



APDIC

RIVISTA DELL' ASSOCIAZIONE PORTATORI
DISPOSITIVI IMPIANTABILI CARDIACI - ODV

RINNOVO PATENTI
SCUOLA MEDICA SALERNITANA

**TRATTAMENTO DELLA
FIBRILLAZIONE ATRIALE**

Dicembre 2021

SOMMARIO

EDITORIALE

Pag. 3 [Potrà essere tutto come prima?](#)

Armando Luisi

NOTIZIE APDIC

Pag. 4 [Non solo defibrillatori](#)

RINNOVO PATENTI DI GUIDA

Pag. 5 [Buone pratiche non solo a Bologna - A colloquio con Aldo Ricci - Azienda USL di Modena.](#)

A. L.

TESTIMONIANZE

Pag. 8 [Lettera da](#)

Barbara Cristofori

Pag. 9 [Dobbiamo forse arrenderci?](#)

Gabriele Adinolfi

SUGGERIMENTI DI LETTURA

Elisa Toscano

Per adulti

Pag. 10 [Tutti i racconti, di Katherine Mansfield, Oscar Mondadori, Milano, 2006](#)

Per bambini

Pag. 10 [Miriam Dubini, *Il viaggio di Sama e Timo*, Il Battello a Vapore - Piemme, 2017](#)

CONTRIBUTI

Pag. 11 [Cartella Clinica Elettronica e nuovi codici del Pronto Soccorso - *Notizie dal Comitato Consultivo Misto del Policlinico S. Orsola - Malpighi di Bologna*](#)

Paolo Pagani

Pag. 13 [Nuove tecniche per il trattamento della fibrillazione atriale](#)

Cristian Martignani

Pag. 20 [Scuola medica salernitana.](#)

Ernesto Pisacane



APDIC

*Rivista dell' Associazione Portatori Dispositivi
Impiantabili Cardiaci*

Potrà essere tutto come prima?

Ottimismo o pessimismo?

Oscilliamo sempre di più fra questi due poli, spinti dalla speranza o frenati dallo sconforto.

C'è chi ritiene che vi siano pericoli in ciascuna delle due dimensioni messi bene in luce da numerose evidenze, basta avere gli occhi liberi per vederli.

Quali possono essere i segnali dell'ottimismo? Se confidiamo in un futuro protettivo potremmo dare valore a ciò che molte persone stanno facendo per il bene comune. Questa espressione, bene comune, è vuota di significato se non legata a singoli specifici comportamenti. E di azioni concrete orientate al bene ce ne sono in abbondanza: il sacrificio di medici, infermieri, soccorritori, volontari che continuano a svolgere il loro lavoro con dedizione e competenza; i responsabili e gli operatori del mondo produttivo, dei trasporti e della distribuzione che permettono a molti servizi di funzionare, alle merci di arrivare a destinazione; l'eterogeneo mondo dei servizi che faticiamo ad apprezzare perché li diamo tutti i giorni per scontati. Aprire un rubinetto e prelevare l'acqua, schiacciare un interruttore e accendere una lampadina, aprire una valvola e riscaldare la casa, entrare in un bar per trascorrere qualche minuto in compagnia bevendo un caffè. Le vite di tutti noi sono fortemente interconnesse. Non siamo soli e tutti abbiamo una parte di responsabilità nel rendere questo mondo più accogliente e protettivo. Essere ottimisti non significa attendersi che gli altri soddisfino le nostre aspettative. Significa, piuttosto, che avvertiamo di essere utili, che vi siano possibilità di realizzazione per tutti noi, seppure in proporzione alle risorse che singolarmente possediamo. Essere ottimisti

potrebbe significare, prendendo in prestito il pensiero di una grande pedagogista dell'inizio del secolo scorso (J. Dewey), che avvertiamo la responsabilità di un rapporto di mutuo scambio fra noi, singolarmente considerati, e la società nel suo insieme. Questo scambio si nutre di riconoscenza, impegno e speranza. La nostra società, con le sue imperfezioni e fragilità, nutre e protegge i suoi figli. Ciascuno di noi restituisce alla società una parte di sé quale contributo al benessere sociale del quale egli stesso potrà essere ancora fruitore.

L'ottimismo ci porta a guardare avanti, a sollevare lo sguardo, a non smettere di sognare e di fare progetti, qualunque sia la nostra condizione e a ogni età.

L'ottimismo ci riconcilia con l'idea del viaggio verso un futuro e un contesto nei quali sia desiderabile vivere. Ci rende consapevoli di avere compagni di viaggio che sono affidabili e che si fidano di noi, ci sollecita ad essere a nostra volta persone affidabili.

Se, però, indossiamo lenti di diverso colore, tutto ciò che abbiamo visto in precedenza può assumere altri significati. Piuttosto che vedere il bene comune potremmo fermarci sui segnali dell'egocentrismo, della prevaricazione, della ricerca dell'utile personale. Abbiamo trovato per strada i cosiddetti furbetti del vaccino, pronti a improbabili scuse per saltare le file. E poi i raggiri, le truffe, gli accaparramenti, le tangenti, le intimidazioni e le minacce che, più dei fatti positivi, trovano spazio nei mezzi di comunicazione. Per dirla con le parole di Giorgio Gaber: "C'è un'aria, un'aria che manca l'aria", non solo per le conseguenze di chi ha sviluppato la malattia da Covid19, ma come effetto di un'incessante ripro-

posizione del male con i mille canali dei quali la comunicazione oggi si serve. La ripetuta esposizione al male spinge in basso i nostri sguardi e ci induce a cedere alla rassegnazione.

Raramente è accaduto, come in questi ultimi due anni, che sperimentassimo concretamente quanto il bene e il male siano connaturati all'animo umano.

