

# Cardiologia

negli Ospedali



NOVEMBRE/DICEMBRE 2017 N° 220

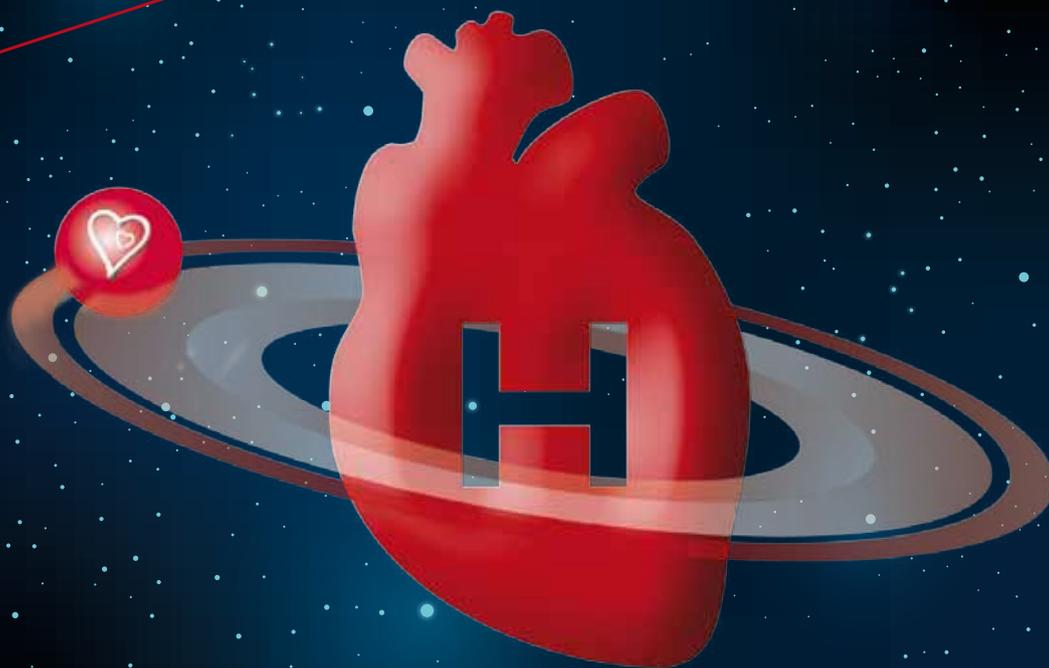
Rivista dell'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri – ANMCO

«Prendete la vita con leggerezza  
che leggerezza non è superficialità  
ma planare sulle cose dall'alto  
non avere macigni sul cuore»

*Italo Calvino*

**WATCHING THE**

**FUTURE**



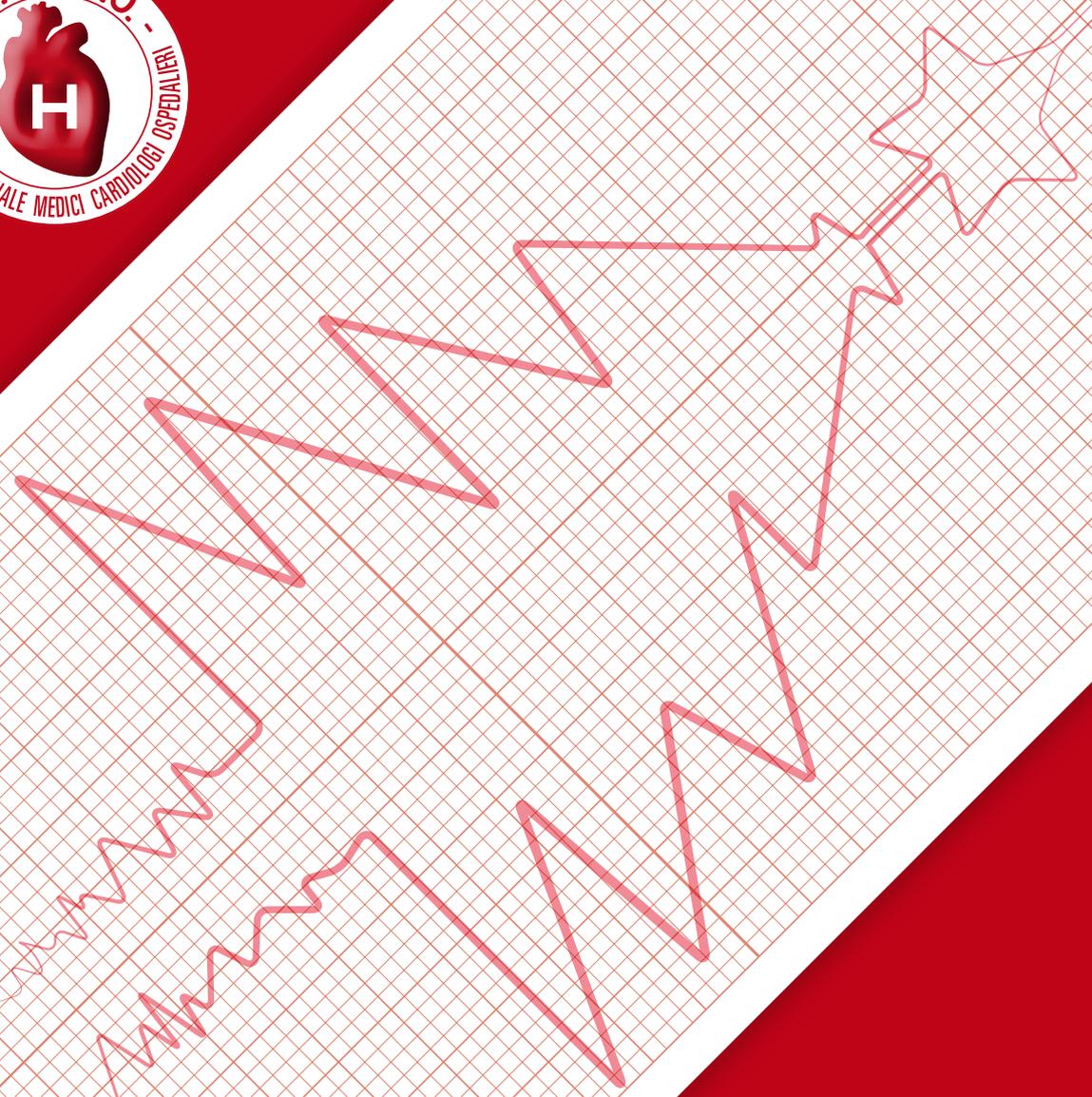
**31 MAGGIO  
2 GIUGNO  
2018  
RIMINI  
PALACONGRESSI**

**49° Congresso Nazionale**



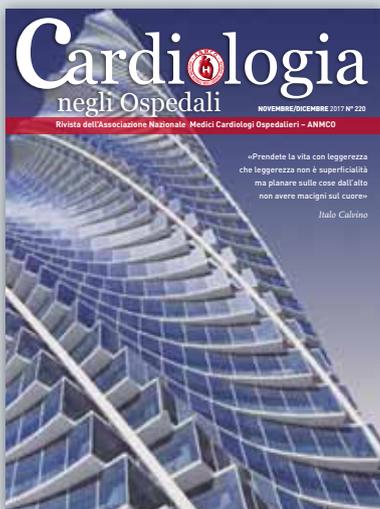
**Associazione Nazionale  
Medici Cardiologi Ospedalieri**

**REALIZZIAMO OGGI I PROGETTI DI DOMANI**



*Auguri di  
Buone Feste e  
Felice Anno Nuovo*

La Redazione di  
"Cardiologia negli Ospedali"



Rendering del Chicago Spire, progettato dall'architetto spagnolo Santiago Calatrava (con Perkins e Will) nel 2007

**N. 220 novembre/dicembre 2017**  
**Rivista ufficiale dell'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri**

Editor

**Guerrino Zuin**

Co - Editor

**Giovanna Geraci**

Comitato di Redazione

**Cristina Andriani**

**Ada Cutolo**

**Stefania Angela Di Fusco**

**Giovanna Di Giannuario**

**Giulia Russo**

**Fortunato Scotto di Uccio**

Consulente per l'attività editoriale

**Chiara Dino**

Redazione

**Simonetta Ricci**

**Luana Di Fabrizio**



**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**

Registrazione Tribunale

di Firenze del 27/11/74

Centro Servizi ANMCO srl Società Benefit



Stampa

**Tipografia Il Bandino**

**Firenze**

Progetto grafico e  
 impaginazione

**Valerio Mirannali**

**Fiesole**

## EDITORIALE

Editoriale

*di Guerrino Zuin*

## DAL PRESIDENTE

Gli Stati Generali a Trieste

*di Andrea Di Lenarda*

## LA FONDAZIONE PER IL TUO CUORE

RISPONDE

Cardiologie Aperte 2018

*di Michele Massimo Gulizia*



Il Truck Tour Banca del Cuore p. 15  
 sbarca a Trieste e sbanca...

*di Giulia Russo*



## DAL CENTRO STUDI

Il punto sugli Studi Clinici  
 del Centro Studi ANMCO

p. 4 **DALLE AREE**

**AREA CARDIOIMAGING**

p. 24

Multimodality Imaging, Clinica  
 cardiovascolare e scenari del  
 prossimo futuro

*di Giancarlo Casolo e Federico Nardi*

**AREA GIOVANI**

p. 26

I Giovani incontrano il Prof. Attilio  
 Maseri

*di Fabiana Lucà a nome dei colleghi  
 dell'Area Giovani*



**DALLE TASK FORCE**

**CARDIONEUROLOGIA**

p. 29

Alleanza Cardiologo/Neurologo

*di Monica Carletti*

**DALLE REGIONI**

**CALABRIA**

p. 37

ANMCO Calabria: il cammino  
 dell'ultimo anno

*di Roberto Ceravolo, Fabiana Lucà, Sergio  
 Arena, Francesco Ciancia, Francesco  
 Fontana, Maria Levato, Saverio Salituri,  
 Giuseppe Valiante*

p. 19

**FRIULI VENEZIA GIULIA** p. 39  
**Cardiologo e Neurologo, compagni di viaggio su sentieri comuni...**  
*di Carmine Mazzone a nome del Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Friuli Venezia Giulia*



**TOSCANA** p. 41  
**Il Cardiologo "al centro"**  
*a cura del Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Toscana*

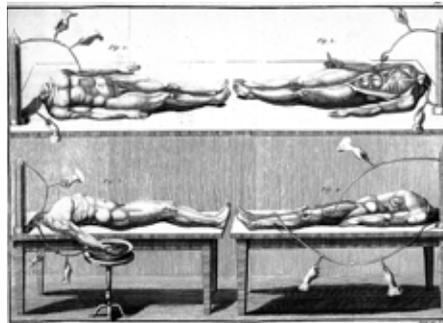
**FORUM** p. 43  
**Uno sportello dedicato allo Stile di Vita Salutare**  
*di Francesco Paolo Calciano, Lucia Bolettieri, Maria Rosaria Cardinale, Antonio Giovanni Cardinale*



**Dal trapianto alla rigenerazione miocardica** p. 45  
*di Giovanna Di Giannuario, Samuela Carigi, Silvia Amati, Daniele Grosseto, Laura Farneti, Giancarlo Piovaccari*

**Elettrocardiografia, ninfa gentile Il Parte** p. 48  
*di Eligio Piccolo*

**COME ERAVAMO** p. 51  
**Il cuore nel primo Ottocento**  
*di Maurizio Giuseppe Abrignani*



**STORIA E CURIOSITA' DELLA CARDIOLOGIA** p. 57  
**Cuore ed elettricità: storia di vita e di morte**  
*di Andrea Vesprini e Fabiola Zurlini*



**FLASHBACK** p. 61  
**Senso**  
*di Franco Plàstina*



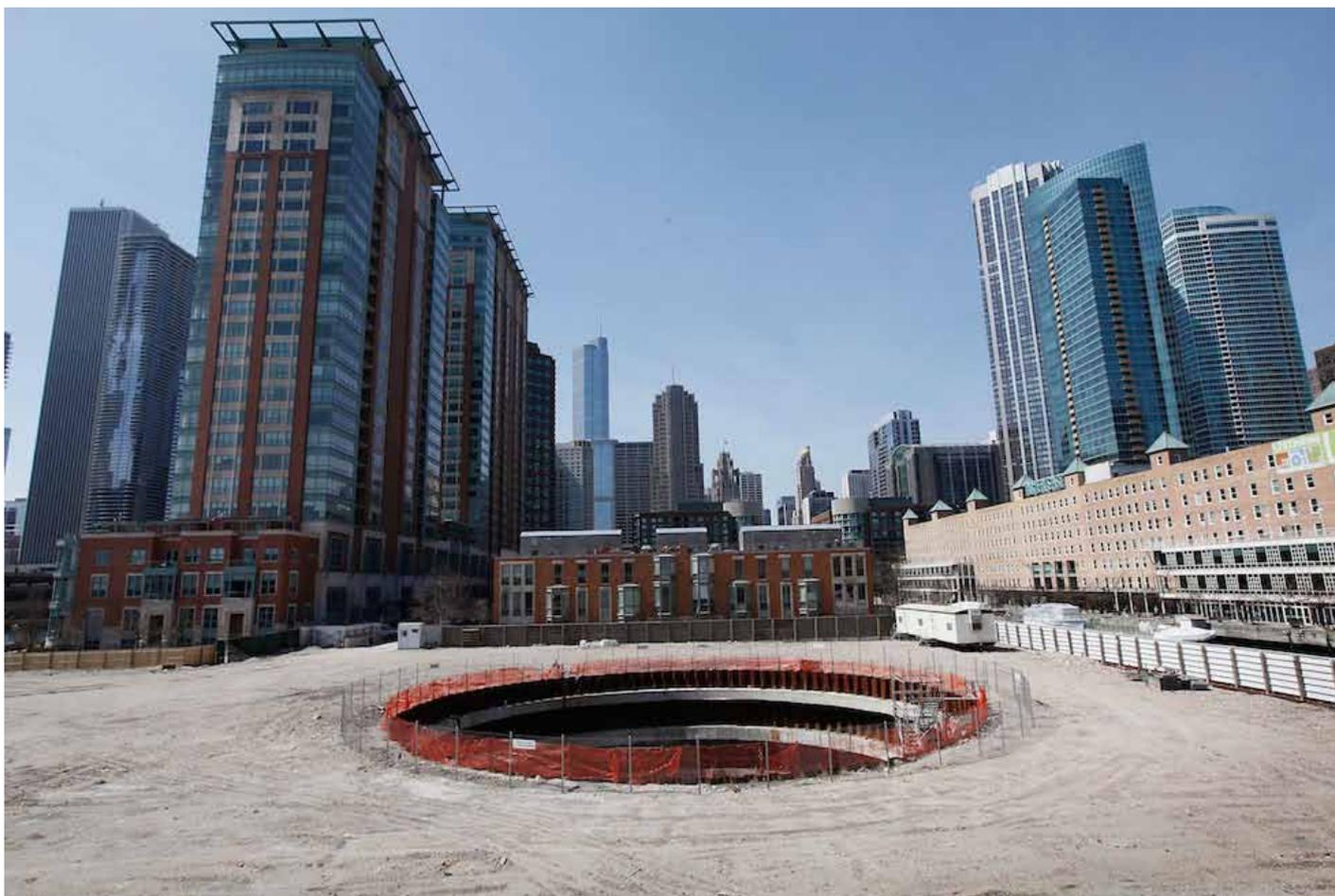


# Editoriale

**L**a contrapposizione leggerezza/pesantezza si incontra spesso nella vita quotidiana così come in Medicina e i due opposti non sempre hanno un'accezione certa. Talora si scambiano i ruoli, talora si alleano contro di noi o a nostro favore. Noi

insostenibile che ci affonda e vince. Recentemente è apparso sul "Corriere della Sera" (10 dicembre 2017) un articolo che affronta un dilemma ardito: al nostro organismo fa meglio l'attività fisica o il riposo? O detto in altro modo, in una vita frenetica in cui

attività fisica prima del lavoro o mentre ci alleniamo dovremmo pensare che stiamo mettendo il nostro organismo sotto stress quando invece avrebbe avuto così tanto bisogno di riposare? A questo punto ogni lettore ha già la sua personale risposta, che è certo un po'



*Il cantiere del Chicago Spire*

Cardiologi curiamo alternativamente o contemporaneamente pazienti che ci raccontano di un fiato corto e quasi inesistente, come di qualcosa di inafferrabile che sfugge via, e di una oppressione al petto, come di un peso

si ha pochissimo tempo per sé stessi è più salutare impiegare questo poco tempo a disposizione per allenarci o è forse meglio riposarci? Dobbiamo sentirci più in colpa se non siamo capaci di alzarci al mattino presto per fare

di parte. Ma è davvero quella giusta? E c'è da aspettarsi, forse da augurarsi, che la comunità dei Cardiologi protenda per l'esercizio fisico, in quanto parte fondamentale di quello stile di vita sano che garantirebbe la nostra salute

cardiovascolare permettendo di controllare meglio il peso corporeo, la pressione arteriosa, l'assetto lipidico, il diabete e così via. Eppure non è vero solo questo. Perché lo sport incrementa la quota dei radicali liberi, perché molti incidenti cardiovascolari avvengono in corso di sport e perché è dimostrato che chi dorme poco ha una sopravvivenza non brillante, neanche quando mette sul piatto della bilancia una costante attività sportiva. La privazione di sonno è peraltro stigmate dei tempi moderni. Se consideriamo un periodo di 7 ore di sonno per notte, il periodo minimo di riposo che consente un adeguato recupero del nostro organismo, ed andiamo a guardare quanto si dorme mediamente nei vari Paesi del mondo scopriamo che noi italiani non siamo messi male, dormiamo mediamente 7 ore e 53 minuti, rientrando nella top ten dei popoli che dormono di più, tra i più dormiglioni, gli olandesi, che dormono 8 ore e 12 minuti, e i più insonni, i giapponesi, con le loro 7 ore e 24 minuti. Contribuirà anche il sonno alla salute cardiovascolare degli italiani? Un sonno adeguato insieme ad una regolare attività fisica ed alla dieta mediterranea o perlomeno uno stile alimentare salva cuore avrà contribuito a portare l'età media degli italiani oltre gli ottanta anni? Non ci avevamo pensato o forse sì, ma ce lo confermano dei seri ricercatori che concludono dicendo quello che ci avrebbe detto la nostra saggia nonna, che magari aveva fatto la terza elementare o neanche quella: la virtù sta nell'equilibrio perché il nostro organismo ha bisogno di muoversi e di dormire, senza eccessi e senza privazioni. E pesante e leggera è

anche l'immagine che abbiamo voluto sulla copertina di questo numero. La leggerezza della spirale del grattacielo, immagine non reale ma ideale del rendering del progetto, affondata dalla pesantezza del mercato che negli anni della crisi ne ha impedito la costruzione. Si tratta del progetto del Chicago Spire dell'architetto, ingegnere e scultore Santiago Calatrava Valls, uno spagnolo

nulla più di una buca che sprofonda là dove si erge una delle più belle skyline del mondo, eppure a noi piace immaginare che alla fine lo Spire riuscirà ad emergere con le sue spirali proiettate verso l'alto, fenice che rinasce da se stessa come noi ci auguriamo rinasca nel mondo ogni idea di modernità e di libertà che si è scontrata con la realtà. Il numero di



*Rendering del Chicago Spire, progettato dall'architetto spagnolo Santiago Calatrava (con Perkins e Will) nel 2007*

naturalizzato svizzero che ideò, un'opera che doveva essere, con i suoi 609,6 m, il più alto grattacielo degli Stati Uniti, un grattacielo secondo nel mondo solo al Burj Khalifa di Dubai, negli Emirati Arabi Uniti. La costruzione venne iniziata nel 2007, bloccata nel 2008 e nel 2010 definitivamente accantonata. Del progetto attualmente non rimane

Dicembre celebra le feste di Natale, un momento di pausa dal lavoro incessante, un momento in cui ritrovare un po' di tempo per sé: un po' di tempo e di motivazione per fare della attività fisica, un po' di leggerezza e di serenità per riposare. A tutti i lettori i migliori auguri di Buone Feste da tutta la Redazione di CNO. ♥



# Gli Stati Generali a Trieste

**N**ella bellissima cornice della mia città, Trieste, uno dei migliori “salotti culturali europei”, patria di Italo Svevo, Umberto Saba, terra preferita da James Joyce, luogo naturalmente adatto a una discussione sull’evoluzione e sul futuro della nostra società, si sono svolti gli Stati Generali dell’ANMCO. È stata una bellissima esperienza che ha dimostrato ancora una volta che l’ANMCO è una società viva, vivace, in cui lo spessore culturale e scientifico è tale da consentire che le diverse posizioni diventino opportunità di arricchimento reciproco. Lo spirito associativo che ci anima ne è uscito sicuramente rinvigorito. Moltissimi gli argomenti trattati, diverse le riflessioni da trarre. I giovani under 35 sono meno dell’8% dei nostri Associati. Non molti. L’Area Giovani nata nello scorso biennio, sta lavorando con impegno. Forse potremmo fare qualcosa in più su argomenti specifici da approfondire, sulle nuove tecnologie, sulla e-Health, anche utilizzando strumenti formativi diversi ed innovativi (FAD, webinar, simulearning, master). Si potrebbe organizzare programmi formativi stagionali per aree tematiche, per diverse professionalità. Fare formazione a costi contenuti, ma di interesse per grandi numeri. Interessante poi immaginare la possibilità di un “follow-up” della formazione, argomento questo particolarmente innovativo. A proposito di giovani, è necessaria una risposta ed una strategia alla domanda se sia utile ed opportuno entrare

attivamente nel mondo dei social con messaggi scientifici e di promozione della salute, per favorire la partecipazione dei Soci e della popolazione nelle nostre manifestazioni, dalla settimana delle Cardiologie Aperte, al Truck Tour ed ai diversi eventi che le Cardiologie della nostra rete organizzano nel territorio. Le iniziative di Cardiologia di Comunità come la Banca del Cuore ed il Truck Tour hanno avuto grande successo mediatico e un grande impatto non solo sulla popolazione che ha ovunque manifestato un grande interesse partecipativo ma anche sugli amministratori e sulle istituzioni che l’hanno patrocinata. Il settore comunicazione e divulgazione scientifica è in evoluzione. Da un lato il positivo rinnovamento del nostro “Cardiologia negli Ospedali” è palpabile, basta guardare la veste editoriale e sfogliarlo per accorgersene. Dall’altro il numero dei paper in arrivo alla nostra rivista, il Giornale Italiano di Cardiologia, è in chiara flessione. I motivi certamente sono molteplici, interni ed esterni al giornale. Non credo sia un problema

