanicistico e condusse una serie di esperimenti su animali, osservando che la stimolazione provocava in alcune parti del corpo contrazione e in altre dolore. Suddivise le strutture del corpo in due gruppi, quelle irritabili (i muscoli) e quelle sensibili (le fibre nervose). John Brown (1735-1788), professore all'Università di Edimburgo, ideò di un sistema medico, esposto nell'opera *Elementa Medicinae* del 1780, al cui centro mise il concetto di *eccitabilità*, intesa come qualità di base della materia vivente, insita nel cervello e nelle fibre neuromuscolari, consistente nella capacità di ricevere stimoli

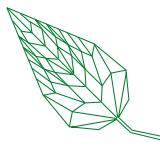


Caleb Hillier Parry (Cirencester 1755 - Bath 1822)

dall'esterno e di reagire a essi. La malattia è imputabile a una deficienza nel grado di stimolazione, per cui sostenne l'uso di trattamenti stimolanti, contrariamente a quanto aveva fatto la pratica medica fino ad allora, ricorrendo a misure debilitanti come il salasso. In Patologia, la tappa successiva al *De sedibus* di Morgagni è rappresentata dall'enucleazione di entità anatomopatologiche dall'ormai abbondante casistica anatomoclinica. In Francia, nel 1763, Boissier de Sauvages, nella sua opera *Nosologia methodica sistens morborum classes, genera et species*, afferma che “col metodo della sede della malattia non si otterrà mai l'evidenza che stabilisce il carattere della malattia”. Si tratta della tipizzazione delle lesioni d'organo, quale si trova nella *Morbid anatomy of some of the most important parts of the human body* (1793) di Matthew Baillie (1761-1823). La patologia sistematica raggiunse la sua espressione più

completa quando Philippe Pinel (1745-1826) associò al metodo classificatorio linneano quello analitico per la conoscenza scientifica del filosofo Étienne de Condillac. L'espressione più evidente di questo tentativo fu la sua opera maggiore, *Nosographie philosophique, ou la méthode de l'analyse appliquée à la médecine*. Egli riteneva che il metodo analitico consentisse di riconoscere le malattie primitive che con le loro diverse combinazioni ne formavano molte altre, e di distribuirle secondo affinità tratte dal carattere particolare dei loro sintomi o dalla struttura organica delle parti colpite. Ne isolò cinque classi cardinali: la febbre, l'infiammazione, l'emorragia, la neurosi e la malattia linfatica. “Le flemmasie [le infiammazioni] sono state divise in differenti ordini, a seconda che abbiano la loro sede nei tegumenti, nelle membrane mucose, sierose o fibrose, nelle ghiandole o nei muscoli. Che importa che

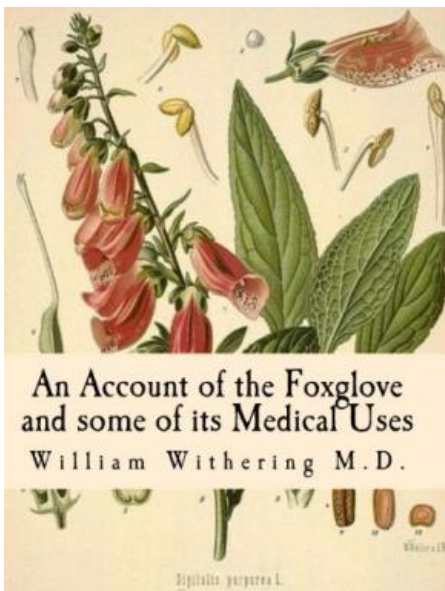
le aracnoidi, la pleura e il peritoneo risiedano in differenti regioni del corpo umano, se queste membrane presentano una conformità generale nella loro struttura?” Marie F.X. Bichat (1771-1802), anatomico, chirurgo e fisiologo francese è ritenuto da molti il fondatore dell'istologia. Attivo all'Hôtel Dieu di Parigi, dove ebbe modo di acquisire una grande esperienza settoria, basandosi sulla sola osservazione macroscopica, in quanto non utilizzava il microscopio, a lui si deve la scoperta che gli organi del corpo umano sono costituiti da tessuti, l'unità funzionale della vita, di cui descrisse 21 tipi nel *Traité des membranes en générale et des diverses membranes en particulier* del 1800. Fu sostenitore delle teorie del vitalismo, distinguendo nei tessuti delle proprietà fisiche invariabili, che possono essere calcolate, come elasticità ed estensibilità, e delle proprietà vitali, ossia sensibilità e contrattilità. La salute dipenderebbe dal mantenimento della vitalità dei tessuti, mentre la malattia e la morte sarebbero causate dalla perdita di questi principi vitali. Diverse scoperte anatomiche sono legate al suo nome, tra cui la tunica intima vascolare, detta tunica di Bichat. In una comunicazione tenuta nel 1756 all'Accademia di Scienze Mediche di Berlino, Johann F. Meckel illustrava il seguente caso paradigmatico di cuore polmonare cronico da pneumopatia restrittiva: “Alla sezione di un cadavere di un facchino dell'età di 76 anni la cui spina del dorso era tutta curvata e immobile per anchilosi delle vertebre, il ventricolo destro era il doppio più grande del sinistro e l'arteria polmonare aveva lo stesso diametro dell'aorta”. Un posto a parte nella storia della medicina



occupano i fratelli Hunter, scozzesi trasferitisi a Londra: William (1718-1783) che lasciò un museo ricco di reperti anatomopatologici e John (1728-1793), grande chirurgo e anatomista, padre della chirurgia sperimentale. In una sua opera del 1794, *A treatise on the blood, inflammation and gun-shot wounds*, considerava l'infiammazione un importante meccanismo difensivo e riparatore avente lo scopo di delimitare localmente un processo irritativo, distinguendone tre tipi: adesivo, suppurativo e ulcerativo. Hunter fu il primo a dimostrare, nel 1787, il principio dell'angiogenesi: in esperimenti sui cervi, scoprì che, se un vaso principale era obliterato, nuovi vasi più piccoli si formavano per irrorare i tessuti compromessi. Una tappa ulteriore era riconoscere anche nel vivente le lesioni d'organo individuate al tavolo anatomico. Il metodo anatomo-clinico fu adottato nei principali centri europei, specie a Leiden e Vienna, dove Leopold

