

# Cardiologia

negli Ospedali

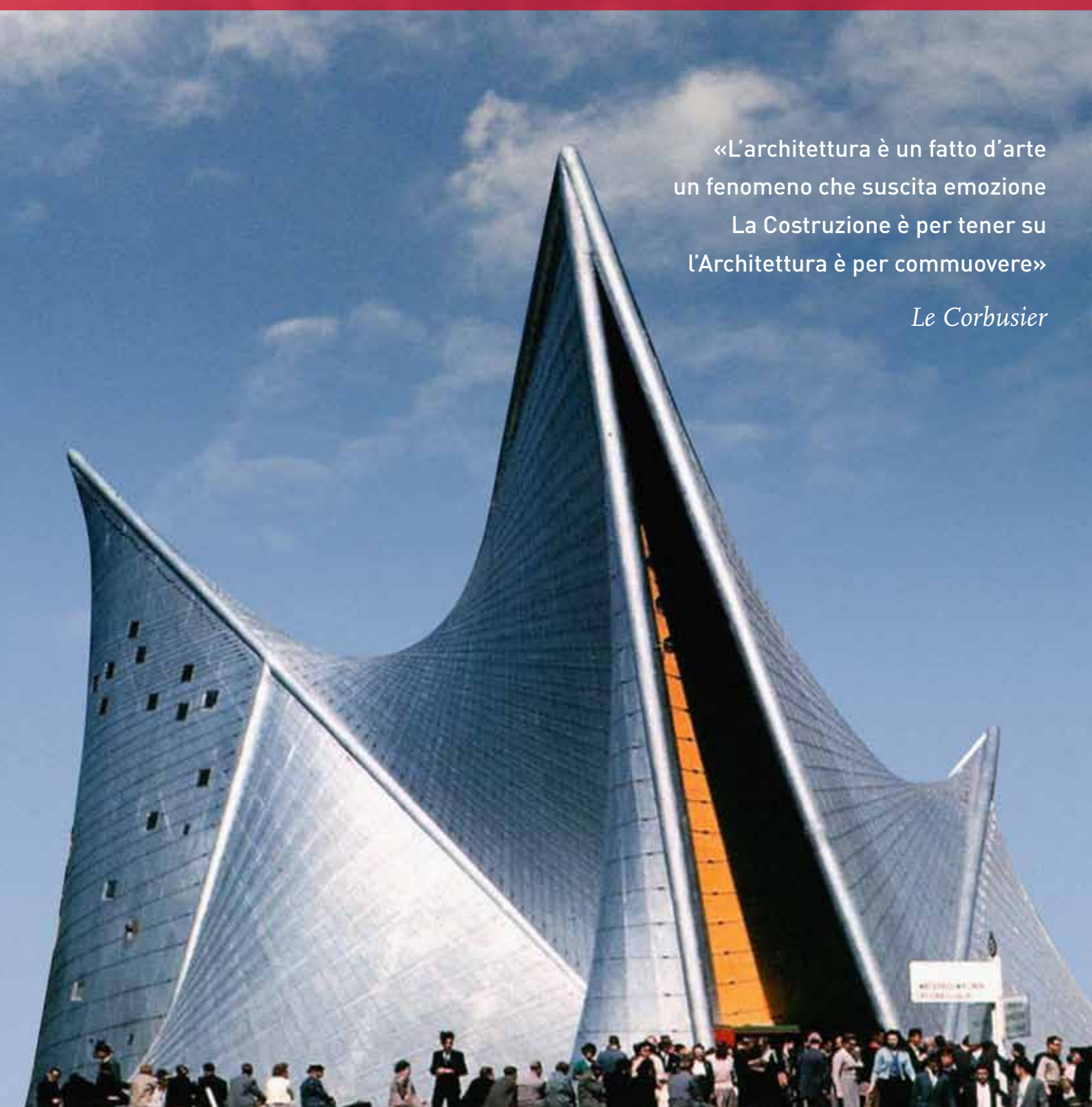


GENNAIO / FEBBRAIO 2018 N° 221

Rivista dell'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri – ANMCO

«L'architettura è un fatto d'arte  
un fenomeno che suscita emozione  
La Costruzione è per tener su  
l'Architettura è per commuovere»

*Le Corbusier*



# Vi aspettiamo al Congresso!



## Cari Amici e Colleghi,

il prossimo Congresso ANMCO, il 49°, come già annunciato, si svolgerà nella sede del **Palacongressi di Rimini dal 31 maggio al 2 giugno 2018**.

È sempre una grande ed entusiasmante sfida approcciarsi all'ideazione di un evento come questo! La consapevolezza del successo delle passate edizioni, premiate da una sempre più numerosa partecipazione, spinge responsabilmente il Consiglio Direttivo ANMCO ad impegnarsi nuovamente per proporre un Programma Scientifico sempre più valido e interessante, ma soprattutto per realizzare un appuntamento che sia punto di incontro e di stimolo per tutta la Cardiologia italiana, nel rispetto della mission ANMCO di costante attenzione alla crescita scientifico-culturale della classe medica, in particolare cardiologica.

Consapevoli delle complessità che rendono il Congresso ANMCO un appuntamento di indiscusso richiamo, il Consiglio Direttivo ha approvato all'unanimità di confermare, anche per il Congresso 2018, al Dott. Michele Massimo Gulizia il ruolo di Presidente del Comitato Organizzatore del Congresso, per la sua comprovata capacità ed esperienza dimostrata con i successi dei congressi passati.

Anche il **49° Congresso ANMCO si contraddistinguerà per il suo format innovativo e tecnologico**, come quello presentato nelle tre precedenti edizioni, nell'obiettivo comune di generare un incontro sicuramente al passo con i tempi, ispirato ai più moderni modelli di comunicazione interattiva: nei locali del Palacongressi, infatti, verranno allestiti 2 village monotematici, oltre 8 Sale congressuali, aule interattive con uso di mini iPad, Meet the Expert, sessioni *ViP (Virtual Patient) ECHO* e *CLINICAL* di particolare innovazione tecnologica per la formazione interattiva dei discenti, e-Poster elettronici su widescreen, solo per citare alcune tipologie di sessioni tra le più salienti.

Il nostro intento sarà quello di far risaltare le tante novità ideate per l'edizione 2018.

Nella sua complessità scientifico-organizzativa, il Congresso ANMCO verrà caratterizzato da tanti eventi nell'evento, predisponendo una offerta formativa sintetizzata in un programma completo e ampio, che si sostanzia in: Simposi Congiunti con le maggiori Società Scientifiche internazionali, con Istituzioni Nazionali e Regionali, Letture Magistrali svolte dai più celebri nomi della Cardiologia mondiale e tanti altri ancora. Verrà inoltre riproposto il partecipatissimo Campionato di Refertazione ECG, il concorso fotografico *Cardioclick@*, nonché l'assegnazione, durante un Working Dinner, dei 3 Premi di Ricerca del Premio Maseri-Florio, del Premio Chiatto e delle 2 Borse di Studio intitolate a Vincenzo Masini.

Il Congresso 2018 muove i suoi passi da un dato importante, ovvero la significativa crescita di proposte scientifiche pervenute a testimonianza di una sempre maggiore attenzione rivolta a questo appuntamento irrinunciabile, che renderanno possibile sviluppare un valido e accattivante programma, che saprà valorizzare appieno tutti i campi di interesse della Cardiologia.

Il Socio ANMCO, come sempre, sarà il protagonista privilegiato di questo evento irrinunciabile e potrà godere di un'assistenza attenta e qualificata in un clima di fermento scientifico culturale.

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

La nostra ambizione è quella di realizzare un evento prestigioso e di richiamo per l'intera classe medica, non solo cardiologica, dal respiro anche internazionale, a cui non vorreste mai mancare!

Un Congresso di tutti e per tutti, che consentirà le più ampie opportunità di aggiornamento e formazione promuovendo le migliori evidenze scientifiche.

Vi aspettiamo quindi davvero numerosi a Rimini al 49° Congresso Nazionale di Cardiologia ANMCO!

**Andrea Di Lenarda**  
Presidente ANMCO

**Michele Massimo Gulizia**  
Presidente 49° Congresso Nazionale ANMCO 2018



www.cardio**click**.it



[IL CONCORSO](#)

[GALLERY](#)

[REGOLAMENTO](#)

[CONTATTI](#)

[LOG IN](#)



cardio**click**

Edizione 2018

**Cuore&Riconoscenza**

Le immagini raccontano la storia della cardiologia italiana, anche la tua. **Partecipa.**

# cardio**click**

## Cuore&Riconoscenza

Il tema del Concorso fotografico **Cardio**click**** per l'edizione 2018 è

**Cuore&Riconoscenza**

espressione che sintetizza la grande carica di contenuti umani e morali di alto valore che caratterizzano il rapporto medico - paziente.

La vera novità di **Cardio**click**2018** rispetto all'edizione del 2016 è che a questo Concorso **potranno partecipare non solo i Cardiologi Soci AMNCO ma anche i singoli Cittadini.**

I partecipanti invitati a concorrere con le proprie foto originali possono riassumere "con un click" un particolare stato d'animo, un momento lavorativo, un'ansia, un'attesa o ancor meglio una felicità.

I contributi potranno essere caricati sul portale [www.cardio\*\*click\*\*.it](http://www.cardio<b>click</b>.it) dal 16 aprile al 15 maggio 2018. Per i dettagli è possibile consultare il Regolamento del Concorso pubblicato alla pagina [www.cardio\*\*click\*\*.it/regolamento](http://www.cardio<b>click</b>.it/regolamento).



Padiglione Philips all'Expo di Bruxelles, Le Corbusier – Xenakis, 1958

N. 221 gennaio/febbraio 2018  
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*

p. 4

**DAL CENTRO STUDI**

Il punto sugli Studi Clinici del Centro Studi ANMCO

p.17

**DAL PRESIDENTE**

L' "Italian Federation of Cardiology". La proposta dell'ANMCO per ripartire con una forte rappresentatività della Cardiologia Italiana in Europa.

di *Andrea Di Lenarda*

p. 6

**DALLE AREE**

**AREA CARDIOIMAGING**

Ecocardiogramma da sforzo. Quanta fatica!

Perché mai dovremmo usarlo?

di *Marco Campana, Paolo G. Pino, Antonella Moreo, Erika Bertella, Benedetta De Chiara, Georgette Khoury, Vincenzo Guido*

p. 21

**DAL PRESIDENTE DELLA FONDAZIONE PER IL TUO CUORE**

La Fondazione per il Tuo cuore: Cardiologie Aperte 2018

di *Michele Massimo Gulizia*

p. 11



**AREA GIOVANI**

**“Il Cuore dei Giovani Cardiologi...  
Il Ritorno”** p.25

*di Manuela Benvenuto, Fabiana Lucà,  
Annamaria Iorio, Stefania Angela Di  
Fusco, Andrea Madeo, Damiana Fiscella*  
**ESC Spring Summit.** p. 26

**Area Giovani ANMCO ed ESC Young  
Community a confronto**  
*di Fabiana Lucà e Stefania Angela  
Di Fusco a nome del Comitato di  
Coordinamento Area Giovani ANMCO*

**AREA PREVENZIONE  
CARDIOVASCOLARE**

p. 28

**Giro di boa. Tra risultati e progetti.**



*di Maurizio Giuseppe Abrignani, Daniele  
Grosseto, Giovanni De Luca, Marco  
Malvezzi Caracciolo D'Aquino, Bruno  
Passaretti, Carmelo Massimiliano Rao*

**DALLE REGIONI  
PUGLIA**

p. 37

**Running Heart 2018**

*di Maria Cuonzo, Rossella Troccoli,  
Angelo Raffaele Mascolo, Alessandro  
Maggi, Massimo Grimaldi*

**SICILIA**

p. 40

**Gruppo di lavoro sullo scopenso in  
Sicilia**

*di Giacomo Chiarandà, Carmelo  
Cinnirella, Francesco Clemenza*

**FORUM**

**Modello Toyota, lean thinking e le  
ragioni del profitto** p. 42

*di Giancarlo Casolo*



**Gravidanze ad alto rischio  
cardiovascolare** p. 45

*di Giovanna Di Giannuario, Nicoletta  
Candiotti, Samuela Carigi, Daniele  
Grosseto, Elena De Ambrosi, Federico  
Spelzini, Laura Farneti, Davide Saporito,  
Giancarlo Piovaccari*



**PDTA aziendale per la prevenzione  
secondaria della Cardiopatia  
Ischemica** p. 47

*di Amedeo Picciolo, Dionigi Fischetti,  
Carlo Picani, Francesco Germinal,  
Francesco Filomena, Luca Quarta, Brizio  
Leonardo Corlianò, Francesco Ciccirillo,  
Stefania Greco, Liliana Mangiacotti,  
Antonio Colizzi, Antonella Bergamo,  
Antonio Tondo, Monica de Filippis,  
Giuseppe Colonna, Antonio F. Amico*

**Framingham Heart Study  
compie 70 anni** p. 49

*di Sabino Scardi*

**OSSERVATORIO DI DIRITTO  
SANITARIO**

p. 52

**Un “regalo” di fine anno  
il testamento biologico**

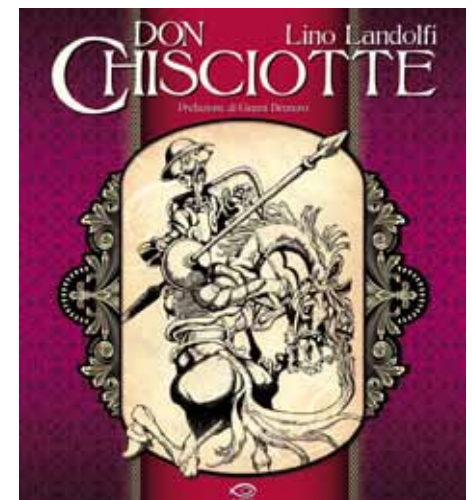
*di Mario Chiatto e Maria Giovanna  
Murrone*

**VIAGGIO INTORNO AL CUORE** p. 55

**Il medico: chi era costui?**  
*di Pietro Russo*

**CUORI DI CHINA** p. 57

**Fumetto e Letteratura  
due mondi tangenti**  
*di Andrea Mazzotta*





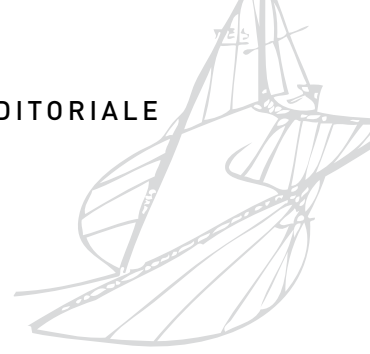
# Editoriale



**P**er Bufale, o, per meglio dire, con un inglesismo oramai entrato nel giornalismo quotidiano, Fake News, si intende l'ammasso caotico ed insieme luccicante di tutta quella informazione che prima si annuncia e poi si nasconde per risultare infine falsa, inventata di sana pianta, frutto di immaginazione, di disinformazione, di ciarlataneria, di malafede. Non si tratta peraltro di un fenomeno così profondamente nuovo, erano gli anni 40 quando il regista Orson Welles, nel corso di uno sceneggiato radiofonico

dal titolo "La guerra dei mondi", annunciava lo sbarco dei marziani, notizia tanto falsa e infondata quanto capace di suscitare il panico negli USA. Le Fake News sono un fenomeno che oramai riguarda tutto il mondo della comunicazione assumendo un significato ed un risvolto ancora più importante, talora inquietante, quanto si diffondono in ambito sanitario. L'esempio dei vaccini pare ovvio eppure è proprio con i vaccini che le Fake News hanno mostrato a tutti, anche a coloro che erano poco inclini a questa presa di consapevolezza, quanto

la disinformazione non generi solo confusione ma abbia effetti drammatici capaci di tradursi nella perdita della copertura vaccinale e quindi della sicurezza sanitaria di un paese. I social da subito sono stati uno dei principali vettori di diffusione delle Fake News, grazie a quella loro intrinseca capacità di essere cassa di risonanza difficilmente controllabile e quindi terreno virtuale ideale per la produzione e la diffusione di campagne mediatiche ad di fuori di ogni controllo. Il fenomeno è estremamente rilevante: in ambito sanitario un italiano su tre cerca sul web



informazioni mediche ed indicazioni per un corretto stile di vita con una probabilità altissima di rimanere vittima, più o meno inconsapevole, di notizie false che fa sue e diffonde perché, in qualche modo, rispondenti ai propri credi e convenienze. La necessità di correre ai ripari da questo fenomeno e dai suoi effetti nefasti, ha obbligato i giornali, i social, le istituzioni a dotarsi di sistemi in grado di verificare l'attendibilità delle notizie prima della loro divulgazione. Il New Yorker, prestigiosa testata americana, possiede uno staff di 20 professionisti che si occupa di verificare la veridicità di ogni articolo prima della sua pubblicazione perché in questo scenario ciò che interessa non è più fornire lo scoop ma continuare ad essere garanzia di una stampa seria ed attendibile. Il processo si chiama *fact - cheking* e richiede molto

tempo, anche 7 giorni per un pezzo di lunghe dimensioni nel cartaceo: il pezzo viene letto, riletto al contrario, si verificano le fonti, gli appunti, i testi citati, i link, i nomi, le date in una operazione che non elimina ma riduce in modo rilevante il rischio di pubblicare una bufala. Perfino Facebook è corso ai ripari da questo fenomeno pubblicando nel 2017 dieci regole utili ad individuare una fake news: non ti fidare dei titoli, guarda bene l'URL, fai ricerche sulla fonte, fai attenzione alla formattazione, fai attenzione alle foto, controlla le date, verifica le testimonianze, controlla se le altre fonti hanno riportato la stessa notizia, la notizia potrebbe essere uno scherzo. In ambito sanitario l'Istituto Superiore di Sanità ha istituito recentemente nel portale ISSalute.it una apposita sezione "Bufale e falsi miti" che si occupa di

smascherare notizie infondate, dalle più semplici alle più complesse: nessuno studio scientifico ha mai provato che lo zucchero di canna apporti maggiori benefici rispetto allo zucchero bianco, non è vero che mangiare tanti spinaci aumenta l'apporto di ferro, il Wi-Fi in casa non è pericoloso per la salute, fare attività fisica in gravidanza non è pericoloso, i vaccini non fanno venire l'autismo e così via. Anche il nuovo portale della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici "Dottoremaeveroche.it" si propone di fornire al cittadino una informazione certificata e corredata da evidenze scientifiche con riferimenti bibliografici. L'ANMCO è stata invitata, tramite i suoi mezzi di comunicazione, "*Cardiologia negli Ospedali*" ed il Sito Web, a far parte del gruppo di Società Scientifiche che, ciascuna nel proprio ambito di competenza, collaborano alla lotta al fenomeno della disinformazione. In questo impegno di valorizzazione della verità da ogni forma di disinformazione, più o meno strumentale che sia, tutti siamo chiamati a vigilare e CNO può e deve essere il contenitore atto a raccogliere le vostre segnalazioni e darne diffusione consapevole attraverso i mezzi di comunicazione della Associazione. ♥





# L' "Italian Federation of Cardiology"

## La proposta dell'ANMCO per ripartire con una forte rappresentatività della Cardiologia Italiana in Europa

**S**tiamo avvicinandoci alla fine di un biennio che come sempre ha espresso le tante anime della nostra Associazione ma anche la forza della compattezza e dell'unità di intenti nelle scelte e nelle decisioni strategiche. Una delle situazioni più critiche che abbiamo dovuto affrontare è stata la discussione ed il confronto con la Società Italiana di Cardiologia sul destino della vecchia Federazione Italiana di Cardiologia. Il vecchio statuto riportava *"La Federazione... si propone di costituire un punto d'incontro, di concertazione e di propositività della Cardiologia italiana nei confronti della comunità cardiologica internazionale e degli organismi scientifici e sanitari nazionali. La Federazione persegue il suo scopo: a) rappresentando in via esclusiva e diretta la Società e l'Associazione presso la Società Europea di Cardiologia (ESC), per impostare e condurre una politica unitaria nei confronti della Società stessa che consenta il raggiungimento delle migliori affermazioni della Cardiologia italiana, cercando inoltre di mantenere, finché esistano le due Associazioni SIC ed ANMCO, una distribuzione equilibrata degli incarichi tra queste; b) impostando e conducendo nei confronti degli Organismi scientifici e Sanitari*

*Nazionali, riguardanti la struttura ed il funzionamento del Servizio Sanitario Nazionale, una politica unitaria...; c) impostando e conducendo una politica unitaria di formazione..."*

Nei fatti, la Federazione non ha mai rappresentato la ricerca di sintesi o fusione, ma solo l'obiettivo di organicità e pianificazione di comportamenti e scelte di "differenti soggetti" (le due Società fondatrici, ANMCO e SIC) che conservavano la propria autonomia e identità pur accettando una regola comune super partes. Purtroppo anche con questa (forse inevitabile) limitazione, la Federazione ha chiaramente fallito i suoi scopi statutari.

### La Federazione in Europa

La vecchia Federazione nei fatti non ha mai attuato una reale politica federale in Europa. Nella maggioranza dei casi i colleghi con ruoli e responsabilità all'interno dell'ESC sono stati selezionati o eletti ed hanno agito a titolo personale, senza rappresentare o almeno interagire con la Federazione. Non è nei fatti esistita alcuna azione di lobbying nel valorizzare le competenze e rappresentanze nazionali.

### La Federazione in Italia

L'intento di candidarsi quale interlocutore unico del Ministero della Salute, anche in vista della ridefinizione delle linee guida cui i professionisti debbono adeguarsi per non incorrere nella responsabilità penale, così come previsto dai decreti attuativi della Legge Gelli sulla responsabilità professionale dei professionisti sanitari (legge n.24/2017), non risponde in nessun modo alle strategie ed alla linea politica di ANMCO. ANMCO e SIC, società molto diverse per mission, specificità, ruoli e rappresentatività in ambito sanitario è giusto che perseguano autonomamente la loro strategia politica associativa nei confronti degli organismi scientifici e sanitari nazionali.