è il “nostro” giornale. In inglese, per essere di respiro internazionale, deve essere uno dei tanti, magari di livello superiore, ma certamente meno “nostro” e meno letto dai nostri tradizionali lettori. Siamo molto amareggiati da quanto sta succedendo in Federazione Italiana di Cardiologia, ma nel nostro ruolo siamo costretti a seguire un percorso che vede l’ANMCO estremamente critico verso questa FIC. Condividiamo con la SIC l’idea che è necessario rilanciare la FIC su basi diverse, non certamente assistendo alla creazione di una “terza” o “unica” società cardiologica nazionale del tutto indipendente, nella strategia e nelle iniziative, da ANMCO e SIC, anzi a volte paradossalmente contrapposta, come nel caso della registrazione ai sensi della legge Gelli. La FIC è 10 anni che vive di inerzia. Dei tre punti programmatici presenti dello Statuto (rappresentanza e coordinamento per una politica unitaria nei confronti della Società Europea di Cardiologia, delle istituzioni sanitarie nazionali e sul tema della formazione post-aurea), nessuno è stato raggiunto, ma

## Un’ANMCO viva e vivace si confronta sul futuro dell’Associazione e della Cardiologia italiana

di impact factor. Il “GIC” è sempre stata la finestra della nostra Cardiologia ospedaliera, fonte di aggiornamento scientifico ma anche strumento educativo, sede ideale per articoli organizzativi e messe a punto su diverse tematiche. In italiano

dobbiamo ammettere che nemmeno si è lavorato per raggiungerli. Noi crediamo che la grande stima reciproca tra la maggioranza di noi, indipendentemente dalla nostra collocazione, che sia ospedaliera o universitaria, il lavoro comune che



Trieste

3-4 novembre 2017



stiamo facendo in molte regioni, il lavoro che per accordi locali si sta facendo insieme tra Università e Ospedale, le numerosissime collaborazioni scientifiche e di ricerca, sono gli spunti da cui ripartire, su basi chiare e trasparenti, in modo costruttivo. Partendo dalla rappresentatività unitaria in Europa, che la FIC, almeno negli ultimi mandati, non ha mai esercitato concretamente. Lavoriamo per ricomporre e tornare a lavorare insieme con nuovo slancio. Le cose che possiamo fare insieme sono tante nell'interesse di ANMCO e SIC, nell'interesse della Cardiologia italiana. I diversi ambiti di attività e i diversi obiettivi che per lo più ANMCO e SIC perseguono nei rapporti con le istituzioni nazionali da un lato, e gli accordi locali che in qualche modo stanno crescendo e si stanno consolidando in tema di formazione post-laurea, rendono forse questi due punti meno rilevanti

di un tempo. Dobbiamo ripartire ricostruendo una vera, efficace, proattiva rappresentanza unitaria della Cardiologia Italiana in Europa, espressione condivisa delle strategie di ANMCO e SIC. L'impegno costante, ma anche la storica difficoltà, nel poter incidere come Associazione sulle scelte politiche nazionali e regionali, i continui tentativi di deviazione da percorsi apparentemente chiari e solidi di salvaguardia del percorso di cura del paziente cardiopatico all'interno del Dipartimento Cardiovascolare, i bandi concorsuali che vogliono premiare la superspecializzazione rispetto ad una "vision" a 360 gradi del Cardiologo clinico, i tentativi continui di frammentazione delle Cardiologie (giochi a cui anche noi spesso partecipiamo) richiedono una attenzione, un monitoraggio ed un impegno, non solo degli organi centrali, ma anche e soprattutto regionali, a cui non è mai mancato il

nostro supporto. Il tentativo che sta dando i suoi frutti di aggregazione delle società scientifiche, come quello in atto all'interno della Consulta, in opposizione alla estrema frammentazione attuale, non possono che essere valutati positivamente in una prospettiva di voce "unitaria", non solo nella produzione scientifica, ma anche rispetto a queste problematiche. L'idea di un coordinamento più forte tra Direttivo e Aree e di una programmazione prioritizzata dell'attività delle Aree va proseguita e migliorata. A mio parere è evidente la maggiore integrazione delle attività favorita da questo processo. Certamente va evitato il rischio che un'attività eccessiva di controllo e supervisione, una eccessiva burocratizzazione del processo o i tempi del Comitato Scientifico, possano rallentare troppo le proposte più meritevoli di giungere all'obiettivo. Il problema degli studi orfani è reale. L'esperienza passata,



*La tappa di Trieste del Truck Tour, Piazza Unità d'Italia*

da elogiare nelle intenzioni, non positiva purtroppo guardando ai risultati raggiunti, non aiuta. Ma non c'è dubbio che alcune iniziative di grande interesse, per la natura stessa delle problematiche, che siano di ricerca o organizzative, non sono facilmente "sponsorizzabili". Una soluzione va trovata, cercando di compensare alla carenza di finanziamenti (che va sempre e comunque cercata con impegno) con un supporto interno, quantomeno mettendo a disposizione le risorse umane e le competenze interne al Centro Studi. Da ultimo, ma è il risultato di un grande lavoro con Michele Gulizia. Con Nello Martini ed Aldo Maggioni, il 3 novembre a Trieste abbiamo firmato il protocollo d'intesa Fondazione HFC - ANMCO - CORE (F.A.C.) per l'integrazione della banca dati CORE-CINECA con i dati cardiologici della rete ANMCO. È un risultato molto importante a cui, come sapete, tenevo molto, perché

credo che i Big Data acquisiranno un peso sempre maggiore nella sanità italiana. Grazie all'integrazione dei dati della ricerca classica con il mondo reale potremmo fare quei passi avanti sulla qualità delle cure e sul governo clinico dei processi sanitari necessario al nostro sistema e potremmo continuare ad essere protagonisti ed interlocutori privilegiati per le nostre istituzioni. Le prospettive del nostro SSN o dei molti SSR passano infatti attraverso una "Programmazione illuminata orizzontale" (definizione di Giovanni Gregorio) che prevede un'analisi dell'assetto demo-epidemiologico, dei bisogni sanitari, l'individuazione delle strutture sanitarie per identificare e costruire un modello sanitario basato su equità di accesso, uniformità di cure, PDTA integrati Ospedale-Territorio, in cui il Dipartimento Cardiovascolare rimane al centro come "Unità di Assistenza Complessa Cardiologica". Grazie a tutti per avere

partecipato attivamente a questo bellissimo momento per me, spero per tutti voi e credo anche per la nostra Associazione. Sono certo che la foto ricordo in Piazza Unità d'Italia che vi abbiamo consegnato o spedito sia un bel ricordo dei giorni che abbiamo passato insieme a Trieste. Grazie ai molti che mi hanno scritto, ma in particolare a Iolanda Enea che, rubando il ruolo a Adriano Murrone, mi ha inviato una splendida lettera-verbale, tanto accorata quanto dettagliata, che ho letto con grande piacere e mi ha facilitato il compito nello scrivere queste righe. Faccio mia una frase che ho condiviso con Aldo Maggioni alla fine degli Stati Generali.

*<<Fare parte di una comunità scientifica di alto profilo come la nostra è una cosa rara e preziosa. Per questa opportunità che mi avete dato vi sarò sempre riconoscente>>*

Auguro a tutti Voi ed ai Vostrì cari un felice Natale ed uno splendido 2018.♥



Andrea Di Lenarda

**PRESIDENTE**  
**ANDREA DI LENARDA**

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



Giuseppe Di Tano

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

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



Stefano Urbinati

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

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



Michele Gulizia

**PAST-PRESIDENT**  
**MICHELE MASSIMO GULIZIA**

Direttore U.O.C. di Cardiologia  
Ospedale Garibaldi-Nesima  
Azienda Rilievo Nazionale e Alta  
Specializzazione "Garibaldi"  
Via Palermo, 636 - 95122 Catania  
Tel. 095/7598502 - Fax 095/7598505  
[michele.gulizia60@gmail.com](mailto:michele.gulizia60@gmail.com)



Domenico Gabrielli

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

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



Adriano Murrone

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

Direttore UOC Cardiologia UTIC  
Alto Tevere - Azienda USL Umbria 1  
Ospedale di Città di Castello  
Via Luigi Angelini, 10  
06012 Città di Castello (PG)  
Tel. 075/5782238  
Fax 075/5782657  
[adriano.murrone@gmail.com](mailto:adriano.murrone@gmail.com)



Roberto Caporale

**TESORIERE**  
**ROBERTO CAPORALE**

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



Antonio Amico

**CONSIGLIERE**

**ANTONIO FRANCESCO AMICO**

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



Giovanna Geraci

**CONSIGLIERE**

**GIOVANNA GERACI**

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



Nadia Aspromonte

**CONSIGLIERE**

**NADIA ASPROMONTE**

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



Federico Nardi

**CONSIGLIERE**

**FEDERICO NARDI**

Direttore U.O.A. Cardiologia  
Ospedale Santo Spirito  
Via Giolitti, 2 - 15033 Casale Monferrato (AL)  
Tel. 0142/434111-434240  
Fax 0142/434301  
[federico.nardil@gmail.com](mailto:federico.nardil@gmail.com)



Giancarlo Casolo

**CONSIGLIERE**

**GIANCARLO CASOLO**

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



Fortunato Scotto di Uccio

**CONSIGLIERE**

**FORTUNATO SCOTTO DI UCCIO**

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



Stefano Domenicucci

**CONSIGLIERE**

**STEFANO DOMENICUCCI**

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



Guerrino Zuin

**CONSIGLIERE**

**GUERRINO ZUIN**

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



# Cardiologie Aperte 2018

“Puoi fare qualsiasi cosa se hai entusiasmo. L'entusiasmo è il lievito che permette alle tue speranze di elevarsi fino alle stelle”

Henry Ford

Nel 2018 la Fondazione per il Tuo cuore dell'ANMCO compirà 20 anni, un traguardo importante per un Ente di cui andare davvero fieri, un Ente complesso che abbiamo imparato a conoscere e apprezzare, che in questi ultimi anni è riuscito a coinvolgere un sempre maggior numero di cardiologi ANMCO e a segnare nuovi traguardi in termini di risultati. Saranno questi i punti di riflessione da cui partirò nel prossimo numero di *Cardiologia negli Ospedali* dove con grande piacere esporrò le linee programmatiche del prossimo biennio della Fondazione. In questo numero, invece, voglio sottolineare il mio senso di gratitudine per tutti coloro che vorranno ripetere o magari sperimentare per la prima volta, nella tradizionale *Settimana del Cuore*, l'esperienza di **Cardiologie Aperte**. Abbiamo apprezzato negli anni la fantasia e capacità ideativa di tanti Colleghi che da oltre un decennio si cimentano in queste iniziative rivolte alla popolazione; questo sarà certamente propulsivo per ripetere programmi testati e di successo, come per disegnare e proporre idee nuove con l'obiettivo di aumentare la consapevolezza dell'importanza di **“avere a cuore”** la propria salute. La *Settimana del Cuore* è quella in cui, a cavallo della festa di San Valentino, si realizzano le *Cardiologie Aperte* e tutte quelle iniziative della Fondazione a favore dei cittadini per la sensibilizzazione della promozione della prevenzione delle



malattie cardiovascolari: quest'anno si terrà dall'11 al 18 febbraio 2018. Le progettualità proposte saranno diverse a seconda delle diverse possibilità legate sia al territorio che alla disponibilità degli attori coinvolti. Sarà questa l'occasione per rinnovare la collaborazione con le associazioni di volontariato, legate alle nostre *Cardiologie*. In altri casi potranno essere ricercati connubi e compartecipazioni attive che, nate in modo estemporaneo, potranno dare vita a iniziative fuori dal contesto ospedaliero che non potranno che arricchire il panorama dei programmi di *Cardiologie Aperte* e che, spesso, hanno generato sinergie durature; a titolo di esempio (e non esaustivo): concerti, eventi formativi di prevenzione per la popolazione, camminate o corse non competitive.

Anche per questa edizione di *Cardiologie Aperte* la Fondazione si impegna a mettere a disposizione delle *cardiologie aderenti* i materiali scientifici e divulgativi composti da un kit di 7 opuscoli realizzati da Fondazione per il Tuo cuore, con il supporto scientifico di esperti *Cardiologi italiani*, sul tema della prevenzione cardiovascolare:

- “Mangiare sano”
- “Muoviamoci di più”
- “Parliamo di fumo”
- “Mantieni giovane il tuo cuore”
- “Dopo un infarto”
- “Scompenso Cardiaco: istruzioni per l'uso”
- “Fibrillazione atriale”.





Verranno inoltre spediti un certo numero di poster divulgativi sul tema della prevenzione, corrispondenti agli opuscoli nonché gli apprezzatissimi poster sulle 5 Regole d'Oro, realizzati su importanti temi di prevenzione. Anche per il 2018 un ruolo centrale per tutta la Settimana assumerà il Progetto Nazionale di Prevenzione Cardiovascolare “Banca del Cuore”: la banca virtuale a cui affidare la propria salute cardiovascolare e nella quale tenere al sicuro le informazioni sul nostro cuore. Ad ogni cittadino verrà rilasciata la **BancomHeart** (in analogia alla ben più famosa carta di debito) sulla quale vengono riportati i dati per accedere al proprio profilo sanitario (codice fiscale, PIN e password segreta) tramite il sito [www.bancadelcuore.it](http://www.bancadelcuore.it). La carta di accesso verrà rilasciata come al solito gratuitamente al cittadino nel momento in cui effettuerà l'elettrocardiogramma presso la Cardiologia aderente all'iniziativa o al Point of Care appositamente allestito. Sarà inoltre possibile inserire tra i dati contenuti nella BancomHeart anche i valori pressori e contrassegnare con S/N una breve anamnesi cardiologica. Per chi decidesse di estendere il Progetto anche con la determinazione del profilo glicemico e lipidico, potrà aggiungerne i dati di ciascun paziente/cittadino esaminato, oltre ai dati sanitari (anamnestici e terapeutici) più approfonditi; **in questo caso sarà necessario contattare la Segreteria della Fondazione per il Tuo cuore per la procedura** e per l'affidamento della macchina per la determinazione



degli 8 parametri lipidici e glicidici estemporanei. Un'iniziativa, “**Banca del Cuore**”, di cui possiamo andare fieri e che ha portato la Prevenzione Cardiovascolare in tutta Italia attraverso la Campagna 2017 **Truck Tour Banca del Cuore**. Sono state 32 le città coinvolte quest'anno, negli 8 mesi programmati con oltre 150 giorni di effettiva presenza nei principali

mediatico per l'incredibile numero di rilanci da parte della stampa cartacea e dei media radiotelevisivi. Questa considerevole iniziativa fino ad oggi ha visto una grande partecipazione attiva da parte del personale medico e infermieristico. Nello specifico abbiamo potuto contare sulla presenza attiva (per la Campagna 2017) di **270 cardiologi** e **127 infermieri** che si sono



capoluoghi di provincia, con una media di permanenza di almeno tre giorni per ciascuna tappa. Un impegno straordinario con un grande ritorno di gradimento e condivisione da parte della popolazione italiana, ma anche

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

**PIN N. 1234567890**

**CODICE FISCALE**

**PASSWORD**

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

**BANCA DEL CUORE**

alternati nelle oltre **960 ore dedicate ai 10.194 cittadini** che sono saliti sul Truck. Al contempo è stato possibile, grazie allo speciale allestimento del jumbo truck, **dedicare 4 ore al giorno** per ciascuno dei tre giorni

di permanenza, a speciali incontri, dibattiti e/o tavole rotonde destinati esclusivamente a medici locali per la maggiore diffusione e implementazione dei documenti scientifici ANMCO sulla prevenzione delle patologie correlate all'ipercolesterolemia (infarto miocardico, angina pectoris e scompenso cardiaco) e agli eventi cardioembolici correlati alla fibrillazione atriale (ictus cerebrale e embolia polmonare). Questo a testimonianza di quanto anche iniziative di divulgazione e

Sanremo in occasione del Festival della canzone italiana. I dettagli operativi per essere annoverati nei Centri che partecipano al Progetto Nazionale di Prevenzione *"Banca del Cuore"* saranno inviati ai Cardiologi e ai Centri che ne faranno richiesta. La Settimana del Cuore, sarà seguita come è sempre stato, centralmente da un ufficio stampa dedicato, tuttavia l'esperienza di oltre 770 articoli pubblicati nel 2017 ha confermato l'importanza che i comunicati predisposti vengano rilanciati a livello locale direttamente

tanti cardiologi ANMCO, uomini e donne che hanno aderito sempre con slancio e corale partecipazione. A tutti loro il mio grazie di cuore! Sono consapevole della grande responsabilità che mi è stata affidata con la carica di Presidente della Fondazione dell'ANMCO e come mia abitudine mi impegnerò per questa tradizionale iniziativa, conscio dell'importanza di mantenere alta, a tutti i livelli, la consapevolezza sulle problematiche connesse alle patologie cardiovascolari, nonché per sostenere al contempo la ricerca scientifica, valorizzando i risultati a favore dei cardiopatici che assistiamo. Molti sono i mutamenti che si profilano all'orizzonte temporale con decreti legge che entrano nel merito scientifico e che in qualche modo si impongono anche nella nostra attività clinica quotidiana. Questo aspetto che meriterebbe una riflessione a parte, certamente si traduce in una sempre maggiore difficoltà nella possibilità di dedicare spazio e tempo a iniziative di prevenzione dirette alla popolazione. Eppure, proprio questi nostri "tempi difficili", hanno evidenziato come la nostra comunità cardiologica ha saputo rispondere trovando energie da dedicare a progetti per la salute dei nostri pazienti e non solo. Ne possiamo andare tutti davvero molto fieri e orgogliosi! In questo senso, il Consiglio d'Amministrazione della Fondazione sinergicamente con il Consiglio Direttivo e con il Consiglio Nazionale ANMCO si sono sempre impegnati e si impegneranno rendendo possibile raggiungere nuovi traguardi e successi anche per questa nuova edizione di *Cardiologie Aperte*. Auguro a tutti di trascorrere un Santo Natale circondati dall'affetto dei propri cari e uno splendido, spumeggiante e salutare 2018. ♥



CAMPAGNA NAZIONALE DI PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE TRUCK TOUR - BANCA DEL CUORE 2017



di screening, siano al contempo da considerare occasione di formazione; tema centrale quanto strategico che ANMCO ha saputo anche in questo caso programmare e mettere a disposizione. Stante il grande successo della Campagna Truck Tour Banca del Cuore svoltasi in questo anno 2017 e a seguito della richiesta unanime da parte di tutte le città visitate di riproporre l'iniziativa, oltre a un significativo numero di Sindaci di nuove città che hanno fatto domanda per essere inclusi nella pianificazione per il prossimo anno, la Fondazione ha deciso di ripetere anche per il 2018 il Truck Tour in 38-40 città italiane, la cui partenza dovrebbe ripetersi da

anche dalle Cardiologie aderenti. L'adesione a *Cardiologie Aperte* deve avvenire entro il prossimo **10 gennaio 2018** completando e rinviando la scheda precompilata in alcune parti, che ogni Direttore di Struttura Complessa/Semplice ha ricevuto in allegato a una mia lettera inviata lo scorso 18 dicembre. Il form di adesione senza personalizzazione lo trovate anche su questo numero di *Cardiologia* negli Ospedali; vi invito comunque a contattare la Segreteria della Fondazione per richiedere la vostra personale scheda. Il successo delle tante iniziative che in questi anni si sono ripetute è indubbiamente il risultato dell'appassionata collaborazione dei

**NON COMPILARE QUESTO RIQUADRO**

Codice struttura \_\_\_\_\_

DATA RICEZIONE \_\_\_\_\_

Da rispedire/inviare via fax alla Segreteria **ENTRO IL 10/1/2018**  
Fax +39 055/5101360 E-mail segreteria@periltuocuore.it

**Scheda Adesione "Cardiologie Aperte 2018 - "Banca del Cuore" 11-18 febbraio 2018**

DATI OBBLIGATORI

**DATI UNITÀ OPERATIVA DI CARDIOLOGIA (\*)**

OSPEDALE \_\_\_\_\_

U.O. \_\_\_\_\_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ CITTÀ \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

Sito Web: \_\_\_\_\_

Direttore o ff: \_\_\_\_\_

**DATI AZIENDA(\*)**

AZIENDA \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Direttore Generale \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

(\*) Si prega di correggere i dati errati e compilare i mancanti in ogni sua parte in stampatello

Nome Cognome \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**INTENDO ADERIRE ALL'INIZIATIVA CARDIOLOGIE APERTE 2018**

SI

NO

**INSERIMENTO PROGRAMMA SULLA PIATTAFORMA WEB WWW.PERILTUOCUORE.IT**

SI

NO

**INTENDO ADERIRE ALL'INIZIATIVA BANCA DEL CUORE**

SI

NO

L'Azienda Ospedaliera possiede ECGrafo Mortara con trasmissione ECG:

SI

Modello \_\_\_\_\_

NO

Altra macchina (marca e modello) \_\_\_\_\_

Richiedo un ECGrafo Mortara alla Fondazione che utilizzerò fino a \_\_\_\_\_ (mese)

Ho già un ECGrafo Mortara in comodato d'uso che intendo utilizzare fino a \_\_\_\_\_ (mese)

BancomHeart di cui necessito nr: \_\_\_\_\_

Dati da inserire nel sito [www.bancadelcuore.it](http://www.bancadelcuore.it) che saranno a disposizione dei cittadini per richiedere informazioni sull'eventuale rilascio del BancomHeart:

Telefono dedicato: \_\_\_\_\_ Fax dedicato: \_\_\_\_\_ Orari reperibilità telefonica: \_\_\_\_\_

e-mail dedicata: \_\_\_\_\_

**NOMINATIVO DI RIFERIMENTO DEL RESPONSABILE DESIGNATO (solo per contatti tra Fondazione e la Cardiologia)**

Nome \_\_\_\_\_

Telefono/Cellulare \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_





# Il Truck Tour Banca del Cuore sbarca a Trieste e sbanca...

**I**l 25, 26 e 27 ottobre è sbarcato a Trieste il Truck della prevenzione cardiovascolare. Sono state tre giornate intense da un punto di vista lavorativo per chi degli operatori, medici e infermieri, ha dato la disponibilità di fare prevenzione. La location del Truck è stata strategica, posizionato nelle due piazze principali della città, visibile da chi raggiungeva il centro in auto per le famose Rive triestine. Il passaparola, la pubblicità sui giornali e in televisione, la presenza di notizie anche sul Sito dell'Azienda Universitaria Integrata della Provincia di Trieste ha permesso di far sì che a qualsiasi ora ci fosse una lunga fila di persone per eseguire lo screening. Purtroppo l'elevato numero non ha permesso di esaudire tutte le richieste e qualcuno non è entrato a far parte del programma di prevenzione. In tre giornate sono stati sottoposti a screening oltre 300 persone di

**Il 25, 26 e 27 ottobre è  
arrivato a Trieste il Truck  
della prevenzione  
Non si poteva immaginare  
una migliore risposta da  
parte della cittadinanza**



*I lavori all'interno del Truck*



*Il Dott. Matteo Cassin con alcuni componenti del Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Friuli Venezia Giulia*

tutte le età della provincia triestina. Sia il Presidente dell'ANMCO, il Dott. Andrea Di Lenarda, che il Presidente dell'ANMCO Regione Friuli Venezia Giulia, il Dott. Matteo Cassin, hanno partecipato attivamente alle giornate, con relazioni ma anche commentando i risultati dello screening dei pazienti, fornendo adeguate informazioni su stili di vita e terapia. Alla riuscita ha contribuito tutto il personale infermieristico del Centro Cardiovascolare con la Coordinatrice infermieristica Donatella Radini e Maria Macchiarella. Inoltre, anche il Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Friuli Venezia Giulia è stato coinvolto attivamente nella giornata di venerdì 27, con una partecipazione buona del gruppo infermieristico regionale diretto dall'Infermiera Eugenia Bruschetta. Siamo riusciti a

sentire direttamente dagli interessati, opinioni ed a registrare dei commenti.