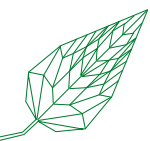
Auenbrugger, facendo tesoro dell'esperienza acquisita nell'osteria paterna, sostenne l'importanza della percussione come tecnica semeiotica per osservare, in vivo, alterazioni degli organi toracici, come versamenti pleurici e addensamenti polmonari "Queste variazioni dipendono dalla causa che può diminuire o accrescere il volume dell'aria comunemente contenuta nella cavità toracica. Questa causa, sia una massa solida o una massa liquida, produce ciò che noi osserviamo, per esempio, nei barili, i quali quando sono vuoti risuonano in tutti i punti; ma, se sono riempiti, perdono tanto della loro risonanza quanto il volume dell'aria che essi contengono è stato diminuito". Il metodo, esposto nell'opera *Inventum novum ex percussione thoracis humani ut signo abstrusos interni pectoris morbos detegendi*, non ebbe particolare risonanza, fino alla riscoperta, ai primi dell'800, da parte di Corvisart. William Heberden, nelle *Memoirs of Medical Society of London*, scrisse nel 1772 "Vi è un disturbo del petto,

caratterizzato da sintomi molto particolari, che comporta uno speciale pericolo. La sua sede, il suo carattere di strangolamento costrittivo e l'ansietà a cui si accompagna meritano di chiamarla *angina pectoris*". Heberden descrisse non meno di un centinaio di casi (soprattutto uomini intorno ai cinquanta anni di età), in modo tuttora attuale e corretto: "Chi ne è colpito soffre camminando, soprattutto se fa una salita poco dopo il pasto. Si tratta di una sensazione intratoracica dolorosa e particolarmente spiacevole che dà l'impressione d'essere mortale, ma con il riposo tutto scompare. Il dolore vicino allo sterno ha la tendenza ad estendersi alla parte sinistra piuttosto che a destra. Il polso non è modificato. Dopo qualche tempo, il dolore appare anche senza camminare, anche quando il malato è disteso. Alla lunga il malato muore improvvisamente". William Cullen (1712-1790), scozzese, da un'analisi di un caso riferito e di rilievi anatomici, definì la sincope anginosa come differente dalla classica sincope per il fatto di essere preceduta da una sensazione d'angoscia nella regione cardiaca ed essere scatenata dall'attività fisica. Altri medici che trattarono di angina furono John Fothergill, che pubblicò nel 1779 le sue osservazioni, Percivall Pott, che nel terzo volume dell'*Edinburgh Medical Commentaries* fornì un caso clinico con studio anatomo-patologico, J. Johnstone e Gorge C. Black. Tutti questi autori furono citati da Caleb H. Parry nel trattato che scrisse sull'argomento nel 1799, in cui concluse che esisteva una correlazione tra l'ossificazione delle arterie coronarie e l'angina pectoris. Nonostante il numero di casi clinici descritti, la nozione d'angina pectoris non fu ammessa subito dalla



William Withering (Wellington 1741 - Birmingham 1799)





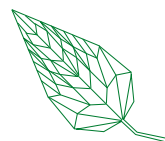
corporazione medica e il termine stesso fu evitato per molto tempo. Anche il citato John Hunter è legato alla trasformazione della sindrome stenocardica da entità clinica ad anatomoclinica, cioè correlata con alterazioni morfologiche delle coronarie. Egli, infatti, soffrì di angina pectoris per vent'anni, e nel 1778 Jenner, proprio l'inventore della vaccinazione antivaiolosa, ricondusse i suoi disturbi all'indurimento delle arterie coronarie. Quindici anni dopo, Hunter morì durante una crisi anginosa e l'autopsia evidenziò proprio una grave ossificazione coronarica, con cicatrici da pregresso infarto miocardico. In campo farmacologico, il botanico William Withering introduce nel 1785 la digitale (*digitalis purpurea*) nella cura delle malattie cardiache e in particolare dello scompenso cardiaco, descrivendo i suoi effetti terapeutici e tossici: "*sickness, vomiting, purging, giddiness, confused vision, objects appearing green and yellow; increased excretion of urine, with frequent motions to part with it; and sometimes inability to retain it; slow pulse, even as slow as 35 in a minute, cold sweats, convulsions, syncope, death*". Nel 1758 Johann Rudolf Geigy inizia l'attività a Basilea producendo *materiali, sostanze chimiche, coloranti e farmaci di tutti i tipi* e nel 1781, a Osama, Chobei Takeda fonda l'omonima azienda per la distribuzione di farmaci tradizionali cinesi e giapponesi. Col XVIII secolo la Chirurgia si emancipò dalla posizione subalterna ricoperta fino a quel momento, acquisendo pari dignità rispetto ad altri insegnamenti

universitari. Nella seconda metà del XVIII secolo fece scuola Pierre Desault (1738-1795), capo chirurgo all'Hôtel Dieu di Parigi, che diede il nome a nuove tecniche legatura degli aneurismi. Nel campo dell'Igiene e dell'organizzazione sanitaria, Tenon, chirurgo alla Salpetriere di Parigi, scrive nel 1784 che "gli ospedali sono degli strumenti o se si preferisce delle macchine per trattare i malati in gran numero ed in economia" e il Segretario di Stato Francese, Breteuil, si rivolge alla Accademia delle Scienze invitandola a costituire un gruppo di esperti per esaminare l'organizzazione ospedaliera. Gli ospedali dovevano avere una limitazione dei posti letto, un sistema a padiglioni separati con una distanza minima tra gli edifici doppia rispetto all'altezza dei piani, reparti distinti per uomini e donne garantendo a ogni malato il proprio letto, una disposizione dei letti, nelle corsie, su due file, con un numero massimo di 36 malati per stanza, finestre estese fino al soffitto, scale aperte e ventilate dall'esterno. Gli ospedali tendono a diventare specializzati (ortopedia, maternità, infanzia, oculistica, pellagra, malaria, manicomi, malattie infettive e veneree etc.) e non sono più luoghi di accoglienza dei poveri. Si introducono la semeiotica clinica *ante-mortem* (2 giri di visite al giorno), la semeiotica anatomo-patologica *postmortem* (autopsie), le analisi strumentali e di laboratorio (gabinetti di analisi), la valutazione della dieta e della terapia, le divise sanitarie e la figura del direttore medico. Con la

Rivoluzione Francese furono create le *Ecoles de Santé* (1794), con le quali la Convenzione, prescindendo dal nome *medecine* dalle vecchie facoltà, individuava un'area di conoscenze teoriche e pratiche che concernevano appunto la *santè*, intesa come, oltre che un bisogno, un diritto primario del cittadino. In esse si insegnavano clinica ospedaliera (segni, sintomi e autopsie), chimica applicata (relazioni tra processi morbosi e farmaci, fisiologia) e polizia medica. Nel saggio *Du degré de certitude de la médecine* (1797), Cabanis (che introdusse le cartelle cliniche) certifica la morte della vecchia medicina. ♥