### La Federazione e la formazione dei Cardiologi

Su questo non c'è mai stato nulla di concreto ed unitario in seno alla Federazione. L'allegato allo Statuto della vecchia Federazione dichiarava in modo esplicito la possibilità di coinvolgere dirigenti del SSN come titolari dei corsi di Specializzazione, come componenti dei Consigli delle Scuole di Specializzazione e delle Commissioni per gli esami di ammissione, la possibilità





per strutture di eccellenza del SSN di far parte delle Scuole di Specializzazione ed infine il coinvolgimento nella didattica e nella ricerca del personale non universitario delle Unità Operative universitarie ad organico misto. Ove questo è accaduto è stata solo grazie ad accordi locali non certo per un progetto condiviso nazionale federativo. La situazione di stallo cronico in cui si è trovata la Federazione è confermata anche dalle criticità contingenti in cui si è trovata nei mesi scorsi rispetto alle disposizioni dello Statuto Federale, priva di un organo di controllo, priva di un bilancio consultivo (non essendo stato approvato nell'assemblea dello scorso agosto), priva di un bilancio preventivo, priva di deliberazioni del Consiglio Direttivo/Federale che autorizzino il Presidente ad operare. Si ricorda infatti che ai sensi dello statuto il Presidente avrebbe dovuto semplicemente ed esclusivamente attuare le deliberazioni degli organi collegiali ed adottare i provvedimenti necessari per il conseguimento dei fini federali. Purtroppo, nella situazione che si è creata negli ultimi mesi, la Federazione è invece sembrata chiaramente volere diventare una terza Società Scientifica più che rappresentare nelle sedi istituzionali le due Società madri. Con questa esplicita forzatura non poteva esserci

nessuna prospettiva reale e concreta. Il progredire del processo federativo ha richiesto quindi una profonda riflessione da parte dei Soci Fondatori che per ANMCO si è sviluppata agli Stati Generali di Trieste. A Trieste è stato chiaramente condivisa la linea politica della nostra Associazione su 2 punti:

1) la Federazione doveva tornare ad essere uno strumento politico autorevole utile a (ed espressione di) ANMCO e SIC, governato attraverso la stesura di un nuovo Statuto su obiettivi condivisi.

2) L'ambito federativo doveva riguardare esclusivamente l'attività internazionale, ed in particolare la rappresentatività di ANMCO e SIC in Società Europea di Cardiologia. Tralasciando le mosse e contromosse che hanno permesso di superare la situazione di stallo che si era creata ed hanno portato al raggiungimento dell'obiettivo, è nato negli ultimi mesi un dialogo ed un confronto costruttivo con la Società Italiana di Cardiologia che ha permesso di varare un nuovo Statuto federativo. I punti principali intorno ai quali è ruotata la discussione e che hanno costituito per noi i punti fermi del processo, sono:

1) La "nuova" Federazione, in discontinuità con la "vecchia", deve avere un nome diverso, proponiamo "Italian Federation of Cardiology (IFC)"

2) L'"IFC" deve rappresentare la

Cardiologia italiana solo all'estero, mentre non può rappresentare ANMCO e SIC presso le istituzioni nazionali scientifiche o sanitarie (Ministero, AIFA, ISS, ...).

3) Come attualmente, la rappresentanza tra ANMCO e SIC è paritetica nel direttivo di 6 componenti con il Presidente espresso dalle 2 Società secondo la regola dell'alternanza, con un mandato di 2 anni (questa è una novità), corrispondente al mandato dei rispettivi consigli direttivi ANMCO e SIC.

4) La IFC continua a gestire le due riviste (Journal of Cardiovascular Medicine – JCM; Giornale Italiano di Cardiologia – GIC) in accordo con un Regolamento che dovrà essere emanato entro tre mesi dall'approvazione del presente statuto.

La discussione si è conclusa con un accordo tra ANMCO e SIC su questi punti, sancito dall'Assemblea costituente del 27 marzo u.s..

Obiettivi forse limitati, al momento gli unici possibili, ma l'auspicio è che la nascita della nuova IFC possa rappresentare finalmente una reale, forte, concreta e unitaria rappresentanza Italiana in Europa. Ci vediamo tutti al Congresso di Rimini dal 31 maggio al 2 giugno prossimi. ♥



**ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI  
CARDIOLOGI OSPEDALIERI**



**SOCIETÀ ITALIANA DI CARDIOLOGIA**

**Al Ministero della Salute**

**Al Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della  
Ricerca**

**Agli Assessorati Regionali Salute**

**Alle Istituzioni Pubbliche interessate**

**Oggetto:** Comunicazione ritiro Federazione Italiana di Cardiologia - F.I.C. dai ruoli nazionali

**Spettabili Istituzioni,**

gli scriventi

- dott. Andrea Di Lenarda, Presidente dell'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri A.N.M.C.O. (CF: 01301130488), con sede in Firenze, via La Marmora, 36;
- Prof. Giuseppe Mercurio, Presidente della Società Italiana Cardiologia S.I.C. (CF: 01027240587) con sede in Roma via Po, 24;

legali rappresentanti delle 2 Società cardiologiche italiane costituenti la Federazione Italiana di Cardiologia, comunicano a tutte le Istituzioni destinatarie della presente lettera che, a seguito della condivisa riorganizzazione della Federazione Italiana di Cardiologia - F.I.C. (Federazione dalle stesse società costituita nel 1998 e di cui sono gli unici soci), tale ultimo Ente assumerà una nuova denominazione, **Italian Federation of Cardiology (I.F.C.)**, andando a svolgere attività di rappresentanza esclusivamente in ambito internazionale.

In considerazione di quanto precede, in ragione dell'esplicitato nuovo ruolo esclusivamente internazionale assunto da tale ente, si comunica l'immediato ritiro della partecipazione della FIC, a qualsiasi titolo, da tutte le componenti, commissioni, tavoli tecnici, o altro, di carattere nazionale ove la stessa compaia.

Certi che comprenderete la positività della più chiara definizione dei ruoli e delle funzioni di ciascun ente ora raggiunta, con l'eliminazione di sovrapposizioni e duplicati, restiamo a Vostra disposizione per qualsiasi ulteriore chiarimento e inviamo i nostri più cordiali saluti

Firenze/Roma, 27.03.2018

Dott. Andrea Di Lenarda  
Presidente  
Associazione Nazionale Medici Cardiologi  
Ospedalieri - A.N.M.C.O.

Prof. Giuseppe Mercurio  
Presidente  
Società Italiana Cardiologia - S.I.C.



*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. Scopeno e Riabilitazione  
Cardiologica  
Policlinico Agostino Gemelli  
Via Giuseppe Moscati, 31 - 00168 Roma  
Tel. 06/3503722  
Fax 06/3054641  
[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 Camaioere (LU)  
Tel. 0584/6057119-6059722  
Fax 0584/6059897  
[giancarlo.casolo@uslnordovest.toscana.it](mailto:giancarlo.casolo@uslnordovest.toscana.it)



Fortunato Scotto di Uccio

**CONSIGLIERE**

**FORTUNATO SCOTTO DI UCCIO**

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



Stefano Domenicucci

**CONSIGLIERE**

**STEFANO DOMENICUCCI**

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



Guerrino Zuin

**CONSIGLIERE**

**GUERRINO ZUIN**

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



# La Fondazione per il Tuo cuore: Cardiologie Aperte 2018

**L**e malattie cardiovascolari rappresentano ancora oggi la principale causa di morte in Italia e la prima cura per combatterle è la prevenzione. Dall'11 al 18 febbraio si è tenuta la IX edizione della Campagna Nazionale di Prevenzione Cardiovascolare *“Per il Tuo Cuore 2018”*, promossa dalla Fondazione per il Tuo Cuore - HCF onlus e da ANMCO. Nel corso della settimana l'appuntamento Cardiologie Aperte ha annoverato oltre 200 Cardiologie, distribuite sul territorio nazionale, aperte gratuitamente al cittadino grazie all'attiva partecipazione di gran parte dei cardiologi ospedalieri dell'ANMCO aderenti alla Fondazione HCF, al fine di sensibilizzare la popolazione sul tema della prevenzione cardiovascolare. Il bilancio definitivo dell'iniziativa è davvero entusiasmante e, come per le precedenti edizioni, la nostra Fondazione si è posta diversi obiettivi: sensibilizzare tutta la popolazione italiana agli scopi e alla mission della Fondazione per il Tuo cuore, diffondere la cultura della prevenzione informando i cittadini sui rischi per la salute cardiovascolare in modo tale che possano evitare gli stili di vita pericolosi per il cuore, e infine

spiegare l'importanza della ricerca sulle malattie del cuore. Anche in questa edizione di *Cardiologie Aperte*, manifestazione di sensibilizzazione e prevenzione ormai diventata tradizionale e attesa in tutta Italia, i numerosi medici delle Cardiologie partecipanti si sono attivati, anche con la collaborazione di un elevato numero di infermieri, tecnici e volontari, realizzando molteplici attività per la popolazione, come: momenti d'incontro e dibattito tra esperti Cardiologi e cittadini, visite e consulenze in prevenzione primaria e secondaria, gazebo in piazza con la possibilità di effettuare gratuitamente screening cardiologici, alcuni anche della colesterolemia, conferenze su temi di prevenzione cardiovascolare, eventi culturali, concerti di beneficenza, marce e corse competitive e non, e tanto altro ancora. Ogni Cardiologia è stata libera di poter avviare le proprie attività a livello locale a seconda delle proprie preferenze. Alcune addirittura hanno dato seguito e completato un percorso iniziato sin dal 2014 per la sensibilizzazione della cittadinanza al tema sempre attuale della “Prevenzione dell'Arresto Cardiaco” di cui la nostra Campagna 2014, *“Al cuor non si comanda”*, era stata di particolare

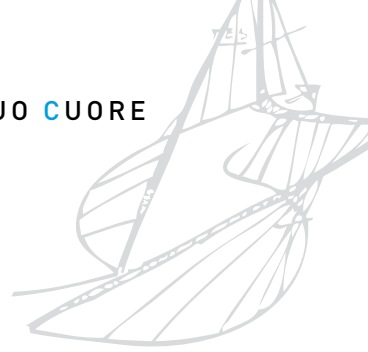
incidenza e penetrazione. I corsi BLS per laici nelle scuole, specie per gli studenti dell'ultimo triennio dei licei italiani, in collaborazione volontaria con il nostro corpo istruttori di Rianimazione Cardiopolmonare e/o lezioni di rianimazione cardiopolmonare per studenti e docenti, sono stati grandemente apprezzati dagli stessi ragazzi e dal corpo insegnante. Ciascuna Cardiologia ha ricevuto il Kit prevenzione: gli opuscoli divulgativi/informativi sui 7 argomenti di prevenzione del rischio cardiovascolare (Mangiare sano, Muoversi di più, Parliamo di fumo, Mantieni giovane il Tuo cuore, Fibrillazione Atriale, Dopo l'Infarto, Scompenso cardiaco), i 4 poster di grande formato che riassumono le regole d'oro da seguire per la prevenzione cardiovascolare, i 7 poster della prevenzione, i poster del Progetto Nazionale di Prevenzione Cardiovascolare “Banca del Cuore” e i poster e i biglietti da visita che contengono anche l'invito alla raccolta fondi per la nostra Fondazione per il tuo Cuore attraverso la donazione gratuita e volontaria. Durante la Settimana “per il Tuo cuore”, ma ancor più per tutto l'anno, la popolazione, cominciando dai pazienti e dai loro familiari, è stata, infatti, chiamata



a sostenere tramite la destinazione del 5x1000 (o bonifico bancario e/o postale) l'attività di ricerca sulle malattie cardiovascolari della Fondazione. Anche quest'anno molte Cardiologie hanno chiesto di integrare le proprie attività svolgendo lo screening gratuito previsto dal Progetto Nazionale di Prevenzione Cardiovascolare “**Banca del Cuore**”. Questo Progetto, per chi ancora non lo conoscesse, è unico al mondo e rivoluzionario nel suo genere, approvato anche dall'Istituto Superiore di Sanità con il quale la nostra Fondazione collabora per la prevenzione delle malattie cardiovascolari, che ha permesso di creare e di utilizzare il più ampio database nazionale, una banca dati digitale sconfinata. Si tratta di un enorme registro elettronico, una “cassaforte” virtuale in grado di

custodire l'elettrocardiogramma, i valori della pressione arteriosa, i parametri biologici, le patologie sofferte, le terapie assunte, e i dati clinici e degli stili di vita dei cittadini italiani. Grazie a una card di accesso personale (denominata **BancomHeart**, in analogia alla ben più famosa carta di debito), è possibile accedere ai propri dati sanitari e all'elettrocardiogramma (custodito nella Banca del Cuore) grazie alle proprie credenziali individuali stampate sulla card BancomHeart (un *User Id*, cioè il proprio codice fiscale e una *Password* segreta, cioè un codice alfanumerico protetto da materiale tipo *gratta e vinci* che viene rimosso riservatamente dal partecipante). Ogni paziente/cittadino riceve la card solo dopo aver firmato il consenso informato

per il trattamento dei dati, per l'accesso alla Banca del Cuore e per l'autorizzazione alla Fondazione a poter svolgere attività di ricerca (su dato anagrafico anonimo) sui parametri elettrocardiografici e clinici contenuti nel database. La Password è conosciuta solo dal paziente, per garantire la massima riservatezza nel pieno rispetto delle vigenti normative e, in particolare, i dati ECG e clinici vengono esportati in PDF e criptati immediatamente, con una cifratura che utilizza un certificato SSL ad altissima protezione. Tutti i dati rilevati all'atto dell'emissione della card saranno resi disponibili online in caso di bisogno, anche a distanza o all'estero, tramite qualunque dispositivo con connessione internet: computer, tablet o smartphone. Ogni cittadino, non solo i pazienti



**LA NAZIONE**  
13 Febbraio 2018 - La Nazione del Lunedì

**Cardiologia: settimana di esami gratis**  
Test e prevenzione, come prenotarsi  
*Elettrocardiogrammi e consulenze a costo zero fino al 18 febbraio*

LA FARMACIA...  
L'INIZIATIVA...  
L'INIZIATIVA...  
L'INIZIATIVA...



**Corso**  
Un medico specialista...  
Lavori informativi  
Niente prenotazioni

**GAZZETTA MEZZOGIORNO**  
13 Febbraio 2018 - La Gazzetta del Mezzogiorno del Venerdì

**In corsa per allenare il cuore**  
Appuntamento domenica 18 febbraio per l'iniziativa **Aperto Puglia** e da sabato visite di controllo gratuite per tutti in piazza Ferruccio

**Vaccini, più informazione**  
un bando per comunicatori






**GAZZETTA MEZZOGIORNO**  
13 Febbraio 2018 - La Gazzetta del Mezzogiorno del Venerdì

**BARILETTA PER LA MANIFESTAZIONE «CARDIOLOGIE APERTE 2018»**

**Torna la «Banca del Cuore»**  
per tenere al sicuro le informazioni cardiache

**BARILETTA.** Si rinnova quest'anno la manifestazione **«Cardiologie Aperte 2018»**, promossa dalla Fondazione per il Tuo Cuore dell'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri, cui la Banca del Cuore (presidente il dr. Antonio Carpinone; responsabile scientifico, il dr. Giuseppe DiFuria, in collaborazione con la Unità operativa di Riabilitazione Cardiologica.

«Anche per il 2018 un ruolo centrale per tutta la settimana dal 12 al 17 febbraio assumerà la «Banca del Cuore», banca virtuale a cui affidare la propria salute cardiovascolare e nella quale tenere al sicuro le informazioni sul nostro cuore» dicono gli organizzatori.

«Quest'anno abbiamo ritenuto

La carta verrà rilasciata, gratuitamente, al momento in cui verrà effettuato l'elettrocardiogramma presso la Uoedi di Cardiologia Riabilitativa di Barletta (ex Presidio Ospedaliero).

Giovedì 18 febbraio, alle 9.30, presso il Futuro Center di Barletta, si terrà la conferenza stampa durante la quale, in occasione del decennale della associazione Banca del Cuore, saranno presentati i progetti messi in campo, per la sensibilizzazione alla cultura della prevenzione cardiovascolare. «Finalmente potremo dare una notizia che certamente sarà gradita a tutti i pazienti cardiopatici che da anni affiorano alla Riabilitazione Cardiologica, e cioè che quest'ultima continuerà a funzionare

**LIBERTÀ**  
13 Febbraio 2018 - Libertà

**«Metti il cuore in cassaforte»:**  
due settimane di esami gratis

L'iniziativa di sensibilizzazione proseguirà, su prenotazione, nel reparto di Cardiologia dell'ospedale di Castello fino al 28 febbraio




**CONSIGLIAMO**  
L'iniziativa di sensibilizzazione proseguirà, su prenotazione, nel reparto di Cardiologia dell'ospedale di Castello fino al 28 febbraio

**BOLOGNA PRIMO PIANO**  
13 Febbraio 2018 - Bologna Primo Piano del Venerdì

**la vita per far nascere i nostri figli»**  
cardiopatia di cui soffrono scomparse gravidanza. Ora siamo mamma»

**«Medici di famiglia, attese troppo lunghe»**

**1 su 5** **60**



**LA NAZIONE**  
13 Febbraio 2018 - La Nazione del Venerdì

**Giomata della prevenzione cardiaca**  
Tutti in piazza per... salvare il cuore  
Sabato in piazza Aranci elettrocardiogrammi gratuiti dalle 9.30 alle 17



**LA MEDICINA**  
Collaborazione fra la Croce Aranci di Montepulciano e la Cardiologia dell'ospedale

cardiopatici, potrà così consultare personalmente, o mettere a disposizione con facilità ai medici da lui autorizzati, i propri dati per ottenere informazioni sulla propria salute cardiovascolare che, in alcuni casi, possono rivelarsi vitali, ad esempio in caso di smarrimento o di

momentanea indisponibilità della documentazione cartacea. Questa prestigiosa iniziativa, di indubbia valenza sociale (tra l'altro consente anche lo screening aritmologico di condizioni misconosciute e potenzialmente pericolose come ad esempio:

malattie dei canali ionici ad alto rischio di morte cardiaca improvvisa, fibrillazione atriale, scompenso cardiaco, etc.) che conferma ancora una volta l'impegno della Fondazione, che mi onoro di presiedere, a salvaguardia della salute dei singoli



**LA GAZZETTA DEL SUD**  
19 Febbraio 2016 - Gazzetta del Sud

## "Cardiologie aperte", visite gratis e animazioni

► Procedure di sala più che raddoppiate in sei anni

**SAN DONÀ**

Dopo il successo dello scorso anno, l'Usl 4 aderisce nuovamente alla campagna nazionale "Per il tuo cuore" voluta dall'Associazione medici cardiologi ospedalieri. Dodici venerdì, dalle 16 alle 20, all'ospedale di San Donà, reparto "aperto" con visite gratuite e animazioni. Si inizia nell'aula Garibaldi con il saluto del direttore di Cardiologia, Francesco Di Pede, cui farà seguito un concerto a cura della scuola di musica "Monteverdi".

Alle 17 la dottoressa Alessandra Fontabasso e l'infermiera Sabina Barro illustreranno il funzionamento dell'Unità di cardiologia e parleranno di malattie cardiovascolari, di fattori di rischio e di prevenzione. La terza fase prevede lo screening gratuito che si svolgerà nell'ambulatorio ospedaliero di Cardiologia. Qui il personale medico effettuerà, a coloro che si presenteranno, la misurazione della pressione arteriosa, del peso e dell'altezza ed eseguirà l'elettrocardiogramma. Le persone sottoposte a controllo potranno avere un collo-

quio con il cardiologo che fornirà indicazioni utili sulla base di quanto rilevato nei vari test. Il dott. Di Pede, nell'anticipare alcuni numeri che saranno illustrati domenica, ha sottolineato l'importanza dell'assistenza di un'unica rete, rispetto a quando c'erano due Unità coronariche e due Cardiologie, "decisamente più funzionale e più efficiente". Riguardo ai numeri della cardiologia interventiva, a livello aziendale si è passati dalle 452 procedure di sala del 2010 alle 1125 del 2015; dalle 141 angioplastiche coronariche del 2010 alle 385 del 2015; dalle 5 angioplastiche primarie infarto acute (paci) del 2010 alle 75, a tutti attività vanno aggiunte le valvoloplastiche aortiche, gli stenting coronarici, le angioplastiche periferiche e le endoprotesi aortiche.

F.O.B.

La Cardiologia di San Donà

**la Repubblica BOLOGNA**  
17 Febbraio 2016 - La Repubblica (ed. Bologna)

## A lezione di cuore, colesterolo e glicemia oggi gratis per tutti

Il Centro cardiologico di Palazzo Poggi, ospita a dicembre del 2015, tre visite gratuite per gli italiani

Il Centro cardiologico di Palazzo Poggi, ospita a dicembre del 2015, tre visite gratuite per gli italiani. Le visite sono gratuite e sono rivolte a tutti i cittadini. Il centro è aperto dal lunedì al venerdì, dalle 16 alle 20. Le visite sono gratuite e sono rivolte a tutti i cittadini. Il centro è aperto dal lunedì al venerdì, dalle 16 alle 20. Le visite sono gratuite e sono rivolte a tutti i cittadini.

**LA STAMPA**  
17 Febbraio 2016 - La Stampa (ed. Bologna)

## «Settimana del cuore» Prevenzione cardiologica Oggi visite gratuite all'ospedale di Fossano

Reportage cardiologico, il primo piano dell'ospedale di Fossano, aperto alla cittadinanza, per un mese, nell'ambito della settimana del cuore. È possibile sottoporsi gratuitamente a un elettrocardiogramma e alla misurazione della pressione e della glicemia e a una visita cardiologica di controllo, secondo l'Usl, la prima città di zona.