**Al Dott. Andrea Di Lenarda, Direttore del Centro Cardiovascolare, nonché Presidente in carica dell'ANMCO, abbiamo chiesto: «Qual è il significato di un tale progetto?»**

Come in tutte le città italiane dove si è fermato il Truck Tour Banca del Cuore dell'ANMCO - HCF è riuscito a catalizzare l'attenzione della città e delle istituzioni sulla promozione della salute, sull'importanza di iniziative aperte alla popolazione che ricordino l'importanza di prevenire le malattie croniche (non solo cardiovascolari, ma anche neoplastiche) con l'attenzione a comportamenti semplici ed a basso costo, ma estremamente efficaci.

L'attenzione all'alimentazione ma soprattutto all'importanza del movimento fisico in una bella città come Trieste dovrebbero essere intesi come uno straordinario farmaco per una lunga vita in salute, disponibile per tutti al solo costo di cambiare le nostre abitudini e vincere la nostra proverbiale pigrizia. Il Truck a Trieste è stata l'occasione per annunciare con il Comune la creazione di 3 percorsi pedonali dei "10.000 passi" che ci permetteranno di mantenerci in forma ammirando le bellezze storiche, culturali ed artistiche della nostra stupenda città.

**Al Dott. Matteo Cassin, Presidente Regionale ANMCO Friuli Venezia Giulia: «Brevemente, riesci a raccontarci la vostra esperienza come Consiglio Direttivo Regionale impegnato nella prevenzione?»**

Inizialmente ero stato tiepido verso questa iniziativa. Devo dire che mi sono completamente ricreduto. A Trieste è stato un successo (grazie ad Andrea e a tutto il suo gruppo, ma anche ai Colleghi del Consiglio Direttivo Regionale e al gruppo infermieristico). Ottima organizzazione, splendida posizione (anche il meteo ci ha messo del suo), entusiasmo di tutti i volontari che hanno partecipato attivamente e generosamente.

Ma, soprattutto, mi ha convinto la tenace partecipazione dei cittadini di Trieste. Avevo partecipato ad altre iniziative di prevenzione rivolte alla cittadinanza. Ma non avevo mai visto persone che si sono messe disciplinatamente in fila ed hanno atteso ore per fare lo screening.



*Il Dott. Andrea Di Lenarda, Presidente ANMCO, all'interno del Truck*



*Il Truck in una delle piazze di Trieste*

Complimenti a loro!

E' stato molto utile ascoltare i loro problemi, le richieste e la voglia di informazione.

Con gli amici del direttivo regionale abbiamo approfittato dell'occasione e fatto la riunione periodica.

Insomma veramente una bella iniziativa. Sicuramente da replicare il prossimo anno, magari a Pordenone (abbiamo una piazza centrale che si presta bene).

Grazie e complimenti a Michele Gulizia.

**Alla Coordinatrice Infermieristica del Centro Cardiovascolare, con esperienza in Area Nursing a livello nazionale, Donatella Radini:**

**<< Il ruolo dell'Infermiere nella prevenzione della cardiovascolare >>**

La prevenzione è quell'insieme di attività, azioni ed interventi attuati con l'obiettivo prioritario di promuovere e conservare lo stato di salute dei soggetti ed evitare l'insorgenza di malattie. L'infermiere ha un ruolo attivo nell'Intervento Informativo ed educativo motivazionale il cui obiettivo è quello di fornire alle persone le strategie necessarie per favorire: empowerment: responsabilità, self-care: cura di sé, self management: autogestione.

**Infine abbiamo rivolto una domanda alla Responsabile del gruppo infermieristico ANMCO Regionale Eugenia Bruschetta: << Le abbiamo chiesto di raccontarci l'esperienza del suo gruppo regionale infermieristico>>**

Il primo contatto con il truck è stato



### *La coda per il Truck*

a Rimini....Già dal primo contatto ho pensato che questa iniziativa sarebbe stata una bomba. Un tir nelle più belle piazze italiane con il logo della nostra associazione...sicuramente una grande iniziativa. Quando è arrivato

a Trieste, insieme al direttivo medico, anche il gruppo infermieristico ha dato la sua disponibilità. La prima cosa che ho notato è che già dal mattino presto le persone in coda fuori e dentro del tir erano molte.



*Medici al lavoro all'interno del Truck*



*Parte del gruppo ANMCO Regione Friuli Venezia Giulia*

Informate soprattutto dalla stampa locale, con pazienza, aspettavano il turno per l'intervista, lo screening ematico e l'ECG. Alla fine il colloquio medico con le domande più disparate. Queste persone hanno capito che eravamo lì per loro e, nella gratuità del gesto, si sono sentite libere di esprimersi tanto che, una volta usciti dal camion si fermavano a parlare con chi era in coda e raccontavano della loro esperienza. Evidentemente le opinioni erano positive perché nessuno abbandonava la lunga fila!! Non posso che esprimere un parere estremamente positivo dell'esperienza. Spesso la sanità fa notizia per episodi spiacevoli e poco etici, dovremmo imparare a raccontarci di più anche per le cose belle e significative che facciamo e per i grandi risultati ed esiti in salute e benessere che giorno dopo giorno produciamo con la passione che ci contraddistingue!

Alla fine di queste giornate speriamo di aver trasmesso all'intera cittadinanza che prevenire costa poco e dà certamente nel tempo dei grandi risultati. ♥



## Studi in corso

Nome dello Studio	N° centri attivati Italia	N° paz. previsti dal protocollo Italia (tutto il mondo)	N° pazienti arruolati Italia (tutto il mondo)	Durata prevista del follow-up	Stato arruolamento	
<a href="#">STEM-AMI OUTCOME</a> in collaborazione con <a href="#">Centro Cardiologico Monzino</a> e <a href="#">ASST di Lecco</a>	44	1530	532	2 anni	chiuso	<a href="#">Newsletter</a>
<a href="#">GISSI Outliers VAR (osservazionale)</a>	10	60	62	3 anni	chiuso	<a href="#">Newsletter</a>
<a href="#">GISSI Outliers CAPIRE (osservazionale)</a>	11	800	544	5 anni	chiuso	<a href="#">Newsletter</a>
<a href="#">COMPASS</a> in collaborazione con <a href="#">Population Health Research Institute, Hamilton</a>	22 (608)	1.100 (27.400)	1.072 (27.402)	Event driven	chiuso	
<a href="#">HPS3-REVEAL</a> In collaborazione con <a href="#">Oxford University</a>	26 (444)	1820 (30.000)	1.660 (30.624)	Event driven	chiuso	
<a href="#">ISCHEMIA</a> In collaborazione con <a href="#">New York University</a>	14 (351)	378 (5.000-6.000)	141 + 51 CKD (4.869 + 708 CKD)	Fino a 31-12-2018	in corso	
<a href="#">TOSCA.IT</a> In collaborazione con <a href="#">Società Italiana Diabetologi</a>	61	3.371	3036	Event driven	chiuso	
<a href="#">DYDA 2 Trial</a> In collaborazione con <a href="#">Associazione Medici Diabetologi</a>	14	186	154	48 settimane	in corso	
<a href="#">BLITZ-AF (osservazionale)</a>	154	Pronto Soccorso 3.000	Pronto Soccorso 6.275	1 anno	chiuso	
		Cardiologia 2.000	Cardiologia 4.126			
<a href="#">START (osservazionale)</a>	183	4.500	5.070	1 anno	chiuso	
<a href="#">COLCOT</a> In collaborazione con il <a href="#">Montreal Health Institute</a>	20 (149)	750 (4500)	430 (2.984)	Event driven	in corso	
<a href="#">POSTER (osservazionale)</a> In collaborazione con <a href="#">Fondazione SISA (Società Italiana per lo studio dell'Arteriosclerosi)</a>	83	6.000	3.384	No follow-up	in corso	
<a href="#">EYESHOT POST-MI</a>	180	2.000	1.337	No follow-up	in corso	
<a href="#">BLITZ-HF (osservazionale)</a>	127	1° fase 2.500	4.244	1 anno	chiuso	
		2° fase 2.500	non ancora avviata	1 anno		
<a href="#">BLITZ-HF (osservazionale)</a>	4 (123)	750 (25.000 circa)	3 (3.370)	24 mesi	In corso	

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

## Studi di prossima attuazione

Nome dello Studio	N° centri previsti Italia (tutto il mondo)	N° pazienti previsti dal protocollo Italia (tutto il mondo)	Durata prevista del follow-up
COPE (osservazionale)	200	5000	30 giorni
MATADOR-PCI (osservazionale)	100	500	6 mesi

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

## FOCUS ON

### Risultati dello Studio COMPASS

Lo studio COMPASS (Cardiovascular Outcomes for People using Anticoagulation Strategies), che è stato condotto in oltre 600 centri di più di 30 Paesi nel mondo, ha arruolato 27.395 pazienti con arteriopatia coronarica o periferica. I 21 centri italiani ed il centro di Lugano, coordinati dal Centro Studi ANMCO, hanno arruolato 1.072 pazienti.

Lo studio è stato sponsorizzato da Bayer, disegnato e coordinato a livello internazionale dalla McMaster University, Hamilton Health Sciences, Population Health Research Institute (PHRI).

I pazienti sono stati randomizzati in rapporto 1:1:1 ai tre bracci di randomizzazione: Rivaroxaban 2,5 mg due volte/die e aspirina 100 mg una volta/die; Rivaroxaban 5 mg due volte/die; Aspirina 100 mg una volta/die. L'endpoint primario di efficacia era un composito di morte cardiovascolare, infarto del miocardio e stroke; sono stati inoltre valutati i sanguinamenti maggiori come endpoint primario di safety.

I pazienti che al momento dell'arruolamento non erano in trattamento con un inibitore di pompa protonica sono stati randomizzati

anche a un ulteriore braccio, Pantoprazolo 40 mg al giorno/ placebo, al fine di determinare la riduzione del rischio di emorragie gastrointestinali, ulcerazioni e occlusioni.

Il 6 Febbraio 2017, a seguito di un'analisi ad interim, pre-specificata nel protocollo dello studio, il DSMB del COMPASS ha raccomandato la chiusura anticipata dei bracci Rivaroxaban/Rivaroxaban+ASA/ASA per una chiara evidenza di efficacia. Tale suggerimento è stato recepito dallo Steering Committee dello studio.

I risultati dei bracci Rivaroxaban/Rivaroxaban+ASA/ASA dello Studio COMPASS sono stati presentati il 29 agosto u.s. a Barcellona nel corso del Congresso della Società Europea di Cardiologia e pubblicati sul New England Journal on Medicine (N Engl J Med 2017 DOI: 10.1056/NEJMoa1709118) e su Canadian Journal of Cardiology (Can J Cardiol 2017; 33:1027-1035)

Nei pazienti che hanno assunto Rivaroxaban 2,5 mg due volte al giorno più Aspirina 100 mg una volta al giorno, rispetto ai pazienti trattati con aspirina 100 mg/die, si è osservata una riduzione del rischio combinato di ictus, infarto

del miocardio e morte per cause cardiovascolari in pazienti con coronaropatie (CAD) e/o arteriopatie periferiche (PAD) croniche durante un follow-up medio di circa 2 anni. Le percentuali d'incidenza di eventi emorragici sono state basse e, nonostante un aumento di emorragia maggiore, non si è avuto un incremento significativo di emorragia fatale, né di emorragia intracranica. Un altro elemento significativo è che nelle popolazioni di pazienti con arteriopatie periferiche (PAD), si è avuta una significativa riduzione di eventi avversi maggiori, che hanno interessato gli arti e tutte le amputazioni maggiori da causa vascolare.

Nei pazienti randomizzati a Rivaroxaban 5 mg bid non si è osservata una riduzione significativa dell'outcome primario rispetto ai pazienti randomizzati ad aspirina 100 mg/die.

Alla luce della portata dell'efficacia e della conferma del profilo di sicurezza di Rivaroxaban, il dosaggio 2.5 mg, in associazione con Aspirina 100 mg, sarà somministrato ai partecipanti dello studio per la continuazione in aperto (studio LTOLE) fino a quando le Autorità Regolatorie dei singoli Paesi non



avranno approvato l'immissione in commercio e comunque per un periodo non superiore ai 3 anni.

Il braccio Pantoprazolo/Placebo dello studio sta continuando come pianificato nel protocollo iniziale

e questa parte dello studio si concluderà nel secondo trimestre del 2018.

## Risultati dello Studio REVEAL

Lo studio REVEAL (Randomized Evaluation of the Effects of Anacetrapib through Lipid Modification), che è stato condotto in più di 400 ospedali in USA, Canada, Cina, Regno Unito, Germania, Italia e Scandinavia, ha arruolato più di 30.000 pazienti con malattia aterosclerotica.

I 26 centri italiani partecipanti al REVEAL, coordinati dal Centro Studi ANMCO, hanno randomizzato complessivamente 1660 pazienti. Lo studio, parzialmente finanziato dalla British Heart Foundation and Medical Research Council, è stato disegnato e coordinato dalla Università di Oxford in collaborazione con il gruppo TIMI e gli altri componenti accademici dello Steering Committee. Merck Sharp & Dohme ha finanziato lo studio e fornito il farmaco per tutta la durata dello stesso.

Tutti i pazienti sono stati trattati intensivamente con atorvastatina per assicurare un buon controllo del colesterolo LDL e randomizzati a ricevere, in aggiunta, anche anacetrapib, farmaco inibitore della CEPT, o placebo per una media di 4 anni.

I risultati dello Studio REVEAL sono stati presentati il 29 agosto u.s. a Barcellona nel corso del Congresso della Società Europea di Cardiologia e contemporaneamente pubblicati sul New England Journal on Medicine [N Engl J Med 2017 Aug 29; DOI: 10.1056/NEJMoa1706444].

Di seguito riportiamo una sintesi dei risultati emersi dallo studio. Il comunicato stampa del 29 agosto u.s. è disponibile sul sito web dello studio [www.reveal.org](http://www.reveal.org).

- L'aggiunta del farmaco anacetrapib ad un trattamento intensivo con statina ha ulteriormente ridotto il livello di colesterolo LDL di circa il 20% ed ha raddoppiato i valori di colesterolo HDL.
- Il trattamento ha determinato una riduzione del 9% del rischio di andare incontro ad un infarto miocardico, ad una morte per causa coronarica o ad una rivascolarizzazione coronarica. Questa riduzione di eventi diventa più manifesta negli ultimi anni dello studio e questo evidenzia l'importanza di un trattamento a lungo termine in ambito di prevenzione secondaria.
- La riduzione degli eventi cardiovascolari appare principalmente legata alla riduzione dell'evento combinato di morte per causa coronarica ed infarto del miocardio. Non ci sono effetti significativi sull'ictus ischemico.
- Il farmaco anacetrapib, è stato ben tollerato per tutta la durata dello studio e, come già noto da studi precedenti, i livelli di farmaco presenti nel tessuto adiposo corporeo, continuano ad aumentare nel corso del trattamento. Ad oggi, non si è manifestato nessun effetto collaterale significativo derivante dalla persistenza di anacetrapib nell'organismo.

- Anacetrapib ha anche dimostrato di essere in grado di ridurre, seppur in misura contenuta, il rischio di sviluppare un diabete mellito.
- Non si sono registrati, nel corso dello studio REVEAL, problemi inerenti il profilo di sicurezza del farmaco, nessun aumento della mortalità totale, dell'insorgenza di neoplasie maligne o di altri eventi seri. C'è stato un piccolo aumento della pressione arteriosa ed una lieve riduzione della funzione renale.
- La fase di "Post Trial Follow Up" del REVEAL, che segue in follow-up i pazienti dopo la sospensione del trattamento in studio, permetterà di valutare in maniera ancora più approfondita l'efficacia e la sicurezza a lungo termine di anacetrapib. I risultati positivi del REVEAL, ottenuti con 4 anni di trattamento con anacetrapib, sono in contrasto con i risultati dei precedenti trial con altri farmaci inibitori della CEPT che però sono stati tutti interrotti dopo circa due anni di follow-up o per problemi di sicurezza o per apparente futilità. La riduzione di morte coronarica e infarto del miocardio osservata nel REVEAL (11%) è assolutamente in linea con quella osservata negli altri trial con le statine a fronte di una comparabile riduzione della colesterolemia LDL. Questo fa pensare che l'effetto del farmaco sia dovuto ad una riduzione del colesterolo LDL e non ci sia un ulteriore effetto additivo dovuto all'aumento del colesterolo HDL..♥



## 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](http://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](http://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)

Marco Campana (Brescia)

Benedetta Carla De Chiara (Milano)

Vincenzo Guido (Ostia Lido - RM)

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



## AREA EMERGENZA - URGENZA

### Chairperson

Emilio Di Lorenzo (Avellino)

### Co - Chairperson

Roberta Rossini (Cuneo)

### Comitato di Coordinamento

Giorgio Caretta (La Spezia)

Chiara Fraccaro (Padova)

Claudio Larosa (Andria - BT)

Daniela Lina (Parma)

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



Fabiana Lucà

## AREA GIOVANI

### Chairperson

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

### Comitato di Coordinamento

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

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



Loris Roncon

## AREA MALATTIE DEL CIRCOLO POLMONARE

### Chairperson

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

### Comitato di Coordinamento

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

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



Luciano Moretti

## AREA MANAGEMENT & QUALITÀ

### Chairperson

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

### Comitato di Coordinamento

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

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



Massimo Imazio

## AREA NURSING

### Chairperson Medico

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



Sabrina Egman

### Chairperson Infermiera

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

### Comitato di Coordinamento

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

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



Maurizio Giuseppe Abrignani

## AREA PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE

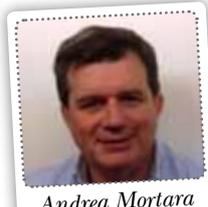
### Chairperson

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

### Comitato di Coordinamento

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

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



Andrea Mortara

## AREA SCOMPENSO CARDIACO

### Chairperson

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

### Comitato di Coordinamento

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

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



# Multimodality Imaging, Clinica Cardiovascolare e scenari del prossimo futuro

**L**e due recenti rassegne a cura dell'Area CardioImaging dell'ANMCO hanno stimolato una serena discussione e promosso qualche riflessione sul presente e sul futuro dell'Imaging in ambito Cardiovascolare. Senza dubbio l'ampia diffusione dell'imaging cardiaco nelle sue diverse applicazioni e le diverse tecniche che possono dare un contributo anche significativo al Cardiologo nel suo lavoro clinico meritano lo sviluppo di specifiche competenze nel settore. Non è pensabile che, di fronte ad un quesito clinico il Cardiologo debba rivolgersi a Specialisti di discipline diverse (Medico Nucleare, Radiologo, Internista, etc.) per ottenere informazioni sulle quali prendere decisioni e scelte anche delicate per i propri pazienti. È pur vero che l'ecocardiografia è sempre stata di stretta pertinenza non solo culturalmente del mondo cardiologico e pur con le dovute eccezioni l'ecocardiografista è identificabile con il Cardiologo Clinico. Non deve quindi stupire se il mondo dell'ecocardiografia mette insieme aspetti strettamente tecnici legati alla metodica ultrasonografica

e suoi sviluppi con quelli più puramente Clinici. Eppure un esperto di ecocardiografia non è necessariamente un Clinico; anzi, più è immerso nella propria metodica meno è familiare con aspetti strettamente clinici. Esattamente come avviene per un Radiologo od un Medico Nucleare. Più ci si concentra sulle tecniche, cioè sul come fare le cose, più si rischia di perdere di vista se quella tecnica è la migliore da impiegare, gli obiettivi utili o necessari per il paziente ed il confronto tra figure professionali diverse si impoverisce. Ben venga quindi un momento di sintesi dove esistano figure che abbiano conoscenza di più metodiche in modo da offrire di volta in volta la soluzione migliore per il singolo paziente e la specifica condizione. Il Cardiologo che esegue ecocardiografia, avendo familiarità con l'anatomia e fisiologia del cuore (che è una sola) è la figura che meglio si adatta a raccogliere in sé le competenze necessarie a guidare le scelte tra le diverse metodiche. Ma è Lui che deve saper fare anche TC, TMC o applicare le tecniche radionucleari? Personalmente

credo che ci troviamo di fronte ad un bivio. Se il Cardiologo desidera divenire un esperto di Imaging, allora deve trovare una dimensione interdipartimentale, impiegare molto del suo tempo accanto a chi esegue materialmente i diversi esami e magari eseguirli direttamente laddove possibile e lecito. Questa figura probabilmente è utile in un Dipartimento Cardiologico di ampie dimensioni con una forte mission interventistica. Se invece il Cardiologo che si è dedicato alla Clinica e conosce l'ecocardiografia desidera svolgere appieno il suo lavoro, deve conoscere le altre metodiche, la complessità dell'Imaging (senza necessariamente entrare nei dettagli) e quando sono necessarie con relativi meriti e limiti, esattamente come sa quando usare la doppia antiaggregazione o i DOAC o applicare le linee guida per la terapia dello scompenso. Questo è o dovrebbe essere il motivo per cui nasce l'Area CardioImaging nel 2010. Non formare un "Cardiac Imager" ma guidare ogni Cardiologo Clinico nel complesso (ma poi non più di tanto) mondo dell'Imaging Cardiaco. L'Area CardioImaging sta adempiendo a questo compito con

entusiasmo e propositività, come dimostrano le numerose iniziative che ha promosso. Abbiamo necessità di suggerimenti, raccomandazioni, indicazioni di appropriato uso delle diverse metodiche, di alternative laddove non siano disponibili. È necessario disegnare reti per l'Imaging in modo da offrire un equo accesso alle tecniche necessarie ai pazienti di tutte le Cardiologie. Laddove necessario, protocolli di rete potranno garantire lo svolgimento di esami specifici anche in altri luoghi di Cura o Centri diagnostici senza perdere il governo clinico del paziente. Una logica di rete che sempre più può garantire la qualità delle cure anche al di fuori dei pochi centri ospedalieri dotati di tutta la diagnostica disponibile. Di questo abbiamo bisogno per non impoverire le Cardiologie del nostro Paese e mantenere le competenze di tutti i Cardiologi. Prevedere gli scenari futuri è difficile ma vi sono alcuni fenomeni già in atto che possono aiutare a comprendere cosa accadrà. In primo luogo la trasformazione digitale pervasiva, progressiva, persino invasiva mette oggi tutti in grado di trasmettere e ricevere dati

in tempo reale. Con lo sviluppo della rete 5G e dell'Information Technology sarà sempre più facile avere una "second opinion", ricevere un esame (TC, RM, ECO, etc.), scambiare dati, in tempi brevissimi. Questo permetterà di accorciare le distanze ed i tempi per gli esami diagnostici, favorendo logiche di rete, magari persino guidando esami da remoto. La seconda importante innovazione riguarda gli sviluppi della intelligenza artificiale che già adesso si è dimostrata in grado di migliorare l'accuratezza diagnostica di alcune metodiche di immagine e sempre più assisterà, se non addirittura sostituirà, gli operatori. In fin dei conti, l'aspetto tecnico è quello che maggiormente risentirà di questa rivoluzione in Medicina come in tutti i settori delle attività umane. Già adesso esistono sistemi che eseguono esami assistiti dall'intelligenza artificiale, elaborano i dati e suggeriscono soluzioni. Nel prossimo futuro l'intelligenza artificiale non potrà che svolgere un ruolo sempre maggiore invadendo attività attualmente svolte da Professionisti, siano essi Medici o Tecnici. Infine, lo sviluppo di piattaforme digitali orientate sui

pazienti permetterà di raccogliere in un unico fascicolo tutto ciò che si riferisce alla loro salute (e non solo) magari con possibilità per i vari attori di interagire per scopi di salute e ricerca. Occorre infine tener conto che nei prossimi anni è prevista una contrazione numerica significativa di professionisti per cui senza la tecnologia di cui sopra è a rischio l'assistenza stessa. Ne consegue che almeno per un po' al Cardiologo resterà più tempo per migliorare le proprie conoscenze, esplorare le nuove evidenze che questi sistemi produrranno, dedicarsi maggiormente al ragionamento clinico ed alla cura dei pazienti. Il nostro auspicio è quello di non guardare al futuro con timore né di concentrarsi su aspetti che presto saranno superati ma di esplorare sempre più ambiti quali il valore prodotto dalle nostre scelte diagnostiche, le modalità organizzative sostenibili e con equità di accesso per i pazienti, per individuare ed eliminare gli sprechi esistenti e indicare le scelte più appropriate nel panorama attuale. ♥



# I Giovani incontrano il Prof. Attilio Maseri



*Il prof. Attilio Maseri e Fabiana Lucà*

**R**iaffiora nella mia memoria come uno dei giorni più belli della mia vita quello in cui, qualche anno fa, il Prof. Maseri mi consegnò la pergamena del Premio “Maseri Florio” stringendomi la mano e facendomi gli auguri per il mio futuro. Ricordo che mi colpì la semplicità con cui si relazionava con i giovani e quei suoi modi propri di chi avesse dai giovani non solo molto da dare, ma anche molto da ricevere. Forse fu proprio quel suo atteggiamento ad emozionarmi tanto, perché è un dono raro riuscire a trasmettere agli altri il proprio bagaglio di conoscenza ed esperienza, in termini culturali ed umani, come se si cercasse di sdebitarsi per quello che la vita ti ha offerto, offrendo a propria volta agli altri, ai giovani soprattutto, qualcosa di se stessi.