Ne forniscono un esempio significativo quegli uomini politici che, pur sostenendo un governo, mostrano di prenderne quotidianamente le distanze o di rivendicare per sé i successi e attribuire agli altri *alleati* ciò che ritengono insuccesso. Cuccioli litigiosi che lottano per il latte da prendere dalla stessa mamma. *Insieme solo per esser divisi*. È la lotta per le bandierine: ciascun partecipante all'impresa desidera arrivare sulla vetta e affermare di essere il primo, il migliore, quello da applaudire.

"Salgo; e non salgo, no, per discendere, per udir crosci di mani, simili a ghiaia che frangano ..." scriveva G. Pascoli nella mirabile poesia "La piccozza". Oggi sembra talmente necessario nutrirsi di like e di applausi che non si resiste a crearsi la propria morale, il proprio gruppo, la propria legge per ottenerli. L'ipertrofia dell'io sembra lasciare poco spazio al sentirsi parte di un'ampia società. Persistenza di forme di egocentrismo infantile ed edonismo a breve termine tendono a coniugarsi con malfede, scarso senso critico e incapacità di procrastinare la soddisfazione dei bisogni immediati. Fenomeni che alimentano paura, ansia, diffidenza, emozioni che più di altre condizionano le relazioni umane. Sembra venir meno il patto sociale che ci ha permesso di fidarci degli insegnanti, dei medici, di chi è preposto a un servizio pubblico. Il *principe del male* si nutre di rancore, del desiderio di

rivalsa, di contrapposizione, di parole di lotta, di guerra. Il pessimismo dirige lo sguardo sui nostri piedi, alimenta il nostro dialogo interno, le manie di persecuzione e il desiderio di rivalsa.

Quale posizione assumere? Dove fermare l'immagine di questo pendolo che oscilla dall'angolo luminoso a quello delle ombre? Quali possono essere le alternative o le terze vie praticabili?

Le domande riguardano ciascuno di noi e la stessa nostra organizzazione di volontariato. Andare avanti o fermarsi? Continuare a credere nel valore dello stare insieme o cedere di fronte alle difficoltà che questa emergenza continua a presentarci?

Le risposte non possono che essere di ciascuno di noi per quanto riguarda le nostre scelte personali, di noi insieme per quel che riguarda il futuro dell'APDIC. Per dare un senso alle domande e alle nostre risposte penso che sia utile recuperare alcune parole messe in evidenza da uno dei più influenti intellettuali del secondo Novecento, Zygmunt Bauman. "C'è un abisso sempre più grande fra ciò che si deve fare e ciò che si può fare, fra ciò che importa davvero e ciò che conta per quelli che decidono, fra ciò che accade e ciò che è desiderabile..." La risposta alla ricerca continua di nuovi nemici e di bandiere da sventolare e piantare è nella *capacità di dialogo*. "La cultura del dialogo ... implica un'ascesi che ci aiuti a riconoscere l'altro come interlocutore valido ... senza separarla dalla preoccupazione per una società giusta, capace di memoria e senza esclusioni" (papa Francesco, maggio 2016).

Per noi dell'APDIC il dialogo è un fattore identitario. Siamo nati come associazione con i presupposti costitutivi della collaborazione, dell'aiuto reciproco, dello scambio relazionale. Abbiamo da subito escluso dal nostro orizzonte gli atteggiamenti conflittuali e rivendicativi. Siamo grati a coloro che si prendono cura di noi e ci rendiamo disponibili a imparare ciò che occorre per essere coprotagonisti del nostro processo di cura. La nostra pur breve storia registra buone pratiche di empowerment, di cordiali e proficui rapporti con i cardiologi che ci hanno sostenuto fin dall'inizio e, successivamente, con altre istituzioni in qualche modo coinvolte nella gestione delle nostre vite.

A undici anni dalla nascita dell'APDIC, rinnoviamo gli attestati di stima nei medici e in tutto il personale tecnico e infermieristico che continua a dialogare con noi anche in questo periodo di più intenso e difficoltoso lavoro a causa della pandemia ancora in atto. Noi continueremo a fare la nostra parte, aderendo alla campagna vaccinale, come suggeritoci dal nostro consulente scientifico, dott. Mauro Biffi, continueremo a fidarci del nostro medico di medicina generale, come lo stesso dott. Biffi ci ha invitato più volte a fare, continueremo a seguire le norme di comportamento non solo per nostra tutela personale, ma perché ci stiano a cuore quanti condividono i nostri spazi e il nostro tempo.

A queste condizioni, pensiamo che non solo possa tutto ritornare come prima, ma che ci si possa ritrovare meglio di prima.



NOTIZIE APDIC

NON SOLO DEFIBRILLATORI

Nel mese di settembre, il Consiglio direttivo ha approvato di acquistare alcuni materiali di ricambio per i defibrillatori donati a scuole, comuni, parrocchie e istituzioni private. Sono stati ordinate 14 piastre di ricambio per adulti, 14 piastre pediatriche non comprese nella dotazione originaria, 10 batterie aventi scadenza di cinque anni, per un importo complessivo di euro 5.000,02.

Ad oggi, sette novembre, risulta pervenuta una parte del suddetto materiale: 10 piastre pediatriche, 9 piastre per adulti e sei batterie di lunga durata.

Le consegne che verranno effettuate entro il mese di novembre secondo lo schema qui a fianco.

Con il materiale viene fornita una scheda da noi predisposta per la verifica periodica del corretto funzionamento del defibrillatore in dotazione.

Ente	Batteria	Piastre	
		Pediat.	Adulti
Palaghiaccio Rastignano	1	1	1
San Lazzaro Mediateca	1	1	1
Palestra scuola media Jussi - S. Lazzaro	1	1	1
Istituto Mattei San Lazzaro	1	1	1
Istituto Majorana San Lazzaro	1	1	1
Monterenzio	1	1	1
Fondazione di culto S. Caterina - Imola		1	1
Carpi parrocchia San Giuseppe Artigiano		1	1
Bologna parrocchia San Giuseppe Sposo		1	
Carpi parrocchia Santa Maria Assunta		1	1

Rinnovo patenti di guida: buone pratiche non solo a Bologna.