Prevenzione  
«L'evento» spiega il dottor Mauro Tullio, direttore della struttura di Cardiologia di Fossano, è la prima tappa di un progetto di prevenzione cardiologica di Fossano - al posto di un elettrocardiogramma e alla misurazione della pressione e della glicemia e a una visita cardiologica di controllo, secondo l'Usl, la prima città di zona.

**Gazzetta del Sud**  
19 Febbraio 2016 - Gazzetta del Sud (ed. Reggio Calabria)

## Milite Porto Salvo, "porte aperte" al Tiberio Evoli Patologie cardiologiche L'importanza di prevenire

Screening gratuiti nel reparto guidato dalla dott. Bruna Miserrafte

Milite Porto Salvo, "porte aperte" al Tiberio Evoli. Patologie cardiologiche. L'importanza di prevenire. Screening gratuiti nel reparto guidato dalla dott. Bruna Miserrafte. Milite Porto Salvo, "porte aperte" al Tiberio Evoli. Patologie cardiologiche. L'importanza di prevenire. Screening gratuiti nel reparto guidato dalla dott. Bruna Miserrafte.

**GAZZETTA MEZZOGIORNO**  
19 Febbraio 2016 - La Gazzetta del Mezzogiorno (ed. Bari)

## Tutti di corsa per la città contro le malattie del cuore

Alla «Barron Heart» anche tantissimi vigili in ricordo del «Comandante»

Tutti di corsa per la città contro le malattie del cuore. Alla «Barron Heart» anche tantissimi vigili in ricordo del «Comandante». Tutti di corsa per la città contro le malattie del cuore. Alla «Barron Heart» anche tantissimi vigili in ricordo del «Comandante».

**LA BOHEME**  
19 Febbraio 2016 - La Bohème (ed. Bologna)

## A lezione di cuore con medici e infermieri dell'Ausi di Bologna

Prevenzione cardiologica: oggi visite gratuite all'ospedale di Fossano

A lezione di cuore con medici e infermieri dell'Ausi di Bologna. Prevenzione cardiologica: oggi visite gratuite all'ospedale di Fossano. A lezione di cuore con medici e infermieri dell'Ausi di Bologna.

cittadini, è partita dal 9 febbraio 2015 e continua sempre più numerosa anche attraverso le due Campagne Nazionali di Prevenzione Cardiovascolare "Truck Tour Banca del Cuore 2017" - che ci ha permesso di arrivare a oltre 26.000 cittadini screenati e possessori di

BancomHeart -, e alla Campagna "Truck Tour Banca del Cuore 2018" appena annunciata alla Conferenza Stampa svolta al Ministero della Salute il 4 aprile scorso e che percorrerà l'Italia a partire dal 6 aprile, con una permanenza di tre giorni nelle più belle piazze

di oltre 33 città italiane per tutto l'arco dell'anno. Sul nostro sito [www.periltuocuore.it](http://www.periltuocuore.it), è possibile visionare tutte le tappe e i dettagli del Progetto. È questa una iniziativa che darà lustro all'assistenza sanitaria italiana, alla ricerca cardiologica e alle Aziende Ospedaliere che

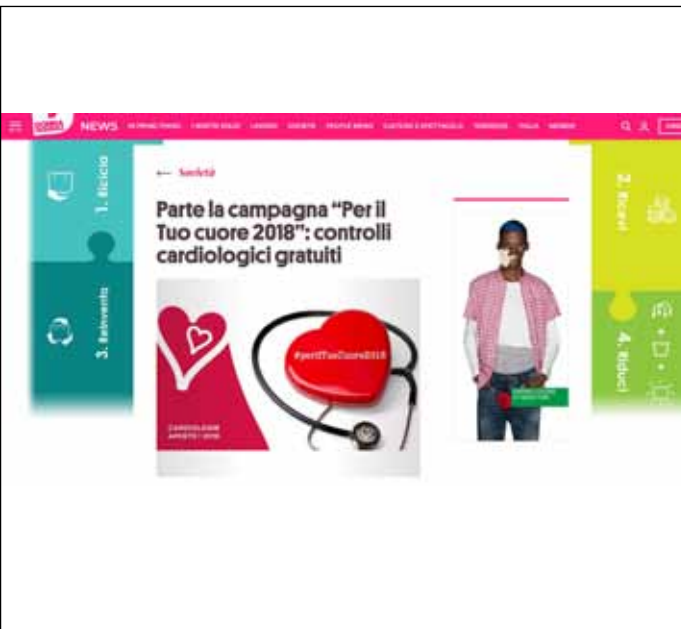




contribuiranno al Progetto con il lavoro delle proprie Cardiologie. A questo proposito con grande piacere vi comunico che la **Banca del Cuore** è salita vertiginosamente al primo posto su tutti i motori di ricerca Internet e sui social, e abbiamo ricevuto una tale richiesta di adesioni anche da migliaia di cittadini sui social e su internet che

abbiamo accelerato la stampa di altre 50.000 card BancomHeart per i prossimi giorni. Questo piccolo traguardo iniziale è stato raggiunto grazie all'infaticabile sostegno che gli Associati di ANMCO e della Fondazione per il Tuo cuore manifestano tangibilmente per tutte le iniziative da noi promosse e che, anche in questo specifico caso,

testimonia la particolare attenzione ai nostri pazienti e verso i cittadini in generale. Desidero quindi non mancare quest'occasione per ringraziare tutti Voi di cuore per lo straordinario impegno profuso nel proporre e sostenere Cardiologie Aperte e per la disponibilità, perseveranza e soprattutto passione con le quali molti di voi hanno



aderito all'importante Progetto "Banca del Cuore", grande e comune obiettivo per il quale confido continuerete a spendervi con energia e tenacia sottolineando ancora una volta il nostro orgoglioso e qualificato impegno di Cardiologi ANMCO per la prevenzione delle malattie cardiovascolari e della morte improvvisa cardiaca

a salvaguardia della salute dei Cittadini italiani. Non mi dilungo ulteriormente perché preferisco lasciare spazio agli estratti parziali di quanto apparso sui giornali, sul web e sui social oltre ai dati statistici e alle grafiche utilizzate per veicolare il messaggio della campagna per il Tuo Cuore 2018. Grazie a Tutti Voi per la partecipazione e un

arrivederci a Rimini, per il 49° Congresso Nazionale ANMCO 2018, dove Vi aspettiamo alla Segreteria della Fondazione per esprimere la Vostra adesione gratuita quali Soci della Fondazione (per quelli che non avessero già completato il form di aggiornamento) e ritirare un simpatico gadget identificativo. ♥



## Studi in corso

Nome dello Studio	N° centri attivati Italia (tutto il mondo)	N° paz. previsti dal protocollo Italia (tutto il mondo)	N° pazienti arruolati Italia (tutto il mondo)	Durata prevista del follow-up	Stato arruolamento	
<b>STEM-AMI OUTCOME</b> in collaborazione con <a href="#">Centro Cardiologico Monzino</a> e <a href="#">ASST di Lecco</a>	44	1.530	532	2 anni	chiuso	<a href="#">Newsletter</a>
<b>GISSI Outliers VAR</b> (osservazionale)	10	60	62	3 anni	chiuso	<a href="#">Newsletter</a>
<b>GISSI Outliers CAPIRE</b> (osservazionale)	11	800	544	5 anni	chiuso	<a href="#">Newsletter</a>
<b>COMPASS</b> in collaborazione con <a href="#">Population Health Research Institute, Hamilton</a>	22 (608)	1.100 (27.400)	1.072 (27.402)	Event driven	chiuso	
<b>HPS3-REVEAL</b> In collaborazione con <a href="#">Oxford University</a>	26 (444)	1.820 (30.000)	1.660 (30.624)	Event driven	chiuso	
<b>ISCHEMIA</b> In collaborazione con <a href="#">New York University</a>	14 (351)	378 (5.000-6.000)	146 + 62 CKD (5.179 + 777 CKD)	Fino a 31-12-2018	in corso	
<b>DYDA 2 Trial</b> In collaborazione con <a href="#">Associazione Medici Diabetologi</a>	15	186	175	48 settimane	in corso	
<b>BLITZ-AF</b> (osservazionale)	154	Pronto Soccorso 3.000 Cardiologia 2.000	Pronto Soccorso 6.275 Cardiologia 4.126	1 anno	chiuso	
<b>START</b> (osservazionale)	183	4.500	5.070	1 anno	chiuso	
<b>COLCOT</b> In collaborazione con il <a href="#">Montreal Health Institute</a>	19 (164)	750 (4.500)	488 (3.696)	Event driven	in corso	
<b>POSTER</b> (osservazionale) In collaborazione con <a href="#">Fondazione SISA (Società Italiana per lo studio dell'Arteriosclerosi)</a>	83	6.000	488 (3.696)	No follow-up	in corso	
<b>BLITZ-HF</b> (osservazionale)	127	1° fase 2.500 2° fase 2.500	4.244 884	1 anno 1 anno	chiuso	
<b>Registro G-CHF</b> (osservazionale)	8 (181)	750 (25.000 circa)	78 (7.550)	24 mesi	In corso	

## Studi di prossima attuazione

Nome dello Studio	N° centri previsti Italia (tutto il mondo)	N° pazienti previsti dal protocollo Italia (tutto il mondo)	Durata prevista del follow-up
<b>COPE</b> (osservazionale)	200	5.000	30 giorni
<b>MATADOR-PCI</b> (osservazionale)	100	500	6 mesi

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

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)



## FOCUS ON

### Studio COPE

L'embolia polmonare acuta è una patologia comune e potenzialmente fatale. La mortalità a breve termine in pazienti affetti da embolia polmonare varia dall'1% fino ad oltre il 30% nel corso del ricovero. L'impiego nella pratica clinica delle diverse strategie disponibili per la diagnosi, la stratificazione del rischio e la terapia dell'embolia polmonare ed il loro impatto sulla mortalità non sono noti. Lo studio COPE, promosso dall'Università degli Studi di Perugia insieme alla Fondazione per il Tuo Cuore ONLUS di ANMCO, e condotto in collaborazione con FADOI (Federazione delle Associazioni dei Dirigenti Ospedalieri Internisti) e SIMEU (Società Italiana di Medicina

di Emergenza-Urgenza) è uno studio multicentrico, nazionale, osservazionale che intende raccogliere dati sulla attuale gestione clinica in Italia dei pazienti con embolia polmonare. Tali dati consentiranno di valutare l'attuale pratica clinica e l'adesione alle Linee Guida internazionali, l'utilizzo dei nuovi farmaci antitrombotici e le strategie di diagnosi e stratificazione del rischio. Lo studio COPE permetterà inoltre una valutazione dell'outcome associato alle diverse modalità di gestione del paziente con embolia polmonare. Lo studio sarà condotto in circa 200 Ospedali italiani, in strutture di Cardiologia, Medicina Interna e Medicina di

Emergenza-Urgenza rappresentative della realtà nazionale. Verranno arruolati pazienti con embolia polmonare sintomatica che accedano alle suddette strutture. Lo studio ha l'ambizione di raccogliere informazioni in 5000 pazienti con embolia polmonare nell'arco di 24 mesi. Ciascun paziente arruolato verrà seguito fino a 30 giorni dalla diagnosi di embolia polmonare per raccogliere i dati relativi all'outcome clinico. Le pratiche regolatorie con i Comitati Etici dei Centri aderenti al progetto sono state avviate a gennaio 2018 e l'attesa è di passare alla fase operativa del progetto nella primavera 2018.

### Global Congestive Heart Failure (G-CHF)

Lo scompenso cardiaco è una sindrome clinica in aumento in tutto il mondo soprattutto per l'invecchiamento della popolazione. Ad oggi tuttavia non esistono studi che ne descrivano, in una prospettiva globale mondiale, le caratteristiche demografiche, gli aspetti socioeconomici, clinici, diagnostici e gestionali, le diverse eziologie, i biomarcatori, le comorbidità, i trattamenti, la qualità della vita, le difficoltà di cura e gli outcome. In questa ottica si inserisce il G-CHF, studio osservazionale prospettico con follow-up a lungo termine promosso da Hamilton University. Obiettivo del G-CHF è di arruolare 20.000-25.000 pazienti con scompenso in un periodo di circa 2 anni da parte di circa 200 centri nei seguenti Paesi: Nord America, Sud America, Europa, Africa, Asia e in Medio Oriente. I pazienti di molti di questi paesi non sono generalmente inclusi nei clinical trial o negli studi osservazionali delle

principali associazioni scientifiche internazionali. In ogni Paese, circa 2/3 dei pazienti saranno arruolati in un setting ambulatoriale (SC cronico), e circa 1/3 da un setting ospedaliero (acuto sia de novo sia aggravamento di scompenso cardiaco cronico). E' atteso un follow-up minimo di due anni per tutti i pazienti arruolati. All'ingresso, oltre agli usuali dati raccolti negli studi con scompenso verranno valutati i dati socio-economici, di qualità della vita, le barriere ai percorsi di cura e i sistemi sanitari. I pazienti saranno seguiti per due anni con follow-up telefonico a 6 e 18 mesi e un follow-up clinico a 12 e 24 mesi. A questi intervalli temporali verranno registrate le condizioni cliniche, i dati dell'esame obiettivo, i trattamenti e gli outcome clinici. Outcome primario dello studio è la mortalità, per ogni causa. Outcome secondari saranno gli eventi cardiovascolari maggiori non fatali determinanti o meno l'ospedalizzazione del paziente.

Il progetto è coordinato a livello internazionale da PHRI (Population Health Research Institute), mentre il coordinamento dei sette centri Italiani e di un centro svizzero è stato affidato al Centro Studi ANMCO della Fondazione per il Tuo cuore. Al 22 Febbraio 2018 sono stati inseriti nello studio 7550 pazienti a livello internazionale, e 78 in Italia da 7 degli 8 centri attivati e partecipanti. È previsto un sottostudio nel quale saranno inclusi circa 5.000 pazienti nei quali verranno effettuate misure di fragilità, di funzione cognitiva e polmonare, di salute mentale, aderenza ai trattamenti, e valutazione nutrizionale, con prelievo e stoccaggio di campioni di sangue e urine per analisi centralizzata. Questi aspetti sono generalmente poco esplorati e descritti dalla letteratura scientifica disponibile sullo scompenso cardiaco. Al sottostudio parteciperanno 3 centri italiani e il centro svizzero: la fase regolatoria è stata avviata nel mese di gennaio. ♥



**AREA ARITMIE**

**Chairperson**

Achille Giardina (Cagliari)

**Co - Chairperson**

Massimo Zecchin (Trieste)



**AREA CARDIOCHIRURGIA**

**Chairperson**

Leonardo Patanè (Pedara - CT)

**Co - Chairperson**

Marco Di Eusanio (Ancona)

**Comitato di Coordinamento**

Raimondo Calvanese (Napoli)

Mauro Raimondo Serafino Pisano (Sassari)

Alessio Poggi (Teramo)

Pietro Rossi (Roma)

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

**Comitato di Coordinamento**

Antonio Miceli (Milano)

Andrea Montalto (Roma)

Antonino Salvatore Rubino (Pedara - CT)

Carlo Savini (Bologna)

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



**AREA CARDIOIMAGING**

**Chairperson**

Paolo Giuseppe Pino (Roma)

**Co - Chairperson**

Antonella Maurizia Moreo (Milano)



**AREA EMERGENZA - URGENZA**

**Chairperson**

Emilio Di Lorenzo (Avellino)

**Co - Chairperson**

Roberta Rossini (Cuneo)

**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)

**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)



## AREA GIOVANI

### Chairperson

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

### Comitato di Coordinamento

Manuela Benvenuto (Fermo)  
 Damiana Fiscella (Catania)  
 Annamaria Iorio (Bergamo)  
 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)



## 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)



## 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)



## AREA NURSING

### Chairperson Medico

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



### 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)



## 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)



## 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)



# Ecocardiogramma da sforzo

## Quanta fatica! Perché mai dovremmo usarlo?

**L'ecocardiografia da sforzo può essere definita come una metodica che gode di un grande successo di critica ma di scarso successo di pubblico.**

Risale al 1979 il primo lavoro di Wann, che descriveva l'utilizzo dell'ecocardiogramma da sforzo per l'identificazione d'ischemia inducibile e coronaropatia (1). Da allora numerosi lavori hanno confermato l'accuratezza diagnostica e prognostica di tale metodica, nettamente superiori a quella dell'elettrocardiogramma da sforzo, e globalmente sovrapponibili a quelle

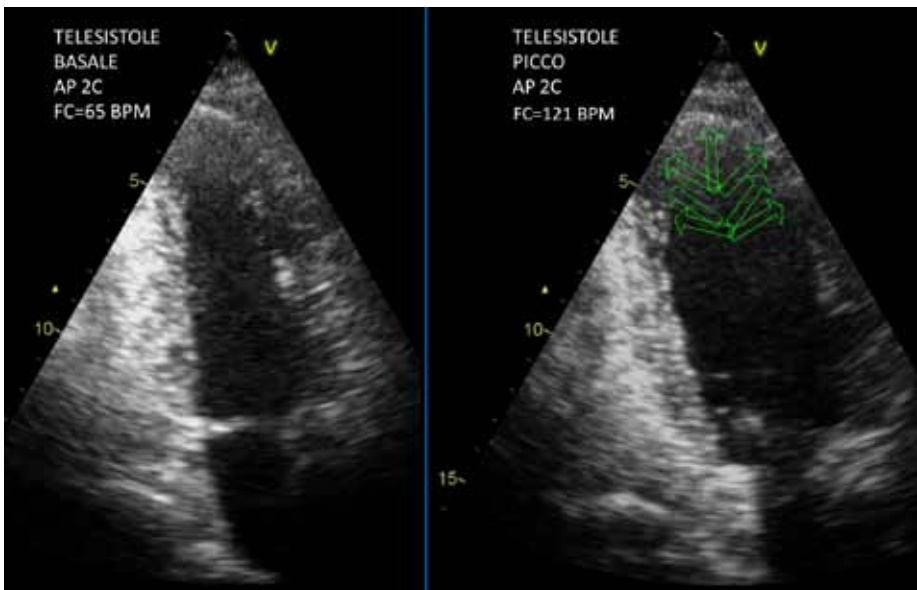
degli ecostress farmacologici e delle metodiche di imaging nucleare (2-5). Rispetto a queste ultime, l'eco da sforzo è meno costoso e con minor rischio biologico, ed è prontamente disponibile in reparto di Cardiologia. Basti pensare alla scomodità di far ritornare il paziente per completare, con metodica scintigrafica, una valutazione che con l'eco da sforzo si ottiene al massimo in 30 minuti, senza necessità di farmaci, né di accessi venosi. Lo sforzo fisico è, tra gli stressor, il preferito da pazienti e sonographer (medici o non): ha rarissimi effetti sgraditi e il carico di stress è in buona parte

“autosomministrato” e “autolimitato” dal paziente stesso. Dovremmo quindi considerare seriamente la possibilità di arricchire con un ecografo la dotazione del laboratorio ospedaliero di ergometria, oppure di completare il laboratorio di ecostress, dotandolo di un semplice ed economico letto-ergometro!

Ma... perché mai dovremmo accollarci anche questa scocciatura? In fin dei conti... non si possono forse ottenere le medesime informazioni con ECG da sforzo, coronarografie, angioTC o scintigrafie, ecostress farmacologici? Beh... proprio le stesse informazioni no, non sempre con la stessa accuratezza, non in modo fisiologico, non allo stesso costo, non nei tempi ridotti dell'ecocardiogramma da sforzo.