NdR:

I precedenti articoli/puntate di questa storia della medicina cardiovascolare sono stati pubblicati nei seguenti numeri di "Cardiologia negli Ospedali": 178 (novembre - dicembre 2010), 179 (gennaio - febbraio 2011), 181 (maggio - giugno 2011), 182-183 (luglio - agosto/settembre - ottobre 2011), 184 (novembre - dicembre 2011), 185-186 (gennaio - febbraio/marzo - aprile 2012), 187 (maggio - giugno 2012), 188 (luglio - agosto 2012), 189 (settembre - ottobre 2012), 190 (novembre - dicembre 2012), 192 (marzo - aprile 2013), 198 (marzo - aprile 2014), 199-200 (maggio - giugno/luglio - agosto 2014), 202 (novembre - dicembre 2014), 203 (gennaio - febbraio 2015), 205 (maggio - giugno 2015), 209 (gennaio - febbraio 2016), 211 (maggio - giugno 2016), 214 (novembre - dicembre 2016).



Letto per voi

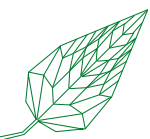
“Le parole del cuore”

di Claudio Cuccia

Ho letto con interesse ed una buona dose di divertimento il Glossario di Claudio Cuccia. È decisamente originale. È una lettura che stimola ed è il primo libro che offre ai lettori, medici e non, diverse chiavi di lettura proponendo un piano a) un piano b) e addirittura un piano c). Il primo spunto è ricordare sempre ai medici ed a tutti gli operatori della sanità che, le persone malate che entrano in una struttura sanitaria si sentono perse ed indifese, il luogo è spesso spersonalizzante e lo stare male rende fragili. Va ricordato sempre che l'attenzione, l'ascolto, l'umanità e la parola comprensibile dovrebbero essere, per i professionisti della medicina, una delle loro numerose competenze. Il secondo spunto è in una frase: “pazienti informatevi”. Usate questo glossario come il Bignami e il traduttore delle parole sconosciute che vi vengono dette. Siate attivi, chiedete, superate l'italico vizio della lamentela e

del vittimismo. Il terzo spunto è anche più complesso, richiede la capacità di ascoltare e di mettersi in discussione. Il paziente, preso singolarmente ha una voce flebile, mentre il creare un sistema di rilevazione della qualità potrebbe essere per tutti uno straordinario strumento, a bassissimo costo, per migliorare le aree di debolezza ed esaltare e rinforzare i punti di forza. I dati ed i commenti dei pazienti, correttamente analizzati, sarebbero un importante contributo al miglioramento della qualità del rapporto medico/paziente e della struttura sanitaria in generale. ♥



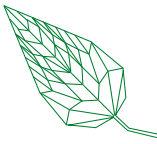


Il Professor Guido Chidichimo*



La 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,

*Errata corrige: ripubblichiamo integralmente l'articolo "Il Professor Claudio Chidichimo" ("Cardiologia negli Ospedali" N. 216, marzo - aprile 2017) avendo riportato erroneamente nel titolo e nell'indice il nome di battesimo del Professore Guido Chidichimo.



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

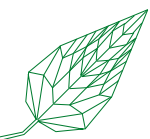
Un ricordo personale

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



Il Neorealismo italiano

Rossellini, Visconti, De Sica, Zavattini

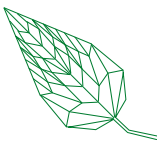


Vittorio De Sica e Cesare Zavattini

Neorealismo è termine originariamente attribuito, tra la fine dell'800 e gli inizi del '900, agli studi filosofici che in Inghilterra e negli Stati Uniti hanno caratterizzato un movimento teso a rivalutare l'esistenza del reale contro il soggettivismo della filosofia idealistica. In Italia il Neorealismo ha interessato la letteratura e le arti figurative. La necessità di descrivere il reale, distaccandosi dal Decadentismo e dall'Ermetismo, in parte avviata negli anni '30, si impose in letteratura dopo la seconda guerra mondiale, le persecuzioni razziali e la lotta di liberazione, con la esigenza di una

ripresa dalla tragica situazione in cui era precipitato il Paese. Con l'istanza, e la speranza, di un rinnovamento sociale. Rappresentanti più noti sono stati Moravia, Pavese, Alvaro, Vittorini, Fenoglio, Levi. Nelle arti figurative, in pittura, emerse la figura di R. Guttuso che, in reazione all'arte astratta, ha indirizzato il contenuto delle sue opere alla realtà sociale e politica. Il Neorealismo italiano nel cinema è stato il movimento che, iniziato negli anni '40 e proseguito sino a metà circa degli anni '50, ha dato fama e onore al nostro Paese. Punto di riferimento della cinematografia mondiale, ancora oggi, a 70 anni di

distanza, viene citato per la sua originalità e il suo significato. Precursore del neorealismo è ritenuto "Osessione" (1943) di Luchino Visconti, liberamente tratto da "Il postino suona sempre due volte" di J. Cain, ambientato nella valle padana. Precursore non per il contenuto, ma per la forma. "Con la sua forte costruzione delle immagini... con i suoi squarci di paesaggi... sembra segnare l'inizio di una nuova era" (G. Rondolino). Probabilmente è stato Umberto Barbaro in due articoli comparsi nel 1943 sulla rivista "Film" (Neorealismo, Realismo e moralità) ad introdurre per primo il termine