A colloquio con Aldo Ricci - Azienda USL di Modena

A. L.

Nel numero del 2016 della nostra rivista abbiamo pubblicato un comunicato stampa con il quale veniva data notizia dell'accordo raggiunto con il Presidente della Commissione Locale di Bologna e i cardiologi della Cardiologia dell'Ospedale S. Orsola circa le modalità di certificazione della stabilità clinica dei pazienti che si sarebbero sottoposti a visita medico-legale per il rinnovo delle patenti di guida.

Al comunicato era allegato un modulo, ormai ampiamente noto a molti dei nostri iscritti (ma ne fruiscono anche i non iscritti), che riporta in calce la disponibilità del richiedente a comunicare eventuali successive variazioni intervenute sulle sue condizioni di salute che potessero configurarsi contrastanti con il certificato di stabilità certificato.

A seguito di quell'accordo abbiamo proceduto a una prima forma di monitoraggio i cui esiti sono stati presentati in occasione di assemblea annuale APDIC e diffusi con la rivista del 2018.

Nel maggio 2019 abbiamo organizzato un incontro al quale hanno preso parte i nostri cardiologi di riferimento (prof. Giuseppe Boriani e dott. Mauro Biffi), i responsabili delle Commissioni Mediche Locali di Bologna (dott. Andrea Minarini), Modena (dott. Aldo Ricci) e Romagna (dott.ssa Donata Dal Monte). L'auspicio dell'incontro era di pervenire a una modalità concertata di certificazione e di suo utilizzo in sede di accertamento da parte della Commissione Medica. In quella circostanza abbiamo potuto apprezzare la disponibilità di tutte i professionisti presenti a rendere agevole ed efficace il percorso al quale i pazienti portatori di dispositivo cardiaco impiantabile si sottopongono periodicamente per il rinnovo di validità della patente di guida. La pandemia intervenuta fra gennaio e febbraio 2020 ha rallentato il processo faticosamente avviato, fino a quasi bloccarlo. Si registrano oggi timidi segnali di ripresa, ma si rileva ancora una

volta quanto sia difficile nel nostro Paese pervenire ad accordi e intese, in presenza di un quadro normativo non coordinato fra centro e periferia e fra i diversi centri periferici tenuti alle decisioni finali.

Insieme con le criticità, però, abbiamo potuto registrare due importanti fattori:

- la sensibilità dei medici legali che rappresentavano le Commissioni Mediche. Le loro decisioni non sono solo sostenute da esigenze tecnico-giuridiche, ma vi è un'autentica attenzione alle persone che si sottopongono a visita e ai loro bisogni di autonomia e di autorealizzazione;
- il secondo aspetto positivo riguarda l'aver potuto acquisire conoscenza delle buone pratiche di Modena dove si è dato vita a un processo solo per certi versi simile a quello avviato a Bologna nel 2016.

A Modena, anteriormente alla data di Bologna, si è pervenuti a una condivisione tra Commissione Medica Locale e le cardiologie del territorio provinciale sulle modalità di certificazione delle condizioni cliniche dei pazienti richiedenti il rinnovo delle patenti di guida. Il modulo utilizzato è leggermente diverso da quello di Bologna, ma ciò che interessa mettere in evidenza è l'intenzione di semplificare e rendere trasparente questa importante procedura riducendo al minimo i margini di soggettività della decisione finale.

Insieme con il modulo per la certificazione (riportato nella figura 1), Modena utilizza criteri in grado di garantire uniformità di valutazione, a prescindere dai professionisti che compongono la Commissione. Merita di essere segnalato che l'iniziativa che ha portato ad adottare gli strumenti in uso a Modena è stata della Stessa Commissione Medica Locale, anche in assenza di un'associazione rappresentativa dei portatori di CIED.

Merita, infine, segnalare la procedura per la prenotazione, che a Modena può utilizzare diversi canali:

Figura 1

- direttamente online compilando il modulo on line al seguente indirizzo.:

<https://www.ausl.mo.it/prenotacommissioneipatenti>

- telefonando al n. 059 435250 il martedì, il mercoledì e il venerdì dalle 9.00 alle 12.00;
- inviando un fax al n. 059 3963531. Indicare i seguenti dati: cognome e nome, luogo e data di nascita, numero della patente e relativa data di scadenza, indirizzo di residenza o domicilio a cui si desidera ricevere la lettera di convocazione, recapito telefonico e indirizzo e-mail.

Non è possibile l'accesso diretto del pubblico.

In caso di RINNOVO della patente, è opportuno prenotare la visita 4 o 5 mesi prima della data di scadenza.

Per informazioni o chiarimenti è possibile scrivere all'indirizzo segreteriaicml@ausl.mo.it

In sede di visita, oltre alla certificazione sanitaria in originale e in fotocopia relativa alla patologia/ alle patologie di cui si è affetti (la richiesta degli specifici certificati medici viene specificata nella lettera di appuntamento inviata all'interessato); inoltre, bisogna portare tutti i documenti e pagamenti specificati sempre nella lettera di appuntamento.

Abbiamo rivolto alcune domande al dott. **Aldo Ricci**, Responsabile UOS Certificazioni idoneative S.C. Medicina Legale e Risk Management - Azienda USL di Modena. Lo ringraziamo per il contributo dato all'incontro del maggio 2019 e per i successivi incontri orientati alla ricerca di obiettivi e modalità operative proponibili

Intestazione Ospedale

CERTIFICATO PER PAZIENTI PORTATORI DI DEFIBRILLATORE AUTOMATICO
(da presentare all'atto della visita presso la C.M.L. per le patenti di guida delle Provincia di Modena unitamente al consueto certificato cardiologico dello specialista di riferimento)

Si attesta che il/la Sig./Sig.ra _____ nato/a il ____/____/____ a _____ è paziente portatore di defibrillatore automatico impiantabile.