**A cosa può dunque servire? Indicazioni e informazioni, un binomio vincente**

L'elevata accuratezza nella cardiopatia ischemica può essere utilizzata come filtro per l'accesso a esami invasivi, o più indaginosi e costosi, in diversi contesti clinici. Va sottolineato che, quando il test viene effettuato ai fini prognostici e valutativi in pazienti con coronaropatia nota, è importante eseguire il test continuando la terapia anti-ischemica in corso, inclusa quella betabloccante, per non ridurre la capacità di “filtro” verso inappropriate indagini più invasive e costose. Il valore aggiunto



*Paziente con dubbia angina da sforzo e BBS*

*Sezione Apicale 2 camere, frame telesistolico - A sinistra: normale cinetica in condizioni basali. A destra: acinesia in ampio territorio anteriore e apicale*



dell'ecocardiogramma rispetto al solo ECG da sforzo è particolarmente evidente in due grandi popolazioni, per nulla marginali: negli ipertesi (6) e nel sesso femminile (7). Oltre alla semplice diagnosi d'ischemia, il test consente di ottenere, fisiologicamente, l'identificazione di sede, soglia ed estensione dell'ischemia stessa, informazioni utili per le scelte terapeutiche e la stratificazione del rischio, e per valutare fisiologicamente l'efficacia di una rivascolarizzazione e/o della terapia farmacologica in pazienti con coronaropatia già nota, anche a fini prognostici. Inoltre, le valutazioni su riserva contrattile, (dis)funzioni valvolari, stime delle pressioni di riempimento e gradienti pressori intracavitari sono oggi, con tale metodica, alla portata di tutti. Oltre alla semplice e comune diagnosi d'ischemia, i quesiti cui può rispondere l'ecocardiografia da

sforzo sono quindi numerosi, ed essa può spesso risolvere situazioni molto comuni, se non quotidiane, della pratica clinica. Tra le altre può, ad esempio:

- Risolvere il dubbio che il sottoslivellamento ST all'ECG da sforzo, in una donna o in un paziente iperteso, possa essere un "falso positivo".
- Chiarire il perché della discrepanza tra l'entità di una valvulopatia e i sintomi descritti dal paziente.
- Aiutare nella scelta di ricoverare o dimettere un paziente con dolore toracico con ECG silente e troponina negativa dal Dipartimento di Emergenza e Urgenza, anche in pazienti già sottoposti a rivascolarizzazione coronarica, con sintomi ricorrenti, spesso di difficile interpretazione.
- Stratificare il rischio cardiologico peri-operatorio, per interventi di chirurgia non cardiaca ad alto

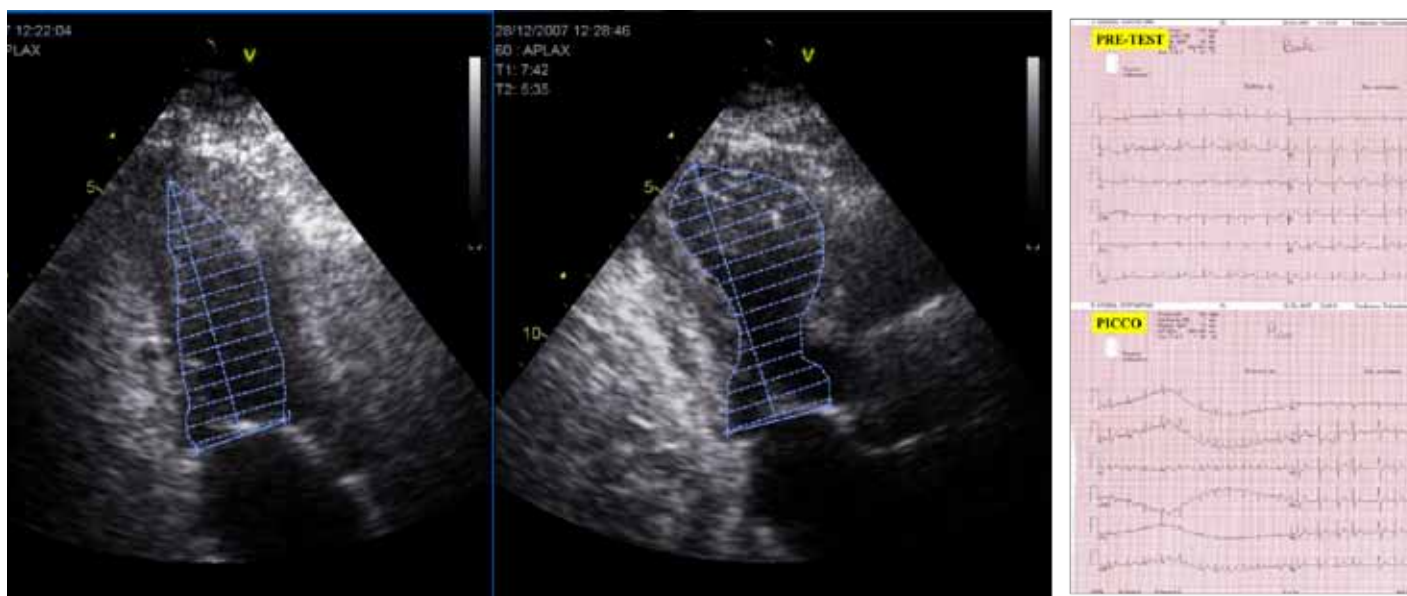
rischio: ciò ancor più facilitato dal fatto di essere un test fisiologico in grado di valutare oggettivamente l'insorgenza di sintomi e la capacità di esercizio, che sappiamo avere valore prognostico indipendente.

- Evitare a un giovane indagini invasive o radioattive, richieste per l'idoneità sportiva o lavorativa.
- Valutare fisiologicamente l'efficacia di una terapia anti-ischemica o il significato funzionale di una stenosi coronarica.

Tutto questo con un test semplice, prontamente disponibile all'interno del reparto di Cardiologia.

**Se può aiutare in tante situazioni, perché è poco utilizzato? Perché è considerato (erroneamente) un test di élite?**

Probabilmente perché è ritenuta metodica complessa, difficile, eccessivamente dipendente dall'abilità tecnica dell'operatore.



*Paziente con cardiopatia ipertensiva e fibrillazione atriale; angina da sforzo.*

**Sezione Apicale 2 camere, frame telesistolico** - A sinistra: normale cinetica in condizioni basali. A destra: discinesia a basso carico di lavoro, in ampio territorio anteroseptale e apicale, in assenza di alterazioni del tratto S-T al tracciato ECG

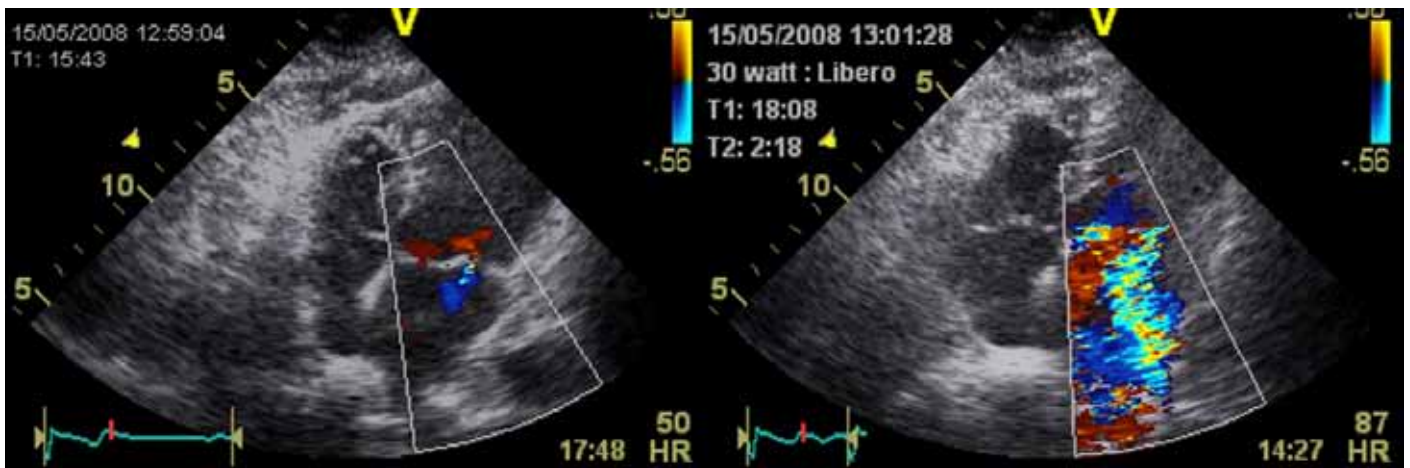




Ma la nomea di esame “technically demanding” è in buona parte immeritata e scarsamente giustificata. O, per meglio dire, è un pregiudizio formatosi (sulla base di elementi “reali”, come tutti i pregiudizi) nel secolo scorso, ai tempi in cui cardiologi e sonographer avevano a disposizione tecnologie rudimentali per l’acquisizione, la registrazione e l’analisi delle immagini ecocardiografiche. I colleghi più giovani (nativi digitali e nativi seconda armonica) forse non hanno mai visto (né tanto meno hanno mai eseguito) esami ecocardiografici senza seconda armonica e con frame rate inferiori a 30 frames al secondo, registrati con videoregistratori VHS (S-VHS o Betacam per i più fortunati). Se pensiamo che ancora oggi si discute della necessità di utilizzare un mezzo di contrasto per migliorare la visualizzazione del bordo endocardico, si può facilmente comprendere come le immagini ottenute con quei mezzi, durante l’iperventilazione da sforzo, non

apparissero granché agli occhi dei ricercatori chiamati ad analizzare in cieco le acrobazie di medici e pazienti. Ciononostante il “wall motion” risultava già a quei tempi un marker ischemico sistematicamente più accurato rispetto al tratto S-T o ai soli sintomi, sia per la diagnosi che per la prognosi della cardiopatia ischemica. Al giorno d’oggi è raro che, in mani esperte e con tecnologia adeguata, vi siano segmenti ventricolari non valutabili. Occorre anche dire che la qualità delle immagini non di rado migliora durante l’esercizio. I limiti attribuiti alla scarsa qualità delle immagini non costituiscono più una valida motivazione per non adottare nella pratica clinica l’ecocardiografia da sforzo, che necessita di una curva di apprendimento al pari di qualsiasi altra metodica diagnostica. Lo stress con esercizio fisico era stato addirittura definito, con eccesso di enfasi, “l’università” dell’ecostress, identificando con categorie scolastiche inferiori gli

stressor vasodilatatori (adenosina e dipiridamolo) e quelli adrenergici (dobutamina), per il solo fatto che il paziente stava fermo durante l’esame. Occorre qui dire che ancora oggi l’ “irrequietezza” del paziente può rivelarsi un ostacolo oggettivo per la qualità delle immagini, soprattutto se si utilizza il treadmill. In questo caso, infatti, il metodo di acquisizione delle immagini è il post-stress con paziente “catapultato” su di un lettino al picco di sforzo, e pochissimo tempo a disposizione per la registrazione delle immagini. La scelta del letto-ergometro a inclinazione regolabile riduce ormai ulteriormente le difficoltà tecniche dell’esame. Il letto-ergometro, già esistente nel secolo scorso, ulteriormente migliorato nel nuovo millennio, ha infatti il suo pregio maggiore nel consentire l’acquisizione delle immagini durante tutto il test, anche su persone (spesso anziane) che mal sopporterebbero il “tuffo” sul lettino. Ciò aggiunge utili informazioni sulla soglia ischemica ed è anche un fattore aggiuntivo di



*Paziente con dispnea da sforzo a basso carico e coronaropatia con normale funzione sistolica globale e regionale*  
**Sezione Apicale 4 camere, frame telesistolico** - A sinistra: in condizioni basali, minimo rigurgito mitralico. A destra: a basso carico di lavoro (30 W), insufficienza mitralica di grado severo in concomitanza con l’insorgenza della dispnea, in assenza di alterazioni del tratto S-T al tracciato ECG, né di alterazioni regionali della cinetica ventricolare sinistra.



sicurezza, dal momento che il marker ecocardiografico è quasi sempre più sensibile dei sintomi e delle alterazioni elettrocardiografiche, evidenziando eventuali alterazioni ischemiche ad una soglia più bassa. Nella nostra esperienza (più di 30.000 esami eseguiti solo negli ultimi 12 anni da 10 diversi operatori, di cui 6 prevalenti), la fattibilità è vicina al 100%, la sicurezza elevatissima (nessun decesso, meno di 0.003% le sindromi coronariche acute), e la specificità è molto elevata, mediamente sovrapponibile o anche superiore a quella degli studi pubblicati per la validazione della metodica. Ciò è molto probabilmente dovuto ai miglioramenti tecnologici e al fatto che gli esami, a differenza di quelli dei lavori scientifici, non sono interpretati "in cieco", bensì da cardiologi pienamente a conoscenza del contesto clinico e della probabilità pre-test di malattia di ogni singolo paziente. Diversi documenti di consenso (8,9) indicano lo sforzo come stressor di prima scelta, lasciando ai test farmacologici il compito di valutare i pazienti che non sono in grado di compiere l'esercizio fisico. Ma anche tutto questo non è stato finora sufficiente per convincere gli scettici, e la metodica non è diffusa come meriterebbe.

### Cosa chiedere di più? Costi e aspetti organizzativi

I costi dell'ecocardiografia da sforzo sono più bassi rispetto ad altre metodiche di imaging da sforzo (medicina nucleare o risonanza magnetica), mentre rispetto all'elettrocardiografia da sforzo ha un costo di poco superiore. I costi aggiuntivi sono legati all'ammortamento dell'ecografo e

al tempo (medico o sonographer) necessario per la registrazione delle immagini in condizioni basali, oltre al costo di formazione degli operatori, che si esaurisce in poche centinaia di esami. L'ecocardiogramma da sforzo ha dimostrato un ottimo (talora il migliore) rapporto costo/efficacia nel percorso diagnostico della malattia coronarica in diversi contesti clinici (10-12), anche in pazienti con bassa probabilità pre-test (13), e ha confermato la sua validità in recenti confronti tra strategie diagnostiche anatomiche e funzionali (14). È quindi un test fisiologico, sicuro, di semplice esecuzione, di basso costo. Sforziamoci di usarlo! ♥

#### Bibliografia

1. Wann LS, Faris JV, Childress RH, Dillon JC, Weyman AE, Feigenbaum H. Exercise cross sectional echocardiography in ischemic heart disease. *Circulation* 1979; 60: 1300-1308.
2. Fleischman KE, Hunink MG, Kuntz KM, Douglas PS. Exercise echocardiography or exercise SPECT imaging? A meta-analysis of diagnostic test performance. *JAMA* 1998; 280:913-920.
3. Heijnenbroek-Kal MH, Fleischmann KE, Hunink MG Stress echocardiography, stress single-photon emission computed tomography and electron beam computed tomography for the assessment of coronary artery disease a meta-analysis of diagnostic performance. *Am Heart J* 2007; 155: 415-423.
4. Chelliah R, Anantharam B, Burden L, Alhajiri A, Senior R. Independent and incremental value of stress echocardiography over clinical and stress electrocardiographic parameters for the prediction of hard cardiac events in new-onset suspected angina with no history of coronary artery disease. *European Journal of Echocardiography* 2010; 11: 875-882.
5. Hecht HS, DeBord L, Shaw R, et al.: Digital supine bicycle stress echocardiography: A new technique for evaluating coronary artery disease. *J Am Coll Cardiol.* 1993; 21: 950-6.
6. Maltagliati A, Berti M, Muratori M, et al., Exercise echocardiography versus exercise electrocardiography in the diagnosis of

coronary artery disease in hypertension. *Am J of Hypertens* 2000;13: 796-801.

7. Sawada SG, Ryan T, Fineberg NS et al. Exercise echocardiographic detection of coronary artery disease in women. *J Am Coll Cardiol* 1989; 14: 1440-7.
8. Montalescot G, Sechtem U, Achenbach S et al. 2013 ESC guidelines on the management of stable coronary artery disease: the Task Force on the management of stable coronary artery disease of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J.* 2013; 34:2949-3003.
9. Douglas PS, Bijoy Khandheria, Raymond F. Stainback and Neil J. Weissman. ACCF/ASE/ACEP/AHA/ASNC/SCAI/SCCT/SCMR 2008 Appropriateness Criteria for Stress Echocardiography. DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.107.189097. *Circulation* published online Mar 3, 2008.
10. Marwick TH, Shaw L, Case C, Vasey C, Thomas JD. Clinical and economic impact of exercise electrocardiography and exercise echocardiography in clinical practice *Eur Heart J* 2003; 24: 1153-1163.
11. Thom H, West NJE, Hughes V, et al. Cost-effectiveness of initial stress cardiovascular MR, stress SPECT or stress echocardiograph as a gate-keeper test, compared with upfront invasive coronary angiography in the investigation and management of patients with stable chest pain: mid-term outcomes from the CECaT randomised controlled trial. *BMJ Open.* 2014; 4: e003419.
12. Kuntz KM, Fleischmann KE, Hunink GME, Douglas PS. Cost-effectiveness of diagnostic strategies for patients with chest pain. *Ann Intern Med* 1999;130:709-718.
13. Marwick TH, Shaw L, Case C, Vasey C, Thomas JD. Clinical and economic impact of exercise electrocardiography and exercise echocardiography in clinical practice *Eur Heart J* 2003; 24: 1153-1163.
14. Douglas PS, Hoffman U, Patel MR et al. Outcomes of Anatomical versus Functional Testing. *N Engl J Med.* 2015; 372: 1291-300.



# “Il cuore dei giovani Cardiologi... Il Ritorno”

dal Convegno...

**A**nche quest'anno, grazie all'azione sinergica del Dott. Domenico Gabrielli, Direttore della Cardiologia dell'Ospedale A. Murri di Fermo, dei Medici del Reparto e della Dott.ssa Fabiana Lucà, Chairperson dell'Area Giovani ANMCO, si è svolto a Porto San Giorgio, nei giorni 25 - 27 gennaio 2018, il Congresso: “Il cuore dei giovani Cardiologi... Il Ritorno”. All'apertura del Dott. Domenico Gabrielli, Presidente Designato ANMCO, hanno fatto seguito le interessanti sessioni di lavoro incentrate sui più attuali argomenti della cardiologia clinica e interventistica quali scompenso cardiaco avanzato, cardiopatia ischemica acuta e cronica, fibrillazione atriale, ipertensione arteriosa, nuovi anticoagulanti orali. Sulla scorta del successo riscosso dalla precedente edizione congressuale, gli organizzatori hanno riproposto il format basato sulla presentazione di un caso clinico da parte di un Cardiologo più giovane e della Relazione Clinica sul caso stesso esposta da un Cardiologo “Senior”, con largo spazio per la successiva discussione, possibile il confronto sui temi più cool della Cardiologia. “Questo tipo di format, volto a dare visibilità scientifica ai colleghi più giovani a cui è stata offerta l'opportunità di essere affiancati da colleghi più esperti è in linea con quella che sta diventando oggi una delle Mission principali della nostra

società scientifica”, ha detto la Dott.ssa Fabiana Lucà, invitata dal Dott. Gabrielli ad unirsi a lui nei saluti introduttivi del Congresso, “ANMCO sta cambiando ed il processo di coinvolgimento attivo dei giovani nei percorsi scientifici societari, iniziato nel 2015 con l'introduzione dell'Area Giovani nel panorama delle Aree ANMCO, per volontà del Dott. Michele Massimo Gulizia, è continuato fino a concretizzarsi oggi come una realtà sempre più viva ed attuale, una sorta di potenziale in crescita esponenziale” ha concluso la Dott.ssa Lucà visibilmente soddisfatta della nutrita presenza di così tanti giovani Cardiologi. Anche quest'anno la presenza di una audience multidisciplinare ha arricchito e stimolato il dialogo. Al di là delle sessioni specialistiche, di indubbio interesse sono state le due tavole rotonde che hanno affrontato, in due momenti differenti, aspetti molto controversi della nostra pratica clinica quotidiana: l'etica, professione e sostenibilità economica da un lato, e la legge Gelli e le sue inevitabili conseguenze in ambito di responsabilità professionale, dall'altro. Durante la cerimonia inaugurale che si è tenuta nell'affascinante scenario del Teatro dell'Aquila al centro del suggestivo borgo marchigiano, si sono susseguiti momenti di grande intensità e trasporto, culminati nella lettura magistrale tenuta da Don Vinicio Albanesi che ha

affrontato con tatto e delicatezza un tema ancora controverso quale quello del “fine vita”, attraverso una magistrale interpretazione delle parole recentemente pronunciate da Papa Francesco: *“Amore e Vicinanza sono necessari più di ogni altra cosa, e se sappiamo che della malattia non sempre possiamo garantire la guarigione, della persona vivente possiamo e dobbiamo sempre prenderci cura: senza abbreviare noi stessi la sua vita, ma anche senza accanirci inutilmente contro la sua morte”*.