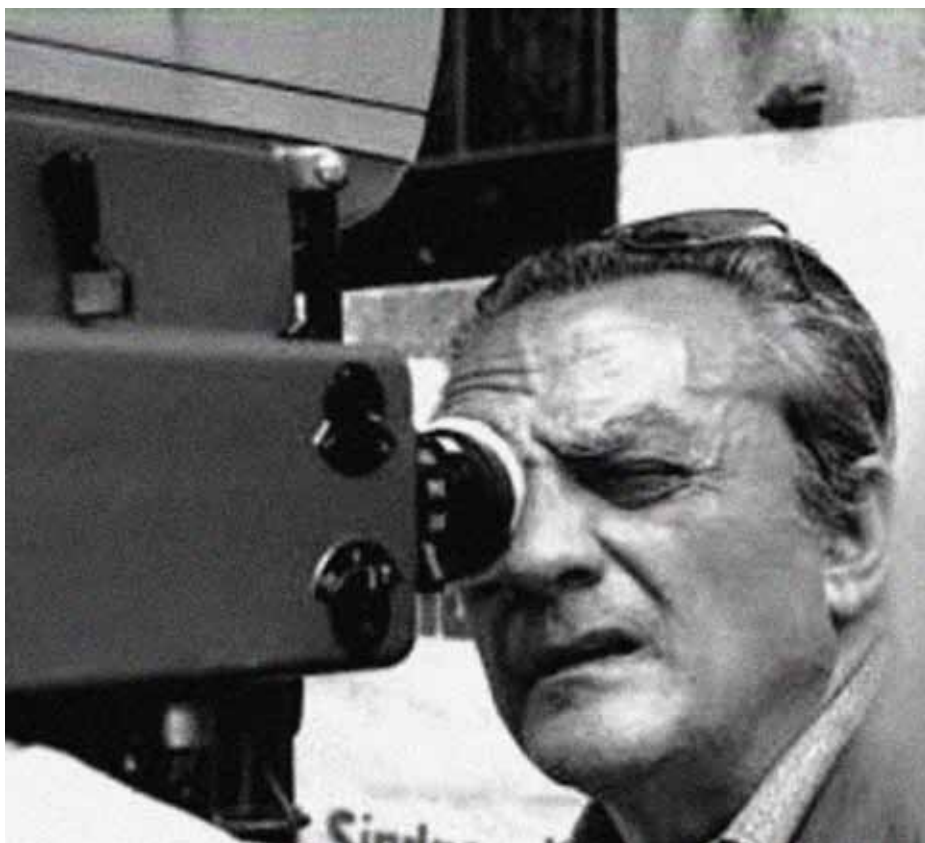
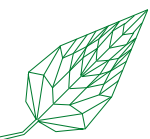
“neorealismo” cinematografico: “è un pezzo d’Italia quale non si era mai visto e questo realmente ci ha dato ‘Osessione’, la rappresentazione artistica di una realtà angosciata contro le archeologie e i divertimenti a formula fissa”. La nascita del Neorealismo nel cinema italiano viene attribuita unanimemente a “Roma Città Aperta” (1945) di Roberto Rossellini. Grande coraggio di Rossellini e dei suoi amici, tra i quali in particolare lo sceneggiatore Sergio Amidei, nell’affrontare il progetto di realizzazione del film nella Roma dell’immediato dopoguerra in carenza di mezzi tecnici e finanziari. Mancava spesso la corrente elettrica e difettavano persino le pellicole. Il film racconta senza reticenze una realtà vissuta un anno prima, di paura e di terrore. Si intreccia la storia di un militante comunista, Manfredi, del tipografo antifascista Francesco e della sua compagna la popolana Pina, del sacerdote don Pietro (che ricorda la vicenda umana di don Morosini). Un grande tragico affresco, concluso con la morte violenta di tre dei protagonisti, inserito nella vita della città, le sue vie, le sue case, le sofferenze e i tormenti dei suoi cittadini, la dolente partecipazione dei bambini. Il film per la semplicità, la immediatezza, la stringatezza, ebbe grande successo. Più all’estero che in Italia. Entusiasta addirittura il giudizio di Otto Preminger: “La storia del cinema si divide in due ere: una prima e una dopo ‘Roma città aperta’”. L’anno successivo (1946) Rossellini realizza “Paisà”, sei episodi che seguono l’avanzata delle truppe americane lungo la Penisola. Il primo, l’episodio siciliano, è seguito dagli

episodi napoletano, romano, fiorentino, romagnolo, per finire sul delta del Po. L’episodio napoletano del ragazzino che vende i vestiti rubati ad un soldato negro ubriaco presenta spunti di ilarità, ma si trasforma in una atmosfera di comprensione e commozione quando il militare riesce a perdonare il ragazzo di fronte ad uno spettacolo di miseria. Nell’ultimo episodio sul delta del Po il lungo peregrinare dei partigiani e dei soldati risulta una attesa di morte, manifestata alla fine con il corpo del partigiano giustiziato, galleggiante sulle acque paludose. Tutti gli episodi sono fatti di “attese”. Attesa di un qualcosa che alla fine avverrà. Rossellini nel 1952 dichiarò: “l’essenziale del racconto cinematografico è l’attesa; ogni soluzione nasce dall’attesa”. Paisà è “il primo film a risultare l’equivalente rigoroso di una raccolta di novelle”

(A. Bazin). Il realismo del cinema italiano che si coglie in “Paisà” fa pensare, sempre secondo Bazin, alla tecnica del romanzo americano di quell’epoca, di Faulkner, Hemingway e, in particolare, Dos Passos. Gli episodi narrativamente diversi l’uno dall’altro, sono unificati dalla nitida, secca descrizione della realtà di dolore, sofferenza e morte alla fine della seconda guerra mondiale. È del 1947 “Germania anno zero” la tragica storia di Edmund che uccide il padre e si suicida in una Berlino devastata dai bombardamenti e dalla miseria. Si conclude con questo film quella che sarà definita la “trilogia della guerra” di Roberto Rossellini. Nella stessa atmosfera, in una Napoli sconvolta dalla guerra e dalla occupazione americana, Vittorio De Sica realizza “Sciuscià” (1946). Due giovani lustrascarpe (l’inglese “shoe shine” lustrare scarpe, diventa “sciuscià”)



Scena conclusiva di “Ladri di Biciclette”



Luchino Visconti

sognano l'acquisto di un cavallo bianco. Coinvolti inconsapevolmente in un furto e rinchiusi in riformatorio patiscono il contatto con altri giovani, delinquenti e sbandati. La fuga dal riformatorio avrà conseguenze tragiche. Con "Sciuscià" si consolida il sodalizio tra De Sica e Cesare Zavattini (autore della sceneggiatura) che proseguirà nei film successivi e darà grande prestigio al cinema italiano. Così in "Ladri di biciclette" (1948) tratto da un romanzo di Luigi Bartolini, De Sica-Zavattini, in una Roma devastata dalla guerra ed in fase di ricostruzione, narrano la storia di Antonio Ricci, operaio disoccupato, che ottiene finalmente un lavoro come attacchino municipale. Strumento essenziale di