Diagnosi che ha condotto all'impianto (indicare la patologia) _____

Data del 1° impianto ____/____/____ Data ultima sostituzione ____/____/____

Indicazioni all'impianto: Prevenzione primaria Prevenzione secondaria

Attivazione/i: MAI
 SI, pregressa/e (in data anteriore a 6 mesi)
 SI, negli ultimi 6 mesi (data ____/____/____; ____/____/____; ____/____/____)

Motivo dell'ultima attivazione: FV TV

L'attivazione, anche se pregressa, ha determinato presincope/sincope?
 NO SI, solo 1 volta (in data ____/____/____) e da tale episodio è trascorso più di un anno di condizioni cardiologiche stabili

FE ____% rilevata all'ultimo ecocardiogramma effettuato in data ____/____/____
 stabile in miglioramento in peggioramento
(in caso di eco non recente spiegarne i motivi) _____

Classe NYHA I II III IV

Terapia antiaritmica in corso SI NO

Condizioni cardiologiche generali (in rapporto alla stabilità della patologia):
 quadro clinico stabile (non modifiche significative del quadro patologico cardiaco, assenza di ricoveri recenti, non modifiche della terapia)
ovvero
 ricovero negli ultimi 6 mesi (data ____/____/____) - motivo del ricovero _____
 modifica della terapia farmacologica SI NO

Risultanze di ev. altri accertamenti strumentali utili all'inquadramento del caso (ECG, prova da sforzo, ecc.) _____

Data, ____/____/____

Timbro e firma del Medico _____

li a livello territoriale almeno regionale. Lo ringraziamo anche per il tempo che ha dedicato a questo nostro breve colloquio e alle risposte dalle quale pare evidente l'intento di rispettare e conciliare le esigenze dei medici della CML, dei cardiologi e dei pazienti portatori di CIED quale condizione per realizzare vantaggi e benefici per tutti e tre i gruppi di soggetti coinvolti nel processo del rinnovo delle patenti di guida.

Quando avete deciso di occuparvi dei portatori di CIED e con quali scopi?

Sono trascorsi ormai diversi anni da quando ci siamo resi conto che la valutazione dell'idoneità alla guida nei portatori di ICD era un argomento meritevole di approfondimento per le frequenti difficoltà di interpretazione della certificazione rilasciata dagli specialisti cardiologi, con il conseguente rischio di esprimere perio-

di di idoneità alla guida molto ristretti in pazienti in buone condizioni di salute o, diversamente, lunghi periodi di idoneità in pazienti a maggior rischio per la guida.

Nel corso del 2008 è emersa, pertanto, l'esigenza di poter disporre di un modulo che presentasse caratteristiche tali da poter essere facilmente compreso dalla CML (che non prevede un componente cardiologo) e che permettesse di acquisire le informazioni utili all'espressione di una corretta valutazione dell'idoneità alla guida (e del periodo di rinnovo) nei confronti dei pazienti portatori di ICD. Allo stesso tempo, ovviamente, il modulo avrebbe dovuto presentare caratteristiche di semplice e rapida compilazione da parte degli specialisti cardiologi.

Quale è stato il percorso da voi seguito per arrivare alla procedura attualmente in uso e quali sono stati i soggetti coinvolti.

Ovviamente, per lo scopo che ci proponevamo l'unica strada percorribile era il coinvolgimento dei professionisti della disciplina, ovvero di specialisti cardiologi, in particolare aritmologi; di conseguenza, è stato costituito un gruppo di lavoro formato da un Medico Legale della CML di Modena (nello specifico il sottoscritto) e da un cardiologo/aritmologo in rappresentanza di ogni ospedale pubblico della Provincia.

In questo modo, avvalendoci delle competenze specialistiche, oltre a passare in revisione la letteratura scientifica sull'argomento, abbiamo individuato quali fossero i dati

clinici di maggior rilievo necessari alla valutazione dell'idoneità alla guida dei soggetti portatori di ICD; nel medesimo gruppo sono state, inoltre, condivise la struttura del modulo e le modalità di compilazione.

Infine, seppur in maniera informale e non scritta, sono state condivise indicazioni sulle modalità valutative.

Quale è il suo parere in merito all'efficacia della procedura adottata?

Mi permetto di esprimere che i risultati sono stati molto positivi e posso riferire di aver ricevuto riscontri entusiastici nelle occasioni in cui il modulo e le nostre impostazioni valutative sono state presentate a convegni di Aritmologia, già a partire dal Congresso AIAC di Pisa del 2012.

Infatti, da un lato la CML ha tratto indubbi vantaggi dal poter disporre di un modulo di più semplice interpretazione rispetto a un certificato cardiologico spesso redatto utilizzando sigle o diciture ultraspecialistiche; dall'altro, abbiamo riscontrato un apprezzamento anche da parte degli specialisti cardiologi, con venir meno della 'diffidenza' verso la Commissione. D'altra parte, quando ve ne è bisogno, anche attualmente ci si rivolge a specialisti cardiologi per eventuali pareri sulla specifica tematica.

Da ultimo, ma certamente non per importanza, anche i pazienti ne hanno tratto un indubbio beneficio. Infatti, la maggior conoscenza della materia da parte della Commissione ha certamente consentito

di superare la precedente impostazione appiattita su periodi di idoneità molto ristretti, sempre tenendo conto tuttavia che ogni paziente ha caratteristiche proprie e, non di rado, è affetto anche da altre patologie, delle quali si deve tener conto nell'espressione del giudizio.

Ritiene praticabile un consenso su più vasta scala (almeno a livello regionale) sulle intenzioni e sulle scelte operative che hanno reso possibile le vostre decisioni?

Sarebbe molto bello, ma non so quanto realmente praticabile.

Ogni CML, infatti, pur all'interno dell'impianto normativo di riferimento, ha una propria autonomia; di conseguenza, penso sia difficile addivenire ad un consenso su scala regionale, a meno che non partano iniziative di profilo regionale che sfocino nell'emanazione di indicazioni ufficiali di carattere normativo regionale.