**Dalle parole di Don  
Vinicio, un paziente  
cardiologico, la citazione  
di Papa Bergoglio:  
“Non si vuole procurare  
la morte, si accetta di non  
poterla impedire”**

Temi importanti e delicati si sono alternati pertanto alle controversie cliniche che inevitabilmente nascono quando le Linee Guida incontrano la realtà e con essa si scontrano, attraverso un dibattito basato su dati scientifici e di letteratura integrati con la quotidiana esperienza e col buon senso clinico, ingredienti di questa nuova innovativa e vincente formula in cui i giovani sono stati protagonisti: ancora una volta. ♥



# ESC Spring Summit

Area Giovani ANMCO ed ESC Young Community a confronto

**A**spettando la primavera, il 7 e l'8 marzo u.s. l'European Heart House ha accolto l' "ESC Spring Summit", appuntamento "strategico" che oltre a riunire l'ESC Board con i rappresentanti "Working Group" e dei "Council" ESC, quest'anno per la prima volta ha aperto le porte anche ai Giovani Cardiologi accogliendo la rappresentanza Young delle principali Società Scientifiche Nazionali di tutta Europa. Ed ecco che l'Area Giovani ANMCO, fondata nel 2015 sotto la Presidenza ANMCO del Dott. Michele Massimo Gulizia, dopo importanti occasioni di visibilità internazionale (come la partecipazione all'ESC Congress 2017 e la Jeopardy Game Session sia al Congresso Nazionale ANMCO 2017 sia all' ACC Congress 2018), continua ad acquisire ampio respiro anche all'estero, proiettandosi in quest'esperienza mitteleuropea. Questo intenso momento di

confronto con la comunità cardiologica europea su diverse tematiche di grande attualità, è stato reso ancora più suggestivo dalla sede in cui si è tenuto l'evento, l'European Heart House, in Sophia Antipolis, al Sud della Francia. Occasione speciale per relazionarsi con professionisti provenienti da realtà differenti e per conoscere programmi e prospettive della Società Europea di Cardiologia, il Summit si è basato sull'approfondimento delle tematiche leitmotiv "ESC is you" e "Stronger Together" e sull'analisi delle problematiche correlate alle sfide che la comunità cardiologica si trova attualmente ad affrontare. Il primo argomento discusso è stato la "sostenibilità" delle società scientifiche che si basano su una manodopera scientifica di natura esclusivamente "volontariale" e che viene inevitabilmente ostacolata dalla riduzione numerica dei medici in tutta Europa, dall'incremento

delle maglie burocratiche e non da ultimo dal "Burnout". Tema tra i più scottanti affrontati nel corso dell'incontro, il "burnout" si insinua pericolosamente nell'attività professionale del Cardiologo, ostacolandola, come è stato più volte sottolineato. Non sono infine mancate proposte e suggerimenti per affrontare questo dilagante problema senza lasciarsi sopraffare. Sempre con spirito costruttivo e propositivo è stato affrontato anche il tema del "Gender leadership gap". La scarsa rappresentanza femminile nei ruoli di leadership è infatti una problematica molto sentita da tutta la comunità scientifica. Grande spazio ai Giovani, su cui l'ESC investe attivamente, è stato dato nell'organizzazione del programma. I componenti della "ESC Young Community" hanno discusso in plenaria sui vantaggi e sui limiti dei "social media", realizzando una sessione pratica sull'utilizzo di Twitter



con l'astag #ESC Spring Summit. Ai giovani è stato affidato inoltre il delicato compito di relazionare su vantaggi e limiti dell'e-health. In questo contesto è stata evidenziata la progressiva "erosione" del rapporto medico-paziente conseguente all'impiego sempre più pervasivo delle tecnologie digitali in campo medico. Inoltre, sono state anche analizzate le problematiche relative al rischio professionale, conseguente all'utilizzo delle tecnologie digitali, ad al rischio della facile e non controllabile diffusione di "Fake news". Nell'ambito dell'e-health è stata inclusa la discussione sull'e-learning, grande opportunità di crescita culturale "globale" dei nostri giorni. D'altro canto, partendo dalla considerazione che la "medicina è un'arte più che una scienza" e che la crescita umana conseguente alle relazioni concrete interpersonali non potrà mai essere sostituita dall'e-learning, è stato enfatizzato il

ruolo cruciale che ha il "Mentore" come guida culturale e professionale imprescindibile per la crescita di ciascun giovane Cardiologo. I due giorni dell'incontro sono stati intervallati da eventi sociali, immortalati da foto ricordo e conclusi con l'augurio di ripetere al più presto l'esperienza. L'invito della rappresentanza ANMCO simboleggiata dall'Area Giovani è un ammirevole esempio dell'apertura societaria ai giovani e della volontà di un interscambio scientifico e culturale che mette i giovani al centro dell'incessabile flusso di idee e progetti, linfa vitale nell'organizzazione strutturale di tali colossi consociativi e rispecchia il percorso di apertura internazionale sempre più incentivato negli ultimi anni da ANMCO e dalla Fondazione per il Tuo Cuore. Spazio ai giovani quindi, oggi come non mai, in Europa e nel Mondo! ♥

# Giro di boa

## Tra risultati e progetti

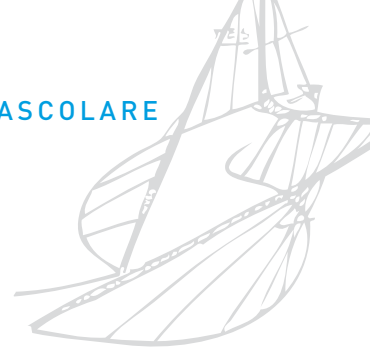


*Edward Hopper (1882-1967), Ground Swell, 1939*

**T**empus fugit. Sembra ieri, ma è già passato un anno dall'insediamento del nostro Comitato di Coordinamento e ci sembra, tra nostalgie, soddisfazioni e speranze, il momento opportuno per illustrarvi il bilancio di ciò che è stato fatto e i progetti di quanto ci proponiamo di realizzare nel prossimo futuro. Presentando su questa nostra rivista lo scorso anno i contenuti programmatici dell'Area,

avevamo affermato di voler adottare il leitmotiv di una prevenzione cardiovascolare a 360°: cioè un modo di intendere la Cardiologia preventiva e riabilitativa che si estenda a tutto tondo alle tante attività del Cardiologo che non si riflettono nella cura istantanea di una patologia cardiaca acuta, ma che abbiano il fine di prolungare la sopravvivenza, evitare l'insorgenza di futuri eventi e migliorare la

qualità della vita. Tutte le tematiche che citavamo in questo senso (l'epidemiologia cardiovascolare nella realtà italiana, la diffusione nel mondo laico, e in particolare nei giovani, della cultura dei corretti stili di vita, come effettuare un corretto counseling nei pazienti già cardiopatici, come identificare le condizioni di rischio nei sani, magari asintomatici, come stratificare il rischio cardiovascolare in un ampio spettro di pazienti, ad esempio quelli che vengono sottoposti a consulenza cardiologica preoperatoria o quelli con patologie oncologiche, come gestire le terapie per i fattori di rischio tradizionali ed emergenti ma anche gli stessi farmaci antiaggreganti ed anticoagulanti per la prevenzione primaria e secondaria della cardiopatia ischemica, dell'ictus cerebrale e dell'embolia polmonare) hanno trovato adeguata collocazione il 21-22 settembre, a Roma, presso l'Istituto Superiore di Sanità, all'interno della prestigiosa Quinta Conferenza Nazionale sulla Prevenzione Cardiovascolare, cui la nostra Area ha saputo fornire un contributo significativo. Lo scorso anno, in un'ottica di continuità col precedente Comitato di Coordinamento, siamo riusciti a completare alcuni progetti ancora in



Le app per i-phone e android

sospeso nel campo della consulenza cardiologica preoperatoria: abbiamo presentato al Consiglio Direttivo i materiali da utilizzare per un'iniziativa di Formazione A Distanza sulla consulenza preoperatoria e al Giornale Italiano di Cardiologia un articolo sui risultati della websurvey "Valutazione del rischio cardiovascolare e della gestione peri-operatoria del paziente candidato a chirurgia non cardiaca" condotta sul nostro sito ANMCO. In questo campo, inoltre, siamo particolarmente orgogliosi di comunicarvi che la nostra *app* sulla terapia anticoagulante nei pazienti candidati a chirurgia non cardiaca è ormai disponibile non solo nel sito ANMCO (<http://tao-surgery.anmco.it/>), ma anche sullo store Apple per iPhone e su Google Play per Android. È per noi un particolare motivo di orgoglio essere stati i primi a realizzare un'*app* ANMCO e di avere, inoltre, stimolato negli organi istituzionali della nostra Associazione la riflessione su questo tema, che ha portato alla

elaborazione di un regolamento specifico per qualsiasi altro organo o organismo ANMCO che si voglia cimentare in questo ambito complesso ma di indiscutibile attualità. Ma vediamo ora nel dettaglio gli altri progetti su cui ci siamo impegnati.

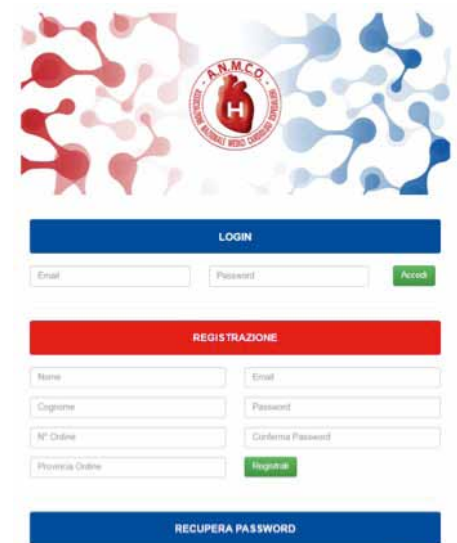
### Le attività editoriali, formative e di ricerca

Sono state da poco presentate al Giornale Italiano di Cardiologia due importanti rassegne, approvate dal Consiglio Direttivo e realizzate in collaborazione con la Task Force Cardioncologia su "Stili di vita e neoplasie" e con la Task Force CardioNeurologia sulla "Prevenzione secondaria, dopo sanguinamento intracranico, del rischio cardioembolico". È stata accolta anche la nostra proposta di un documento di consenso intersocietario su "Uso dei farmaci gastroprotettori nei pazienti in terapia antiaggregante". Sono in fase di avanzata progettazione altre iniziative editoriali, in particolare con l'Area Malattie del Circolo Polmonare (statement ANMCO sul Tromboembolismo arterioso e venoso: quali implicazioni per la pratica clinica?) e con la Task Force Cardiogeriatría (una review sulla prevenzione cardiovascolare nell'anziano). Tra le attività di ricerca, saremo coinvolti nell'analisi e nell'elaborazione dei risultati del progetto "Banca del Cuore", l'entusiasmante iniziativa del Presidente della Fondazione "per il Tuo cuore" Michele Gulizia dalle straordinarie prospettive in tema di epidemiologia clinica, ma abbiamo anche proposto alcune web survey sui percorsi di prevenzione

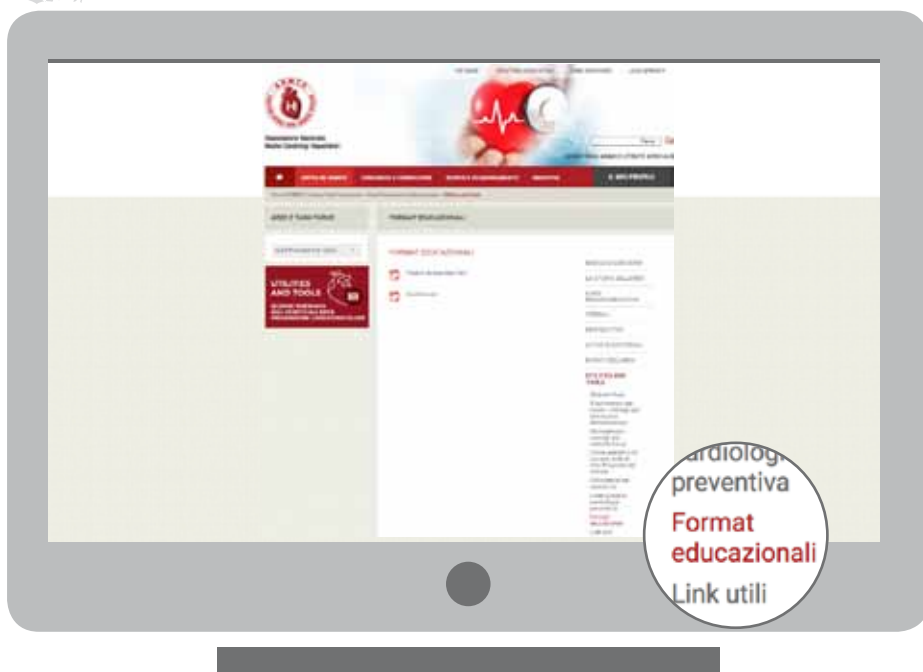
secondaria dopo intervento cardiocirurgico (in collaborazione con l'Area CardioChirurgia), sull'appropriatezza delle metodiche diagnostiche in prevenzione cardiovascolare (in collaborazione con l'Area CardioImaging) e sulla gestione della terapia anticoagulante orale nei pazienti con ictus emorragico (in collaborazione con la Task Force CardioNeurologia). Riteniamo, dunque, di aver realizzato, concretamente, una solida collaborazione interdisciplinare con le altre Aree e Task Force dell'ANMCO.

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

Per migliorare le capacità di comunicazione dell'Area abbiamo realizzato l'aggiornamento e l'ottimizzazione delle pagine a noi dedicate nel Sito Web ANMCO. Non si tratta di un semplice restyling, ma di una profonda



La web app <http://tao-surgery.anmco.it/>



La nuova pagina dell'Area

ristrutturazione, che renderà fruibili tutte le iniziative dell'Area e anche numeroso materiale utile per la pratica clinica quotidiana. Vi invitiamo ad esplorare subito la nostra pagina, in cui troverete una parte istituzionale, contenente l'organigramma (ci abbiamo messo la faccia, ma anche le nostre mail per un più facile contatto con i Soci), il modulo di iscrizione, la storia dei precedenti Comitati di Coordinamento (il nostro è l'undicesimo, stiamo sulle spalle dei giganti), le linee programmatiche, i verbali (visibili solo ai Soci in regola con le quote associative), gli articoli pubblicati dai componenti dell'Area su "Cardiologia negli Ospedali" o su altre riviste, ma anche video e le altre pubblicazioni dell'Area, una sezione sugli eventi dell'Area, le newsletter, un'area forum in

cui colleghi e pazienti potranno porre domande ai componenti del Comitato di Coordinamento, ed infine una parte di "Utilities & Tools". In questa sezione, che sarà accessibile solo agli aderenti all'Area, potrete trovare uno slideset, costantemente aggiornato, di diapositive tematiche su diversi argomenti di epidemiologia, fisiopatologia e clinica in prevenzione cardiovascolare, sezioni con consigli per una buona alimentazione e sull'attività fisica, calcolatori del rischio cardiovascolare (in particolare un nuovo test di autovalutazione proposto dalla Fondazione per il Tuo cuore - Heart Care Foundation ONLUS, derivato da una ricerca dell'Istituto Superiore di Sanità e quindi "fatto su misura" per le caratteristiche della popolazione

italiana), le principali Linee Guida in ambito preventivo, link utili ed altro materiale, come ad esempio due format, completi di relative diapositive, per la realizzazione di incontri educazionali rivolti sia alle scuole sia ai pazienti dimessi dopo sindrome coronarica acuta, che saranno presto disponibili. Infine per quanto riguarda l'organizzazione interna abbiamo portato avanti un censimento degli iscritti all'Area Prevenzione Cardiovascolare con la verifica della mailing list (siamo oltre 1.300!) e una campagna promozionale di adesione, anche con l'invio di newsletter periodiche sull'attività dell'Area. Cari amici, se abbiamo fatto bene o meno bene, tanto o poco, non sta a noi giudicarlo. Ma vi assicuriamo che ci abbiamo messo molto impegno, sforzandoci di interpretare quello spirito di servizio che dovrebbe essere l'unico movente di chi si mette in gioco nella nostra Associazione, in tempi difficili e scarsi di risorse disponibili. Saremmo però lieti di ricevere i vostri suggerimenti su interventi da realizzare o aree d'interesse da approfondire; cercheremo di metterli in atto o, se il caso, li trasmetteremo ai prossimi Comitati di Coordinamento. Infine vorrei invitare tutti i Soci che ancora non fanno parte dell'Area, ma che ne condividono gli obiettivi, a presentare la loro domanda di adesione approfittando di questo link: <http://www.anmco.it/pages/entra-in-anmco/aree-anmco/area-prevenzione-cardiovascolare/modulo-iscrizione>. Noi ci siamo, ma abbiamo bisogno anche di te. ♥











## 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



Cosimo Napoletano

## ABRUZZO

*Presidente*

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



Matteo Cassin

## FRIULI VENEZIA GIULIA

*Presidente*

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



Giacinto Calculli

## BASILICATA

*Presidente*

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

## LAZIO

*Presidente*

*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)  
 Raffaella 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)



# Running Heart 2018

## La "Settimana del Cuore" in Puglia

**A**nche questa mattina ci siamo alzati presto. Non dobbiamo andare al lavoro, ma ci aspetta una giornata comunque intensa. Abbiamo deciso di essere tra i Cardiologi ANMCO che parteciperanno alla Running Heart Puglia del 2018. Non è che non ci costi fatica, ma lo scorso anno è stata una bella esperienza e l'alzataccia val bene questo evento. Ci avviamo prima delle 8.00. Ci fermiamo in un bar vicino e sorseggiamo un caffè. In piazza del Ferrarese a Bari, in pieno centro, sono numerosissimi i membri dello staff che lavorano dal giorno precedente. È già schierato un "plotone" di Vigili Urbani a sorvegliare. Alcuni anziani guardano incuriositi, qualche giovane corridore con la tuta colorata si affaccia e chiede informazioni, qualcuno guarda da lontano e si fuma una sigaretta ... alla faccia della prevenzione cardiovascolare. Ci accorgiamo che i 10 boxes, allestiti in piazza per la manifestazione, sono ormai pronti e conviene avvicinarci. Veniamo fermati da qualcuno dello staff. Non è ancora iniziato l'evento, ci dicono. Ma noi siamo tra i cardiologi che oggi faranno gratuitamente



*Code ai Gazebo per eseguire gli ECG con rilascio della BancomHeart il 17 Febbraio 2018*

gli elettrocardiogrammi alla popolazione! Noi siamo parte dell'evento! Questo pensiero ci incoraggia e ci permette di iniziare una bella giornata. La coda al gazebo prenotazioni degli ECG, è già lunga, lo è anche quella all'iscrizione della corsa. Tutti ricevono gli opuscoli della Fondazione per il Tuo Cuore. È evidente che ci sono amatori ma anche corridori abituali, sono quelli con il volto scavato da migliaia

di chilometri di allenamento di corsa alle spalle e forse anche dal vento. Il primo pensiero è che sono anche quelli che probabilmente hanno il cuore più sano. Anche i corridori improvvisati, quelli che fanno la corsetta mattutina 1-2 volte alla settimana non disdegnano di partecipare a questo evento, sono straordinarie macchie di colore in corsa. Dopo pochi minuti inizia un continuo afflusso in tutti i box, dove i cardiologi ANMCO e



*Il sindaco di Bari Antonio De Caro e presidente ANCI dà il via alla manifestazione*



*Passeggiata di 3,5 km sulle mura antiche della città*



*In attesa della premiazione una dimostrazione di Rianimazione Cardiopolmonare*

gli infermieri volontari fanno gli elettrocardiogrammi con il rilascio della BancomHeart. Leggiamo gli ECG senza pausa elargendo a piene mani consigli e moniti. La giornata continua così. Siamo almeno 10 colleghi e per tutta la giornata presteremo questo servizio. Saltuariamente ci fermiamo, un caffè e si riprende... qualche collega afferma: in ospedale almeno il caffè lo prendiamo con calma! Questo pensiero viene sopraffatto dalla consapevolezza che stiamo offrendo un bel servizio alla cittadinanza. La sera siamo stanchissimi ma molto soddisfatti, tra le centinaia di ECG registrati abbiamo individuato un infarto miocardico subacuto ed una tachicardia sopraventricolare che aveva generato astenia e dispnea





*Partenza della corsa il 18 Febbraio alle ore 10:00*

in un settantenne già operato di by-pass. Il massaggio seno carotideo ha prontamente ripristinato il ritmo sinusale e donato il sorriso al nostro concittadino. Si ritorna presto a casa. Domani la gara. Il giorno dopo, quando arriviamo in piazza Ferrarese, non siamo affatto i primi. Tanti colleghi medici, non solo cardiologi, ci hanno preceduti. La piazza è stracolma di persone, sono quasi 2000, tra partecipanti, curiosi, amici e parenti. Nei giorni precedenti giornali e televisioni hanno ampiamente parlato della manifestazione e questo ha favorito una grande affluenza. In breve tempo si forma uno straordinario numero di persone allo start. La partenza viene preceduta da un breve, ma toccante ricordo al comandante dei Vigili Urbani di

Bari, Nicola Marzulli, persona di straordinaria umanità e senso del dovere, che due giorni prima è deceduto per morte improvvisa! Dopo un minuto di silenzio, in ricordo del comandante, il Sindaco di Bari Antonio De Caro, esplose il colpo di pistola che mette le ali ai partecipanti, si vola. Corrono tutti, agonisti, amatori, medici, pazienti, bambini, corrono anche il sindaco Antonio De Caro e l'assessore allo sport il podista Pietro Petruzzelli. Per chi non corre la passeggiata nel bellissimo centro storico di Bari è di 3,5 Km. La corsa è di 10 km, si attraversa brevemente il centro storico, ci si dirige sul lungomare da dove si scorgono altri sportivi: vogatori ed amanti del Kitesurf. I corridori agonisti sono i primi a rientrare, prima sparuti, poi in

gruppetti. Il primo agonista segna un gran tempo, ecco poi la prima donna già campionessa italiana, rientrano gli amatori, rientra il sindaco ed i colleghi dell'ANMCO Puglia. Poi sul podio si premiano i vincitori delle categorie. Tutti festanti, lo sport occasione di aggregazione e messaggio di una vita più sana. Segue sul palco una dimostrazione di rianimazione cardiopolmonare. Il presidente dell'associazione di pazienti AMACUORE, Francesco Pastanella, dona un defibrillatore automatico alla società che ha iscritto il maggior numero di atleti. La manifestazione si chiude con una folla sorridente che torna alle proprie case a consumare il pranzo della domenica.... che ci auguriamo sia stato meno calorico del solito! ♥

# Gruppo di lavoro sullo scompenso in Sicilia

Dalla clinica alla ricerca attraverso la formazione: un investimento sui giovani



**I**l Consiglio Direttivo Regionale dell'ANMCO Sicilia ha deciso nel corso del suo ultimo biennio di attivare alcuni "Gruppi di lavoro" sui principali campi di interesse cardiologico. Lo scopo era di concentrare le energie dei colleghi più motivati su alcuni specifici progetti, in un momento in cui la combinazione di organici sempre più ridotti, e di ritmi di lavoro sempre meno sostenibili, rischia di allontanare dall'attività scientifica persone per altri versi in grado – per spessore professionale e culturale – di dare un buon contributo in questo senso. L'appartenenza "generica" ad una Associazione delle dimensioni della

nostra rischia in qualche modo di "diluire" l'impegno degli iscritti meno inseriti nei meccanismi della partecipazione, in particolare per quanto riguarda le fasce più giovani, che hanno spesso difficoltà a proporsi in un sistema che funziona prevalentemente per riproduzione di volti ed esperienze già conosciute. L'obiettivo – sul modello delle Aree nazionali – è stato attivare strutture operative agili e aperte, che potessero fungere da "volano" per iniziative di formazione e di ricerca, con il proposito di iniziare un percorso lungo il quale aggregare piccoli gruppi di Cardiologi, in base all'interesse e alla voglia di sviluppare iniziative scientifiche

in un determinato campo. Il Gruppo sullo scompenso cardiaco, coordinato da Francesco Clemenza (Palermo) e da Carmelo Cinnirella (Caltagirone), si è formato sulla base di poche ma chiare "parole d'ordine": componenti di età under 40; disponibilità a condividere progetti collaborativi e a sviluppare nel tempo una omogeneità culturale costruita sul campo. I componenti del Gruppo sono: Alessandra Caronia (Cefalù) – Sonia Dell'Oglio (Caltanissetta) – Gabriele Di Gesaro (Palermo) – Calogero Falletta (Palermo) – Eluisa La Franca (Palermo) – Pamela Licata (Enna) – Cettina Ruperto (Augusta) – Claudia Visconti (Agrigento).