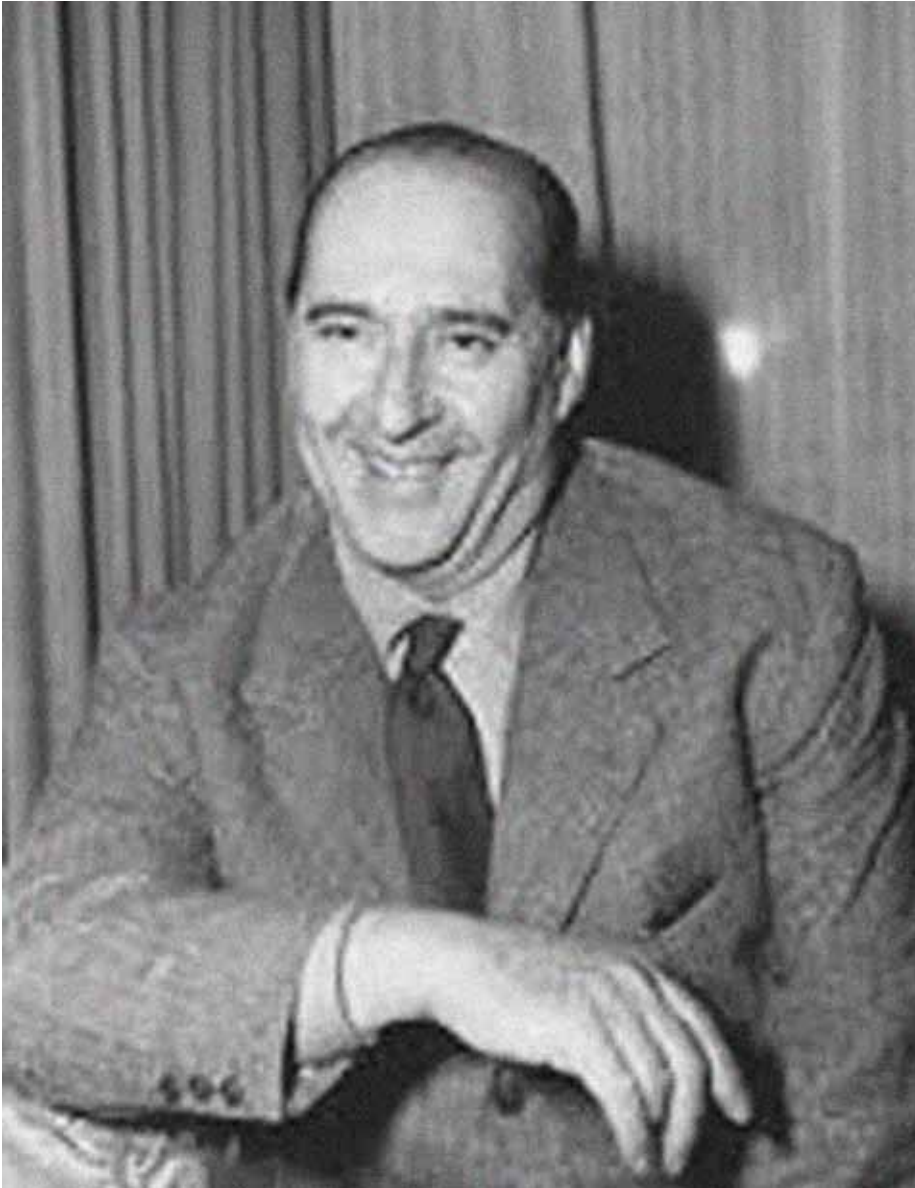
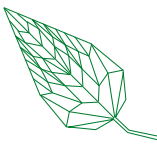
lavoro è una bicicletta, impegnata al Monte di Pietà. La bicicletta gli viene rubata. Inizia a girovagare per Roma



"Roma città aperta": morte di Pina

per cercarla, in compagnia del figlio Bruno che gli trotterella a fianco. Incontra solo generale indifferenza e omertà. Disperato, sconvolto, cerca anche lui di rubare una bicicletta all'uscita dallo stadio. Ma è scoperto e assediato dalla folla. Il pianto del piccolo Bruno, ancora al suo fianco, suscita la solidarietà commossa della folla e lo fa perdonare. In "Umberto D" (1952) l'anziano ex dipendente statale Umberto Domenico Toscano, con la sua misera pensione non riesce a mantenere sé e il fedele cane Flaik. Sfrattato persino dalla stanza in cui risiede, e non riuscendo a superare l'umiliazione della richiesta di elemosina, tenta il suicidio. Sta per buttarsi sotto un treno ma il cane gli scappa via e il protagonista, commosso, ritorna alla vita.

Interpretazione straordinaria di Carlo Battisti, professore di glottologia alla Università di Firenze, che mai prima aveva recitato. Il film suscitò le critiche dei benpensanti del tempo (in particolare di un Ministro) i quali sostennero che "i panni sporchi vanno lavati in casa propria". Luchino

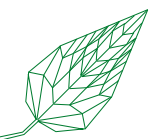


Roberto Rossellini

Visconti trae liberamente da “I Malavoglia” “La terra Trema” (1948). Si chiama Valastro la famiglia dei protagonisti. Sempre pescatori, nelle stesse località della Sicilia, vedono svanire il loro sogno di indipendenza economica per una tempesta di mare, e sono costretti a tornare dai loro padroni. Diversa la conclusione che si può trarre rispetto al romanzo. I

Valastro prendono coscienza della propria posizione, della condizione di sfruttamento e della possibilità di combatterlo. Il fatalismo verghiano viene sostituito dalla speranza e dalla esigenza della lotta di classe. In “Bellissima” (1951) una popolana romana, Maddalena Cecconi, che sogna un impossibile avvenire da star per la sua bambina, esprime il sogno

dell'italiano medio agli inizi degli anni '50: il sogno del mondo dello spettacolo. Dopo i tre illustri Autori, iniziatori del “Neorealismo”, ammirati in tutto il mondo, da citare almeno altri, di certo non trascurabili: Aldo Vergano (“Il sole sorge ancora”), Giuseppe De Santis (“Caccia tragica”, “Riso amaro”), Alberto Lattuada (“Il bandito”), Pietro Germi (“Il cammino della speranza”). Il “neorealismo cinematografico” italiano non è risultato una corrente, né tanto meno una scuola. Meglio definirlo una “tendenza” di Autori diversi che spontaneamente hanno descritto la realtà sociale e politica italiana del dopoguerra, impiegando nel contempo la libertà espressiva conquistata dopo anni di totalitarismo. “Il realismo non è che la forma artistica della realtà” (R. Rossellini). Altrettanto naturalmente il Neorealismo si è esaurito, nei suoi aspetti di contenuto, al mutare della realtà sociale e politica del Paese. Gli Autori sono scesi per le strade raccontando storie di personaggi senza storia, ricorrendo frequentemente ad attori non professionisti e scegliendo un parlato naturale, a volte dialettale. La carenza di mezzi tecnici ed economici, nei primi anni, è risultata uno stimolo per girare all'aperto, riprendendo la realtà come appariva all'occhio della cinepresa. Registi di alto livello, che già avevano maturato una esperienza artistica prima della II guerra mondiale, e che hanno proseguito la loro attività creativa dopo la conclusione del “filone neorealistico”, non appartengono ad un movimento unitario. Si sono mossi autonomamente ed hanno impiegato stili differenti. Roberto Rossellini,