In occasione degli Stati Generali ANMCO, importante momento di confronto e di condivisione tra gli organismi societari istituzionali, in cui il divario generazionale diventa un'importante risorsa da sfruttare ai fini della crescita culturale e professionale dei

soci, il Professor Attilio Maseri ha accettato di incontrarmi e di concedermi un'intervista al di là delle sovrastrutture, con "il cuore in mano", e che va vissuta come un omaggio del Professor Maseri a tutti i giovani cardiologi ANMCO. Trieste, 4 novembre 2017

Fabiana: **Professore, come nasce la "Fondazione per il Tuo cuore"?**

Prof. Maseri: "La Fondazione per il Tuo cuore nasce prendendo spunto dai problemi reali, dalla necessità effettiva di un'organizzazione finalizzata a seguire i pazienti e di delinearne i percorsi con l'ausilio di una raccolta di informazioni basata su un metodo uniforme, standardizzato, sistematico e continuo."

F. **Qual è stato il momento più gratificante della sua carriera?**

P.M. Quando sono stato chiamato a Londra a ricoprire la Cattedra di Cardiologia più importante dell'Inghilterra, cosa che, essendo Italiano e non avendo mai lavorato in un paese anglosassone prima di allora, è stato per me sorprendente ed estremamente gratificante.

F. **Qual è stato il suo primo incontro con ANMCO?**

P.M. Mi sono sentito enormemente attratto dalla raccolta dati di ANMCO sotto il coordinamento del Centro Studi da parte di Aldo Maggioni che stava dando dei frutti al di là delle più rosee previsioni. Da qui il mio interesse verso la realizzazione di un ambizioso progetto di creazione di una Banca Dati che convogliasse un flusso di informazioni applicabili nella pratica clinica nell'interesse della ricerca scientifica e soprattutto dei pazienti cardiologici.

F. **Professore, a luglio scorso, con una sentita quanto commovente lettera al Consiglio Nazionale ANMCO ha rassegnato le sue dimissioni da Presidente della Fondazione per il Tuo cuore, indicando nel Dottor Gulizia il suo successore. Cosa si aspetta oggi dalla presidenza del Dott. Gulizia?**

P.M. In questa lettera, che lei ha giustamente definito sentita, ho scritto le cose che pensavo sinceramente, ritenendo per me doveroso dare l'esempio lasciando spazio alla persona secondo me più meritevole di ricoprire questo ruolo, per aver dimostrato notevoli capacità nell'ambito dello sviluppo della ricerca e innata propensione organizzativa, concretizzando fattivamente ambiziosi "aims" con un intenso operato scientifico. Sono fermamente convinto che la scelta non potesse ricadere su una persona più indicata e sono sicuro che Michele Gulizia saprà portare avanti idee estremamente innovative partendo dalla base dell'esperienza dei precedenti risultati degli studi ANMCO, e che svilupperà con vivacità intellettuale e rigore scientifico quegli aspetti clinico-gestionali, che possano beneficiare di un approccio sistematico, apportando un significativo contributo alla ricerca italiana. Prevedo per la Fondazione un futuro ricco di fervore scientifico e un coinvolgimento attivo di voi giovani.

F. **Nel 2015, nel panorama delle Aree ANMCO, è stata introdotta l'Area Giovani, espressione della volontà di dare maggiore spazio ai giovani soci nel contesto societario. In questo senso, Lei è stato un precursore dell'apertura verso le**

**nuove generazioni istituendo il Premio "Maseri Florio" che viene attribuito ogni anno ai soci under 40 in occasione del Congresso Nazionale. Cosa prova tutte le volte che stringe la mano e consegna le pergamene ai giovani premiati? E cosa augura loro?**

P. M. Ogni volta provo un'autentica emozione, immedesimandomi in ognuno di quei giovani cui auguro di poter andare avanti nel loro percorso con soddisfazione sia propria, sia dei pazienti. Spero che possano sperimentare nella loro futura esperienza il risultato dell'applicazione sistematica delle metodologie scientifiche dimostrate efficaci con la Ricerca ANMCO portata avanti fino ad ora.

F. **Oggi si parla molto di "Fuga dei cervelli all'estero". Ad oggi secondo Lei c'è un futuro per i giovani che vogliono fare ricerca in Italia?**

P. M. Il Futuro c'è, dipende molto da quelli che sono i gestori della politica sanitaria, che devono favorire le istanze dei giovani, incoraggiarli, stimolarli e premiarli, in modo che si sentano premiati dal sistema e venga loro voglia di contribuire allo sviluppo di pratiche e di conoscenze.

F. **Quale consiglio darebbe ai Giovani Cardiologi Italiani Professore?**

P. M. Guardare sempre le cose da un'altra angolazione per scorgere quello che probabilmente non è stato visto prima in modo da avere l'opportunità di apprendere sempre e continuamente. In definitiva: spazio ai nostri giovani! ♥



## 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



# Alleanza Cardiologo/Neurologo

## Visite di cortesia o atti dovuti?

**L'**Unità di Terapia Intensiva Coronarica (UTIC) così come la Stroke Unit (SU) o la Unità di Terapia Neurovascolare (UTN) sono sezioni di terapia semi-intensiva, generalmente collocate all'interno di UOC di Cardiologia e di Neurologia, nelle quali vengono accolti e curati i pazienti colpiti rispettivamente da sindrome coronarica acuta (STEMI/NSTEMI) e da stroke acuto (sia ischemico che emorragico). Nel mondo neurologico si è fatta strada

da vasculopatia polidistrettuale. In questo contesto il cardiologo, inteso come cardiologo "dedicato" al paziente con stroke e non come consulente di turno, riveste un ruolo cruciale. Fra tutte due brevi considerazioni: la prima è che il paziente colpito da stroke molto spesso è un cardiopatico, noto o ancora ignoto fino al momento dell'evento ictale; la seconda è che, se nei primi mesi dopo lo stroke il rischio maggiore è quello della recidiva ictale, a distanza di circa

• Il paziente colpito da stroke è nella maggioranza dei casi un paziente "vascolare globale", con interessamento non solo cerebrale ma polidistrettuale ed in particolare coronarico.

• Nella fase acuta/subacuta dello stroke può manifestarsi instabilità emodinamica e clinica del paziente con cardiopatia concomitante, che va trattata prontamente e correttamente per consentire un'adeguata perfusione cerebrale.

• Data l'elevata età media della popolazione colpita da stroke è rilevante il problema del concomitante scompenso cardiaco, sia anamnesticamente slatentizzato o provocato dallo stroke, non sempre di facile rilievo clinico per i non cardiologi ma che necessita di un inquadramento clinico/strumentale preciso, anche per un corretto avvio del paziente alla terapia riabilitativa più idonea.

• Nella fase acuta/subacuta dello stroke frequentemente si assiste al rialzo degli enzimi cardiaci che va inquadrato ed interpretato in

**Da tempo si è fatta strada la convinzione che il paziente colpito da stroke sia un eccellente modello di condizione patologica che necessita di una assistenza integrata...**

da tempo, ed ora è condivisa, l'opinione che il paziente colpito da stroke sia un modello di situazione patologica che necessita di una assistenza integrata, non solo multiprofessionale ma anche multidisciplinare, in quanto affetto

due anni diventa prevalente il rischio di evento cardiologico acuto e/o di morte cardiaca. La presenza continuativa in SU di un cardiologo dedicato ed esperto in malattie cerebrovascolari è giustificata da una serie di motivi.



# STROKE UNIT

modo corretto per un approccio diagnostico e terapeutico mirato.

- In una elevata percentuale di pazienti con stroke ischemico ad eziologia ateromasica, concomita una coronaropatia nota o silente, che deve essere studiata con indagini strumentali mirate.

- I dati della letteratura dicono che in >30% (ma il trend è in crescita) dei casi di ictus ischemico l'eziologia è cardioembolica; in particolare l'individuazione della FA silente è fondamentale soprattutto ora in cui l'entrata nell'uso corrente degli Anticoagulanti Orali Diretti rende praticabile ed inderogabile una efficace e precoce prevenzione secondaria, attuabile già nei primi giorni dopo lo stroke.

- Il monitoraggio strumentale al quale i pazienti sono sottoposti in SU prevede la registrazione della traccia ECG, con la comparsa talvolta di aritmie, spesso favorite dal danno insulare, la cui corretta interpretazione è competenza del cardiologo.

- È opinione condivisa che una valutazione ecocardiografica vada eseguita a tutti i pazienti con stroke, possibilmente in fase acuta/subacuta, per un precoce e migliore inquadramento clinico globale.

- Nello stroke giovanile ad eziologia criptogenetica è rilevante il problema della possibile correlazione con il riscontro di un Forame Ovale Pervio, per una decisione terapeutica collegiale e condivisa.

- La presenza continuativa di un cardiologo dedicato in SU consente una riduzione delle risorse impiegate e dei tempi di degenza, in relazione da una parte alla eliminazione delle indagini inutili e dall'altra alla rapidità dell'esecuzione di quelle appropriate, cui consegue un risparmio economico e la disponibilità di posti letto.

Ma se ormai è riconosciuta, almeno concettualmente, la necessità del cardiologo in SU, in tempi più recenti si è fatta strada l'idea che anche il cardiologo tragga vantaggio dalla competenza del neurologo nella gestione del paziente in UTIC in determinate circostanze.

1) Per l'introduzione (o la ripresa) della TAO nel paziente a rischio cardioembolico e con recente stroke ischemico, per individuare sia dal punto di vista clinico che di imaging, l'intervallo temporale più corretto.

2) Per l'introduzione (o la ripresa) della TAO nel paziente a rischio cardioembolico e con progressivo

sanguinamento intracranico, dove è fondamentale la precisazione del tipo di sanguinamento ed il relativo rischio di recidiva, molto diverso da un caso all'altro.

3) Per la decisione di instaurare una triplice terapia antitrombotica nel sospetto di un'angiopatia amiloide cerebrale, dove è indispensabile un bilancio clinico e di imaging accurato tra i possibili benefici sul cuore e i possibili rischi sul cervello.

4) Per decidere collegialmente la tempistica e la priorità in caso di coesistenza di ateromasia coronarica e carotidea che necessitino di rivascolarizzazione.

Vale infine la considerazione che un paziente, studiato e valutato in modo completo, ha la percezione di una presa in carico più efficace, realizzandosi un aspetto rilevante della qualità in sanità e cioè la "soddisfazione del paziente".

Pertanto ritengo attuale ed importante la presenza di una Task Force di Cardioneurologia in ANMCO, che favorisca una vera collaborazione tra cardiologo e neurologo, con uno scambio di competenze sempre di più bidirezionale. ♥







# ANMCO

## Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri MODULO PER LA DOMANDA DI FELLOWSHIP ANMCO

• da presentare entro il 28 febbraio 2018 •

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

### DATI ANAGRAFICI

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

### DATI PROFESSIONALI

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

Livello di Conoscenza:  Eccellente  Buono  Mediocre

### DOCUMENTAZIONE (BARRARE I DOCUMENTI PRESENTATI)

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

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

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

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

ANMCO, Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri, con sede in Firenze, Via La Marmora n. 36, è un'associazione a scopi scientifici che presta servizi ai propri associati, attivandosi per l'organizzazione di congressi a carattere scientifico. I dati vengono acquisiti direttamente dall'interessato (ad esempio, al momento dell'adesione all'associazione ovvero mediante i moduli di iscrizione ai convegni), nonché presso terzi, quali associazioni di categoria o pubblici elenchi, comunque nel rispetto dei principi di cui al D.Lgs. n. 196/2003. Il trattamento sarà effettuato mediante strumenti idonei a garantirne la sicurezza e la riservatezza e potrà essere effettuato manualmente o tramite strumenti automatizzati atti a memorizzare, gestire e trasmettere i dati stessi. Nello specifico, dati trattati vengono inseriti in un database informatizzato, ubicato nel sito web dell'ANMCO ([www.anmco.it](http://www.anmco.it)), in una parte del sito riservata ai soli soci e consultabile solo dopo registrazione tramite login e password. I dati richiesti - inclusi quelli relativi alla Sua carta di credito ove inseriti - sono necessari ad ANMCO per poter rendere i propri servizi ai fini della costituzione dello stesso rapporto associativo, nonché per consentire 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. Società Benefit 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 di dati personali, oggetto del trattamento. Per l'esercizio dei predetti diritti è possibile rivolgersi al seguente recapito: Firenze, Via A. La Marmora n. 36, tel. 055 51011.

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

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

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

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

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

# FELLOWSHIP ANMCO

• Termine di presentazione della domanda 28 febbraio 2018 •

## REGOLAMENTO FELLOWSHIP ANMCO

### Requisiti minimi necessari

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

### Domanda di ammissione alla Fellowship

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

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

Per i Soci che abbiano già conseguito la Fellowship della Società Europea di Cardiologia, dell'American College of Cardiology o dell'American Heart Association entro i 5 anni precedenti la presentazione della richiesta di Fellowship ANMCO, considerati gli elevati criteri di selezione di queste Fellowship si concede, qualora il Candidato lo desideri e lo dichiari nella domanda, di evitare di produrre la documentazione di quanto dettagliato ai punti e), e g), presentando in alternativa la certificazione di una delle suddette Fellowship, aggiornata all'anno in corso.

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

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

### Mantenimento della Fellowship

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

### Benefici Fellowship

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

#### Congresso Nazionale ANMCO

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

#### Diploma Fellowship ANMCO

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

#### ANMCO Fellow Club – accesso online

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

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

### Fellow Emerito

Lo status di Fellow Emerito sarà conferito dalla Commissione Giudicante al Fellow in quiescenza dal S.S.N. e in regola sia con la quota associativa ANMCO sia con la quota Fellowship, entrambe relative all'anno in corso, dal raggiungimento del 65° anno di età in quiescenza con S.S.N.

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

Il Fellow Emerito è esentato dal versamento sia della quota annuale per la Fellowship sia della quota associativa ANMCO e ha diritto alla partecipazione gratuita al Congresso Nazionale ANMCO.

### Commissione giudicante

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

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

#### I 4 Componenti di diritto sono:

Il Presidente dell'ANMCO in carica;

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

I due Vice Presidenti dell'ANMCO in carica.

#### I 4 Componenti di nomina sono:

Quattro Fellow indicati dal Consiglio Direttivo dell'ANMCO.

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

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

La Commissione ha il compito di verificare la documentazione comprovante l'appartenenza ad altre Fellowship eventualmente prodotta dal Candidato.



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 Calabria: il cammino dell'ultimo anno

«*Il camminare presuppone che a ogni passo il mondo cambi in qualche suo aspetto e pure che qualcosa cambi in noi*», scriveva Italo Calvino, frase che ben si adatta a descrivere il cammino percorso da ANMCO Calabria in quest'ultimo anno, che ci vede cambiare ad ogni passo ed ad ogni nostro passo corrisponde un piccolo risultato. Ed è così che ci siamo impegnati nello sviluppare attività formative/educazionali rivolte non solo al settore medico ma anche a quello del nursing, tra cui per citare solo alcuni esempi relativi al 2017 gli eventi svoltisi con Patrocinio ANMCO Regionale: "Approccio Pratico al Paziente con Iperensione Arteriosa Polmonare: dall'ecocardiogramma al cateterismo cardiaco destro ed alla terapia farmacologica" (Catanzaro, 24 - 25 marzo 2017); "Iperensione arteriosa, ischemia miocardica, scompenso, fibrillazione atriale: nuove opportunità per vecchi problemi" (Rende, 2 dicembre 2017) organizzato dal Referente Regionale Nursing; "Scenari clinici dell'Iperensione Polmonare"

(Catanzaro, 15 dicembre 2017), e le giornate "Attualità e prospettive in cardiologia interventistica" (Catanzaro, 25 - 27 giugno 2017) realizzate dal Presidente Regionale, svoltesi tutte con il Patrocinio ANMCO Nazionale.

Inoltre è stata effettuata anche l'operazione di coinvolgimento delle altre società scientifiche, finalizzata sia ad uno scopo educativo/formativo sia ad attrarre anche i Soci più focalizzati su un singolo "settore" in un percorso concentrico che avvicini verso il mondo ANMCO. Oltre a puntare sulla formazione trasversale, ci siamo dedicati anche ad incentivare i rapporti con le istituzioni, perché tutti noi viviamo ed operiamo in questo contesto sociale, e dal sociale siamo partiti per diffondere i principi fondamentali della Prevenzione Cardiovascolare. Orgogliosi di rendere un concreto e fattivo servizio ai nostri concittadini, abbiamo partecipato al Truck Tour, nelle tappe di Catanzaro, Cosenza e Reggio Calabria, collaborando ad un progetto che, nella sua

innovativa unicità, ha saputo coniugare il risvolto scientifico di pregio con l'enorme impatto sociale. Di notevole rilevanza nell'ottica della prevenzione cardiovascolare, anche l'iniziativa il Cuore del Clero, che ci ha visti impegnati nelle città di Reggio Calabria e di Cosenza. Sulla strada del percorso congiunto con le istituzioni è nato l'accordo con il Provveditorato di Catanzaro che, inserito in un cronoprogramma biennale, ha condotto alla distribuzione delle BancomHeart in 96 Scuole calabresi, il concordato con ACISMOM Calabria che prevede la distribuzione di 3.000 BancomHeart, il protocollo di intesa con la provincia di Catanzaro, iniziato a marzo scorso a cui hanno aderito 18 comuni e che, ad oggi, ha portato all'erogazione di 512 BancomHeart. Il lavoro di diffusione dei concetti della prevenzione cardiologica nel tessuto sociale ha comportato anche il nascere della collaborazione con le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP), le tappe LIONS e gli



*Momenti dell'attività del Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Calabria*

incontri con gli studenti delle scuole secondarie superiori calabresi che hanno avuto come tema principale: i rischi connessi con una dieta non equilibrata, la scarsa attività fisica e l'abitudine tabagica; finalizzati ad instillare i principi fondamentali di prevenzione fin dall'età adolescenziale. Nello stesso contesto è nata anche l'iniziativa ANMCO KM0. Non abbiamo dimenticato infine di privilegiare l'aspetto

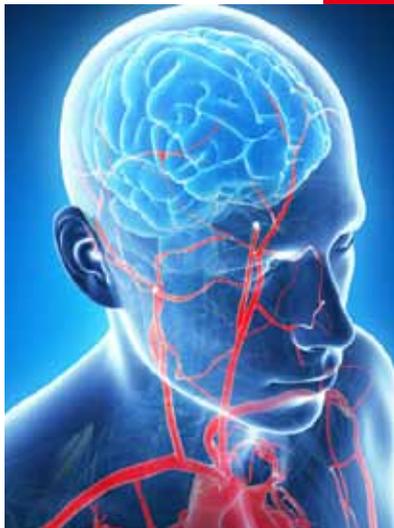
ludico ed informale, che, al di là del risvolto lavorativo, rappresenta uno degli elementi costitutivi del senso di appartenenza societario, favorendo alcune attività di aggregazione come ad esempio Pizz'ANMCO, una gustosa esperienza, sicuramente da ripetere, in questa nostra terra calabrese di cui Giovanni Pascoli scriveva: «Questo mare è pieno di voci e questo cielo è pieno di visioni. Utulano ancora le Nereidi obliate in questo mare,

*e in questo cielo spesso ondeggiano pensili le città morte. Questo è un luogo sacro, dove le onde greche vengono a cercare le latine; e qui si fondono formando nella serenità del mattino un immenso bagno di purissimi metalli scintillanti nel liquefarsi, e qui si adagiano rendendo, tra i vapori della sera, immagine di grandi porpore cangianti di tutte le sfumature delle conchiglie. È un luogo sacro questo». ♥*