La prima iniziativa del Gruppo è stata una survey sulla gestione dello scompenso cardiaco in Sicilia con l'obiettivo di individuare le aree critiche nella gestione dello scompenso nella Regione, in modo da poter programmare in un secondo tempo iniziative formative "mirate" sulla base dei bisogni emersi. L'attuazione della survey è stata abbastanza difficile e tormentata, ma alla fine si è riusciti ad ottenere una buona percentuale di risposte (intorno al 90%), ottenendo per la prima volta un dato articolato della gestione dello Scompenso in Regione, basato su aspetti di reale interesse clinico, e non soltanto su dati amministrativi. È una survey i cui dati descrivono un quadro con ombre e luci per quanto riguarda la gestione dello scompenso cardiaco in Sicilia. Quello che emerge è un assetto organizzativo ancora non ottimale che vede la mancata attuazione delle linee di comportamento in termini di politica sanitaria raccomandate dal precedente elaborato dall'ANMCO (Consensus Conference. Il percorso assistenziale del paziente con scompenso cardiaco. *G Ital Cardiol* 2006; 7: 387-432). Infatti, poco è cambiato in termini di "rete", almeno dal versante ospedaliero, risultando disattese anche le raccomandazioni delle Società Scientifiche. I risultati fanno emergere un dato soddisfacente riguardo l'appropriatezza delle terapie farmacologiche utilizzate, emergendo una certa disomogeneità di comportamenti quando si parla di farmaci che non appartengono a quelli con chiara evidenza di efficacia (classe I delle LG). Dal

punto di vista delle tecniche diagnostiche, il dato molto positivo è l'esteso e appropriato uso dello strumento ecocardiografico; è invece da segnalare la scarsa attenzione a metodi semplici e poco costosi come lo studio delle "comete" toraciche e l'impedenzometria (BIVA). L'uso dei biomarker come i peptici natriuretici ha raggiunto una sufficiente diffusione nei Centri ospedalieri, ma sembra migliorabile l'appropriatezza d'uso. La survey ha fornito tuttavia rilevanti informazioni sulla gestione dello scompenso cardiaco in Sicilia, potenzialmente utilizzabili per un auspicabile confronto con le Autorità sanitarie siciliane. Il report con i risultati della survey è stato sottomesso al *Giornale Italiano di Cardiologia* per eventuale pubblicazione. Dai dati della survey si è partiti per la seconda fase. Sono stati messi in cantiere una serie di workshop monotematici, che – con cadenza mensile – prenderanno in esame i vari temi che sono emersi dalla survey come problematici. Tali eventi si svolgono a Caltanissetta, che con la sua "centralità" geografica consente una agevole partecipazione da tutta la Regione, ed avranno come protagonisti (relatori) i componenti del Gruppo, ed altri colleghi siciliani preferibilmente under 40. Il primo workshop si è svolto il 18 novembre 2017, ed ha avuto come tema "Percorsi diagnostici e terapeutici della congestione". È in fase di scrittura una sintesi ragionata delle presentazioni esposte a Caltanissetta, che sarà sottomessa in forma di "Rassegna" ancora al GIC. Il secondo workshop ("Fibrillazione atriale e insufficienza cardiaca: interazioni

cliniche e terapeutiche") si è svolto il 10 febbraio 2018, ancora con la stessa formula. Seguiranno "Cardiomiopatia ipertrofica", "VAD per il cardiologo clinico", "Terapia dell'insufficienza cardiaca"; altri temi sono già previsti dopo l'estate. Anche il secondo obiettivo del gruppo, la "formazione", sembra quindi essere avviato a compimento. Il terzo – quello della "ricerca" – è un obiettivo di medio-lungo termine: tra le proposte il "Registro sull'uso del levosimendan in somministrazioni ripetute" sta per prendere il via su iniziativa del gruppo di Caltagirone, con la collaborazione di diversi gruppi siciliani; è inoltre in fase di disegno un "Registro regionale sulla miocardite" ad opera del Gruppo di lavoro sullo scompenso. La costituzione di un gruppo giovane, culturalmente omogeneo, localizzato in varie sedi del territorio, formato da Cardiologi che rappresentino nella propria realtà punti di riferimento professionale e scientifico nel campo dello scompenso, sarà utile per realizzare questi e altri progetti. Sono di buon auspicio le reazioni positive ai primi atti pubblici del Gruppo, nonché le nuove adesioni già pervenute (Letizia Cavarra e Marilena Scarabelli di Catania, Pia Caccamo di Palermo). Obiettivi "complementari" per il Gruppo sono il confronto con l'Assessorato regionale con i dati provenienti dalla survey e con le Associazioni dei medici Internisti con i quali riteniamo utile ripetere l'esperienza della survey, in modo da avere dati provenienti da entrambe le realtà da portare ad un tavolo comune con l'Assessorato. ♥



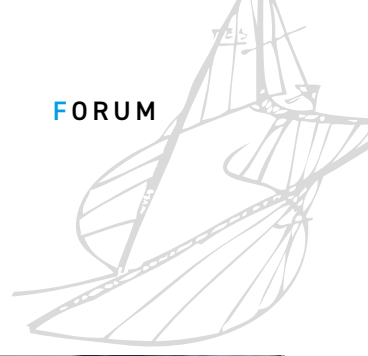
# Modello Toyota, lean thinking e le ragioni del profitto

## Modello sbagliato o controlli di sistema efficienti?

La grande capacità industriale nipponica ha suscitato l'ammirazione e la curiosità del mondo occidentale. Il segreto del suo grande successo è stato individuato in alcune peculiarità nell'organizzazione del lavoro dove tradizione, cultura e tecnologia hanno trovato una sintesi armonica. Almeno così sembrava fino a poco tempo fa. La ricerca ossessiva dell'efficienza organizzativa industriale del Giappone ha fatto scuola. Ne è testimonianza il cosiddetto modello Toyota. L'ideatore del Toyota Production System, tale Taiichi Ohno, implementò un sistema produttivo innovativo capace di ottenere grande efficienza con elevata qualità. Questo modello ha rappresentato le basi per il cosiddetto "lean thinking", nuovo modello di produzione basato sulla individuazione del valore prodotto e quindi sulla eliminazione degli sprechi. In tempi più recenti il "lean thinking" è stato applicato anche ai sistemi sanitari. Il ragionamento dei proponenti è basato sul fatto

che un Sistema Sanitario non è molto diverso da una azienda, financo automobilistica. La più nota traduzione del modello Toyota in Sanità è costituito dal modello per Intensità di Cura che attualmente è sempre più utilizzato anche nel nostro Sistema Sanitario. Mentre nel nostro Paese imperversa il dibattito sulla correttezza del metodo, la sua adeguatezza rispetto al mondo sanitario, la grande varietà di diversa interpretazione ed implementazione, la difficoltà a ottenere risultati che ne misurino le dimensioni in termini di esiti, il mondo industriale Giapponese è scosso da scandali senza precedenti. Alcune grandi aziende come la Nissan hanno nascosto difetti di produzione ed hanno dichiarato emissioni di particolato lontane da quanto dichiarato. Analoghi problemi sono stati documentati per la Subaru. A Toshiba è stato attribuito uno scandalo senza precedenti legato a bilanci truccati con profitti inesistenti. Kobe Steel, la più grande industria dell'acciaio giapponese, ha falsificato per

anni i dati di qualità del prodotto attestando con certificazioni fasulle robustezza e durata del loro prodotto vendendolo come buono a big come la Ford, Boeing e molti altri. Già nel 2010 la stessa Toyota ha dovuto richiamare 8,5 milioni di vetture dopo che è stato rilevato un guasto all'acceleratore che ha causato 52 morti. Mitsubishi ha ammesso di aver falsificato dati sui test delle loro auto. Infine la Takata che produce airbag è fallita dopo che i difetti del loro prodotto hanno causato 16 morti oltre a molti feriti. Non sappiamo se quanto accade in Giappone sia un segno del fallimento di un metodo o indichi un più profondo problema di sistema. Sicuramente i cambiamenti generazionali hanno modificato il rapporto esistente tra il lavoratore e la propria casa madre, la globalizzazione ha imposto nuovi vincoli e sfide, alti standard qualitativi e legislativi impongono regole molto più rigide che in passato. Sicuramente anche l'alto management è cambiato. In passato, valori etici quali l'onore,



*I Top Manager della Kobe Steel Group offrono le loro pubbliche scuse.  
Hanno truccato le certificazioni di qualità dei prodotti in rame ed alluminio usati nell'industria dei trasporti.*

l'onestà e trasparenza, la lealtà verso la propria azienda e verso il cliente costituivano terreno fertile per costruire modelli industriali di successo. L'etica non è una dimensione che può essere imposta o insegnata. Purtroppo la ricerca del profitto ad ogni costo ha reso ridicoli i riferimenti etici ed ha corrotto tutti i livelli. Attraverso regole e norme legislative è però possibile costruire sistemi di controllo che siano coerenti con la qualità e l'efficacia del prodotto finale. In termini organizzativi di processo la ricerca dell'efficienza non può compromettere l'efficacia della produzione. Altrettanto difficile accettare una elevata efficienza a scapito della qualità. Un prodotto di scarsa qualità, scarsamente efficace è esattamente l'opposto di un buon risultato. Se tuttavia la ricerca ad ogni costo dell'efficienza diviene la stella polare di una organizzazione ecco che è sufficiente evadere i controlli, e le norme, insomma "barare", per portare a casa una valutazione positiva. Saranno necessari altri controlli, altre norme, altri portatori di interesse per svelare l'inganno. E così si spiegano i dati fasulli sulle emissioni di prodotti di combustione delle auto diesel, l'impiego di acciaio di scarsa qualità, il montaggio di componenti difettosi, i falsi in bilancio. Questi comportamenti hanno causato danni, morti, vantaggi competitivi fraudolenti, oltre a perdite di guadagni, spese legali, danni di immagine, chiusura di attività produttive; senza contare le ricadute su persone e famiglie ora sul lastrico, ed i suicidi collegati. Ma se queste cose accadono al

mondo industriale automobilistico, cosa possiamo aspettarci che accada nel mondo sanitario? Siamo sicuri che esistano sistemi di controllo adatti a contrastare scelte deliberatamente fraudolente per ottenere il raggiungimento di risultati in modo più semplice e magari a minor costo? Ed il profitto è l'unica moneta che può giustificare un comportamento scorretto? Ed ancora, un modello di efficienza, per quanto affascinante, può di per sé garantire comportamenti corretti e difendere da quelli fraudolenti? Si tratta evidentemente di deliberate provocazioni. Eppure il dubbio che non soltanto nell'industria automobilistica esistano possibili scorciatoie nella gestione della produzione per far risultare il raggiungimento degli obiettivi anche quando ciò non è vero non può essere liquidata senza considerarla una possibilità seppur remota. In questo senso, il metodo di produzione costituisce una variabile non fondamentale. Che si usi un modello nuovo o vecchio, giapponese o svedese, manuale od automatico, se il management agisce in modo scorretto occorre stabilire un sistema che protegga non solo i pazienti ma anche chi lavora nel sistema. In fondo, questa esperienza ci insegna che tutto il mondo è paese e che nulla di nuovo accade sotto il sole. Può capitare infatti che, come recitava il Gattopardo, si cambia tutto perché nulla cambi. In fin dei conti è la storia che si ripete sebbene in Paesi, organizzazioni e ambiti diversi. Tornando al mondo sanitario, forse è possibile modificare lo stato delle cose introducendo un

sistema di controllo analogo a quello costruito sulla valutazione degli esiti (AGENAS, MES), introducendo non solo il controllo operativo, costi e consumi, ma anche valore prodotto e qualità erogata ma questa volta dedicato anche alle figure che assumono decisioni strategiche, identificando gli ambiti di responsabilità gestionale ed il processo cui hanno partecipato attraverso il loro disegno e le scelte operative. Gli scandali automobilistici sono stati svelati dalla approfondita analisi degli errori di produzione delle auto e dagli incidenti che si sono verificati. Le responsabilità sono state identificate dopo inchieste finalizzate a garantire i guadagni futuri delle aziende danneggiate dagli scandali. In questo senso il Giappone ha stupito il mondo. Facendo emergere scandali e dimostrando che un controllo esiste. Ma nel mondo sanitario chi ha interesse ad accendere inchieste su errori di progettazione di sistemi, sprechi, ritardi di forniture, scadente qualità delle prestazioni erogate, eccessi di mortalità e morbilità? Forse dagli scandali nascerà un sistema produttivo migliore, più orientato a valori etici e non solo al profitto. In sanità il nostro profitto è produrre salute. Per questo il compito dei decisori, dei manager e degli Operatori della Sanità è molto più arduo e difficile. Ma è anche una responsabilità speciale che i pazienti delegano con fiducia alle organizzazioni sanitarie e meritano di avere garanzie del più alto livello possibile. Non perché pagano, ma perché è giusto così. Per tutti e per un futuro migliore. ♥



# Gravidanze ad alto rischio cardiovascolare

## Un approccio multidisciplinare

**L'**incidenza di gravidanze ad alto rischio cardiovascolare è in continuo aumento e rappresenta un argomento molto delicato per la gestione clinica ed i rischi medico legali. L'incidenza in crescente aumento delle gravidanze ad alto rischio cardiovascolare deriva da molteplici cause che riguardano sia la medicina che i cambiamenti socio-culturali degli ultimi 50 anni. Il miglioramento delle terapie mediche e chirurgiche dei cardiopatici congeniti ha portato ad un aumento dell'età media di sopravvivenza di questi pazienti, portando molte bambine all'età fertile e quindi alla gravidanza. Anche il miglioramento delle terapie oncologiche ha migliorato la sopravvivenza di bambine ed adolescenti affette da tumori ematologici o altre tipologie di tumori, che, raggiunta l'età fertile, possono andare incontro ad una gravidanza nonostante i possibili effetti cardiotossici delle terapie subite. Le modifiche del ruolo



socio-culturale delle donne ha inoltre condotto ad un progressivo aumento dell'età media della prima gravidanza, incrementando l'incidenza dei fattori di rischio quali ipertensione, obesità, fumo, diabete e preeclampsia; molto spesso le donne in età avanzata ricorrono poi a tecniche di fecondazione assistita con alta probabilità di gravidanze plurigemellari. La presenza sempre maggiore di immigrati provenienti da paesi in via di sviluppo riportando alla nostra attenzione; in questi soggetti spesso le molte cardiopatie congenite e alcune malattie acquisite (ad esempio la malattia reumatica) ormai poco comuni nelle popolazioni occidentali. In qualsiasi centro ospedaliero, con un reparto di ginecologia ed ostetricia, possiamo trovarci a gestire consulenze cardiologiche per cardiologica di una donne in gravidanza ad alto rischio cardiovascolare con la possibilità di incontrare un quadro di patologia congenita misconosciuta, o di pregressa cardiopatia congenita

trattata chirurgicamente o di malattia cardiovascolare di altro genere non nota in precedenza. Negli ultimi anni questo argomento ha destato crescente interesse scientifico, portando alla stesura di importanti documenti di consenso sull'identificazione e sulla gestione della gravidanza ad alto rischio sia a da parte dell'ESC che dell'ANMCO stessa. Il documento di consenso, promosso da ANMCO e condiviso con le principali società scientifiche di ginecologi (SIGO) e cardiologi perinatologi (SICP), sottolinea l'importanza del "counseling" e del lavoro di un Team multidisciplinare per la stratificazione del rischio e per la gestione integrata dell'iter diagnostico-terapeutico della gestante ad alto rischio. Sicuramente il primo step è eseguire una visita cardiologica completa con elettrocardiogramma, esame obiettivo, parametri vitali ed ecocardiogramma. Il secondo step identifica la patologia e stratifica il rischio della paziente; e in base a questo definisce il follow up, e l'iter

diagnostico-terapeutico necessario, incluso l'invio a centri di terzo livello per i casi più gravi. Esistono ovviamente degli score di punteggio del rischio cardiovascolare di una gravidanza già noti in letteratura. Sicuramente qualsiasi Cardiologo sia egli uno specialista ambulatoriale, del territorio o ospedaliero, ha bisogno di gestire il caso clinico di una paziente con gravidanza ad alto rischio avvalendosi della stretta collaborazione di altre figure specialistiche. Con questo team multidisciplinare, si deve creare un percorso condiviso che possa essere di facile accesso sia per le pazienti che per le figure di riferimento, così da semplificare la gestione clinico-diagnostica, sfruttare al meglio le competenze dei singoli professionisti, essere pronti ad eventuali emergenze/urgenze e garantire il miglior outcome possibile sia per la madre che per il bambino. ♥



DI AMEDEO PICCIOLO, DIONIGI FISCHETTI, CARLO PICANI, FRANCESCO GERMINAL,  
FRANCESCO FILOMENA, LUCA QUARTA, BRIZIO LEONARDO CORLIANÒ, FRANCESCO CICCIRILLO,  
STEFANIA GRECO, LILIANA MANGIACOTTI, ANTONIO COLIZZI, ANTONELLA BERGAMO, ANTONIO TONDO,  
MONICA DE FILIPPIS, GIUSEPPE COLONNA, ANTONIO F. AMICO

# PDTA aziendale per la prevenzione secondaria della Cardiopatia Ischemica

**N**egli ultimi anni si sono verificate significative modificazioni dell'epidemiologia clinica dell'infarto miocardico, che hanno interessato sia la fase acuta che quella post-acuta. L'analisi dei dati SDO nazionali, su di un campione di più di un milione di infarti miocardici, lo conferma: dal 2001 al 2011 la mortalità intraospedaliera dell'IMA si è progressivamente ridotta dall'11.3% al 9.0% nell'intero gruppo degli infartuati, mentre nel contempo le nuove ospedalizzazioni fatali dalla dimissione a 60 giorni aumentavano dello 0.13% e quelle dalla dimissione ad 1 anno dello 0.53%. A livello locale le malattie cardiovascolari rappresentano la prima causa di ospedalizzazione nella nostra ASL (dati dal Piano della Performance ASL Lecce 2018-2020). Oltre il 16% di questi ricoveri sono rappresentati da sindromi coronariche acute, che sono gravate da una mortalità a 30 giorni di circa l'8.3% e da una recidiva di MACE (eventi cardiovascolari e cerebrovascolari maggiori) ad un anno dalla dimissione di circa il 22%. La riduzione della mortalità ospedaliera per cardiopatia ischemica è dovuta allo sviluppo

delle reti inter-ospedaliere per l'urgenza ed alle nuove tecniche e materiali per la rivascolarizzazione miocardica per via percutanea per il trattamento di una sindrome coronarica acuta. Ma proprio questa favorevole evoluzione dell'organizzazione dell'assistenza dell'evento acuto è responsabile di un ridotto decadimento delle condizioni fisiche del paziente, con conseguente riduzione dei tempi di degenza. A sua volta la breve degenza non permette di ottimizzare quei percorsi tipici di prevenzione secondaria quali le modifiche dello stile di vita, l'aderenza alla terapia prescritta, un adeguato intervento di stratificazione del rischio residuo, la valutazione funzionale e globale, l'ottimizzazione terapeutica, l'educazione-informazione sanitaria. In considerazione dei dati epidemiologici finora riportati è lecito concludere che la fase acuta di una sindrome coronarica non si esaurisce con la rivascolarizzazione precoce. Sarebbe opportuno considerare la rivascolarizzazione non come il trattamento finale di una Sindrome Coronarica Acuta (SCA), ma la parte iniziale dell'approccio terapeutico alla stessa. Un approccio terapeutico che poi si completerà con la

stratificazione del paziente, la correzione dei fattori di rischio sia tramite l'impostazione della terapia farmacologica sia attraverso la correzione di uno stile di vita evidentemente inadeguato, per terminare poi con l'affidamento del paziente al territorio (Medico di Medicina Generale, Ambulatori di Cardiologia Territoriale) con indicazioni complete per quanto riguarda la terapia domiciliare, lo stile di vita ed il follow-up. Tali considerazioni hanno sollecitato l'istituzione di un ambulatorio specialistico dedicato, a partire dal 2010 presso l'U.O. di Cardiologia Interventistica ed Emodinamica del P.O. "Vito Fazzi" e a partire dal 2016 presso la U.O di Cardiologia UTIC dell'Ospedale di Galatina, ai pazienti dimessi dal nostro reparto dopo una rivascolarizzazione miocardica per via percutanea. L'iter clinico-diagnostico, con agenda di prenotazione esclusiva che ci ha permesso di poter organizzare in autonomia gli appuntamenti, inizia con una lettera di dimissione indirizzata al Medico di Medicina Generale utile per una prima stratificazione del paziente, con la data della prima valutazione clinica con ECG di solito entro un mese dalla dimissione. Nel corso dei

successivi appuntamenti vengono effettuati una serie di valutazioni che comprendono, con scadenze variabili, esami ematochimici, Ecg dinamico, stress tests, monitoraggio ambulatoriale della pressione arteriosa, eco doppler TSA e un counseling dedicato ad analizzare lo stile di vita precedente all'evento e le eventuali correzioni principalmente per quanto riguarda dieta, esercizio fisico ed eventuale fumo. .

Tale modello organizzativo ci ha permesso di arruolare, fino a dicembre 2017, 345 pazienti presso la struttura di Lecce e 45 pazienti presso la struttura di Galatina. L'attività ambulatoriale sinora descritta, realizzata all'interno di un reparto ospedaliero dedicato all'acuto, ha i seguenti vantaggi:

1. di essere a costo zero, per l'impiego di personale e strumentazione tecnologica già esistente in reparto;
2. di essere fisicamente presso il centro che ha trattato il paziente, vantaggio che permette di poter valutare insieme all'operatore, ed in tempo reale, le caratteristiche angiografiche della procedura eseguita, anche dopo diversi mesi dalla sua esecuzione , ma anche svantaggi quali:
  1. attività svolta al massimo in due giorni alla settimana, per l'esigenza di coprire i turni di assistenza in reparto da parte del personale medico impiegato in ambulatorio;
  2. limitata nel tempo, infatti per non alimentare una lunga lista d'attesa, a seconda della stratificazione, al termine del percorso disegnato si avvia il paziente alla Cardiologia ambulatoriale territoriale o al Cardiologo di fiducia;

3. limitata ai pazienti dimessi dalle due strutture interessate.