Del resto, per quanto di pertinenza della CML di Modena, allo stato attuale la situazione è consolidata: il modulo in uso è ormai conosciuto nei reparti cardiologici (che ne sono in possesso) e viene rilasciato a richiesta del paziente. In CML abbiamo acquisito modalità valutative che ci consentono di esprimere periodi di idoneità adeguati e sufficientemente lunghi. Di conseguenza, a mio avviso, potrebbe esser rischioso stravolgere – magari proponendo un modulo con caratteristiche diverse - una situazione positivamente consolidata nel tempo.



TESTIMONIANZE

Ci scrive una nostra associata.

Barbara Cristofori

Carissimi,
ringrazio gli organizzatori dell'incontro online del 26 molto piacevole, tra l'altro un'occasione per rivedere i nostri sorrisi senza mascherina!

Aderisco subito con piacere alla proposta di condividere i nostri pensieri, le nostre sensazioni durante questa pandemia. Ho vissuto quest'anno da portatore di pacemaker e medico dentista.

Un susseguirsi di dubbi iniziando da questo terribile AREOSOL che si produce lavorando in bocca. Sappiamo da sempre che il cavo orale è un "nido molto accogliente" per numerosi batteri, virus e funghi e quindi siamo preparati e attrezzati per la prevenzione della diffusione delle patologie infettive, ma l'aerosol contenente questo coronavirus sembra una bomba con super poteri (bisogna anche sorridere un po'). Certo le metodiche e i tempi del lavoro sono cambiati, difficile convivere con questi dispositivi di sicurezza individuali così "soffocanti" e lesivi per la vista e sempre molti dubbi: farò bene? sarà sufficiente? Devo proteggermi io ma devo proteggere anche i pazienti, i miei familiari, sierologici e tamponi periodici, ma quanto sono attendibili? E questa sensazione di incertezza, e allora le chat coi colleghi, gli articoli specialistici e ancora dubbi e dubbi.

Purtroppo due pazienti ci hanno lasciato a causa del covid e insieme ai dubbi un po' di rabbia e le domande: si poteva evitare? Si poteva gestire in modo diverso? E da parte mia la solita "scappatoia": quello che è stato è stato, ora pensiamo a coltivare la speranza che finisca.

Da un lato la quotidianità di un lavoro a così alto rischio ma dall'altro la consapevolezza del privilegio di avere comunque un impegno, un qualcosa che mi desse la possibilità di uscire e incontrare altre persone. Inevitabilmente la malinconia e l'avvio verso una depressione ha coinvolto molte persone per le quali nulla si poteva fare, come per molti ragazzi alle prese con la difficoltà (e la tristezza) della DAD. E allora ancora affidiamoci alla speranza che tutto questo finisca presto.

Ora è il tempo dei vaccini e la voglia che quante più persone possibile siano vaccinate nel

tempo più breve possibile. Con immensa gioia insieme ai collaboratori dello studio l'11 febbraio abbiamo ricevuto la prima dose del vaccino Pfizer e il 4 marzo la seconda.

Non so dire se il mio stato d'animo sia cambiato o quanto, questa pandemia ha comunque generato sensazione di incertezza, di difficoltà nei progetti, un sentirsi più sicuri nel vivere un po' alla giornata. E poi, vabbè la consapevolezza del privilegio di aver già fatto il vaccino ma anche quel senso di "manca ancora qualcosa" ossia ancora **troppe persone NON vaccinate**.

Aspetto di leggere con molto piacere le sensazioni e i pensieri di tutti voi coi quali condivido la condizione di portatrice di dispositivo cardiaco e spero di non avervi annoiato troppo con tutti i miei dubbi!

Vi abbraccio e arriverci al prossimo incontro online... senza mascherina!



IL 5 PER MILLE

Anche quest'anno abbiamo ricevuto il 5 per mille che ci viene donato con la dichiarazione dei redditi.

Per il 2019 (dichiarazione 2020) abbiamo ricevuto € 6.060,31, un po' meno di quanto ricevuto lo scorso anno, ma molto se rapportato al particolare periodo di difficoltà che da due anni stiamo vivendo a causa della pandemia.

Grazie di cuore a quanti hanno fatto la scelta a favore dell'APDIC.

TESTIMONIANZE

Dobbiamo forse arrenderci?

Gabriele Adinolfi

Devo confessare che in questi ultimi tempi mi è venuta spesso la tentazione di arrendermi di fronte allo scoramento provocato dalle tante tragedie prodotte dalla stupidità umana che sembra aver preso il sopravvento nell'improntare le azioni degli uomini e dei popoli in questo scorcio di secolo.

Come giudicare altrimenti ciò a cui stiamo assistendo quotidianamente e con l'impressione di essere impotenti ad evitarlo?

Eppure non è tanto lontano nel tempo il 1989 con il crollo del muro di Berlino, simbolo emblematico di quello che ci si poteva illudere fosse l'aprirsi di una nuova era per l'umanità, un'era di speranza che sembrava fondarsi sulla ritrovata comprensione tra gli uomini e tra i popoli realizzatasi con una rivoluzione pacifica delle coscienze quasi senza violenza a significare l'affermarsi dei più validi principi ideali contro i tempi bui della sopraffazione e, in molti casi, della sottrazione della libertà.

Ben sapevamo che vi erano ancora tante sofferenze e tanti problemi da risolvere ma potevamo illuderci che, unendo gli sforzi di tutti, finalmente mossi da volontà concorde di costruire una nuova società a dimensione umana, il mondo

fosse avviato una volta per tutte a divenire la casa comune dell'uomo.

A distanza di oltre 30 anni constatiamo che nulla di ciò si è realizzato.