# Cardiologo e Neurologo, compagni di viaggio su sentieri comuni...

**CARDIO-NEUROLOGIA:  
UPDATE 2017.  
EDUCARE LA MENTE SENZA  
EDUCARE IL CUORE NON È  
EDUCARE**



**SABATO 07 OTTOBRE 2017**

**MIB - Trieste School of Management  
TRIESTE**

*Locandina del Convegno*

**L**il 7 ottobre 2017 si è svolta a Trieste nella splendida cornice del MIB "School of Management" la riunione regionale ANMCO "Cardio-neurologia: update 2017. Educare la mente senza

educare il cuore non è educare" che ha visto la partecipazione di oltre 100 tra medici e infermieri e relazioni da parte di esperti nella gestione dell'ictus e delle principali patologie cardiologiche connesse, tra gli altri la Dott.ssa Monica Carletti, Referente della Task Force Cardioneurologia dell'ANMCO. La riunione è stata suddivisa in due sessioni: la prima, sulla gestione della fase acuta dell'ictus, con i contributi del medico urgentista, dei neurologi, del radiologo interventista e del cardiologo e la seconda, sulla gestione della fase post acuta delle problematiche cardiologiche che sono responsabili di una parte considerevole degli ictus, con il contributo prevalente dei cardiologi e cardiologi interventisti. Come nelle precedenti riunioni regionali siamo partiti con un caso clinico emblematico: la gestione di un giovane con TVP secondaria ad un trauma, che dopo il verificarsi di un ictus si è scoperto avere una trombofilia e un FOP, che è stato trattato con device. A seguire la relazione del Dott. Calci, responsabile dell'area d'emergenza dell'Ospedale di Palmanova che ha portato la sua esperienza di ospedale spoke e del Dott. Naccarato, responsabile

della stroke unit dell'Ospedale di Cattinara dell'ASUI di Trieste, che ha esposto invece l'esperienza di un ospedale hub. Il Dott. Petralia (Udine), ci ha fatto entrare nel mondo dell'interventistica a livello dei vasi intracerebrali con le tecniche di trombo aspirazione e stenting, mettendo in risalto il fondamentale contributo dello studio della perfusione cerebrale con tecniche TC o RM, che permettono di scoprire la zona di penombra ischemica e di ipotizzare di poter intervenire con successo anche in ictus insorti da un intervallo di tempo superiore a 4-6 ore, perchè in conclusione ogni cervello è diverso per la suscettibilità ischemica, "tutto si svolge sul filo dei circoli collaterali" propri di ciascuno di noi. Si è passati poi al ruolo del cardiologo in fase acuta di gestione di patologie come la FA e la terapia anticoagulante in pazienti con ictus ischemico, ma anche in quelli con infarcimento emorragico. L'ictus nel FVG conta circa 3000 casi/anno e partendo da questo dato il Prof Manganotti, direttore della Clinica neurologica dell'Università di Trieste, ha esposto il PDTA regionale per la gestione dell'ictus. In conclusione alla prima sessione il Dott Faggiano



*MIB Trieste School of Management*

(Cardiologia, Brescia) nella sua lettura ci ha esposto l'importanza del controllo della pressione arteriosa per la riduzione del rischio di ictus. Nella seconda sessione si sono affrontate problematiche più squisitamente cardiologiche, come la gestione del FOP secondo le più recenti indicazioni delle linee guida e gli accertamenti e le problematiche connesse allo stroke criptogenetico ed alla ricerca di una FA silente. Il Dott. Grassi della Cardiologia di Mestre ci ha portato la sua esperienza di interventista nella chiusura con device dell'auricola sinistra, metodica che in mani esperte sembra dare buoni risultati nei pazienti in cui non è attuabile una terapia anticoagulante, ed il Dott. G.L. Canu (responsabile UOC Chirurgia vascolare ed endovascolare dell'Ospedale Morelli Sondalo) ha affrontato la rivascolarizzazione carotidea con le metodiche di TEA vs PTA e stent, con una carrellata sulle ultime linee guida AHA/ASA

e sulle indicazioni alle procedure, sottolineando come nei pazienti più anziani, con sintomi recenti e difficile anatomia carotidea la procedura con PTA e stent ha dei rischi maggiori di complicanze procedurali e morte. Due i contributi infermieristici, il primo su come sia cambiato il ruolo degli infermieri nella gestione dello stroke nell'epoca delle Stroke Unit e della trombolisi e come l'intervento infermieristico assieme a quello del fisioterapista può influire positivamente sullo stato emotivo e sul livello di depressione successivo ad un ictus, sia sul paziente ma anche sui caregivers ed il secondo sulla gestione infermieristica della FA. La lettura del Dott. Andrea Di Lenarda ha trattato la gestione della terapia anticoagulante nel paziente fragile nell'epoca degli anticoagulanti orali diretti, farmaci che si sono dimostrati nella pratica clinica sufficientemente sicuri ed efficaci e con una gestione più semplice rispetto al warfarin

in questa tipologia di pazienti complessi, comorbidi e politrattati. La riunione è stata estremamente vivace dal punto di vista della discussione e di elevato contributo scientifico e pratico. I neurologi hanno intrapreso recentemente la strada della trombolisi e l'aggressività terapeutica nella disostruzione dei vasi cerebrali occlusi nell'ictus (strada che i cardiologi hanno già percorso alcuni anni fa) e stanno dimostrandosi, probabilmente anche grazie alla nostra esperienza, altrettanto efficienti ed efficaci nell'organizzare e attuare i percorsi di gestione del paziente. Il meeting ha confermato come l'incontro di due specialità diverse su terreni di comune interesse non può che portare ad un crescita di entrambe e dà entusiasmo per continuare, ed ho chiaro in mente il ricordo della frase con cui ci siamo lasciato con l'amico Marcello Naccarato: "Quello di oggi non può che essere l'inizio di un percorso insieme..." ♥

# Il Cardiologo “al centro”

**S**i è svolto a Montecatini il 10 e 11 novembre il Congresso Regionale ANMCO Toscana organizzato dal Consiglio Direttivo Regionale Toscana. Il Cardiologo nella sua completezza è stato posto al centro della scena, cercando di cogliere anche aspetti spesso trascurati nella vita professionale di ognuno di noi. La novità più importante ha riguardato l'apertura a tematiche essenziali per la vita del Cardiologo ospedaliero, anche se non strettamente scientifiche. L'Onorevole Federico Gelli, primo estensore della nuova legge sulla sicurezza delle cure e sulla responsabilità delle professioni sanitarie, ha partecipato in prima persona all'incontro. Nel corso della prima giornata ha tenuto una lunga Lettura Magistrale riguardante il background, la filosofia ed i dettami

principali della legge che si spera rivoluzionerà la vita di ogni medico. Non sono mancate interessanti digressioni riguardanti il contesto in cui la legge ha preso vita, identificando i principali interessi in gioco, dei pazienti, dei magistrati, dei sanitari, della classe politica. E' stato sottolineato come i risultati raggiunti, sebbene migliorabili, siano di fatto un passo largamente atteso da tutta la comunità nell'ottica di un recupero della serenità del professionista ma anche di una tutela ampia della salute dei cittadini. La nuova responsabilità civile e penale del medico infatti si inserisce in un contesto di un nuovo diritto costituzionale: la sicurezza delle cure. La legge nella sua interezza, con la costituzione di un apparato complesso come quello del risk management, ha

il principale scopo di ridurre il contenzioso tra medico e paziente. Nelle regioni in cui il rischio clinico è stato adeguatamente presidiato e governato infatti, si è significativamente ridotto nel tempo il ricorso al contenzioso. Pertanto la legge inizia il suo lavoro con un'arma di prevenzione del contenzioso e di miglioramento della qualità delle cure su tutto il territorio nazionale. Qualora un evento si verifichi, i meccanismi che non hanno funzionato e le possibili soluzioni al problema, affinché questo non si ripeta, potranno essere disponibili su tutto il territorio nazionale ma gli strumenti di Audit non potranno essere utilizzati dalla magistratura. Se un contenzioso si aprirà, la legge cercherà di tutelare la professione medica negli ambiti di incertezza legati alla difficile pratica della medicina, oltre a fornire strumenti bilanciati tra risarcimento e tutela del patrimonio. L'Onorevole Gelli ha sottolineato l'importanza delle grandi Società scientifiche quali l'ANMCO, nel continuo aggiornamento delle buone pratiche e delle Linee Guida che saranno gestite dall'Istituto Superiore di Sanità. Il pomeriggio della prima giornata quindi è stata dedicata al ricordo della Dott.ssa Chiara Venturini, Cardiologo ospedaliero della Cardiologia livornese, scomparsa prematuramente. Il Maestro Gronchi ha tenuto un breve concerto al pianoforte ed il Consiglio Regionale ha dedicato una targa al ricordo, consegnata al Direttore della Cardiologia



*L'On. Federico Gelli illustra la nuova legge sulla responsabilità professionale*



*La Professoressa Maria Grazia Bongiorno consegna la targa in ricordo della Dottorssa Chiara Venturini*



*Il Maestro Gronchi al piano*

labronica. Il ricordo si trasforma in consapevolezza che migliaia di cardiologi ospedalieri lavorano giornalmente con dedizione, caparbità e determinazione, in tutti gli ospedali di Italia, donando gran parte della loro vita alla cura dei pazienti. Le giovani donne aggiungono a ciò la difficile conciliazione tra l'essere madri e medico. Ricordare qualcuno che scompare precocemente ci ricorda l'essere umano che si cela dietro al cardiologo, figura di scienza e gestore di complesse situazioni riguardanti altri esseri umani. Tutto ciò semplicemente tradotto dalla musica, frequente passione di molti medici, poiché sintesi e ponte di connessione tra le complesse regole (dell'armonia) e le emozioni più profonde dell'uomo. La figura del Cardiologo al centro quindi, con la sua umanità, fragilità, serenità professionale ma anche la sua forza di Scienziato/a con la S

maiuscola. Infatti le due giornate di incontro tra i cardiologi toscani sono state animate dal dibattito scientifico sugli argomenti più avanzati. Alcune sessioni dedicate agli argomenti più tecnici si sono svolte in modo congiunto con GISE ed AIAC mentre il tema del link tra ospedale e territorio e del follow - up ambulatoriale è stato presidiato grazie alla presenza di ARCA. Il difficile ma fondamentale rapporto tra il mondo universitario ed ospedaliero ha trovato una convergenza nel sereno simposio organizzato con la Sezione Toscana della Società Italiana di Cardiologia. Le sessioni hanno spaziato tra i maggiori argomenti della cardiologia moderna. L'impianto dei device di ultima generazione sia per quanto riguarda le cardiopatie strutturali che la gestione del paziente con aritmia. La terapia farmacologica delle SCA e delle dislipidemie. Il fondamentale ruolo dell'imaging. Sono scesi in campo i migliori professionisti Toscani che, come ben noto, rivestono importanti ruoli anche Nazionali ed Internazionali. Sono state evidenziate in ogni sessione le mille difficoltà del Cardiologo clinico nella pratica clinica quotidiana. La scelta dell'intervento più appropriato, la gestione del paziente anziano con polimorbilità, ma anche il suo ruolo centrale nella stratificazione del rischio, nella scelta del timing di intervento e del planning procedurale, la gestione del follow-up. Un'ampia discussione nella gestione della terapia antiaggregante ed anticoagulante e la loro combinazione ha rappresentato uno dei maggiori

focus: come non nocere utilizzando la migliore terapia disponibile? Durante la seconda giornata sono stati consegnati anche i Premi dedicati dal Consiglio Regionale ai migliori Giovani Cardiologi Toscani, che si incontrano e si confrontano ormai da otto anni, senza soluzione di continuità, in un congresso dedicato solo a loro. Il Dott. D'Ascenzi di Siena e la Dott.ssa Molle di Grosseto sono stati premiati con un premio in denaro per le migliori comunicazioni in una "gara" che ha visto confrontarsi 16 giovani Cardiologi. La qualità degli argomenti e dei professionisti coinvolti, non può nascondere tuttavia la percezione di una generale tendenza alla disaffezione nei confronti delle società scientifiche, dell'aggiornamento scientifico in genere, ed ad una partecipazione alle attività incostante, che non può far che riflettere chi cerca di aggregare ogni singolo Cardiologo presente nella più remota struttura ospedaliera. Per questo oltre al consueto incontro descritto il Consiglio Direttivo ANMCO Toscana ha fondato una sorta di Congresso permanente che si sposta verso i Cardiologi. Incontri monotematici itineranti in ogni struttura ospedaliera, su ogni tipo di argomento fruibile dal Cardiologo di prima linea. Ancora una volta, la convinzione profonda di questo Consiglio di porre al centro ogni professionista, ricordando che ogni Cardiologo è, o può essere, l'anima ed il corpo dell'ANMCO. ♥

# Uno sportello dedicato allo Stile di Vita Salutare

Nell'ambito della Giornata del Cuore 2017 abbiamo organizzato un momento di prevenzione al femminile che prevedeva la misurazione di alcuni parametri quali BMI, circonferenza addominale, saturazione O<sub>2</sub>, frequenza cardiaca, pressione arteriosa e determinazione su sangue capillare di glucosio e colesterolo totale. I risultati, disarmanti, sono in linea con le evidenze epidemiologiche che pongono questa regione, la Basilicata, al top per il tasso di sovrappeso e obesità. I dati del campione analizzato evidenziano una percentuale di obesità per le donne del 44%. I dati confermano l'allarme del rapporto Osservasalute 2016, che fa riferimento ai risultati dell'indagine Multiscopo dell'ISTAT "Aspetti della vita quotidiana". Considerazione ancora più amara se si considera che questi dati sono riferiti a cittadini di una zona, Pioppi, nota per essere capitale della dieta mediterranea. Sembra dunque che le radici culturali, economiche e sociali si siano ampiamente modificate, portando alla trasformazione della cultura contadina che richiamava la dieta mediterranea in un nuovo modello ispirato alle abitudini alimentari del nord America. Uno sguardo ai risultati dell'indagine effettuata in un piccolo centro della Basilicata (vedi tabella).

Circ addominale > 88 cm	55/80	(68%)
Circ addominale >100	22/80	(27%)
BMI < 18	2/80	(2.5%)
BMI > 25	52/80	(65%)
BMI > 30	17/80	(21%)
Colesterolemia >200 mg/dl	52/80	(65%)
Glicemia > 110 mg/dl	8 /80	(10%)
PAO > 130/85	13/80	(16%)

## *I dati del campione femminile analizzato*

I dati del campione analizzato confermano anche il dato dell'aumento percentuale del sovrappeso e dell'obesità con l'aumentare dell'età anagrafica. Abbiamo comunicato a tutte le donne che hanno partecipato alla giornata di prevenzione i risultati individuali, e consegnato loro materiale informativo riguardando la piramide alimentare modificata alla luce della qualità degli alimenti. Sono stati impartiti consigli individualizzati: si è richiamata l'importanza di un uso oculato degli zuccheri semplici, che tra l'altro rappresentano un substrato alla crescita delle cellule tumorali, altro motivo per diminuirne il consumo; l'importanza dell'utilizzo attento e ridotto degli acidi grassi saturi a favore invece dell' utilizzo dei grassi insaturi ricchi di omega 3 e 6; l'importanza di

mantenere una adeguata idratazione, di limitare al massimo l'uso del sale, di intraprendere una attività fisica regolare. Si pone oggi un problema culturale, ancor prima che di salute, anche se strettamente connessi: è necessario recuperare la cultura delle terre meridionali, del SUD sull'Italia, che armonizzava la necessità di utilizzare i prodotti locali (oggi diremmo la filiera corta) con la sobrietà delle scelte, delle proposte, modificate anche negli anni per la disponibilità economica più ampia che si è nel tempo determinata. Proposte alimentari gustose, colorate, varie, che prediligono le proteine vegetali rispetto a quelle animali, l'utilizzo dal pesce "povero", quel pesce azzurro che si è dimostrato anche quello più ricco in acidi grassi insaturi omega 3. Viviamo purtroppo in un Paese

**Giornata Mondiale del Cuore 2017 - Stile di Vita delle donne**

Età \_\_\_\_\_ ( )

Peso Kg \_\_\_\_\_ Altezza cm \_\_\_\_\_ BMI \_\_\_\_\_ IRC \_\_\_\_\_ FC \_\_\_\_\_

Circonferenza addominale cm \_\_\_\_\_ P.A. \_\_\_\_\_ mmHg SatO2 \_\_\_\_\_

Colesterolo totale \_\_\_\_\_ mg/dl Glucosio \_\_\_\_\_ mg/dl

Consigli \_\_\_\_\_

**STILE DI VITA SALUTARE**

Il tuo stile di vita è salutare? **NO** **SÌ**

Se il tuo stile di vita non è salutare, ti suggeriamo di adottare le seguenti misure:

- 1. **Alimentazione sana**: Consuma una varietà di cibi sani, come frutta, verdura, cereali integrali e proteine magre.
- 2. **Attività fisica**: Fai attività fisica regolarmente per almeno 150 minuti a settimana.
- 3. **Non fumare**: Se sei fumatore, smetti di fumare.
- 4. **Limita l'alcol**: Consuma alcol moderatamente.
- 5. **Controlla la pressione sanguigna e il colesterolo**: Fatti controllare regolarmente.

culturalmente “esterofilo”, pronto a implementare al suo interno quello che viene proposto da fuori, nel linguaggio, nelle abitudini, nelle mode alimentari. Arriviamo al paradosso che all'estero si apprezza oggi la proposta di alimentazione che segue i canoni della dieta mediterranea, mentre nelle regioni dove questa proposta è nata si va in tutt'altra direzione.

I dati epidemiologici sono impietosi, evidenziando un tasso di sovrappeso e obesità maggiore che nelle altre regioni, negli altri Paesi. È necessario agire su più fronti, illustrare i rischi connessi allo sviluppo di patologie dovute a uno stile di vita non salutare, una strada questa difficile, ma non impossibile. Modificare la merenda a scuola, per esempio, è possibile ed è anche gradito dai ragazzi, dagli insegnanti, dal personale non docente. Negli anni scorsi abbiamo portato avanti progetti scolastici su questi temi affiancando alla parte teorica anche quella pratica. D'intesa con un panificatore di Matera e con la Coldiretti di Matera abbiamo portato a scuola, a Matera e a Roma, in alcuni Istituti superiori, per esempio la bruschetta, condita con olio extra vergine d'oliva e origano della Basilicata, il pane di Matera,



insieme a focacce al pomodoro sempre con ingredienti lucani e poi ancora frutta della costa ionica: è stato un esperimento assolutamente riuscito, i prodotti sono andati a ruba, assai graditi a tutti i destinatari. Questo è testimonianza che allora è possibile portare avanti una proposta diversa. Occorre che tali messaggi siano condivisi dalle famiglie e che esse siano disposte a operare cambiamenti in positivo. Lo sforzo deve essere quello di recuperare le radici e i postulati dell'alimentazione mediterranea, renderla una proposta diffusa, quotidiana. Crediamo che questo possa essere possibile con un lavoro capillare, metodico, costante. L'idea è allora quella di aprire nei Comuni **sportelli dedicati allo “Stile di Vita Salutare”**, dove sia possibile ricevere da professionisti informazioni adeguate, individualizzate, e che si occupi nello stesso tempo di organizzare anche manifestazioni d'informazione aperte a tutti i cittadini allo scopo di perseguire l'obiettivo ambizioso di modificare i fattori di rischio modificabili, che sono espressione diretta di scelte dell'individuo (fumo, pressione arteriosa, colesterolo, diabete, sedentarietà, sovrappeso-obesità). Questo si può favorire con un approccio individualizzato, tramite uno sportello aperto al pubblico dove sia possibile programmare un incontro con un

professionista che valuterà la storia sanitaria, che completerà la valutazione con parametri di base, illustrandone in modo semplice i risultati, analizzando eventuali criticità e suggerendo la soluzione con un percorso che sia condiviso. La chiave è dare ascolto e informare, programmare un incontro successivo programmando incontri successivi per valutare la bontà dei suggerimenti e insieme continuare il cammino. Ci vorrà del tempo, ma se l'idea funziona, per ognuno che accetta di mettersi in gioco ci sarà un ritorno anche sociale, perché l'esperienza potrà essere esportata. L'azione individuale deve essere accompagnata da una costante campagna informativa sociale, anche con il supporto della stampa che favorisca un movimento culturale su questi temi. L'optimum sarebbe che anche nelle strutture sanitarie territoriali, negli ospedali, possano esserci ambulatori dedicati. Agire sulla prevenzione non è semplice, ma è comunque indispensabile se vogliamo incidere favorevolmente sulla riduzione di morbilità e mortalità cardiovascolare. In chiusura una considerazione di Christian Barnard, famoso cardiocirurgo sudafricano: “se mi fossi occupato di prevenzione, invece di salvare la vita a 150 persone, avrei potuto salvare 150 milioni di vite”. ♥

GOVANNA DI GIANNUARIO, SAMUELA CARIGI, SILVIA AMATI,  
DANIELE GROSSETO, LAURA FARNETI, GIANCARLO PIOVACCARI

# Dal trapianto alla rigenerazione miocardica

## La ricerca in Cardiocirurgia

**F**in dalla antichità il cuore ha intrigato, eccitato ed ispirato gli esseri umani e continua anche oggi a coinvolgere innumerevoli studiosi.

Grazie ai progressi delle scienze mediche la maggior parte delle patologie cardiache possono essere curate, tuttavia ci sono dei casi in cui ciò non è possibile e la sua funzione di "pompa" è irrimediabilmente persa, e questo costituiva una sentenza di morte per il paziente. Negli anni settanta le Scienze mediche hanno visto la nascita del Trapianto Cardiaco che avrebbe di lì a poco rivoluzionato tutto lo scenario

**<< Una vita senza  
ricerca non vale la pena  
di essere vissuta >>  
(Socrate)**

della cardiocirurgia moderna. Prima degli anni '50 il cuore era considerato un organo intoccabile,

in quanto contenuto nella gabbia toracica, inespugnabile a differenza dell'addome e di altre sedi del corpo umano facilmente accessibili ed esplorabili. L'inizio della cardiocirurgia moderna è generalmente fatta risalire alla realizzazione del primo intervento cardiocirurgico a cuore aperto a Filadelfia il 16 maggio 1953 quando John Gibbon, dopo 25 anni di studi ed esperimenti in laboratorio, eseguì con successo il primo intervento a cuore aperto in circolazione extra-corporea riparando una cardiopatia congenita in una ragazza di 18 anni.



*Il primo intervento di trapianto di cuore*  
Dalla seconda metà degli anni '50, la circolazione extra-corporea divenne progressivamente più

semplice, affidabile, maggiormente riproducibile e meno gravata da rischi. La cardiocirurgia ebbe un impetuoso sviluppo al punto che, entro la fine degli anni '60, quindi nell'arco di un solo decennio, fu realizzata la maggior parte delle procedure cardiocirurgiche ancora oggi adottate. Il 3 dicembre 1967, all'ospedale Groote Schuur a Cape Town, in Sud Africa, vi fu un avvenimento che, oltre a cambiare la storia della cardiocirurgia, ebbe un enorme effetto emotivo sull'opinione pubblica: uno sconosciuto cardiocirurgo di nome



Christiaan Barnard eseguì il primo trapianto cardiaco su un essere umano. La diffusione mediatica

televisiva e giornalistica dei primi interventi di trapianto toccò tutta la popolazione mondiale, all'improvviso anche nella realtà italiana, si venne a conoscenza dell'exploit di Barnard. In Italia il primo trapianto di cuore fu eseguito nel 1985 dal Professor

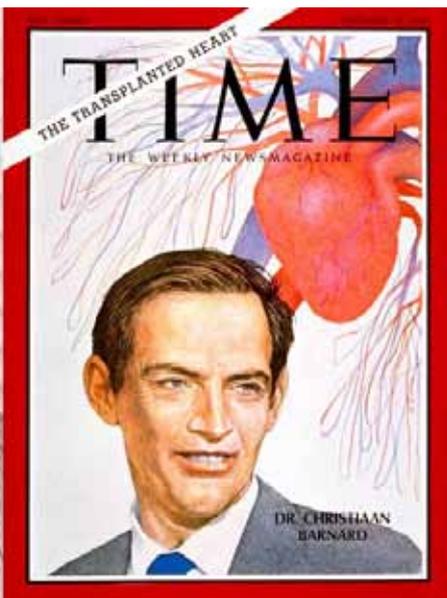
un cuore artificiale in un paziente allo scopo di mantenerlo in vita fino al reperimento di un cuore naturale che potesse essere utilizzato per il trapianto. Il cuore artificiale mantenne in vita il paziente per 64 ore, fino a quando fu effettuato il trapianto

A tutt'oggi il trapianto cardiaco è ancora severamente limitato dalla disponibilità di organi e dalla carenza di donatori e questo ha portato allo sviluppo di ricerche biotecnologiche per lo sviluppo di device alternativi al trapianto.