È stato perciò avviato un percorso di confronto con la Direzione Aziendale dei Distretti Socio Sanitari per l'attivazione di un percorso coordinato per la gestione integrata dei Pazienti con Cardiopatia ischemica che potesse coinvolgere oltre a tutte le U.O di Cardiologia Ospedaliera dell'Azienda anche i Distretti della Provincia ed i Medici di Medicina Generale, realizzando il seguente modello organizzativo:

1. Tutti i pazienti dimessi dalle U.O. di Cardiologia – UTIC e dall'U.O. di Cardiologia Interventistica ed Emodinamica del P.O. "Vito Fazzi" dopo una rivascolarizzazione miocardica, e, ad un mese dalla dimissione saranno sottoposti a valutazione clinica e stratificazione presso l'Ambulatorio dedicato attivato nelle strutture Ospedaliere I Pazienti trattati presso centri privati o convenzionati saranno valutati dal Medico di Medicina Generale, il quale provvederà ad avviare il paziente all'Ambulatorio di Prevenzione Secondaria della Cardiopatia ischemica, presso l'U.O. di Cardiologia corrispondente per territorio dove sarà stratificato ed avviato al percorso clinico strumentale già descritto previa programmazione tramite agenda esclusiva.

2. I pazienti con un rischio moderato-severo di insufficienza ventricolare e/o trombotico, cioè pazienti più anziani, con funzionalità del ventricolo sinistro compromessa, trattati con una rivascolarizzazione complessa (rivascolarizzazione incompleta, con più stent coronarici o multivasale) seguiranno il

percorso clinico-strumentale precedentemente descritto per 6-12 mesi e poi avviati, tramite appuntamento programmato con agenda esclusiva, alla Cardiologia territoriale del Presidio o dei distretti di appartenenza.

3. I Pazienti con un rischio ridotto di insufficienza ventricolare e/o trombotico, cioè Pazienti più giovani, con funzionalità del ventricolo sinistro conservata, trattati con una rivascolarizzazione completa saranno avviati, sempre tramite appuntamento programmato con agenda esclusiva, alla Cardiologia territoriale del Presidio o del distretto di appartenenza.

Si tratta di un progetto ambizioso che viene favorito da alcune caratteristiche organizzative e logistiche uniche della ASL Lecce:

- 1) Ridotto numero dei centri di Emodinamica, cosa che facilita l'implementazione di protocolli omogenei di trattamento sia nella fase acuta che nella post acuta;
- 2) L'esistenza da molti anni di una rete consolidata per il trattamento dell'infarto miocardico acuto (SALENTIMA) coinvolgente tutti gli ospedali ed i centri Hub del P.O Vito Fazzi , Casa di Cura Città di Lecce e Ospedale Cardinale Panico di Tricase.

Tali elementi di facilitazione organizzativa preludono alla creazione di un registro aziendale di grandi dimensioni da cui potranno essere ricavate importanti informazioni sulla storia naturale della cardiopatia ischemica rivascolarizzata e sul rapporto costo beneficio di un programma capillare di prevenzione secondaria ♥



# Framingham Heart Study compie 70 anni

## Buon compleanno

**L**o studio di Framingham Heart è citato ampiamente nelle relazioni congressuali e sulle riviste scientifiche, ma non tutti conoscono la sua origine e possono apprezzare appieno il contributo che ha fornito alla comprensione dell'epidemiologia della prevenzione cardiovascolare. Lo studio di Framingham è una lunga ricerca clinica osservazionale longitudinale di epidemiologia cardiovascolare, iniziata nel 1948 nella cittadina di Framingham, nella contea di Middlesex in Massachusetts (all'epoca 28.000 abitanti), coordinata dal National Heart Institute in collaborazione con l'Università di Boston. Direttore della ricerca nel 1950 fu Thomas Dawber e successivamente il più noto William Kannel, di cui conosciamo i molti contributi scientifici, l'autore è stato ricordato sul Giornale Italiano di Cardiologia in occasione della sua scomparsa (Remembering William B. Kannel: Pioneer in cardiovascular epidemiology GIC 2011. 12. 780). La malattia di Franklin Roosevelt, che fu presidente degli Stati Uniti dal 1933 al 1945, deceduto per scompenso cardiaco da cardiopatia ipertensiva, contribuì molto alla realizzazione dello studio. Grazie al suo interessamento, il Presidente Harry Truman per legge istituì un finanziamento allo studio di

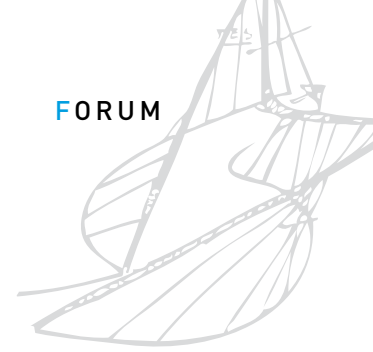
500 milioni di dollari per 20 anni. Inizialmente, lo studio reclutò 5.209 uomini e donne di età compresa tra 28 e 62 anni, all'esame basale privi di cardiopatie, che furono sottoposti a visita, esami ematologici - strumentali ed interviste sullo stile di vita. Successivamente questa popolazione è stata ricontrollata ogni 2 anni, senza alcun paziente perso nel follow-up. Nel 1971 fu arruolata una seconda generazione (5.124 bambini-adulti figli dei primi arruolati) e nel 2002 la terza generazione che comprendeva i 4.000 nipoti della corte originale per esplorare i contributi della genetica. Nel 1995 è stato concepito lo studio OMNI per la valutazione di 506 membri di etnia e razza diversa per esaminare il mutevole profilo demografico della cittadina. Queste coorti sono state seguite con la raccolta della storia clinica, esame fisico, fattori di rischio, campioni di sangue e di urine per studiare nel tempo le variazioni dei fattori di rischio e dello stato di salute. Successivamente sono stati introdotti esami strumentali sofisticati quali: risonanza magnetica, tomografia computerizzata, ultrasuoni per caratterizzare la funzione cardiovascolare e la comparsa di lesioni aterosclerotiche in questa popolazione. Con l'introduzione degli studi genetici sono state condotte indagini specifiche

sul ruolo della genetica nelle malattie cardiovascolari e creati dei laboratori in cui sono conservati migliaia di campioni di sangue a -80° dei pazienti arruolati. L'identificazione degli eventi cardiovascolari maggiori (angina, infarto, morte e/o morte improvvisa, comparsa di fibrillazione atriale) è stata verificata settimanalmente da un gruppo di 3 medici. Quale è stato il contributo operativo dello studio? I primi dati scientifici furono elaborati nel 1957 e nel 1959 emerse il risultato di una maggiore incidenza di malattia coronarica associata all'età più avanzata ed al sesso maschile, inoltre fu dimostrato che l'ipertensione arteriosa favoriva lo sviluppo della malattia coronarica. Studi successivi hanno evidenziato che l'elevata pressione arteriosa era predittiva anche di accidenti cerebrovascolari e di scompenso cardiaco. Inoltre i ricercatori di Framingham hanno rilevato con altri studi che anche l'iperlipidemia, il diabete mellito, il fumo e l'obesità favorivano lo sviluppo delle malattie cardiovascolari (Tabella 1). Fu coniato così il termine Fattore di Rischio Cardiovascolare (età, colesterolemia totale, peso, ipertrofia ventricolare sinistra nell'elettrocardiogramma, emoglobina, numero di sigarette fumate e pressione arteriosa sistolica) per indicare le variabili

chiave che determinano il rischio di malattia cardiovascolare negli adulti, inoltre questi fattori sinergicamente possono amplificare il rischio, mentre i valori di colesterolo con lipoproteine ad alta densità (HDL) hanno mostrato un ruolo protettivo. In base a questi dati, Kannel (secondo direttore dello studio) e Weber nel 1961 introdussero in letteratura il concetto di fattore di rischio per lo sviluppo della malattia coronarica (Ann Inter Med 1961,55,33) e nel 1976 fu stabilito il profilo di rischio detto anche Punteggio di Rischio di Framingham (Wilson PW et al Circulation 1998,97,1837). In seguito i ricercatori introdussero il concetto di rischio multivariato, combinando diversi fattori di rischio in un punteggio per stimare il rischio assoluto di sviluppare una malattia coronarica o un ictus. Con i modelli logistici multivariati è stato possibile classificare i soggetti "sani" in: basso, intermedio e alto rischio di futura malattia coronarica a 10 anni. Gli uomini nel decile superiore avevano un'incidenza di malattia coronarica 30 volte superiore a quella degli uomini del decile inferiore, mentre le donne del decile superiore avevano un'incidenza di 70 volte superiore a quella delle donne nel decile inferiore. Il punteggio di rischio di Framingham rimane tuttora un punto di riferimento

per la valutazione dei pazienti. Una successiva conquista fu stabilita nel 1971, individuando i criteri maggiori e minori per la diagnosi di scompenso cardiaco, stabilendo all'epoca che l'ipertensione arteriosa era il principale fattore di rischio per l'insufficienza cardiaca, e che lo scompenso cardiaco era una sindrome clinica (Mc Kee PA et al NEJM 1977,285,1441). Inoltre i ricercatori hanno dimostrato che l'aumento del diametro telediastolico del ventricolo sinistro prevedeva lo scompenso diastolico, mentre i pazienti con disfunzione sistolica anche asintomatica, avevano un rischio di scompenso aumentato di 5 volte e che l'insufficienza diastolica aveva una prognosi non buona. Uno dei contributi più importanti dello Studio Framingham è l'aver dimostrato che la fibrillazione atriale non reumatica è un potente fattore di rischio per l'embolia cerebrale, sollecitando l'uso della profilassi anticoagulante in questi pazienti. Dal 2002 sono stati esplorati i contributi genetici dell'aterosclerosi. Infine, sono state stabilite tabelle di rischio a 10 e 30 anni per: Fibrillazione atriale, Malattia cardiovascolare, Scompenso cardiaco congestizio, Malattia coronarica, Diabete, Ipertensione, Claudicatio intermittente, Ictus. Oltre 3.000 sono state le pubblicazioni scientifiche

sulle principali riviste internazionali di Cardiologia ed Epidemiologia. Nuove aree di studio attuali sono: individuare i cromosomi ed i geni responsabili dell'ipertensione arteriosa e dell'ipercolesterolemia, individuare nuovi fattori di rischio emergenti, utilizzare le informazioni sui fattori di rischio per sviluppare strumenti più sofisticati di previsione del rischio, valutare le differenze nella genesi e nelle manifestazioni della malattia cardiovascolare nelle donne e negli anziani. In conclusione il Framingham Study, studio di coorte multigenerazionale può essere considerato una pietra miliare dell'epidemiologia cardiovascolare. Ha studiato tre generazioni di partecipanti con disponibilità di dati fisici, strumentali e biologici di 15.000 soggetti. Questa popolazione è stata e continua ad essere una preziosa fonte per la ricerca scientifica. I ricercatori che desiderano proporre ricerche devono consultare il Centro di assistenza FHS. Sono quasi 70 anni che medici, infermieri e tecnici hanno profuso un grosso impegno in questa lunga ricerca. Complimenti a tutti coloro che hanno dato il loro contributo a questa importante ricerca scientifica e buon compleanno al Progetto Framingham. ♥



- 1960** Provato che il fumo di sigaretta aumenta il rischio di malattie cardiache
- 1961** Dimostrato che il colesterolo, la pressione del sangue, le anomalie dell'ECG incrementano il rischio di malattie cardiache
- 1967** L'obesità aumenta il rischio di malattie cardiache mentre l'attività fisica lo riduce
- 1970** L'ipertensione arteriosa incrementa il rischio di ictus
- 1970** La fibrillazione atriale aumenta il rischio di ictus di 5 volte
- 1976** La menopausa aumenta il rischio di malattie cardiovascolari
- 1978** I fattori psicosociali influenzano la comparsa di malattie cardiache
- 1988** Alti livelli di colesterolo HDL riducono il rischio di morte
- 1994** L'ingrandimento del ventricolo sinistro aumenta il rischio di ictus
- 1996** La progressione dell'ipertensione provoca lo scompenso cardiaco
- 1998** La fibrillazione atriale si associa ad un rischio aumentato di mortalità per tutte le cause
- 1998** Sviluppo di un semplice algoritmo per predire il rischio multivariato di malattia coronarica nei soggetti privi di cardiopatia
- 1999** Il rischio di sviluppare a 40 anni una malattia coronarica è uno su due negli uomini e uno su tre per le donne
- 2001** L'ipertensione aumenta il rischio di malattie cardiovascolari
- 2002** Il rischio di sviluppare ipertensione negli adulti è di 9 su 10
- 2002** L'obesità è un fattore di rischio per lo scompenso cardiaco
- 2004** I livelli di aldosterone prevedono il rischio futuro di ipertensione in soggetti con pressione normale
- 2005** Il rischio di trovarsi in sovrappeso è superiore al 70% nella popolazione esaminata e negli anni diventano obesi 1 su 2
- 2007** L'obesità sembra diffondersi con i legami sociali
- 2008** I social network esercitano influenze importanti sulla decisione di smettere di fumare
- 2008** Scoperta che quattro fattori di rischio aumentano la probabilità di sviluppare il precursore dello scompenso cardiaco
- 2009** Lo studio di associazione a livello genomico identifica 8 loci associati alla pressione arteriosa
- 2009** La fibrillazione atriale è un fattore di rischio importante per l'ictus e lo scompenso cardiaco
- 2009** La demenza parentale può causare una scarsa memoria negli adulti di mezza età
- 2009** Elevati livelli di leptina possono proteggere contro la demenza e la malattia di Alzheimer
- 2010** L'apnea del sonno è legata ad un aumento del rischio di ictus
- 2010** Ulteriori geni possono svolgere un ruolo nella malattia di Alzheimer
- 2010** Il grasso intorno all'addome si associa a cervelli più piccoli e più vecchi negli adulti di mezza età
- 2010** Alcuni geni collegano il timing della pubertà e il grasso corporeo nelle donne
- 2010** Avere un parente di primo grado con fibrillazione atriale si associa ad un rischio aumentato di fibrillazione
- 2009-2010** Scoperta di centinaia di geni sottostanti l'indice di massa corporea, il colesterolo, il fumo di sigaretta, la pressione arteriosa e il glucosio
- 2010** La comparsa di ictus in un genitore di 65 anni o meno, incrementa il rischio di ictus nella prole di 3 volte

Tabella 1 - Le pietre miliari dello studio



# Un “regalo” di fine anno il testamento biologico

**L**e amicizie che si avviano a diventare consolidate come la nostra permettono, come abbiamo già avuto visto a proposito della recente riforma della responsabilità medica, di tornare a confrontarsi su tematiche già analizzate. Questa nostra chiacchierata sarà così l'occasione per parlare di un intervento legislativo lungamente atteso che, nello scorso mese di dicembre, quasi al limite della legislatura, ha se non messo un punto fermo, quanto meno posto ordine in relazione ad un tema particolarmente controverso come quello del consenso informato e dei c.d. trattamenti di fine vita.

**Ricordo bene: era la problematica emersa nella vicenda di Eluana Englaro e della quale abbiamo avuto modo di parlare qualche tempo fa.**

Esattamente. Allora avevamo parlato del principio al quale deve conformarsi il rapporto paziente/medico, ossia il consenso informato, con specifico riferimento all'ipotesi, problematica, nella quale il soggetto non sia o non sia più in grado di esprimere la propria volontà e tale impossibilità sia permanente.

**Vogliamo ricordare qual era il punto della situazione?**

Certo! Allora avevamo evidenziato il duplice atteggiarsi della volontà

nell'ambito dei trattamenti sanitari. Per un verso, infatti, in forza del principio di autodeterminazione affermato dall'art. 32, Cost. ed in fonti sovranazionali, nessuno – salve particolarissime ipotesi – può essere sottoposto a trattamenti sanitari rispetto ai quali non abbia prestato il proprio consenso. Abbiamo inoltre precisato come quest'ultimo debba, peraltro, essere dotato di effettività: di qui l'emersione dell'espressione consenso informato che esprime proprio l'idea di questa consapevolezza da parte del paziente alla quale è funzionale il correlativo obbligo informativo gravante sul sanitario. Per un altro verso, tuttavia, tale principio, pur pacifico, era suscettibile di “contrazioni”, per così dire, per l'ipotesi il soggetto fosse o diventasse incapace di intendere e volere e di manifestare la propria volontà rispetto al trattamento sanitario.

**Ricordo che, nell'assenza di una legge, la questione era stata affrontata dalla Corte di Cassazione.**

Proprio così: e la Suprema Corte, chiamata proprio a pronunciarsi sulla vicenda di Eluana Englaro, aveva sì riconosciuto la legittimità degli interventi medico-chirurgici posti in essere nel miglior interesse terapeutico del paziente, ma anche affermato la necessità di rispettare la

volontà del paziente, quand'anche in condizione di permanente incapacità di agire. In tal caso la volontà avrebbe potuto essere espressa dal tutore chiamato a farsi “portavoce” del soggetto tutelato e ad esprimere la volontà che questi avrebbe espresso ove in condizioni di farlo, tenendo conto quindi della sua personalità, del suo stile di vita, delle sue inclinazioni, dei suoi valori di riferimento, delle sue convinzioni etiche, religiose, filosofiche e politiche. Ad ogni modo, pur fissati tali criteri-guida, avevamo anche ricordato la necessità di un intervento legislativo che consentisse l'esplicarsi della volontà del soggetto rispetto ad un profilo tanto delicato.

**Intervento che abbiamo finalmente avuto: come dicevamo all'inizio, in Italia è stato introdotto il c.d. testamento biologico.**

Questa è la definizione con la quale il recentissimo intervento legislativo è e sarà conosciuto presso il vasto pubblico. In realtà la legge 22 dicembre 2017, n. 219 è rubricata “*Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento*”, proprio a voler sottolineare il carattere ampio e quasi consustanziale tra tali due termini.



## Quali sono i principi posti da questa recente e controversa legge?

La legge ha per un verso un carattere “ricognitivo” potremmo definirlo di principi di già affermati sia da preesistenti disposizioni di legge che dalla giurisprudenza; per un altro verso contiene, invece, importanti e significative innovazioni.

## Quali sono gli elementi di continuità?

Senza dubbi questi si riscontrano nella ri-affermazione del principio del consenso informato nel rapporto paziente-medico e nella delineazione del relativo contenuto. La legge – partendo dall’assoluta centralità e primazia della tutela del diritto alla vita, alla salute, alla dignità e all’autodeterminazione della persona – ribadisce proprio il basilare e pacifico principio in forza del quale *“nessun trattamento sanitario può essere iniziato o proseguito se privo del consenso libero e informato della persona interessata, tranne che nei casi espressamente previsti dalla legge”* (art. 1). In maniera molto significativa, evidenzia poi come il consenso informato sia substrato e fondamento della relazione fiduciaria che deve aversi tra il paziente ed il medico entrambi “oggetto” di tutela: in punto di *“autonomia decisionale”* il primo; di *“competenza, autonomia professionale e responsabilità”* il secondo.

## In che modo tali valori si conciliano?

Si tratta di una domanda che involge proprio l’atteggiarsi del rapporto paziente/medico. Ebbene, fermo il rispetto della volontà del paziente, il medico non viene privato in alcun modo della sua funzione di guida e supporto nella decisione del paziente: al contrario, la legge prevede espressamente che il medico esponga dettagliatamente le conseguenze, anche infauste, dell’eventuale rifiuto – originario o sopravvenuto, per così dire – di terapie che potremmo definire salvavita, così come potrà rifiutarsi di porre in essere trattamenti sanitari contrari a norme di legge, alla deontologia professionale o alle buone pratiche clinico-assistenziali, e senza che tanto comporti responsabilità alcuna. Il medico non deve rinunciare alla sua funzione di informazione ed al diritto/dovere di curare: nello svolgimento della sua funzione, tuttavia, egli incontra un limite invalicabile, rappresentato dalla volontà del paziente. In particolare, tali principi vengono affermati in modo espresso dall’art. 2.

## Cosa afferma tale disposizione?

La disposizione interviene rispetto a momenti particolarmente problematici quali il c.d. accanimento terapeutico e la *“fase finale della vita”*, prevedendo che il medico deve adoperarsi per alleviare le sofferenze del paziente, ma astenendosi – e purché tanto sia conforme, ovviamente, alla volontà

di questi – da *“ogni ostinazione irragionevole nella somministrazione delle cure e dal ricorso a trattamenti inutili o sproporzionati”*.

Il medico, insomma, non può decidere cosa è meglio per il paziente, ma accompagnarlo nel suo percorso terapeutico. Conferma di tanto può trarsi, peraltro, anche dall’art. 5 che prevede proprio la *“Pianificazione condivisa della cura”* che pure introduce elementi di innovazione rispetto al passato.

## Quali le novità quindi?

Ebbene, una prima novità è rappresentata proprio dalla sopra citata pianificazione condivisa della cura: in sostanza, per l’ipotesi di patologie croniche e invalidanti o caratterizzate da inarrestabile evoluzione con prognosi infausta, le parti del rapporto medico possono convenire una sorta di programmazione delle terapie da intraprendere, con specifico riferimento anche al caso in cui il paziente non possa più manifestare, di volta in volta, la propria volontà. Alla pianificazione condivisa viene inoltre riconosciuto carattere vincolante dato che il medico dovrà attenersi a quanto in essa previsto e concordato con il paziente (art. 5). Viene così introdotto uno strumento tramite il quale si consente al paziente di manifestare la propria volontà, ulteriore rispetto a quello previsto dall’art. 6.