In ogni Paese, anche, e soprattutto in quelli civilmente più evoluti, alla maggiore disponibilità di risorse e di organizzazione sociale sembra paradossalmente corrispondere un prorompente manifestarsi di ingiustizie e di tensioni sociali. I governi, ed il nostro in particolare, sembrano incapaci di affrontare e risolvere i problemi della equità e della effettiva pari opportunità per i loro cittadini.

Vediamo con crescente preoccupazione risorgere il razzismo ed il fanatismo politico e religioso che la ragione sembrava aver sconfitto per sempre.

In tanti Stati sono al potere regimi forti che opprimono e limitano la libertà dei Popoli, non ci sono mai state tante guerre in atto.

In questo particolare periodo che limita fortemente gli spostamenti ed i rapporti sociali, dedico più tempo del solito alla lettura dei giornali e ad approfondire le notizie che la televisione (o meglio le televisioni) sparano a getto continuo.

È il trionfo assoluto del qualunque e dei nientologi. Persone che vogliono passare per esperti di qualsiasi materia e dicono tutto ed il contrario di tutto salvo smentirsi dopo 24 ore.

La maleducazione e la mancanza di buon senso sono ovunque. Dibattiti dove pensa di aver ragione chi urla più forte, Persone che dovrebbero rappresentarci ed essere quindi il meglio della Società e che invece offrono spettacoli indegni di Persone civili e responsabili e che di "onorevole" non hanno proprio nulla.

Dobbiamo dunque arrenderci? Io mi sforzo di credere, io voglio credere che non sia così; che la ragione ed i buoni sentimenti debbano finire con il prevalere.

Voglio crederlo non tanto per me, ma per mia figlia, le mie nipoti e per le generazioni future.

È proprio perché è difficile che non dobbiamo arrenderci, La meta è grande, la meta è difficile da raggiungere ma non impossibile.

Sicuramente non basteranno le doti della mente per raggiungerla, se ad esse non sapremo unire le doti del cuore.

Incominciamo noi!



SUGGERIMENTI DI LETTURA PER ADULTI

Elisa Toscano

Tutti i racconti, di Katherine Mansfield, Oscar Mondadori, Milano, 2006

I racconti di Katherine Mansfield, scrittrice neozelandese dei primi del Novecento, sono un invito alla lettura: i personaggi sono vivi, i dialoghi brillanti, le descrizioni vivaci e dettagliate. Ricordi d'infanzia ed esperienze di vita permeano la sua scrittura con una formidabile forza evocativa.

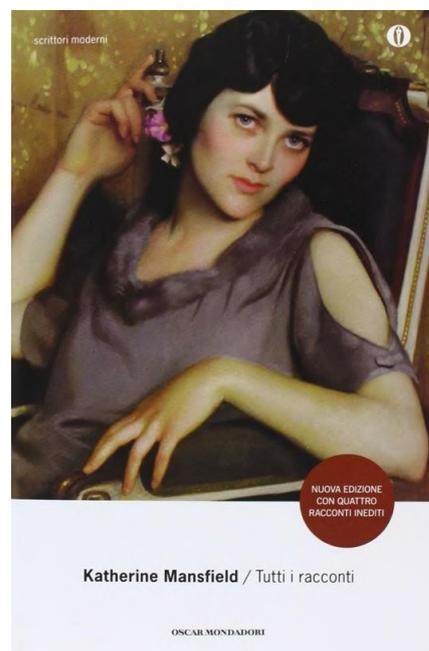
Un esempio è "La casa delle bambole", uno dei racconti più belli, secondo me.

La trama è semplice: Isabel, Lottie e Kezia hanno ricevuto in dono dalla nonna una bellissima casa delle bambole arredata di tutto punto. Mentre Isabella e Lottie ne ammirano ogni particolare di arredo, Kezia (alter ego dell'autrice) è affascinata dall'unico oggetto che si avvicina alla realtà: una piccola lampada.

Tutte le compagne di scuola vengono invitate a vedere la casa, tranne due sorelle, emarginate perché figlie di una lavandaia e di "un avanzo di galera". Kezia, con la sua semplicità e ingenuità, mostra di nascosto la casa alle due bambine, ma viene scoperta dalla zia, che la redarguisce duramente e caccia le due intruse. Ma Elsse, una delle due sorelline, "fece uno dei suoi rari sorrisi- L'ho vista, la piccola lampada- disse con un fil di voce."

La casa delle bambole è sì un pretesto per rimarcare le differenze sociali, ma anche un modo lieve e puntuale di entrare nell'animo infantile, dove il ricordo del vissuto della Mansfield è ben presente.

Da leggere perché ciò che rimane dentro non tanto la trama dei racconti, quanto le emozioni evocate attraverso una scrittura cristallina e raffinata. Con una particolare attenzione per il suono delle parole, per il ritmo della frase, per il dettaglio.



SUGGERIMENTI DI LETTURA PER BAMBINI

Elisa Toscano

Miriam Dubini, Il viaggio di Sama e Timo, Il Battello a Vapore - Piemme, 2017

Il libro parla ai ragazzi di accoglienza, di solidarietà e di amore. L'autrice tratta con delicatezza il fenomeno migratorio verso le coste del vecchio continente con le speranze, i sogni, le paure del futuro di tante persone che fuggono dalle guerre, dalla fame, dalla mancanza di libertà. E' una storia vera che si collega a un episodio dell'estate del 2015: un video, virale in rete, mostra una ragazza del Sudan, Sama, che si dispera sul pontile del porto di Lampedusa perché le autorità sanitarie le hanno sequestrato il suo gatto, Timo, con il quale, tenendolo nascosto, ha viaggiato nel deserto e sul mare per oltre due mesi. Timo, a ragione, può essere dunque definito il primo gatto clandestino! Sama sperimenterà che esistono persone e istituzioni buone, che hanno a cuore la vita degli altri, anche di un gatto.

La storia è avvincente e può tenere compagnia ai ragazzi dai sette anni in su.

Consigliato da Mariateresa che lo ha pescato nella biblioteca di classe.