I progressi più recenti hanno portato allo sviluppo di assistenze meccaniche sinistre (L-VADs), destre (R-VADs) biventricolari (Bi-VAD), inizialmente strumenti paracorporei e di notevoli dimensioni, successivamente miniaturizzati, portatili al punto da diventare strumenti "bridge therapy" e "destination therapy", soluzioni adottabili in pazienti non trapiantabili.

Gli sviluppi negli ultimi anni hanno portato alla creazione di veri e propri cuori artificiali "totali" (TAH) che sostituiscono totalmente la funzione cardiaca in tutte le sue componenti senza necessità di un organo donato. Tutte le assistenze ventricolari fino ai più nuovi prototipi di cuori artificiali hanno però una serie di effetti collaterali (infezioni, trombosi ed embolizzazioni sistemiche) che rendono la loro durata limitata nel tempo e quindi anche la sopravvivenza dei pazienti. L'osservazione scientifica ha evidenziato che i cuori di pazienti, che inizialmente sembravano irreversibilmente danneggiati, possono recuperare dopo l'espianto dell'assistenza ventricolare. Anche la scoperta di cellule staminali residenti nel miocardio, ha cambiato il modo di considerare il tessuto cardiaco non più come totalmente differenziato e non rigenerabile.

Le ultime frontiere della ricerca si sono così proiettate così verso la terapia "rigenerativa", con l'uso

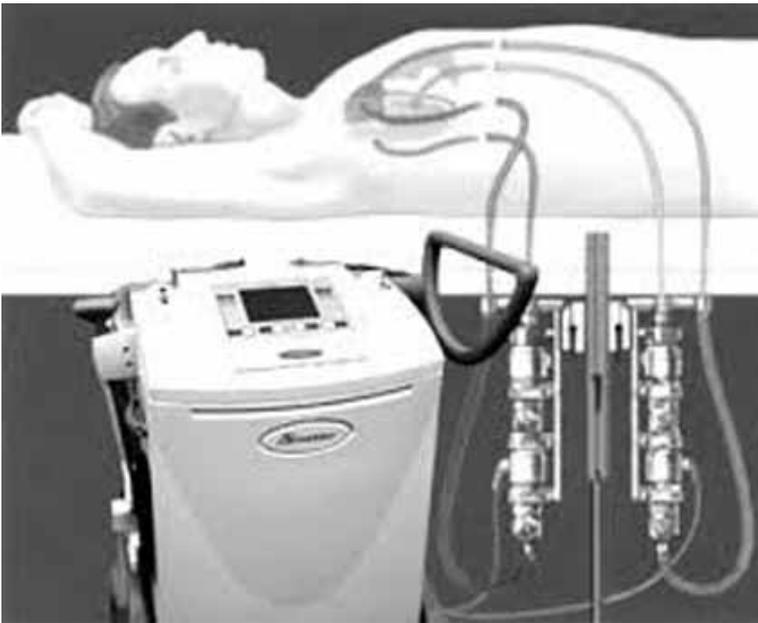


*Il Prof. Christiaan Barnard*

Gallucci. Nei mesi successivi, sull'onda dell'entusiasmo suscitato da quell'intervento, altre équipe si affrettarono a istituire dei programmi di trapianto cardiaco nei loro ospedali. Dopo i primi interventi di trapianto, che ebbero una durata limitata, grazie al paziente lavoro di Norman Shumway della Stanford University in California, fu elaborata una efficace terapia immunosoppressiva che ha consentito di controllare il rigetto e permesso di ottenere gli eccellenti risultati odierni del trapianto cardiaco. Soltanto due anni dopo il primo trapianto effettuato da Cristiaan Barnard, il 4 aprile 1969 a Houston, nel Texas, Denton Cooley impiantò

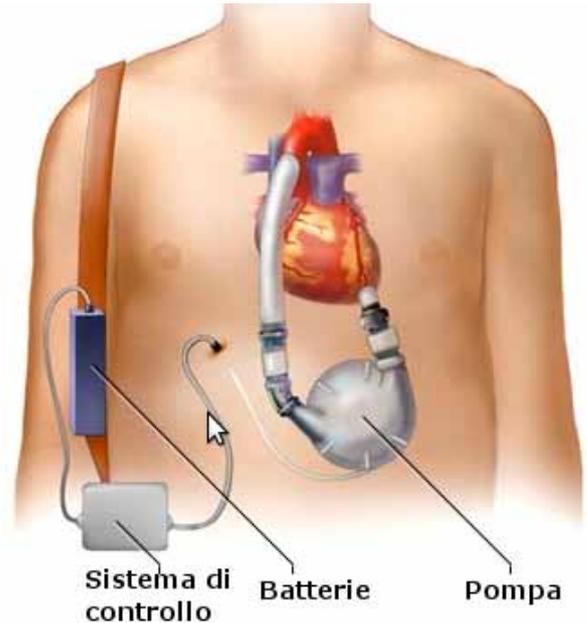
cardiaco.

La tecnica pionieristica del trapianto all'epoca ha cambiato lo scenario delle cure cardiologiche con la possibilità per alcuni malati cardiopatici di sopravvivere fino a 40 anni circa dall'intervento. Nel tempo inoltre sono state sviluppate tecniche innovative per proteggere il cuore durante il trasporto, dopo il prelievo, con particolari sostanze chimiche, in modo che il cuore espantato dal donatore arrivi in condizioni integre e senza lesioni ischemiche al paziente ricevente. Il boom del trapianto fu seguito dalla sensibilizzazione della popolazione alla donazione d'organi.



*Assistenza ventricolare paracorporea*

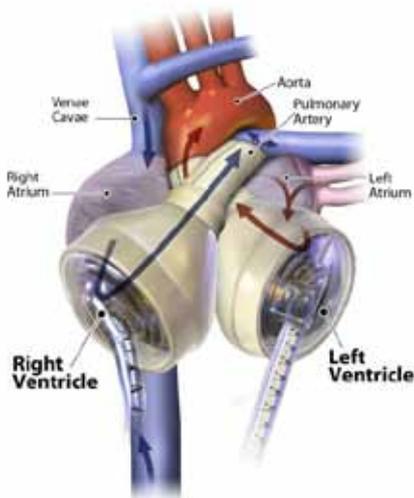
di cellule staminali totipotenti (mioblasti, cellule mesenchimali, fibroblasti etc) con l'obiettivo di ricostruire il tessuto cardiaco che è andato distrutto a causa di un evento ischemico (infarto) o infiammatorio (miocardite). Mentre per le esperienze più antiche il merito all'introduzione di nuove tecniche



*Assistenza ventricolare portatile*

è dovuto, alla determinazione e al coraggio dei singoli pionieri, attualmente i progressi scientifici sono frutto di una collaborazione interdisciplinare, che va dalla scienza di base alla medicina clinica, dalla bio-ingegneria alla immunologia, dalla scienza dei materiali alla anatomia patologica

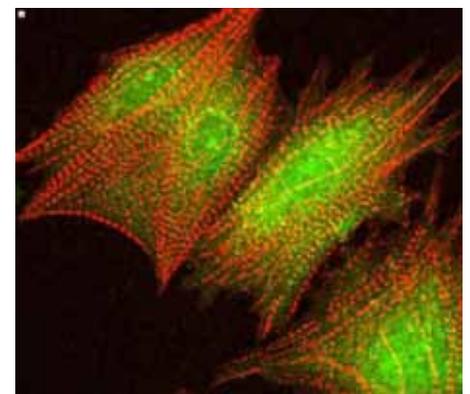
ed alla elettronica. La scienza medica in ambito cardiocirurgico è impegnata oggi verso nuovi orizzonti terapeutici per risolvere il problema dell'insufficienza ventricolare sinistra "end stage" attraverso la sostituzione meccanica totale del cuore o la sua completa rigenerazione. ♥



*Cuore artificiale totale*



*Cuore artificiale totale impiantato nel modello umano*



*Immagine al microscopio con colorazione specifica di cellule staminali miocardiche*



# Elettrocardiografia, ninfa gentile

Breve storia di una tecnica che mi ha coinvolto

II Parte



*Demetrio Sodi Pallares 1913 - 2003*

**D**emetrio Sodi Pallares, un ignoto oculista di Città del Messico, che sarà mandato da Ignacio Chavez all'inizio degli anni '40 nella fucina di Wilson, ritornerà con le idee chiare su come collegare tanti concetti elettrofisiologici alle cardiopatie studiate nel famoso Instituto Nacional de Cardiologia, ma anche come diffonderle e farle amare da tanti collaboratori e allievi nel mondo. Lo consideravano una specie di "mago", poiché quando si cimentava con i guru dell'elettrocardiografia mondiale nel diagnosticare dal tracciato la cardiopatia, avendo solo come aiuto l'età e il sesso del paziente, Sodi vinceva sempre, dicevano otto casi su dieci. Molti altri cardiologi faranno

tesoro del paziente lavoro condotto per tanti anni dal gruppo di Wilson nella cittadina del Michigan. Ricordo gli statunitensi Wolff, Parkinson e White che scoprirono la pre-eccitazione; HEB Pardee l'ST ischemico; il messicano Enrique Cabrera i sovraccarichi ventricolari; l'argentino Mauricio Rosebaum che sistematizzerà i disturbi di conduzione, dopo che gli italiani Sciacca e Sangiorgi avranno dimostrato la non sincizialità elettrica del sistema di conduzione nell'animale e il francese Jean Lenègre la confermerà istologicamente e clinicamente nell'uomo. Sulla base di questi dati, per cui partendo dal tracciato ECG non è possibile stabilire con esattezza il punto del sistema di conduzione dove si realizza un blocco di branca o fascicolare, il nostro gruppo di Mirano-Mestre proporrà di definire tali disturbi come ritardi, lasciando ad altri esami e correlazioni cliniche di precisare la sua possibile sede. Negli anni '60 infine la scuola di Miami capeggiata da Myron Prinzmetal analizzerà meglio, con studi nel cane tecnicamente più moderni, le varie tipologie dell'ischemia elettrocardiografica che si possono verificare, estrapolandole, nella patologia umana. Questo gruppo di ricerche che si estenderà per oltre 20

anni, fino al 1970, darà origine a importanti correlazioni cliniche. Le principali sono: la definizione ed anche i limiti dei segni di sovraccarico degli atri e dei ventricoli; l'individuazione della zona ventricolare colpita da necrosi e della coronaria colpita; il tipo e il rischio dei vari disturbi della conduzione giunzionale e ventricolare; l'ideazione della stimolazione elettrica temporanea e permanente (pacemaker); la cardioversione elettrica; lo studio elettrofisiologico endocavitario e transesofageo per la definizione delle aritmie e dei ritardi; l'organizzazione delle unità di terapia intensiva per il controllo e il monitoraggio ECG dei pazienti acuti. Per lo studio delle aritmie si rese necessaria anche la registrazione continua dell'ECG, che dopo molti



*Paul D. White 1886 - 1973*



*Enrique Cabrera 1918 - 1964*

tentativi infruttuosi a causa dei disturbi elettrici causati dai potenziali non cardiaci fu finalmente risolta da un biochimico del Montana, Herman Holter. Che diede quindi la possibilità di monitorare le aritmie anche fuori dall'ospedale e perfino durante l'attività atletica. Sempre in campo aritmologico verso la fine del secolo scorso la scuola padovana con Andrea Nava individuò alcune alterazioni sulle prime derivazioni precordiali dell'ECG, per lo più non specifiche, di una malattia causa di sincopi e decessi, la cardiomiopatia aritmogena del ventricolo destro. E qualche anno dopo i fratelli Brugada di Barcellona ne segnarono un'altra simile nel rischio, ma differente nella patologia sottostante e più caratteristica nelle alterazioni dell'ST-T. Entrambe sono ancora oggetto di discussione per le decisioni terapeutiche. Per il Brugada, molto più frequente e annoverato per rischio e genesi alle cosiddette patologie dei canali jonici, come il QT lungo congenito, in Italia se ne stanno occupando con particolare competenza



*Mieczyslaw Mirowski 1924 - 1990*

ed esperienza Silvia Priori di Milano e Pietro Delise di Mestre. A proposito del QT lungo e dei suoi rischi va segnalato che uno dei pionieri fu nel 1963 il pediatra Romano di Genova. Infine, va ricordato che con l'esperienza clinica unita sono state precisate meglio anche le alterazioni della ripolarizzazione ventricolare e del QT conseguenti a disionie e ai farmaci. La morte improvvisa, così frequente in quelle malattie genetiche e soprattutto nell'ischemia acuta, e in certi infarti a distanza, ha posto il problema della prevenzione, ancora oggi argomento di molte ricerche. Ne rimase particolarmente impressionato il mio amico Mieczyslaw Mirowski, con cui avevo lavorato anni prima assieme a Cabrera su temi di elettro - vettorcardiografia, quando vide morire improvvisamente un suo collega a New York. Pensò al modo di costruire un defibrillatore, impiantabile come un comune pacemaker, e nonostante le immani difficoltà che gli prospettarono vi pose mano. E dopo estenuanti ricerche e prove, spesso osteggiate dagli

scettici, nel 1976 lo reincotrò a Tokio a un congresso dove presentò il film di un cane, collegato a un defibrillatore ancora grossolano, che si accasciava e rinveniva prima e dopo la defibrillazione di un'aritmia mortale provocata. Era uno spettacolo che avrebbe fatto piangere l'onorevole Brambilla, ma quattro anni dopo, nel 1980, sarà pronto quello per l'uomo che nei 37 anni successivi darà vita e speranza a molti pazienti. Dopo gli studi sperimentali nel cane sui vari tipi di ischemia, ottenuti, come ho ricordato, dalla scuola di Prinzmetal negli anni '60, primo autore Ekmekci, pareva si fosse fatto punto, ma evidentemente aveva ragione Cabrera quando ci diceva che *"el perro es el perro y el hombre es el hombre"*. Perché negli anni più recenti si sono ottenute nuove correlazioni fra ECG e clinica, degne di particolare attenzione. La prima è l'aver semplificato l'orientamento dell'ECG + clinica distinguendo i casi con ST sopraslivellato (STEMI) da quelli senza (NSTEMI) nell'ischemia acuta. Che ricordano rispettivamente l'infarto transmurale e subendocardico di quando si pretendeva di inferire anche sul danno anatomico, come si usava per le ipertrofie e per i disturbi di conduzione. STEMI e NSTEMI consentono di correlare con buona approssimazione sia la coronaria compromessa che il tipo di lesione della stessa. La placca corrosa, infiammata e occlusiva è quasi la regola nello STEMI, mentre placche corrose, diffuse, non occlusive, nonché lo spasmo, l'ipertensione o l'ipotensione in un vaso malato, un'anemia, un'aritmia o un'insufficienza respiratoria intervengono più spesso nei casi di NSTEMI. Inoltre, quelle alterazioni dell'ST hanno anche



consentito di precisare meglio il tempo utile per intervenire con la coronarografia, sostituendo il “door-to-balloon” con il “total ischemic time”, basato appunto non sui tempi di trasferimento, ma sull’evoluzione dell’ECG durante il tempo effettivo dell’ischemia acuta, che non dovrebbe superare i 120 minuti onde ottenere una sufficiente rivascolarizzazione. Un altro segno, indicato per primo dalla scuola olandese di Wellens, e che ha pure impegnato il nostro gruppo negli anni ‘70 e ‘80 è quello della cosiddetta T post- ischemica, ossia la sua inversione, che compare ore o giorni dopo un angor più o meno caratteristico. La quale consente in certi casi di rivalutare un sintomo, il dolore, considerato magari poco importante, e di scoprirne invece che sotto quel segno dell’ECG si nasconde una sofferenza ischemica miocardica, causata da una patologia coronarica anche severa. E’ una specie di T da memoria, capace di rivelare una minaccia, naturalmente a chi la sa cogliere e collegare alla clinica. L’infarto che consegue a molte di tutte queste situazioni acute comporta la stessa attenzione urgente nei differenti casi, ancorché diverse possano essere le indicazioni terapeutiche. Poiché, come qualcuno ha filosoficamente argomentato, il nome infarto è come quello della rosa di Shakespeare (*“What’s in a name?”*) nel *“Giulietta e Romeo”*, che non cambia il suo profumo e per l’infarto il nostro impegno e il destino del malato se lo volessimo indicare con altro nome, basato magari sulle varie fisiopatologie che le conoscenze ottenute con le nuove tecniche ci hanno consentito. Stranamente durante quasi un secolo di correlazioni ECG/patologia nessuno

aveva prestato particolare attenzione ai piccoli vasi coronarici, quelli che si perdono nelle immagini angiografiche, considerando solo i più grossi, i subepicardici, e le loro diramazioni evidenti con il mezzo di contrasto. A farvi pensare sono arrivati i giapponesi di Sato nel 1990, i quali per primi hanno descritto il caso di una signora con sintomi ed ECG sospetti di sindrome coronarica acuta, nella quale le coronarie erano normali, mentre risaltava una strana contrazione del ventricolo sinistro, tale da renderlo inabile alla sua funzione e causare sincope, talora decesso. La definizione di tako - tsubo è solo morfologica, dovuta alla silhouette assunta dal cuore alla ventricolografia o all’ecografia; mentre ne rimaneva oscura la fisiopatogenesi. Che successivamente, alla luce dei molti casi documentati in tutto il mondo, nei quali spiccavano la prevalenza del sesso femminile, noto per avere cuore e coronarie più piccoli, il movente di uno stress emotivo anticipatore e la risposta a determinati farmaci, si è polarizzata l’attenzione alle piccole diramazioni coronariche. Il confronto poi fatto da alcuni con quanto avviene nell’ischemia acuta dei casi di infarto anteriore ha consentito di rilevare che l’onda T negativa nella tako-tsubo era più frequente nelle derivazioni inferiori e in V5-V6, quasi mai in VI. L’ECG si è molto diffuso anche nella valutazione degli atleti e, oltre a individuare malattie nascoste utili a valutare l’idoneità sportiva, ha permesso di scoprire alcune differenze legate alla razza, come la fisiologica presenza nei neri, specie quelli originari dai Caraibi o dall’Est-Africa, di alti voltaggi del QRS e onde T negative, che nei bianchi inducono ad accertamenti, senza una giustificazione

alla luce di altri esami. Una retrospettiva storica del comportamento dell’ECG nelle differenti epoche e situazioni cliniche, che ho cercato di riassumere scusandomi di qualche omissione, consente di vedervi forse una specie di diatriba tra il fenomeno elettrico e il corrispettivo anatomico, sempre ricercato dal medico fin dai tempi di Morgagni. Diatriba che sembra esaurirsi quando il fine viene raggiunto o appare irraggiungibile. Così successe alla fine degli anni venti quando sia Lewis che Craib, per ragioni diverse, non credettero più in future utilizzazioni dell’ECG; ma anche dopo l’impegno della scuola messicana di Sodi Pallares e Cabrera, nonché di quelle di Prinzmetal, di Rosenbaum e dei molti altri che applicarono le basi di Wilson. Soprattutto da quando molti pensarono che la nuova ecocardiografia potesse dire di più e di meglio data la sua superiorità nel valutare la morfologia e la dinamica del cuore; oppure oggi quando si sta pensando che, dopo le più frequenti e apparentemente più utili applicazioni nelle aritmie e nelle sindromi coronariche acute, il campo della elettrocardiografia sia oramai confinato a questo ambito. E il resto, nella fretta di inquadrare il paziente, è solo sofisma e filosofia. No! la storia ci sta invece convincendo che questa incredibile tecnica, capace di inoltrarsi in una specie di autopsia elettrica del cuore vivente e di entrare perfino in certi suoi meccanismi metabolici, ci sta piuttosto incoraggiando secondo l’incipit di Foscolo: *«A egregie cose il forte animo accendono l’urne de’ forti, o Pindemonte»*.♥



# Il cuore nel primo Ottocento

## Piccola storia della Medicina Cardiovascolare

Nel secolo 19° si assiste a una splendida fioritura della ricerca clinica e della medicina, condizionata positivamente dalle importanti acquisizioni delle altre scienze. Nella Chimica l'inglese Humphry P. Davy teorizza nel 1810 che l'acido muriatico, rinominato idrocloridrico, non contiene ossigeno, scopre l'elettrolisi dell'acqua e isola cloro, sodio, potassio, magnesio e calcio. Il chimico russo Kirchoff, riscaldando amido con acido diluito, produce per la prima volta nel 1812 uno zucchero semplice che sarà chiamato glucosio (*zucchero d'uva*), identificato nel 1815 da Michel E. Chevreul come la sostanza che rende dolci le urine dei diabetici. La Biochimica, chimica della vita, si lega alla fisiologia e alla

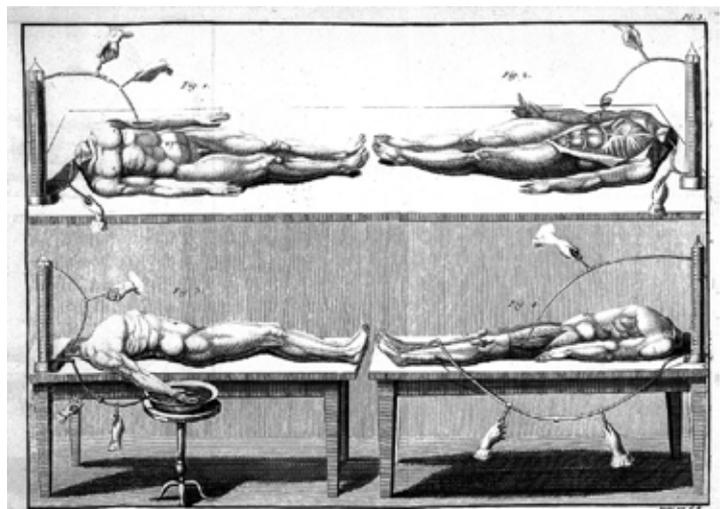
**«[He had] remarkable slowness of the pulse, which generally ranged at the rate of 30 in a minute [and] not less than twenty apoplectic attacks...When they attacked him, his pulse would become even slower than usual...»**