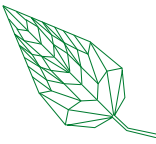


Scena conclusiva di "Roma Città Aperta": i ragazzi, dopo avere assistito alla fucilazione di don Pietro, si avviano verso la città

pure attorniato da collaboratori eccellenti, ha usato la sceneggiatura come una traccia, a tratti improvvisando, lasciandosi stimolare dalla recitazione dei suoi attori, dalle immagini che la macchina da presa riusciva a captare. Modificando una prima sceneggiatura, che certo esisteva, con una nuova sceneggiatura del quotidiano. Vittorio De Sica ha rappresentato il reale inoltrandosi nella psicologia dell'animo umano, seguendo una ben precisa sceneggiatura. Fondamentale la

collaborazione con Cesare Zavattini, per cui si può obiettivamente parlare del binomio De Sica-Zavattini. Zavattini suggerendo il costante "pedinamento" dei personaggi per cogliere meglio la realtà quotidiana con la cinepresa, ne ha fatto la sua "poetica". De Sica e Zavattini, con la scena conclusiva di "Ladri di biciclette" dove il piccolo Bruno guarda e stringe la mano al padre o nella scena in cui Umberto Domenico Toscano ("Umberto D") abbraccia il fedele cane Flaik, danno una svolta

poetica alla realtà. In "Miracolo a Milano" (1951) Zavattini, sempre insieme a De Sica, con i poveracci che volano sulle scope degli spazzini di piazza del Duomo, dà libero spazio alla sua immaginazione, e contrastando persino i canoni attribuiti al "neorealismo", costruisce una "realtà fantastica". Con Luchino Visconti, nei suoi film di contenuto "neorealistico", siamo agli antipodi di Rossellini. Nulla è casuale. "Ogni immagine è costruita dal punto di vista formale con un insieme di



Una scena da "La terra trema"

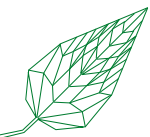


Umberto D con il cane Flaik

rapporti plastici, cromatici, sonori, musicali. Uno sviluppo sinfonico, con un alternarsi di movimenti ora lirici, ora drammatici" (G.P. Brunetta). Il "Neorealismo" rappresentando la realtà in maniera quasi documentaristica, ha fornito un originale sviluppo al linguaggio cinematografico, contribuendo alla sua modernizzazione. Punto di riferimento per altre cinematografie mondiali nei decenni successivi, ad iniziare dalla "nouvelle vague" francese. Una rivincita per la nostra arte. Una riabilitazione per l'Italia, dopo il disastroso conflitto mondiale. Un "miracolo cinematografico" che ha preceduto il "miracolo economico" degli anni che seguirono.

Bibliografia

- A. Bazin, *Che cos'è il cinema?* Garzanti Elefanti, 2014.
 G.P. Brunetta, *Guida alla storia del cinema italiano*. Piccola Biblioteca Einaudi, 2003.
 G.P. Brunetta, *Cent'anni di cinema italiano*. Laterza Editori, 1991.
 G. Cremonini, *Il cinema italiano dal 1959 ad oggi*. Ed. Lucarini, 1983.
 Enciclopedia Treccani online.
 G.L. Godard: *Introduzione alla vera storia del cinema*. Pgreco, 2012.
 Il Mereghetti: *Dizionario dei film*, 2017.
 Il Morandini: *Dizionario dei film*, 2017.
 G. Rondolino, *Rossellini*. Utet, 1989.



Il Fumetto nel cuore 2^a puntata

“Eccetto Topolino” Lo scontro culturale tra Fascismo e Fumetto

Alla fine della prima puntata di questa rubrica, dopo aver analizzato l'influenza di quel linguaggio composto da immagini giustapposte in sequenza, che noi definiamo gergalmente fumetto, ci eravamo lasciati con un quesito: quali furono i rapporti tra il fumetto e il tessuto sociale italiano? Per raccontare dettagliatamente

i complessi intrecci che legano il pensare comune, la società italiana e il mondo della nona arte, sarebbe necessario il celebre “Il Libro di Sabbia” di Borges, frutto della fantasia dell'autore argentino che immaginò un volume dal numero infinito di pagine. Per fortuna, anche noi possiamo sfruttare la nostra immaginazione per viaggiare ancora

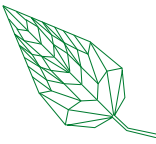
una volta su un'ipotetica macchina del tempo e visitare momenti della storia italiana che testimonieranno il dicotomico rapporto tra fumetto e società italiana, dal quale si evince una connessione straordinaria.

Ma andiamo con ordine. Saliamo sulla nostra macchina del tempo e viaggiamo fino al febbraio del 1945, sulle rive del Lago di Garda. **Mussolini, Claretta Petacci e Arcibaldo**

<<Non ti vergogni? Non ti vergogni? Un uomo come te, ridotto come un miserabile Arcibaldo!>>. Sono queste le durissime parole con cui Claretta Petacci, amante di Benito Mussolini, apostrofa, nell'epilogo del Fascismo, durante la Repubblica di Salò, il suo amato. Mussolini in quel periodo si stava barcamenando nel rapporto con la moglie e quello con l'amante. Teatro degli eventi, proprio le sponde del lago lombardo. Nel febbraio del 1945, è costretto ad informare, all'improvviso, la Petacci della cancellazione di un loro incontro amoroso, per timore della reazione della moglie. Ma è la reazione della donna abbandonata quella più violenta, testimoniata da una lettera (di cui si trova copia nel fondo Petacci presso l'Archivio Centrale dello Stato),



Vignetta tratta da "Saturno contro la Terra" di Cesare Zavattini, Federico Pedrocchi, Giovanni Scolari (1936)



Copertina del volume "Eccetto Topolino" di Fabio Gadducci, Leonardo Gori, Sergio Lama (2011)