Cartella Clinica Elettronica e nuovi codici del Pronto Soccorso

Notizie dal Comitato Consultivo Misto del Policlinico S. Orsola - Malpighi di Bologna

Paolo Pagani

Dal 2020 ho avuto il grande piacere di affiancare/sostituire Donatella come “APDIC” nel Comitato Consultivo Misto del S.Orsola, vorrei quindi condividere alcune situazioni, interessi/iniziative.

Che cosa è il CCM ?

Il Comitato Consultivo Misto (di seguito C.C.M.), istituito ai sensi dell’Art.16 della Legge Regionale N.19/1994, viene definito organismo aziendale misto con compiti di verifica, supporto, proposta sui servizi sanitari ed in particolare sulla loro qualità dal punto di vista dei cittadini. Così come disposto dall’Art. 4 del Regolamento del C.C.M., è composto da una Rappresentanza maggioritaria di componenti appartenenti alle Associazioni di Volontariato e Associazioni di Promozione Sociale; una Rappresentanza minoritaria di componenti aziendali; un Rappresentante dell’Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Bologna; un Rappresentante del Comune di Bologna o della CTSS metropolitana.

Il C.C.M. ha validità triennale. Il rinnovo avviene previa verifi-

ca dei requisiti di accreditamento delle Associazioni di Volontariato/Promozione Sociale. Vengono eletti il Presidente e il Vice Presidente, con votazioni separate e a scrutinio segreto, a maggioranza semplice, ovvero il cinquanta per cento più uno dei componenti effettivi aventi diritto al voto, ossia parte associativa e componente aziendale.

Il 21 Ottobre 2020, data la naturale scadenza del precedente C.C.M., prevista inizialmente, per il 30 Giugno 2020, ma posticipata al 30 Settembre 2020, a causa dell’emergenza sanitaria che ha investito il nostro Paese, si è dato avvio all’iter per il rinnovo del C.C.M. e per l’elezione del Presidente e del Vice Presidente.

Esito nuove elezioni

Presidente Annalisa Bettini, Rappresentante dell’Associazione Andromeda;

Vice Presidente Letizia Maini, Rappresentante dell’Associazione Marfan.

Da circa un anno il CCM lavora in remoto. Vi segnalo gli argomenti trattati nella videoconfe-

renza di ottobre ed in quella di Novembre 2021.

Cartella Clinica Elettronica (C.E.E)

Il Presidente passa al secondo punto all’Ordine del Giorno e passa la parola alla Dott.ssa Vania Maselli, Responsabile del settore “Sicurezze delle Cure” afferente alla Struttura Medicina Legale e Gestione Integrata del Rischio e al Dott. Capitani, Direttore della Struttura “Information and communications technology” che presentato la Cartella Clinica Elettronica (C.C.E.). Il progetto Cartella Clinica Elettronica Interaziendale è nato nel 2017 con la costituzione di un gruppo di lavoro interaziendale tra l’Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna, l’Azienda Ospedaliero – Universitaria di Bologna, l’Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Le tre Aziende sopracitate, hanno condiviso la necessità di dotarsi di un Sistema di Cartella Clinica Elettronica unico a supporto delle attività assistenziali nei reparti di cura. L’adozione di tale strumento permette di supportare i professionisti sani-

tari nella gestione dei percorsi di cura del paziente che coinvolgono più strutture sanitarie, con lo scopo sia di agevolare i processi di comunicazione e collaborazione tra professionisti, sia di maggior presidio degli aspetti relativi alla Sicurezza del paziente e favorire la continuità di cura. Inoltre, sono stati costituiti dei gruppi di lavoro multidisciplinari elaborando un Documento di Impianto della Cartella Clinica Elettronica ed a seguito della sua validazione sono state avviate le attività di configurazione ed implementazione della C.C.E. e del Modulo di Terapia. Ad oggi le Unità Operativa con Sistema C.C.E. attivo sono 11 e quelle di prossima attivazione saranno 5. Oltre alla fornitura di un sistema di C.C.E. è presente anche un sistema di Prescrizione e Somministrazione farmaci; da inizio anno ad oggi le prescrizioni effettuate sono pari a 78.734, mentre le somministrazioni sono pari a 438.172.

Per quanto concerne, invece, il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) è uno strumento che archivia, in maniera continuativa e tempestiva, la storia sanitaria di ogni paziente. In esso sono caricati tutti gli atti sanitari prodotti sia dalle strutture pubbliche che da quelle private convenzionate. Il cittadino, inoltre, può aggiungere ulteriori documenti, completando così la propria storia medica, può anche autorizzare i professionisti coinvolti a visualizzarne i contenuti, avendo sempre il diritto, in ogni caso, di revocare l'autorizzazione. Il Presidente ringrazia i relatori e saluta la Dott.ssa Maselli e il Dott. Capitani per l'intervento.

Pronto Soccorso

Un nuovo codice colore in più, 5 codici invece dei 4 precedenti, per una nuova modalità di triage. È la principale novità introdotta dalle Linee di indirizzo per il triage nei Pronto Soccorso dell'Emilia-Romagna, approvate dalla Giunta regionale, al via a Bologna e provincia a partire dal 20 ottobre. Ai colori rosso, arancione (che sostituisce il giallo), verde e bianco, si aggiunge ora l'azzurro collocato tra arancione e verde, che indica un'urgenza differibile. L'introduzione dei 5 codici di priorità si accompagna ad un nuovo sistema di triage che terrà conto, nella attribuzione del codice colore, non solo del livello di criticità di chi arriva in Pronto soccorso, ma anche della complessità clinico-organizzativa e dell'impegno assistenziale necessari per attivare il percorso di presa in carico, in modo da ottimizzare il flusso dei pazienti e migliorarne l'esperienza. Dal 20 ottobre, quindi, in tutti i Pronto Soccorso di Bologna e provincia, i cittadini saranno accolti e valutati dagli infermieri del triage, già formati al nuovo sistema di codici colore.