Biologia, così chiamata nel 1802 da Treviranus, che la separa dalla filosofia della natura. Justus Liebig studia i composti del carbonio e Jöns J. Berzelius esegue nel 1809 la prima analisi chimico - quantitativa

delle urine, introducendo i termini *proteina* e *catalisi*. Nel 1820 Henry Braconnot isola il primo aminoacido, la glicocola o glicina e nel 1828 Friedric Wöhler sintetizza per la prima volta una sostanza organica naturale, l'urea. Nella Fisica, nel 1808 John Dalton annuncia la teoria atomica, per la quale tutta la materia è composta da atomi invisibili, K. Wunderlinch introduce il termometro nella pratica clinica e nel 1828 Jean L.M. Poiseuille, nella sua tesi di laurea, presenta un perfezionamento, sempre cruento, del sistema per la misurazione della pressione arteriosa di Hales. Anche la statistica, grazie all'opera dell'inglese William Farr (1807 - 1883) e di Melchiorre Gioia (1767 - 1829), fa il suo ingresso sulla scena della medicina al fine di



Giovanni Aldini (Bologna, 10 aprile 1762 – Milano, 17 gennaio 1834)





raccogliere, esaminare e classificare dati riguardanti salute e malattie. Decisivo fu inoltre il sempre maggiore perfezionamento degli strumenti di ingrandimento ottico, grazie anche agli studi del modenese Giovanni Battista Amici (1786 - 1863) che nel 1812 costruisce il primo microscopio catadiottrico. Questo facilita gli studi da una parte sui tessuti (che l'anatomopatologo tedesco August F.J. Mayer chiama Istologia, termine in realtà coniato anni prima da Bichat), dall'altra sui microorganismi. Nel 1817 Georg A. Goldfuss conia il termine *protozoo*, includendo nella famiglia dagli infusori ai celenterati: solo più tardi il termine fu utilizzato per gli esseri unicellulari. Il modello microbiologico della malattia assegna il primato alla dimensione eziologica: l'essenza della malattia (*ens morbi*) tende a coincidere con la sua causa (*causa morbi*): col Romanticismo la malattia diventa un parassita vivente nel corpo del malato, visto come fattore di contagio. Grandi progressi si ottennero nel campo dell'elettrologia. Come abbiamo scritto, Galvani fece contrarre le zampe di una rana stabilendo un circuito per mezzo di un arco bimetallico, concludendo che il movimento era prodotto dall'elettricità dei muscoli, ma Alessandro Volta (1745 - 1827), l'inventore della pila, sostenne invece che era l'arco stesso, costituito da due metalli differenti, a fornire l'elettricità. **Giovanni Aldini** (1762 - 1834) (nipote e assistente di Galvani), nell'*Essai Théoretique et Experimental pour le Galvanisme* (1804), annuncia di aver eccitato, mediante una pila, i movimenti del cuore negli animali, ma solo in quelli a sangue freddo: *il*

*est certain que cet organe perd en très-peu de temps, et bien plus-tôt que les autres muscles, la faculté d'être agité par le Galvanisme* e nel 1819, nel *General Views on the Application of Galvanism to Medical Purposes*, descrive gli effetti della stimolazione elettrica sui cadaveri di condannati a morte: *upon Galvanic stimulation, the heart which possessed a great deal of vitality, was immediately very visibly contracted*. Nove anni dopo la scoperta della pila, il fisico russo, Ferdinand F. Reuss scrive che quando l'elettricità passa attraverso un tubo contenente acqua e sostanze colloidali, queste migrano verso il polo positivo e l'acqua verso il negativo: è il principio dell'elettroforesi. In farmacologia, nel 1805 Sertürner isola l'alcaloide

**«Siccome i polmoni e il cuore sono tra loro connessi e le funzioni dei due organi tendono allo stesso scopo, è d'uopo necessariamente che la respirazione resti disturbata, se l'azione del cuore è alterata»**

principale dall'oppio e dal nome del dio greco del sonno lo chiama morfina e nel 1820 Michael Faraday studia le caratteristiche anestetiche di un liquido volatile infiammabile, l'etere dietilico (ciononostante, questa sostanza non verrà impiegata nell'uomo fino alla metà del 1800) e Pelletier e Caventou isolano il chinino, il primo e forse l'unico chemioterapico specifico utilizzato



Robert Adams (1791-1875)

empiricamente prima della scoperta dell'agente etiologico di una malattia infettiva. Christian F. Boehringer fonda nel 1817 a Stoccarda la sua prima azienda, la Engelmann & Boehringer Company e nel 1830 John Smith apre la sua farmacia a Philadelphia (è l'inizio della Smith Kline & French).

#### Verso una nuova Medicina

Nel 1819 nei *Fondamenti di patologia analitica* Maurizio Bufalini di Cesena, laureato in medicina a Bologna e perfezionato a Pavia e che nel 1835 sarà nominato insegnante di clinica medica nell'Arcispedale di Santa Maria Nuova di Firenze, pone a base della scienza medica il metodo induttivo, analitico e sperimentale. Diventa possibile risalire dall'osservazione diretta delle alterazioni dei vari organi alle loro manifestazioni esterne che ne rendono possibile il riconoscimento, com'è compito del medico clinico, che esercita la sua arte al letto del malato, da cui clinica dal greco *clinè* (letto). Nel 1830 Pierre C. A.

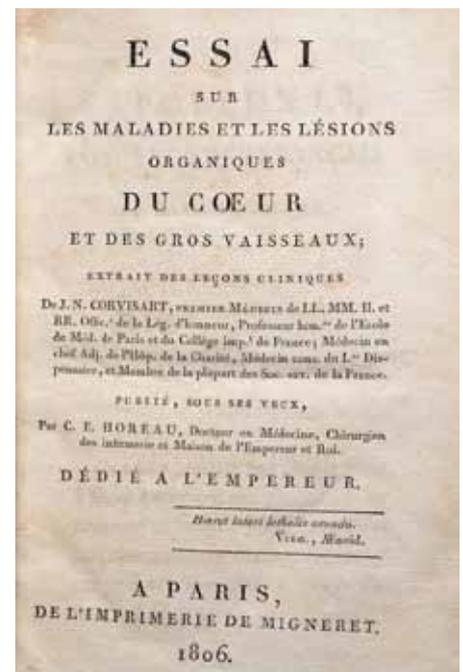
Louis a Parigi promuove la *Médecine d'Observation*, un movimento culturale che sostiene che i medici, piuttosto che affidarsi esclusivamente all'esperienza individuale oppure alle speculazioni sulle cause di malattia, dovrebbero operare in relazione ad ampie serie sperimentali che forniscano i reali effetti di un trattamento anche in termini numerici. E' la nascita dell'*Evidence Based Medicine*. Si susseguono in questa prima parte dell'800 nomi di grandi clinici che, sebbene avessero poca comprensione dei fenomeni fisiopatologici responsabili dei segni e sintomi, come ad esempio quelli dello scompenso cardiaco, erano osservatori attenti e riflessivi. John Bell, nel *The Anatomy of the Human Body* (1802) afferma: *[That] the heart may be too big for its system is a melancholy fact; for when it becomes relaxed, it enlarges, and as it grows in bulk loses its power...Dilatation weakens the heart.* Sul tema del polmone cardiaco F.L. Kreysig, archiatra del Re di Sassonia, si esprimeva così (1819): *siccome i polmoni e il cuore sono tra loro connessi e le funzioni dei due organi tendono allo stesso scopo, è d'uopo necessariamente che la respirazione resti disturbata, se l'azione del cuore è alterata.* Nel 1827, nei *Dublin Hosp Reports*, Robert Adams descrive, dopo Morgagni, un episodio sincopale: *[He had] remarkable slowness of the pulse, which generally ranged at the rate of 30 in a minute [and] not less than twenty apoplectic attacks... When they attacked him, his pulse would become even slower than usual...* La sindrome, contrassegnata da polso raro permanente con crisi epilettiformi, ridescritta nel 1846 da William Stokes, è oggi chiamata di Morgagni - Adams

- Stokes. **Jean-Nicolas Corvisart**, la cui personalità era così affascinante da conquistare perfino Napoleone, notoriamente scettico, se non ostile, verso i medici, pubblicò nel 1808 la traduzione annotata dell'*Inventum novum* di Auenbrugger, facendo conoscere universalmente la percussione del torace come metodo d'indagine clinica. Nel suo *essai sur le maladies et les lésions organiques du coeur et des gros vaisseaux* (1812) afferma la necessità di distinguere due forme di ingrandimento cardiaco: nella prima, *ipertrofia*, il cuore è ingrossato, le sue pareti sono ispessite e l'energia della sua azione è maggiore (ipertrofia concentrica), mentre nella seconda, *dilatazione*, vi è un ingrandimento del cuore ma con pareti assottigliate e diminuzione dell'energia dell'organo (ipertrofia eccentrica). **René Laënnec**, suo

allievo, affina l'auscultazione, fino ad allora praticata con un orecchio sul torace. Si narra che dovendo visitare una ragazza piuttosto prosperosa, interpose tra il suo orecchio e il petto della paziente un cilindro fatto estemporaneamente arrotolando un fascicolo di carta; sorpreso da risultato brillante, costituito da una trasmissione più forte e nitida dei suoni, ne fece costruire vari modelli, presentando nel trattato *De l'auscultation médiate* (1819) il cilindro ascoltorio da lui inventato, denominato *stetoscopio*, termine più conveniente a uno strumento ottico: i rumori e i suoni con esso percepiti suscitavano, infatti, nella mente di Laënnec, un'immagine visiva, quella appunto di una lesione intratoracica che egli aveva imparato a conoscere al tavolo anatomico. La *stetoscopia del torace*, era tendenzialmente



Il Barone Jean-Nicolas Corvisart des Marets (Dricourt, 15 febbraio 1755 – Parigi, 18 settembre 1821)





un'autopsia del torace praticata nel vivente. Il precursore dei fonendoscopi moderni, che permetteva l'ascoltazione del respiro, dei battiti e soffi cardiaci fu il frutto più eccellente per eccellenza di quella *medicina d'osservazione* che approfondiva lo studio del malato mediante la nuova semeiotica. Grazie a questa, il medico mirava a riconoscere in vivo le alterazioni locali che stanno alla base della malattia, riservandosi, nei casi opportuni, di controllarle al tavolo anatomico. Una medicina così intesa era tipicamente una medicina d'ospedale, che divenne, da istituzione caritatevole, la vera palestra del medico. Laennec precisa la natura e i caratteri dei vari rumori (soffi, rantoli, ecc.) respiratori; distingue la pleurite dalla polmonite; descrive la tubercolosi

polmonare, l'enfisema, l'edema polmonare, la dilatazione dei bronchi e così via, creando un vero e proprio metodo per la diagnosi di moltissime malattie. La scienza della diagnosi risale a questo grande, timido uomo dal corpo esile, dalla mente acuta e dall'udito sensibilissimo, osteggiato da Broussais che tiene addirittura delle conferenze contro di lui coprendolo di ridicolo: *E ora, signori, sentiamo cosa ha da dirci il professore stecchito (e qui scoppiavano fragorose risate) sulla tubercolosi. Secondo il piccolo Lénneec (ancora risate) la malattia è provocata da un non meglio identificato agente specifico. Ma che cos'è questo agente, signori? Forse una farfallina che se ne va svolazzando ad ammazzare gli uomini?* Laennec si difende come può, ma quando si vede beffato anche dai bambini per le strade, perde la



*René-Théophile-Marie-Hyacinthe Laennec (Quimper, 17 febbraio 1781 – Douarnenez, 13 agosto 1826)*

forza di lottare e si ritira amareggiato nella sua Bretagna, dove muore in breve tempo. La prima ascoltazione mediante lo stetoscopio dei battiti del cuore del feto non viene fatta da un ostetrico, ma da un medico generico, Alessandro Kergaradee (1787-1877). Nel 1827 **Richard Bright** (1789-1858) descrive l'albuminuria come segno chimico della nefrite, malattia che prenderà il suo nome (*morbo di Bright*), in associazione a idrope e alterazioni anatomiche dei reni, triade che determina l'inizio della moderna nefrologia.

#### **C'era una volta... l'angina**

Dopo Heberdeen, i primi studiosi dell'angina pectoris ritenevano che i sintomi dolorosi non fossero prodotti da alterazioni organiche ma piuttosto secondari a un semplice spasmo del cuore. Infatti, se la causa

del dolore fosse stata l'ossificazione coronarica, ci si chiedeva perché i suoi effetti si manifestassero in condizioni particolari e non con un disturbo continuo come accade nella maggior parte delle patologie causate da *malorganizzazione* dei visceri. Charles Bell descrive nel 1801 un caso autoptico di estesa *ossificazione* delle coronarie, condizione che a suo avviso era la causa della malattia anginosa, poiché la forza del cuore dipendeva dalla circolazione nelle arterie coronariche; se questa era ridotta a causa dell'ossificazione, l'organo diventava troppo debole per far defluire il sangue al suo interno e ciò provocava l'attacco doloroso. Questa incapacità del cuore a riempire se stesso di sangue poteva essere dovuta alla cattiva "organizzazione" di parti interne dell'organo; pertanto i parossismi dolorosi potevano essere esacerbati dall'aumentato "movimento" del cuore. In definitiva, l'ossificazione delle coronarie rappresenta uno stato di predisposizione mentre l'attività muscolare, rapidamente indotta, può fungere da causa scatenante. L'autore affermava che una patologia del cuore così importante doveva essere attentamente indagata, esprimendo perplessità sui risultati di questi studi che, *per la natura difficilmente curabile della malattia, probabilmente non avrebbero portato grandi trionfi per l'arte medica, ma potevano soddisfare solo il desiderio di conoscenza*. Bell seguì quattro casi di angina pectoris, ma solo per uno fu possibile lo studio anatomico. Nel 1806 il reverendo James Neal, di aspetto fisico alquanto pletorico, lo consultò per dolori al petto che si associavano a difficoltà di respiro e che insorgevano tipicamente quando camminava

veloce; dopo un paio di minuti di riposo il dolore regrediva. Bell gli consigliò l'abolizione del tabacco, una dieta purificante e rinfrescante senza cibi animali o liquori e attività fisica (vi ricorda qualcosa?). I disturbi però si aggravarono fino a manifestarsi anche a riposo e di notte. Gli fu consigliato durante gli attacchi di immergere i piedi in acqua tiepida, di assumere sotto il controllo di un medico oppio ed etere e l'immane salasso. Fu prescritto anche nitrato d'argento e la soluzione di Flower (arsenicato di potassio), che gli produsse importanti effetti collaterali. Alla sua morte, Joshua Bracket, di Boston, trasmise a Bell le seguenti osservazioni sul riscontro autoptico: *<<il cuore era di un terzo più grande delle sue normali dimensioni, il suo peso però era di poco aumentato, ... il cuore appariva molto infiammato. Le arterie coronariche erano molto dilatate, anche l'aorta ascendente dal suo inizio e per un breve tratto era molto dilatata. Aperta l'aorta, il suo rivestimento interno dalla sua origine e per circa dieci centimetri aveva un aspetto rugoso, questa parte di aorta era molto spessa e indurita ed erano presenti noduli e tubercoli grandi come un pisello e duri>>*. Il Dottor Bracket concluse che l'ossificazione delle coronarie del cuore non necessariamente si associa all'angina pectoris e dunque non è la causa della malattia. **John C. Warren** avvalorò tale opinione in una collezione di casi, *Organic Disease of Heart*, pubblicato nel *Medical Paper of Massachusetts Medical Society*. Su dieci casi non associati a sintomi di angina pectoris, almeno quattro presentavano allo studio anatomico ossificazione delle arterie coronariche: *l'angina pectoris è probabilmente l'effetto dell'incapacità del cuore a riempirsi di sangue. Tale incapacità*

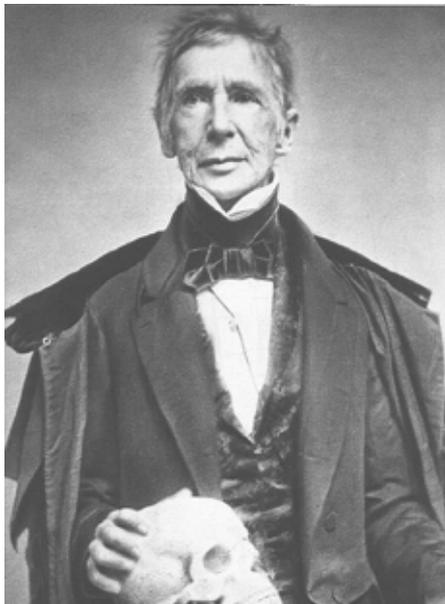


Sir Charles Bell (Edimburgo, novembre 1774 – Worcester, 28 aprile 1842)

*o, come è stata chiamata, debolezza, dipende da alcune alterazioni della struttura del cuore o delle sue appendici; certe singole alterazioni potrebbero intaccare pure particolari nervi che, come spesso accade, inducono i sintomi come il dolore al petto e all'arto superiore sinistro.* Nel primo numero del primo volume del *New England Journal of Medicine*, nel 1812 (il primo numero del *The Lancet* risale invece al 1823), Warren pubblicò l'articolo **Remarks on Angina Pectoris**.

#### **Trasfusioni, sanguisughe e malattie del sangue**

Paul Scheel scrive nel 1803 la monografia in due volumi *La trasfusione di sangue e la iniezione di medicamenti nelle vene*, che riavviò la ricerca nel campo della trasfusione sanguigna. Egli collocò in primo piano l'uomo come donatore di sangue e altrettanto fece il professore danese Tode: *Gli individui pletorici possono ben cedere qualcosa del loro superfluo*. Nel 1824 il fisiologo e ostetrico inglese James Blundell,



John Collins Warren (Boston, 1 agosto 1778 – 4 maggio 1856)

eseguita con successo al Guys-Hospital la prima trasfusione di sangue umano a una puerpera per il trattamento di un'emorragia post-partum, usando il marito come donatore con la tecnica della trasfusione da braccio a braccio. Questo avvenimento fu a quel tempo riportato da tutti i giornali del mondo, e viene ragione considerato come la prima trasfusione sanguigna umana. L'esempio del medico inglese, che dal 1825 al 1830 effettua 10 trasfusioni, 5 delle quali con beneficio, fu seguito in tutti i paesi. Inizia però anche il trentennio d'oro delle sanguisughe, considerate un rimedio universale, se non addirittura una panacea per tutti i mali: non solo mal di testa o debolezza, ma persino obesità, tumori, fistole, affezioni dermatologiche, insonnia e altro. La prima descrizione moderna dell'emofilia è di John C. Otto, un medico di Filadelfia, che pubblica nel 1803 un lavoro dal titolo *Resoconto di una predisposizione alle emorragie*

*esistente in alcune famiglie*, nel quale descrive la caratteristica tendenza ereditaria dei maschi a sanguinare. Tuttavia, la parola emofilia apparve per la prima volta in un lavoro pubblicato da Hopff, allievo di Schonlein all'Università di Zurigo. Nel 1820 C.F. Nasse conferma i lavori di Otto e scopre che l'ereditarietà dell'emofilia è legata al sesso, mentre è pubblicata a Groningen la tesi di laurea di J.C. Schroeder van der Kolk, intitolata *A history of Blood Coagulation*, la più importante review sulla coagulazione. Sfortunatamente non riceve l'attenzione che merita, in quanto scritta in latino. Nel campo della medicina pubblica, nel 1800 con l'editto di Saint Cloud Napoleone pone i cimiteri al di fuori delle mura cittadine. Nel 1806 Giovanni Rasori (che introduce in Italia le idee di Brown, sviluppandole in un pericoloso sistema medico basato sugli effetti del salasso) fonda la clinica medica militare al

Sant'Ambrogio e la clinica medica civile all'Ospedale Maggiore di Milano, che ha 2500 letti; i 32 medici di guardia (ma non il primario) devono dormire in ospedale (con diritto all'alloggio ed alla legna) e sono tenuti al celibato. Nel 1811 il graduale ma costante declino della *Schola Salernitana* raggiunge il suo culmine per cui il re di Napoli, Gioacchino Murat, ne decreta lo scioglimento. Nel 1824 **Leone XII** con la bolla *Quod divina sapientia omnes docet*, stabilisce che gli ospedali romani devono mettere a disposizione i malati per le necessità dell'insegnamento, che la titolarità delle Cattedre si acquisisce solo per concorso, che la durata del corso di laurea è di cinque anni, che per ottenere la "matricola" e quindi potere esercitare è indispensabile una frequenza biennale di due anni, sostenendo un esame finale di fronte al Collegio dei Medici. ♥

THE  
**NEW ENGLAND JOURNAL**  
OF  
**MEDICINE AND SURGERY.**

**VOL. I.]**

**JANUARY, 1812.**

**[No. I.**

**REMARKS ON ANGINA PECTORIS.**

**BY JOHN WARREN, M. D.**

**I**n our inquiries into any particular subject of Medicine, our



# Cuore ed elettricità: storia di vita e di morte

Lo studio dell'elettricità del cuore tra Settecento ed Ottocento  
Ipotesi, esperimenti e teorie sul cuore come primo vivens e ultimo moriens

**L'**elettricità animale ha da sempre affascinato gli studiosi della natura. E' noto come in antichità fossero attribuite alla torpedine – pesce detta anche razza elettrica caratterizzato dalla presenza ai lati del corpo di un organo elettrogeno in grado di produrre un campo elettrico con scariche che variano dagli 8 ai 220 volt – proprietà divine: Aristotele nell' *Historia Animalium* ricorda come la torpedine sia in grado di irretire i pesci che le nuotano intorno, così come l'allievo Teofrasto narra come la torpedine trasmetta la sensazione di intorpidimento alle mani dei pescatori attraverso verghe e lance. Erone di Alessandria parla delle torpedine come di un pesce in grado di trasmettere effluvi attraverso corpi solidi di metallo e bronzo. Platone paragona con ironia il volto di Socrate a quello della torpedine proprio per la capacità del filosofo di irretire con le sue argomentazioni. Non a caso questo animale attirerà nuovamente l'attenzione dei naturalisti inglesi della Royal Society