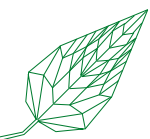
in cui il Duce viene paragonato ad Arcibaldo. Chi è questo personaggio dei fumetti, così celebre a quei tempi, da essere adoperato come esempio di un concetto immediatamente condiviso da un uomo come Benito Mussolini? Si tratta di uno dei componenti della coppia protagonista della serie di fumetti a strisce *Bringing Up Father* ideata da George McManus nel 1913. Al fianco del vecchio brontolone, il cui

nome nella versione originale apparsa per la prima volta era Jiggs, appariva Petronilla, in originale Maggie. La serie in Italia venne pubblicata come "Arcibaldo e Petronilla" sul *Corriere dei Piccoli* già dal 1921, riscuotendo un successo strepitoso ed entrando nell'immaginario collettivo, poi come Zenobaldo e Domitilla su *Topolino* della Mondadori negli anni quaranta e su altre testate nei decenni successivi. Questo piccolo episodio, raccontatoci dallo storico italiano Mimmo Franzinelli nell'introduzione del saggio "Eccetto Topolino. Lo scontro culturale tra il fascismo e il fumetto" (Edizioni NPE), dimostra quanto il mondo del fumetto avesse una strettissima connessione con la società moderna e il tessuto sociale, fin da prima che l'Italia divenisse una Repubblica. Ma che la storia del fumetto corresse parallela, influenzasse e venisse influenzata a sua volta, da quella della società italiana, era una conoscenza che già da tempo avevamo codificato. Proprio nel saggio prima citato, giusto per soffermarci su uno scorcio della storia italiana particolarmente sfaccettato e poliedrico, gli autori Gadducci, Gori e Lama, raccontano come, sotto un certo punta di vista, il fumetto abbia

cambiato l'approccio alla cultura scolastica nel Bel Paese.

Lo scontro culturale tra Fascismo e Fumetto

Il saggio, oltre ad analizzare i temi contenuti nel sottotitolo, cioè lo scontro culturale tra fumetto e fascismo, offre anche una approfondita storia editoriale del fumetto in Italia dal 1932 alla Liberazione (1945). Il fuoco è posto sulla leggendaria triade di editori Vecchi - Nerbini - Mondadori, che ha portato nel nostro Paese la Narrativa Grafica "moderna", ovvero quella che, ancora oggi, è impronta di gran parte del fumetto mondiale. Il fumetto moderno si è affermato in Italia grazie ai *comics* americani del King Features Syndicate, che sono stati l'imprinting fondamentale di tutta la nostra letteratura per immagini. Sull'appassionante storia che inizia nel 1932 con la rivista *Jumbo* e termina con i giorni catastrofici della seconda guerra mondiale, sono stati versati i proverbiali fiumi d'inchiostro: ancora di più sui nodi centrali che riguardano l'arrivo di *Topolino* in Italia, il passaggio della produzione Disney da Nerbini a Mondadori, il ruolo iniziale di

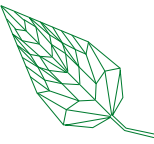


Edicola a Viareggio nel 1936

Frassinelli, le proibizioni fasciste del 1938 e l'eccezione fatta per il solo *Topolino*. Eppure, per oltre cinquant'anni, gli storici e i critici del fumetto hanno raccontato la stessa "vulgata", basandosi per lo più su tradizioni orali e su pochi documenti ritrovati negli anni Sessanta dai pionieri della storiografia specializzata. Nuove scoperte sul tema sono state introdotte grazie al ritrovamento di un archivio ufficiale risalente all'epoca dei fatti, ovvero quello di Guglielmo Emanuel, agente

italiano del KFS dai primi anni Trenta al 1947 circa. Della corrispondenza tra Emanuel, la casa madre di New York, gli editori (Vecchi, Nerbini, Mondadori), i Direttori Editoriali (fra tutti Federico Pedrocchi), si avevano solo sommarie notizie. La corrispondenza di Emanuel (lettere originali e minute delle risposte), redatta in un'epoca in cui la massima parte dei rapporti a distanza avveniva per lettera, non verte solo su argomenti commerciali, ma offre un sorprendente spaccato umano,

con riferimenti alla realtà quotidiana e confidenze a volte toccanti. La figura umana di Guglielmo Emanuel è stata una grande scoperta della storia moderna dell'editoria. Fino a qualche tempo fa era noto solo che fosse stato direttore del "Corriere della Sera", nel dopoguerra. Ne è risultato invece il profilo del primo intellettuale italiano a prendere molto sul serio i *comics* americani, con piena consapevolezza del loro valore artistico e della loro specificità e a inventare dal nulla o quasi il



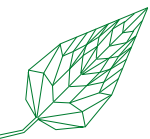
business dei fumetti in Italia. Ma la vicenda di Emanuel si è intrecciata con quella delle maggiori personalità degli anni Trenta e Quaranta: è emerso finalmente in modo netto il rapporto tra Benito Mussolini, Walt Disney e William R. Hearst; quello tra Arnoldo Mondadori e Mario Nerbini. Il coinvolgimento dei massimi livelli politici e diplomatici italiani, nelle vicende del 1938, ha d'altra parte ridisegnato completamente il quadro storico sociale del tempo. Quello che è emerso, è la lotta ai diritti della Walt

Disney e dei principali personaggi dei *comics* americani, tra alcune case editrici italiane, lotta che con la proibizione della pubblicazione di quelle opere in Italia da parte del regime fascista, cessa.

"Eccetto Topolino"

D'altro canto l'american life style, per quanto rimaneggiato, corretto, alterato nelle traduzioni e nei montaggi delle tavole, restava fuori dalle linee programmatiche del regime, che, supportato da una certa visione degli educatori del

tempo, bandì questo tipo di fumetto e di creatività dal suolo italiano. Sopravvisse per qualche tempo in più proprio *Topolino*. La leggenda vuole che quando al Duce fu presentata la lista di fumetti da bandire, di sua mano, aggiunse la dicitura "Eccetto Topolino", forse per amore della passione del figlio per questa creatura di carta, forse per altri motivi più pratici. Resta una sola certezza, da sempre il fumetto ha vissuto nel cuore della società, italiana e mondiale. In ogni epoca e in ogni tempo, giocando



GRANDE CONCORSO DEGLI "AMICI DI TOPOLINO" LIRE 10.000 DI PREMI!!!

ANNO V - N° 164 - 16 Febbraio 1936 - XIV C. C. Postale

TOPOLINO CENT. 25

VEDERE A PAGINA 41 FRANCOBOLLI DEL NOSTRO GRANDE CONCORSO A PREMI!!!

ABBONAMENTO ANNUO L. 12 - SEM. L. 6
EDIZIONI WALT DISNEY - MONDADORI
PIAZZA DUSE, 2 - MILANO

QUEL MATTACCHIONE DI UN SIGNOR FELICE

CONSEGNARE TOPOLINO VUOLE A MINNIE UN MAZZOLINO.