## Cosa dispone l’art. 6?

È la disposizione che rappresenta



il cuore del testo di legge.

Rubricata “Disposizioni anticipate di trattamento”, essa introduce la possibilità, per chi sia maggiorenne e capace di intendere e volere, di esprimere le proprie volontà in materia di trattamenti sanitari, nonché il consenso o il rifiuto rispetto ad accertamenti diagnostici o scelte terapeutiche e a singoli trattamenti sanitari per l’eventualità di una futura incapacità di autodeterminarsi. Tramite le DAT, inoltre, potrà essere nominato anche un fiduciario, ossia una persona, anch’essa maggiorenne e capace, che faccia le veci del “disponente” e la rappresenti nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie. Come con il testamento ciascun soggetto può disporre dei propri beni per il tempo in cui avrà cessato di vivere, come recita il codice; così con le DAT il soggetto potrà esprimere la propria volontà per il caso perda la propria capacità di intendere e volere.

### Le DAT sono quindi vincolanti per il medico? E viene prevista la possibilità di cambiare idea?

Ebbene, tali interrogativi sono stati sciolti dal legislatore in modo, secondo me, adeguato e condivisibile. Il punto di partenza non può che essere la cogenza, definiamola così, delle disposizioni, la quale è tuttavia suscettibile di essere modulata in relazione alle specificità del caso concreto. Posto

il necessario rispetto della volontà del paziente, le disposizioni possono infatti essere disattese, in tutto o in parte, dal medico stesso, in accordo con il fiduciario, qualora esse appaiano palesemente incongrue o non corrispondenti alla condizione clinica attuale del paziente ovvero sussistano terapie non prevedibili all’atto della sottoscrizione, capaci di offrire concrete possibilità di miglioramento delle condizioni di vita (art. 4, co. 5). Assume rilievo quindi sia la valutazione medica, sia, in tal caso, il ruolo spendibile dal fiduciario che dovrà esprimere la volontà rispetto alle “nuove” proposte terapeutiche non nel proprio interesse e secondo i propri convincimenti, ma ancora una volta facendosi portavoce del paziente impossibilitato ad esprimersi. Peraltro, nel caso di conflitto tra medico e fiduciario, dovrà farsi ricorso all’autorità giudiziaria. Ancora, poi le DAT sono assolutamente revocabili e modificabili in ogni momento da parte di chi le abbia poste in essere, rispettando le formalità previste dallo stesso art. 4.

### Quale quindi la valutazione su tale intervento legislativo?

Come detto più volte, sarà anche in questo caso la pratica giudiziaria a dar conto dei profili problematici ed applicativi di tale legge.

È indubbio che essa contempla fattispecie non minuziosamente

definite (penso, a titolo solo esemplificativo, ai “trattamenti sanitari contrari a norme di legge, alla deontologia professionale o alle buone pratiche clinico-assistenziali” che il paziente non può esigere dal medico), ma credo che complessivamente tale tecnica legislativa fosse inevitabile ed anzi necessaria per consentirne la stessa applicabilità nelle diverse ipotesi concrete che, possiamo tranquillamente immaginare, saranno le più varie possibili. Ancora, la legge mi sembra coerente con i principi ai quali il nostro ordinamento si conforma, *in primis* con quello personalistico e di autodeterminazione anche in ambito sanitario, contemporaneamente rispettando mi pare la funzione del medico (ma questa è valutazione che la classe medica saprà compiere in maniera più consapevole e sicuramente attendibile).

Non è da ignorare che si tratta di un intervento legislativo che ha inciso su una materia delicatissima ma che – e sul punto esprimo considerazioni di carattere non tecnico e pertanto certamente opinabili – al netto delle prese di posizione ideologiche, ha finalmente dato risposta ad un’esigenza largamente avvertita nell’opinione pubblica regolando, a chi voglia avvalersene, uno strumento per esprimere la propria volontà in ipotesi-limite in una cornice di legalità e chiarezza. ♥





# Il medico: chi era costui?

La figura avvolta da un alone di magia, il suo muoversi quasi fosse un sacerdote che celebra la liturgia della salute, attraverso il rito della guarigione, conferivano un tempo al medico un ruolo carismatico, rendendolo il punto di riferimento di un'intera comunità. Che potesse persistere, con il passare degli anni, questa

quali non può discostarsi, se vuole tutelarsi da controversie giudiziarie. Protocolli che, spesso, danno la sensazione di essere stati redatti più per garantire il controllo delle risorse economiche, che la salute dei cittadini. Seguendo il processo che ha visto snaturare la funzione svolta dal medico, e andando alla ricerca dei motivi per i quali ciò è

completamente alle sue cure. Oggi, che le innovazioni tecnologiche e le scoperte scientifiche consentono al medico di poter esprimere tutte le sue potenzialità, notiamo, invece, che il paziente è restio ad accordargli la sua fiducia. Il secondo paradosso, sta nel fatto che, dopo aver svilito il suo ruolo si pretende che egli ottenga il risultato della



Anne-Louis Girodet-Trioson, *Ippocrate rifiuta i doni di Artaserse*, 1792

visione della sua persona, non era pensabile, né tanto meno auspicabile, ma era davvero inimmaginabile che il suo ruolo finisse per diventare quello di un semplice esecutore di diagnosi e di terapie preconfezionate e contenute in rigidi protocolli, in linee guida ed algoritmi, dai

avvenuto, possiamo cogliere alcuni paradossi. Il primo paradosso sta nel fatto che il paziente, nell'antichità, pur conoscendo l'azione limitata del medico, che come sosteneva Aristotele era quella di "aiutare la natura a risanarsi da sé" o, come diceva Ippocrate, quella di "evitare la morte evitabile", si affidava

guarigione in ogni caso. I motivi per cui si è verificato questo cambio di visione della figura del medico sono diversi, ma il risultato principale è stato il deteriorarsi del rapporto medico - paziente, che è andato ad alimentare tra l'altro un estenuante contenzioso giudiziario. Alcuni di questi motivi sono addebitabili



ai pazienti, altri ai medici, e altri ancora a chi ci governa. Tra quelli riconducibili al comportamento dei pazienti, ve ne è uno che svela un ulteriore paradosso. I mezzi di comunicazione hanno consentito a tutti l'accesso alle conoscenze scientifiche, e questo fatto è andato, da un lato, ad alimentare maggiori aspettative e a far avanzare sempre più pretese da parte dei pazienti nei confronti del medico, dall'altro lato, a stimolare in loro una certa diffidenza, che contrasta con la fiducia che accordano, a volte, a sedicenti maghi, santoni e guaritori. Tra i motivi addebitabili al medico c'è la sempre maggiore concentrazione sull'organo e sulla malattia, che lo porta spesso a non vedere il paziente come uomo, a non coglierne quello che lo attanaglia di più: il dolore, sia quello fisico che l'angoscia per la menomazione e la morte. Tra i motivi addebitabili alle politiche di governo della sanità, c'è innanzitutto, la distorsione della relazione medico/paziente. Dopo aver subordinato la sanità e, quindi, la salute al profitto, trasformandola in un bene tutelato da un contratto, tale relazione è diventata di tipo tecnico - commerciale, cosa che ha finito non solo per svilire la professionalità del medico, ma anche per incidere negativamente sulla sua prestazione alimentando la medicina difensiva. Ma, il motivo principale della svalutazione della figura del medico, risiede nell'aver la politica asservito la sanità ai suoi principi. La sanità viene gestita per arricchirsi, per ottenere vantaggi

elettorali, con modalità clientelari, mortificando le professionalità e le competenze di chi viene escluso da queste spartizioni. In questo modo si è disgregata l'unità della categoria medica, favorendo alcuni a discapito di altri, producendo contrapposizione all'interno della categoria. In questo processo, non è stata estranea la responsabilità degli stessi medici, che hanno consentito che ciò avvenisse. Nessuno può ritenersi esente da colpa. Non possono esserlo quelli che, senza dignità, si sono sottomessi alla volontà della politica, attraverso compromessi, dimostrando, tra l'altro, di ritenersi incapaci di competere con gli altri ad armi pari. Non possono farlo quelli che hanno accettato compromessi, pur di ricevere un riconoscimento, ritenendo che questo fosse l'unico modo per ottenerlo, non capendo, però, che così facendo essi hanno perso la dignità, che è il valore principale dell'essere umano. Il mestiere del medico è un mestiere nobile, forse il più nobile, che già è difficile farlo per denaro, senza non mostrarsene indegni, figuriamoci se lo si fa senza preservare la propria indipendenza.

### Dall'Editor

Il contributo del Dott. Russo obbliga ad una riflessione. Sempre più forte si sente il disagio all'interno della nostra professione per la "perdita del ruolo" a fronte di discutibili vantaggi economici. Le richieste, pressanti delle dirigenze delle aziende del Sistema Sanitario, in

merito al controllo dei parametri di spesa da parte di medici che non possiedono strumenti di competenza economico-amministrativa, obbligano a ripensare ad una figura di medico diversa in particolare per quello che riguarda il rapporto con i pazienti. Sempre meno tempo dedicato all'incontro con i nostri pazienti vanifica l'umanizzazione del rapporto che tanta parte ha nell'esito delle cure. Fuori dalla stanza dei bottoni, dove vengono decise le strategie sanitarie, i professionisti e le associazioni scientifiche vengono riportati alla ribalta quando le cose non vanno (es: sbattuti in prima pagina quando i dati di esito di AGENAS non rientrano nei parametri stabiliti). È innegabile il cambiamento che ci troviamo a vivere nel passaggio da un "medico stregone" a quello di "scienziato 2.0". Alcune malattie sono scomparse, l'età media è aumentata nei paesi occidentali, il benessere sanitario ha raggiunto livelli impensabili fino a pochi anni fa e lo dobbiamo anche a questa rivoluzione che ha tolto ai medici molta di quella patina da libro cuore. Possiamo ripensare e recuperare quella figura intrisa di "scienza e carità", ma senza perdere di vista i risultati ottenuti e il valore che ha la medicina basata sull'evidenza, chiedendo a chi decide le sorti della sanità di considerare nelle decisioni anche i nostri consigli. ♥



# Fumetto e Letteratura due mondi tangenti

Da Dino Battaglia a Lovecraft, da Breccia a Conan Doyle



*Il Moby Dick* di Bill Sienkiewicz tratto dall'opera di Herman Melville

**H**ugo Pratt definiva il fumetto Letteratura Disegnata. Una scelta di vocaboli non casuale che sottolinea, oltre al voler ribadire come il fumetto debba essere considerato una forma di letteratura, lo stretto legame che esiste tra la nona arte e le grandi opere letterarie. D'altro canto alcuni dei più incisivi capolavori a fumetti altro non sono che adattamenti di romanzi o storie sedimentate nell'immaginario collettivo. Il "Moby Dick", scritto e disegnato Bill Sienkiewicz, pubblicato nel 1990 e tratto dall'opera di Herman Melville è un classico esempio di come una storia, meravigliosa e lirica, possa raggiungere, quando interpretata dalla matita di un genio visionario come Sienkiewicz, nuove vette evocative. Pubblicata da qualche anno sotto il marchio NPE (Nicola Pesce Editore), questo volume, inebriante nella narrazione e suadente nei disegni, fa parte della collana Classics Illustrated della First Publishing Inc. and The Berkley Publishing Group, la quale, nonostante molte altre uscite nella stessa collana non è mai riuscita a realizzare un adattamento di

pari livello qualitativo. Altro titolo importante, che manca da anni nelle librerie italiane, è la versione scritta da Roy Thomas e disegnata dal Mike Mignola (creatore e autore di Hellboy) del "Dracula" di Bram Stoker: pubblicato oltre 20 anni fa nella collana I Libri di Hyperion da Star Comics, il titolo apparve



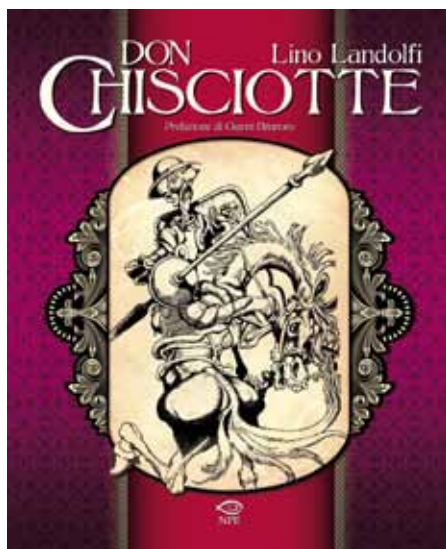
*La versione scritta da Roy Thomas e disegnata dal Mike Mignola del "Dracula" di Bram Stoker*



*"La Maschera di ferro" della collana Marvel Illustrated*

per la prima volta negli U.S.A. sotto il marchio Topps Comics, casa editrice legata al mondo delle card americane (corrispondenti alle nostre figurine) che ebbe vita effimera, appena 5 anni. Il volume, paradossalmente, univa tre mondi: quello del fumetto, quella della letteratura e quello del cinema, perché la storia concretizzava l'adattamento cinematografico e le atmosfere del film di Francis Ford Coppola uscito nel 1992. In seguito alla chiusura delle attività della casa editrice i diritti della versione a fumetti sono caduti in un limbo dal quale non riescono a riemergere, rendendo impossibile una nuova edizione. Un gran peccato tenendo conto che si tratta di un capolavoro del fumetto mondiale. La Star Comics, in tempi recenti, ha lanciato una nuova collana che si basa proprio sull'adattamento dei romanzi al

fumetto dal titolo Roberto Recchioni presenta I Maestri dell'Orrore, I Maestri dell'Avventura, e I Maestri del Mistero. Recchioni, curatore della serie e copertinista di tutti i volumi, è anche il curatore di Dylan Dog, blasonata serie della Sergio Bonelli Editore. In questa collana, realizzata da autori italiani giovani e di talento, sono apparsi titoli come "Ventimila leghe sotto i mari" di Verne, "L'Isola del Tesoro" di Stevenson, e diversi episodi legati alle avventure di Sherlock Holmes, di Conan Doyle. Sotto il profilo degli autori italiani la cui opera è stata traslata a fumetti, impossibile non citare il Guareschi, con il suo Don Camillo, che Renoir Comics ha raccontato in 11 appassionati volumi, capaci di ricreare le atmosfere



*"Don Chisciotte" di Lino Landolfi*

coinvolgenti portate anche in tv da Fernandel e Gino Cervi. Quanto riportato fino ora denota come il paniere degli adattamenti sia stracolmo, rendendo impossibile fare un elenco completo. A titolo



*"Orgoglio e Pregiudizio" della collana Marvel Illustrated*

esemplificativo e non esaustivo, va ricordato ancora come da inserire nell'elenco degli adattamenti, l'importante e relativamente recente azione della Marvel Comics, la casa editrice di Spider-Man e degli Avengers, che nel 2007 varò una testata, dal titolo Marvel Illustrated, collana che in Italia la licenziataria dei diritti, la Panini Comics, ha rinominato Grandi Opere a Fumetti. Curiosità: tra questi volumi abbiamo anche un Dracula, ancora una volta scritto da Roy Thomas, come nel caso della versione di Mike Mignola per la Topps, disegnato questa volta da Dick Giordano. E ancora: impossibile non citare le versioni a fumetti delle storie di Edgar Allan Poe e Lovecraft del grande Maestro Dino Battaglia, o lo Sharaz - De dell'immenso Sergio Toppi, che ci accompagna nel mondo delle mille e una notte, il Dracula laconico di



Due immagini tratte da *Sharaz-de* di Sergio Toppi

Alberto Breccia o il Don Chisciotte di Lino Landolfi, autore anche di un meraviglioso Padre Brown tratto dalle storie di Chesterton, personaggio a cui si è ispirato e che ha anticipato di un centinaio d'anni il Don Matteo di oggi. La raccolta in volume delle storie di Padre Brown uscì per la prima e unica volta in un tomo che veniva inviato come regalo a chi sottoscriveva l'abbonamento al Giornalino, rivista a fumetti delle edizioni San Paolo, che già avevano sperimentato la formula dell'adattamento a fumetti di grandi romanzi in una collana priva di nome che gli appassionati chiamavano semplicemente "quella dalla costola bianca", facendo riferimento ad un elemento cartotecnico comune a tutti i volumi. Quella storica collana custodisce storie come "Piccole Donne" della Alcott, sceneggiato da Claudio Nizzi (autore di tanti episodi di Tex) e disegnato da Nadir Quinto, e "Il Vento tra i salici", di Kennet Grahame, interamente realizzato da Toni Pagot, che altri non è se

non l'inventore di Calimero e di Grisù il draghetto. Insomma, un mondo vastissimo, che diventerebbe infinito se volessimo entrare anche nell'universo Disney, nel quale le grandi parodie di Topolino & Co. a partire dall'Inferno di Topolino, passando per i Promessi Topi fino a giungere al Paperin Furioso rappresentano un bacino di citazioni e creatività infinita. A testimonianza della natura primaria del Fumetto, che è quella proprio dell'essere linguaggio, quindi declinabile in mille modi diversi, in questa carrellata di titoli non si possono non citare le opere piccanti e provocatorie di Guido Crepax, autore di Valentina che impresse su carta una versione immaginifica dell'Histoire d'O di Pauline Réage, dell'Emmanuelle di Emmanuelle Arsan, del Giro di vite, trasposto a fumetti del famoso racconto di Henry James, o ancora la Justine del Marchese De Sade, senza tralasciare l'adattamento del grande maestro di opere legate al mondo dell'horror,



"L'Orlando Furioso incantamenti, passioni e follie" di Guido Crepax

interpretate sempre in una chiave erotica, come "Dracula" (come visto, molto amato dagli autori di fumetto), "Lo strano caso del dottor Jekyll e del signor Hyde" o ancora il "Frankenstein" di Mary Shelly. Dunque, appare chiaro che fumetto e letteratura sono rette parallele le quali, qualche volta e con ottimi risultati per i lettori, si incontrano e si fondono. ♥



"I promessi topi" dal ciclo "Grandi parodie Disney"



**METTI IL CUORE  
IN CASSAFORTE!**

**BANCA  
DEL  
CUORE**

LA TUA SALUTE CARDIOVASCOLARE:  
AL SICURO E SEMPRE ACCESSIBILE

**CAMPAGNA NAZIONALE  
DI PREVENZIONE  
CARDIOVASCOLARE**

## TRUCK TOUR BANCA DEL CUORE 2018

### APRILE

D	L	M	M	G	V	S	D	L	M	M	G	V	S	D	L	M	M	G	V	S	D	L								
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
					ANCONA				TERAMO				CAMPOBASSO				TARANTO				LECCE				MATERA				REGGIO CALABRIA	

### MAGGIO

M	M	G	V	S	D	L	M	M	G	V	S	D	L	M	M	G	V	S	D	L	M	M	G							
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
REGGIO CALABRIA			CATANIA			PALERMO			CAGLIARI			NUORO			GENOVA			RIMINI			RIMINI CONGRESSO ANMCO									

### GIUGNO

V	S	D	L	M	M	G	V	S	D	L	M	M	G	V	S	D	L	M	M	G	V	S								
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
RIMINI CONGRESSO ANMCO			FERMO			PERUGIA			ASSISI			VITERBO			ROMA			CASERTA			NAPOLI			LAMEZIA TERME						

### LUGLIO

D	L	M	M	G	V	S	D	L	M	M	G	V	S	D	L	M	M	G	V	S	D	L	M							
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
LAMEZIA TERME																														

### SETTEMBRE

S	D	L	M	M	G	V	S	D	L	M	M	G	V	S	D	L	M	M	G	V	S	D							
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
												CUNEO				CASALE DI MONFERRATO				LIVORNO				FIRENZE					

### OTTOBRE

L	M	M	G	V	S	D	L	M	M	G	V	S	D	L	M	M	G	V	S	D	L	M	M	G	V					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	REGGIO EMILIA				BOLOGNA				VERONA				BOLZANO				VENEZIA MESTRE				TRIESTE				VARESE					

### NOVEMBRE

G	V	S	D	L	M	M	G	V	S	D	L	M	M	G	V	S	D	L	M	M	G	V							
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
	MILANO																												



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.

**LA BANCA DEL CUORE** è un Progetto di Prevenzione Cardiovascolare per la popolazione italiana promosso dalla **Fondazione per il Tuo cuore - HCF Onlus**.

**PARTECIPA, TROVERAI TUTTI I DETTAGLI SU [www.bancadelcuore.it](http://www.bancadelcuore.it)**

# METTI IL CUORE IN CASSAFORTE!



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

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

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

Anche quest'anno la **Prevenzione Cardiovascolare** arriva direttamente da te!

La **BANCA DEL CUORE** sarà infatti in tour per l'Italia: sempre su [www.bancadelcuore.it](http://www.bancadelcuore.it) puoi scoprire quando e in quale piazza si fermerà il truck, dove potrai effettuare un check cardiovascolare gratuito.

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



## PROTEGGI IL TUO CUORE

**"Partecipa al programma nazionale di prevenzione cardiovascolare BANCA DEL CUORE!"**

Michele Massimo Gulizia  
Presidente Fondazione per il Tuo cuore



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.

**LA BANCA DEL CUORE**  
è un Progetto di Prevenzione Cardiovascolare per la popolazione italiana promosso dalla **Fondazione per il Tuo cuore - HCF Onlus**.

**BANCA DEL CUORE**



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.

**LA BANCA DEL CUORE** è un Progetto di Prevenzione Cardiovascolare per la popolazione italiana promosso dalla **Fondazione per il Tuo cuore - HCF Onlus**.