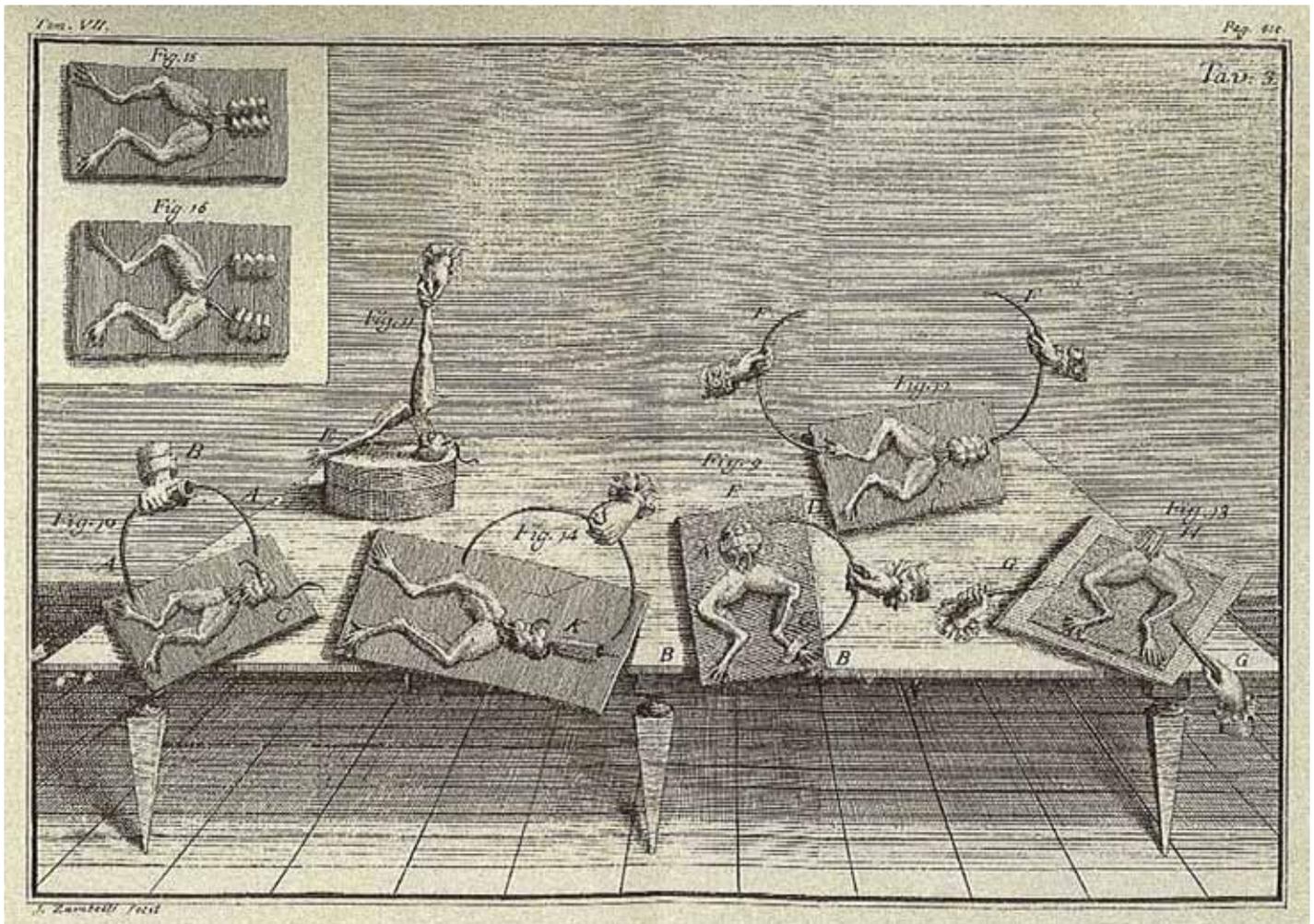
di Londra - John Walsh (1726-1795) - e alla ricerca del fluido "nerveo" che scorre nel corpo degli animali, esperimenti condotti nel clima generale di sviluppo degli

scossa dei pesci e, quindi, attraverso quali meccanismi fisiologici i loro organi fossero in grado di generare i potenziali elettrici. Gli esperimenti di Walsh aprirono

**Gli studi sull'elettricità animale - già osservata dai filosofi e naturalisti dell'antichità - trovano un contesto di particolare sviluppo a partire dal Settecento. In questo contesto il cuore per la sua particolarità di muscolo soggetto a contrazioni involontarie, rappresenta argomento di accese discussioni scientifiche per la sua centralità come organo cui si attribuisce il principio delle funzioni vitali. Per tale ragione gli studi sull'elettricità del cuore vanno letti in una prospettiva che vede la ricerca volta ad accertare le cause prime della vita unitamente a quelle ultime che ne decretano con certezza la sua irreversibile fine**

studi sull'elettricità nel XVIII secolo. L'interesse era quello di comprendere la natura elettrica della

la strada a quelli di Luigi Galvani (Bologna, 1737-ivi,1798): dalla torpedine egli passò ad esaminare



Luigi Galvani, *De viribus electricitatis... in motu musculari commentarius*, 1791 – Tavola raffigurante Esperimenti con le rane

lacerti di rane, animali più semplici, per capire se anche esse utilizzassero l'elettricità per la contrazione muscolare e la contrazione nervosa. Galvani rese ufficialmente note le sue scoperte nell'opera "*De viribus electricitatis in motu musculari commentarius*" pubblicata nel 1791: osservando i movimenti dei muscoli della rana sulla base della carica elettrostatica a cui venivano sottoposti, parla di un'elettricità intrinseca al corpo dell'animale. In realtà ciò che Galvani cerca attraverso i suoi esperimenti è la conferma della relazione tra vita ed elettricità: è questo il lato meno noto delle sue

teorie fisiologiche. Prima di dare alle stampe il "*De viribus electricitatis*", durante la lezione anatomica conclusiva tenuta nel 1780 a Bologna in cui aveva illustrato l'esame delle strutture interne e delle componenti dell'organismo umano, Galvani offrì un'interessante definizione di morte: questa a differenza della putrefazione, era dovuta all'arresto dell'effetto provocato dal *fluido elettrico* sull'individuo che, secondo il fisiologo bolognese, regolava le funzioni essenziali della vita quali *movimento, sensazione e circolazione sanguigna*. Se lo scopo ultimo di queste indagini era scoprire la relazione tra vita ed

elettricità e morte come assenza di essa, è chiaro come l'elettricità del cuore attrasse maggiormente l'attenzione degli studiosi e fu oggetto di acerrime discussioni. Il patavino Floriano Calvani (1772-1836) – nipote del celebre fisiologo Leopoldo Marco Antonio Calvani - con gli esperimenti su rane letargiche sottoposte a grosse variazioni di temperature aveva dimostrato come tale letargo faceva perdere alle rane qualsiasi capacità di contrazione muscolare anche sotto stimolo elettrico, quindi ne dedusse che la contrattilità era una proprietà della fibra muscolare l'unica ad essere



Marie François Xavier Bichat *fisiologo e chirurgo*  
(Thoirette, 14 novembre 1771 – Parigi, 22 luglio 1802)

modificata dalle temperature. Ciò accresceva ancora di più l'attenzione sul cuore e sui suoi movimenti di contrazione involontari.

Scrive Caldani: “Non soddisfatto di aver veduta la varia forza elettrica in tutti quegli animali che mi vennero alle mani, pensai di occuparmi sul movimento di una parte, che formò l'oggetto di tante acerrime quistioni al tempo della scoperta della luminosissima dell'irritabilità, vale a dire il cuore... [continua] Un viscere che si mostra singolare nelle sue proprietà, nella sua struttura, nella sua forza, nel picciol numero de' suoi nervi, e negli esiti delle sperienze sopra di esso istituite, non è meraviglia che ubbidir non voglia a

*quelle leggi cui sono soggetti tutti i muscoli (volontari) del corpo animale. E perché poi il cuore distaccato dal petto dell'animale, tolto da ogni comunicazione co' suoi nervi, si muove per tanto tempo senza che si formi armatura od arco di sorta? ... Come nasce la carica del fluido elettrico nell'animale vivente ad ogni contrazione?”* [F. Caldani, *Osservazioni sulla membrana del timpano e nuove Ricerche sull'Elettricità Animale*, pp. 92-93]

Le cause sull'eccitabilità del cuore erano al centro del dibattito di medici e fisiologi: lo studio della reattività di un organo involontario come il cuore affascinava in quanto era un punto dirimente dell'intera teoria

**La morte a differenza della putrefazione, era dovuta all'arresto dell'effetto provocato dal fluido elettrico sull'individuo che, secondo Galvani regolava le funzioni essenziali della vita quali movimento, sensazione e circolazione sanguigna**

dell'elettricità animale. Gli studi e gli esperimenti sull'argomento si susseguirono tra Settecento ed Ottocento. L'Accademia delle scienze di Torino pubblicò nel 1801 una memoria sull'eccitabilità del cuore letta dagli studiosi Francesco Rossi e Carlo Stefano Giulio. Particolare materia di studio furono i decapitati in quanto la lama troncava i corpi separando da una parte la testa con il cervello e dall'altra il cuore, consentendo di visualizzare in maniera separata le loro funzioni vitali. In particolare fu il chirurgo e fisiologo francese M. F. Xavier Bichat (1771-1802) ad eseguire nel 1798 alcuni esperimenti ed osservazioni sui corpi dei ghigliottinati insieme a Pierre Hubert Nysten (1771 -1818). Tuttavia nei corpi giunti poco dopo l'esecuzione capitale, il cuore perdeva la propria reattività in un tempo abbastanza breve. Ciò in contrasto con le teorie del celebre fisiologo Haller che, nel solco della tradizione aristotelica, sosteneva che il cuore era tra gli organi era l'*ultimo moriens*. La suscettibilità elettrica del cuore in realtà portava con sé una questione assai più sottile, complessa e di antiche origine, come quella del



## Le cause sull'eccitabilità del cuore erano al centro del dibattito di medici e fisiologi: lo studio della reattività di un organo involontario come il cuore affascinava in quanto era un punto dirimente dell'intera teoria dell'elettricità animale

primato del cuore o del cervello sulla vitalità del corpo umano. Gli studi sull'elettricità del cuore che si avviano nel Settecento, in realtà, vanno inseriti in questo contesto più ampio che troverà il suo pieno sviluppo nell'Ottocento e nei primi decenni del Novecento. Si trattava di stabilire il primato del cuore o del cervello sulla vita ma allo stesso tempo di definire la linea sottile che separava la vita dalla morte. Lo strumentario ideato per confermare la vita diventa allo stesso tempo uno strumentario per accertare la morte. Forse non molti sanno che Willem Einthoven (1860-1927)- comunemente noto come il padre dell'elettrocardiografia si dedicò inizialmente a studi sulla vista e sulla respirazione. In particolare Einthoven studiò la reattività della pupilla umana agli stimoli di varia intensità luminosa. Occhi, polmoni e cuore: era evidente che Einthoven cercasse di definire partendo da organi differenti i segnali che evidenziano quei segni scientificamente certi che definissero lo stato di morte. Anche per tale ragione l'elettrocardiogramma assunse un ruolo centrale nella medicina: divenne ben presto lo strumento per accertare la morte reale, dissipando i casi di morte apparente ed assumendo il criterio dell'arresto cardiaco come discriminante determinante nel definire la cessazione della vita nell'organismo umano.

Gli studi clinici di Einthoven se vanno inquadrati in tale contesto, meritano indubbiamente per la loro



*Willem Einthoven fisiologo olandese (Semarang, 21 maggio 1860 – Leida, 29 settembre 1927)*



*A sinistra: Leopoldo Marco Antonio Caldani fisiologo e anatomista (Bologna, 21 novembre 1725 – Padova, 30 dicembre 1813)*

*A destra: Floriano Caldani, fisiologo ed anatomista (Bologna, 14 settembre 1772 – Padova, 11 aprile 1836)*

complessità e centralità nel percorso dello studio del cuore in medicina, una trattazione articolata che ci si riserva nel prossimo numero. Basti qui comprendere il contesto entro cui essi hanno genesi che riconduce inevitabilmente alla tradizione più ampia degli studi sull'elettricità animale in cui il cuore ha da sempre rappresentato un punto nodale in cui vita e morte si incontrano. ♥

### Lo studio dell'elettricità del cuore letto nel contesto più ampio delle teorie e degli esperimenti sull'elettricità animale che si svilupparono tra XVIII e XIX secolo

#### Bibliografia essenziale

- F. Caldani, *Osservazioni sulla membrana del timpano e nuove Ricerche sull'Elettricità Animale*, In Padova, nella stamperia Penada, 1794.
- M. Pera, *La rana Ambigua la controversia sull'elettricità animale tra Galvani e Volta*, Torino, Einaudi, 1986.
- M. Piccolino-M. Bresadola, *Rane, torpedini e scintille: Galvani, Volta e l'elettricità animale*, Torino, Bollati Boringhieri, 2003.
- J. Pringle, *Discorso sulla Torpedine recitato nell'Adunanza annuale della Società Regale di Londra nel giorno 30 novembre 1774 dal cavaliere Giovanni Pringle Presidente pubblicato per ordine della Società nell'anno 1775*, tradotto in italiano. Napoli, 1776.
- H. A. Snellen, *Willem Einthoven (1860-1927), father of electrocardiography, life and work, ancestors and contemporaries*, Kluwer Academic Publishers, 2012.
- Storia della definizione di morte* ( a cura di) F.P. De Ceglia, Milano, Franco Angeli, 2014.



# Senso



Locandina del film *Senso*

Luchino Visconti e Suso Cecchi D'Amico erano intesi a realizzare "Marcia Nuziale", un film sulla crisi del matrimonio cattolico. Tema difficile da accettare nell'Italia del 1952. Le prevedibili resistenze, sorte già nelle prime fasi di impostazione, indussero la D'Amico a proporre, in alternativa, una vicenda tratta da una raccolta di novelle di Giorgio Bassani sugli scrittori italiani dell'800. Ispirandosi a "Senso" di Camillo Boito, novella mediocre, Luchino Visconti ha costruito uno dei suoi capolavori. Una riprova che la vicenda, di per sé sola, non caratterizza il valore, ma neppure il significato, di un film. La storia del Cinema è ricca di pessimi film tratti da grandi opere letterarie e, viceversa, di grandi film ispirati a insignificanti prodotti della letteratura. La sceneggiatura di "Senso" è opera di Luchino Visconti e Suso Cecchi D'Amico insieme a Carlo Alianello, Giorgio Bassani, Giorgio Prosperi. Tennessee Williams ha curato i dialoghi per la versione americana. Aiuto Registi Francesco Rosi e Franco Zeffirelli, agli inizi della carriera. Pure in un gruppo di collaboratori di tanto prestigio, emerge in modo assoluto e decisivo la personalità di Luchino Visconti, il suo pensiero, gli approfondimenti in svariati campi della cultura, in letteratura, nel teatro, nel cinema, nella pittura, nella musica. Il Film



*Passeggiata a Venezia di Franz e Livia*

Venezia 1866. Ultimi mesi della occupazione austriaca del Veneto. Al Teatro La Fenice, durante la rappresentazione del *Trovatore*, un gruppo di irredentisti inneggia alla liberazione di Venezia. La contessa Livia Serpieri (Alida Valli) moglie di un anziano aristocratico, collaborazionista del Governo in

carica, vuole incontrare il tenente austriaco Franz Mahler (Farley Granger), per evitare che si batta in duello con Roberto Ussoni (Massimo Girotti), suo cugino, fervente filo italiano. Ussoni verrà arrestato e condannato al confino. Poco dopo Livia incontra casualmente Franz. Compie con lui una lunga



*Sul pozzo a Venezia*

passeggiata per una notte intera tra le calli veneziane e se ne innamora perdutamente. Una passione travolgente, senza confini, che si realizza in appuntamenti in appartamenti clandestini, e lascia Livia sconvolta quando Franz improvvisamente scompare. Intanto il Governo Italiano, alleato con la Prussia, dichiara guerra all'Austria. Livia ripara con la famiglia nella ricca e bella villa di Aldeno. Qui improvvisamente, di notte, superando controllori e cani, si ripresenta Franz apparentemente per amore. In verità chiede denaro per ottenere subdolamente il riconoscimento di una falsa malattia ed evitare la guerra. Livia, del tutto annientata dalla passione, cede e gli consegna il tesoretto che i patrioti le avevano affidato per organizzare la resistenza. Intanto la guerra infuria e Franz fa sapere che, grazie al denaro di Livia, ha ottenuto l'esonero e vive in tutta tranquillità in un appartamento di Verona. Livia affronta un rischioso viaggio in carrozza per rivederlo, proprio nel giorno in cui si è conclusa la battaglia di Custoza, disastrosa per l'esercito italiano. Trova Franz sporco, ubriaco, in compagnia di una giovane e bella prostituta. Franz rivela la sua vera immagine, di disertore, delatore, sfruttatore di donne, baro al gioco. La insulta pesantemente. Livia Serpieri, sconvolta dalla delusione e umiliata, lo denuncia alle autorità austriache. Franz Mahler è immediatamente fucilato. La vicenda, come si svolge e come è qui riassunta, di per sè sola non si discosterebbe di molto dallo scheletrico, ma anche modesto, romanzo breve di Camillo Boito.



*Battaglia di Custoza*

Luchino Visconti l'ha inserita nella storia, descrivendo un mondo che sparisce. Una vicenda di amore e di morte sullo sfondo del Risorgimento italiano. "Senso" è costruito alla stregua di un melodramma, modello espressivo dominante nella seconda metà dell'800 in Italia. Inizia alla Fenice con la celebre aria "Di quella pira" dal Trovatore di Verdi e si conclude con la fucilazione di Mahler. Il melodramma rappresentato in teatro si svolge al

cinema nelle vicende vissute dai protagonisti con lo stesso alone romantico. Quando all'inizio Franz chiede a Livia se le piace l'opera lei risponde: "non mi piace quando si trasferisce nella vita". In contrasto con questa teorica affermazione, tutta la vicenda vive di melodramma e i dialoghi risultano melodrammatici. Visconti compie una rivisitazione della Storia della terza guerra di indipendenza, senza enfasi, anzi con crudezza. Una



*Fucilazione di Franz Mahler*

guerra mal combattuta dagli italiani, risolta alla fine con vantaggi solo per la proficua alleanza con la Prussia. Lo stesso Regista ha affermato: «Quello che mi interessava era raccontare la storia di una guerra sbagliata, fatta da una sola classe e che fu un disastro». A Custoza l'esercito italiano subì una umiliante sconfitta in una guerra combattuta solo dalla classe aristocratica. Il film doveva intitolarsi effettivamente "Custoza", la censura lo impedì per evitare il ricordo di una pagina nera della Storia italiana. Ugualmente per effetto di censura appare sbiadita la figura di Ussoni. Risultò sforbiciata infatti una scena in cui Ussoni invitava un ufficiale a consentire l'intervento di partigiani appartenenti alle classi popolari. Invito respinto. Le classi popolari, i contadini che compaiono in "Senso" mentre si svolge la battaglia, continuano a dedicarsi al loro lavoro nei campi, del tutto estranei al dramma che li circonda, quindi alla storia. Danno agli eventi una interpretazione quasi folkloristica. Alla notizia di un prossimo arrivo di Garibaldi sul fronte, uno di loro rivolto entusiasticamente a Livia esclama: «Signora Contessa, Garibaldi porca miseria!». Garibaldi inteso come un attore o un campione sportivo dei giorni nostri. Una guerra sbagliata, mal combattuta. Una rivoluzione mancata. Il mondo descritto da "Senso" è privo di valori morali. Livia, che, a parole, si dichiara "vera italiana", sconvolta dalla passione, tradisce i suoi ideali, consegnando a Franz lo scrigno affidatole dai patrioti, e alla fine lo denuncia per solo spirito di vendetta. Il marito di



A sinistra *Il Bacio* F. Hayez (Pinacoteca di Brera), a destra *Il Bacio in Senso*

Livia è un collaborazionista del governo austriaco ma contemporaneamente un opportunist. Franz tradisce Livia e poi il suo esercito, disertando. Solo Ussoni dimostra un comportamento ammirevole, ma i suoi ideali cozzano contro le direttive dell'esercito italiano e alla fine vaga ferito e smarrito tra le rovine del campo di battaglia. Dei due protagonisti, come lo stesso Visconti ebbe a dire, Livia Serpieri è una romantica, senza consistenza morale, stimolata esclusivamente dalla sua passione, quasi inconsapevole dell'epoca in cui vive. Viceversa Franz Mahler appare cosciente del mondo che sta inesorabilmente cambiando e coglie cinicamente, giorno per giorno, quanto la vita gli può facilmente concedere. Manifesta il suo egocentrismo guardandosi allo specchio per la sicurezza di "essere sempre io". Nella stessa scena, davanti al pozzo, all'inizio della

notturna passeggiata a Venezia, esalta l'individualismo di Heine recitando alcuni suoi versi: «E' il giorno del giudizio. I morti risorgono all'eterna gioia o all'eterno dolore. Noi restiamo abbracciati. E non ci curiamo di nulla, né di paradiso né d'inferno». Il cinico, baro, opportunist, traditore, odioso Mahler, appare del tutto consapevole della fase storica in cui vive. Nell'appartamento di Verona, prima di insultarla volgarmente, urla a Livia: «Cosa m'importa se i miei connazionali hanno vinto oggi in un posto chiamato Custoza, se poi perderanno la guerra. E l'Austria tra pochi anni finirà. E il mondo a cui apparteniamo tu e io scomparirà. Il mondo di cui parla tuo cugino non ha alcun interesse per me». "Senso" vanta valori formali non comuni. Una bellezza figurativa straordinaria, tanto da far citare da ispiratori pittori come Lega, Signorini, Fattori,

Goya. Il bacio tra Livia e Franz ricorda il celebre "Bacio" di Francesco Hayez, custodito nella Pinacoteca di Brera. Un colore magico in una magica Venezia. Il Direttore della fotografia G.R. Aldo (pseudonimo di Aldo Rossano Graziati) morì per incidente stradale durante le riprese e fu sostituito per la conclusione da Robert Krasker. La scena finale della fucilazione fu affidata a Giuseppe Rotunno, che da qui iniziò una luminosa carriera come Direttore di fotografia nel Cinema italiano. La cultura aristocratica di Visconti e il suo perfezionismo portarono ad un impiego raffinato dei costumi, affidati a Piero Tosi, e ad una ricerca funzionale della colonna sonora. La musica di Verdi introduce il melodramma nel teatro e nella vita. Le vicende romantiche sono accompagnate dall'"andante" della Sinfonia n.7 di Anton Bruckner. L'uscita di "Senso" suscitò una vasta discussione tra i critici. Guido Aristarco lo ha considerato il momento del passaggio dal "neorealismo" al "realismo", dalla cronaca alla storia. Unendo melodramma, teatro, cinema, letteratura, musica, Luchino Visconti attraverso una tragica vicenda romantica, ha inteso dimostrare come i grandi eventi storici, le rivoluzioni, le guerre, mutano gli assetti sociali. Il sempre più rallentato e più tenue rullio di tamburi che segue la fucilazione di Franz Mahler, segna la fine di una fase storica, il crollo dell'aristocrazia, una classe sociale sino a quell'epoca dominante. ♥

CARDIOLOGIE  
APERTE ♥ 2018

# A tutto Cuore



Dall'11 al 18 febbraio riprenderanno le iniziative di prevenzione firmate **CARDIOLOGIE APERTE!** Scopri il programma completo delle attività in programma sul sito [www.periltuocuore.it](http://www.periltuocuore.it).



Sarà possibile aderire gratuitamente al progetto di prevenzione cardiovascolare **BANCA DEL CUORE**, che ti permetterà di effettuare un elettrocardiogramma e ricevere la tua card personale **BANCOMHEART**: accedi al sito [www.bancadelcuore.it](http://www.bancadelcuore.it) per conoscere tutti i dettagli.



Anche per il 2018 la Prevenzione Cardiovascolare arriverà a casa tua! Il **Truck Tour BANCA DEL CUORE** riprenderà il suo percorso itinerante nelle più importanti città italiane.

Visita il sito [www.bancadelcuore.it](http://www.bancadelcuore.it) per scoprire la tappa più vicina in cui effettuare un **check cardiovascolare gratuito**.



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

PIN N. 1234567890

CODICE FISCALE

PASSWORD



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



BANCA  
DEL  
**CUORE**

LA TUA SALUTE CARDIOVASCOLARE:  
AL SICURO E SEMPRE ACCESSIBILE