OH? BUONGIORNO? C'È?

NO, LA SIGNORINA MINNIE NON COMPERA NIENTE. OGGI È OCCUPATA.

MA IO SONO

NON M'INTERESSA AFFATTO SAPERE CHI È LEI? DIRRETTA A ME, SE NE VA DA VIA.

ALTRIMENTI SARO COSTRETTO A TRATTARLO...

...COME SI MERITA!

OHIBO! TOPOLINO, CHE GIUOCCHI SONO QUESTI? IMPARA A COMFORTARMI BENE!

TI PRESENTO - MINNIE DICE - UN AMICO, IL SOR FELICE.

... COI SUOI MODI ESILARANTI EI FA RIDER TUTTI QUANTI!

FA RIDERE? DICI DAVVERO?

ALTRIO CHE? È UN TIPO MOLTO BUFFO! TI FARÀ CREPAG DALLE RISATE!

SONO DUE VOLTE FELICE DI FARE LA SUA BELLA CONOSCENZA!

È PACERE E MIO...

MA, TOPOLINO? CHE COSA FAI COL MIO PESCIOLINO ROSSO IN MANO?

RIMETTILO IN ACQUA SUBITO! CHE SCHERZI SON QUESTI? TU LO FARAI MORIRE!

MA... CREDI... NON È COLPA MIA...

VIA DI QUANTO SCRIBTO!

AH/AH/AH/AH!

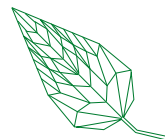
CHE COSA STAI FACENDO DI BELLO, TOPOLINO?

NON DISTURBAMI! STO CREPANDO DALLE RISATE!

TOPOLIN, PER DIRE IL VERO, SCOPPIA INVECE D'UMOR NERO!

CONTINUA

<<Non ti vergogni? Non ti vergogni? Un uomo come te, ridotto come un miserabile Arcibaldo!>>



Gente di Birmania vista da Angelo Camerieri



Madre e figlio mentre fanno il bucato

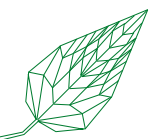
Angelo Camerieri è un Cardiologo ospedaliero in pensione, Fellow ANMCO. È nato a Caulonia, un piccolo centro della Calabria che si affaccia sullo Ionio e guarda la Grecia, di cui è antica colonia. Ha lavorato in Liguria e attualmente vive a Genova.

<<Da sempre mi è piaciuta la fotografia, ma l'ho riscoperta davvero con la pensione, ho più tempo e posso fare più viaggi di prima, scoprire luoghi nuovi e soprattutto incontrare tante persone che mi permettono di cogliere più intensamente l'atmosfera dei luoghi visitati>>.

Che attrezzatura ti porti dietro?

<<Mi sono adeguato ai tempi. Uso una camera digitale Canon EOS 700D con zoom 18-135, un'estensione focale molto ampia che mi consente di affrontare tutte le situazioni fotografiche senza troppi problemi>>.

Dalle foto che hai inviato mi sembra di capire che ti piace fotografare la

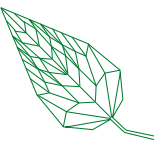


gente, è una cosa che abbiamo in comune e mi fa piacere.
<<Sì hai ragione mi piacciono i luoghi, ma mi piace capire chi e come vive in quei luoghi>>.

◀ Madre con in braccio il bimbo immersa nella meravigliosa campagna dello Stato Shan

Donna della sotto etnia Pa O mentre fa il bucato nel lago Inle
▶





Posso dire, dopo aver visto le tue foto, che un po' del tuo cuore è rimasto in Birmania?

<<Sì, lo puoi dire. La Birmania (Myanmar) è un Paese bellissimo, prevalentemente agricolo e pastorale, oppresso per un lungo periodo da un regime militare e solo di recente si sta aprendo al mondo dopo le battaglie del premio Nobel per la pace Aung San Suu Kyi>>.

<<È un paese semplice, non ha ritmi di vita frenetici; forse perché è rimasto chiuso al mondo per così tanto tempo, ha mantenuto più di qualsiasi Paese del Sud-Est asiatico le tradizioni ed ha, quindi, subito poco o niente le influenze del mondo occidentale. E poi la sua Gente è meravigliosa, nel visitarlo si ha immediatamente la sensazione di approcciare persone schiette e sincere oramai molto rare nel mondo occidentale: quando ti incontrano, ti sorridono, e con un piccolo inchino ti augurano i migliori auspici>> ("Mingalar Ba").

Grazie Angelo per il tuo contributo alla nostra rubrica e soprattutto per gli aspetti di "geografia umana" che le tue foto sanno trasmettere. Ti auguriamo buon lavoro e... Un buon prossimo viaggio! ♥



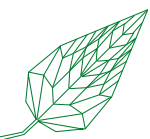
Modo tipico dei pescatori di remare con il piede

Donna della sotto etnia Chin che fuma tranquillamente il sigaro



La raccolta del grano





Salvatore Prestigiacomò



Salvo non è più tra noi. Ci ha lasciato prematuramente il 15 maggio, all'età di soli 64 anni. Una malattia impietosa e crudele l'ha portato via, lontano dall'affetto dei suoi cari e dall'amicizia di tutti noi, ed è stata più forte del suo immenso amore per la vita. Per noi tutti è stato, in questi ultimi anni in cui ha assunto la responsabilità della nostra Unità Operativa, dove ha lavorato per 36 anni, come una roccia, una colonna portante, un'ancora di salvezza nelle situazioni

più critiche, sempre disponibile a farsi carico dei tanti problemi dei pazienti e del reparto, dimostrando le sue capacità cliniche e gestionali e, soprattutto, una non comune umanità nella relazione col malato. Salvo si è avvicinato tardivamente all'ANMCO, ma da quando si è iscritto, accogliendo volentieri la mia richiesta, è sempre stato a fianco della nostra Associazione, accettando la partecipazione del nostro reparto a numerosi studi clinici e organizzando nel 2015, alla Tonnara di Bonagia,

il congresso regionale siciliano. Professionista competente, stimato e apprezzato dai tanti pazienti che seguiva personalmente, padre e marito affettuoso e presente, ha saputo dirigere tutti noi con calma, fermezza e con quel suo stile ironico che strappava spesso un sorriso e che ha saputo mantenere, con dignità, anche nei momenti più duri della malattia. Il vuoto incolmabile che lascia non è affatto una figura retorica. Ciao, Salvo.♥