Cinque i codici colore:

rosso (per l'emergenza, richiede una valutazione immediata da parte dei sanitari)

arancione (urgenza indifferibile, 15 minuti come tempo di attesa massimo per la presa in carico)

azzurro (urgenza differibile, 60 minuti tempo d'attesa massimo)

verde (urgenza minore, 120 minuti)

bianco (non urgenza, 240 minuti).

Il dr Giostra ha ricordato che il *codice colore non corrisponde a gravità clinica* ed auspica percorsi diagnostici terapeutici e fast track (percorsi veloci) specialistici. Nella definizione della priorità l'infermiere del triage tiene conto del problema di salute principale, del livello di criticità, del rischio di evoluzione clinica peggiorativa e del percorso di cura più appropriato. Alla definizione del codice colore concorrono ulteriori fattori, quali il livello di dolore, l'età, il grado di fragilità e/o disabilità, particolarità organizzative e di contesto locale. Si tratta di un processo dinamico, che implica rivalutazioni periodiche, poiché le condizioni cliniche dei pazienti in attesa di essere presi in carico dai medici possono migliorare o peggiorare, in modo da richiedere una rivisitazione del livello di priorità e/o del percorso di cura.



Nuove tecniche per il trattamento della fibrillazione atriale

Cristian Martignani

Cardiologia – IRCCS Policlinico di S. Orsola

Riassunto

L'ablazione transcateretere della fibrillazione atriale (FA) può essere considerata un trattamento di prima linea per i pazienti sintomatici con FA parossistica o persistente in quanto è più efficace dei farmaci antiaritmici per il controllo del ritmo.

L'isolamento delle vene polmonari è la tecnica di ablazione principale per i pazienti con FA parossistica o persistente, a cui possono associarsi, secondariamente, altri target nell'atrio sinistro.

Diversi studi hanno dimostrato un miglioramento significativo della qualità della vita dei pazienti con FA dopo ablazione, e più recentemente è stato documentato come la strategia di controllo precoce del ritmo abbia ridotto la morbilità e la mortalità nei pazienti con FA.

I pazienti con scompenso cardiaco e FA sembrano beneficiare ancora di più della ablazione. Diversi studi hanno dimostrato non solo un miglioramento dell'emodinamica e della funzione ventricolare sinistra, ma anche una significativa riduzione della morbilità e della mortalità dopo ablazione.

L'età avanzata, le comorbilità e la presenza di un rimodellamento strutturale del cuore sono ulteriori forti predittori di recidiva di FA post-ablazione anche se è stato dimostrato che l'ablazione della FA è una metodica relativamente sicura ed efficace anche in pazienti di età superiore ai 75 anni.

Introduzione

La fibrillazione atriale (FA) è l'aritmia più comune con una prevalenza globale in rapido aumento dovuta principalmente all'invecchiamento della popolazione mondiale. I pazienti con FA spesso sperimentano una significativa compromissione della loro qualità di vita e, cosa più importante, hanno un aumentato rischio di esiti cardiovascolari avversi (ictus, insufficienza cardiaca, morte cardiaca). Il controllo del ritmo (cioè il ripristino del ritmo sinusale e la prevenzione di nuovi episodi di FA) è parte inte-

grante dell'approccio terapeutico proposto nelle recenti linee guida della Società Europea di Cardiologia, insieme all'anticoagulazione, al controllo della frequenza della tachiaritmia e al trattamento dei fattori di rischio cardiovascolare e delle comorbilità associate alla FA. I farmaci antiaritmici sono stati ampiamente utilizzati per il controllo del ritmo nella FA, anche se con successo limitato. D'altra parte, la ablazione della fibrillazione atriale è emersa come la strategia di trattamento di prima scelta in conseguenza

del rapido sviluppo di nuove tecniche negli ultimi decenni.

Diversi studi hanno dimostrato che l'ablazione cardiaca è più efficace dei farmaci antiaritmici nel migliorare gli indici di qualità della vita nei pazienti sintomatici.

In termini di risultati clinici, studi recenti hanno dimostrato un potenziale beneficio prognostico dell'ablazione cardiaca. Il recente studio multicentrico prospettico CABANA, che ha confrontato l'ablazione cardiaca con il trattamento medico in pazienti con FA parossistica e persistente, ha mostrato una

chiara superiorità dell'ablazione cardiaca per la prevenzione delle aritmie atriali ricorrenti e la riduzione del carico di FA, anche se non è riuscito a dimostrare una superiorità dell'ablazione cardiaca nella prevenzione di morte, ictus invalidante, emorragie gravi o arresto cardiaco. Inoltre, nello studio EAST-AFNET 4, che ha randomizzato i pazienti con FA entro un anno dalla diagnosi iniziale al controllo del ritmo (con ablazione cardiaca o con farmaci antiaritmici) o della frequenza, è stata osservata una riduzione più significativa dell'endpoint primario composito di morte cardiovascolare, ictus o ricovero per peggioramento dell'insufficienza cardiaca nel gruppo di controllo del ritmo dopo un follow-up mediano di 5 anni. Questo è stato il primo studio che ha mostrato un miglioramento dell'esito clinico dei pazienti con FA (anche quelli asintomatici) con una strategia di controllo precoce del ritmo.

L'ablazione della FA è una procedura relativamente sicura con un tasso di complicanze che varia tra il 2-3,5%. Tuttavia, possono verificarsi complicazioni pericolose per la vita, anche se rare. La mortalità intraospedaliera dopo l'ablazione varia tra 0,6 e 4 per 1.000 pazienti. Il tamponamento cardiaco è la complicazione grave; altre complicazioni includono stenosi di vene polmonari, eventi embolici periprocedurali, lesioni del ner-

vo frenico, fistola atrio-esofagea, lesioni coronariche acute e pericardite. L'età avanzata, l'obesità e le comorbilità cardiovascolari sono state tutte associate a un esito negativo dopo l'ablazione cardiaca.

Ablazione della fibrillazione atriale: chi candidare?

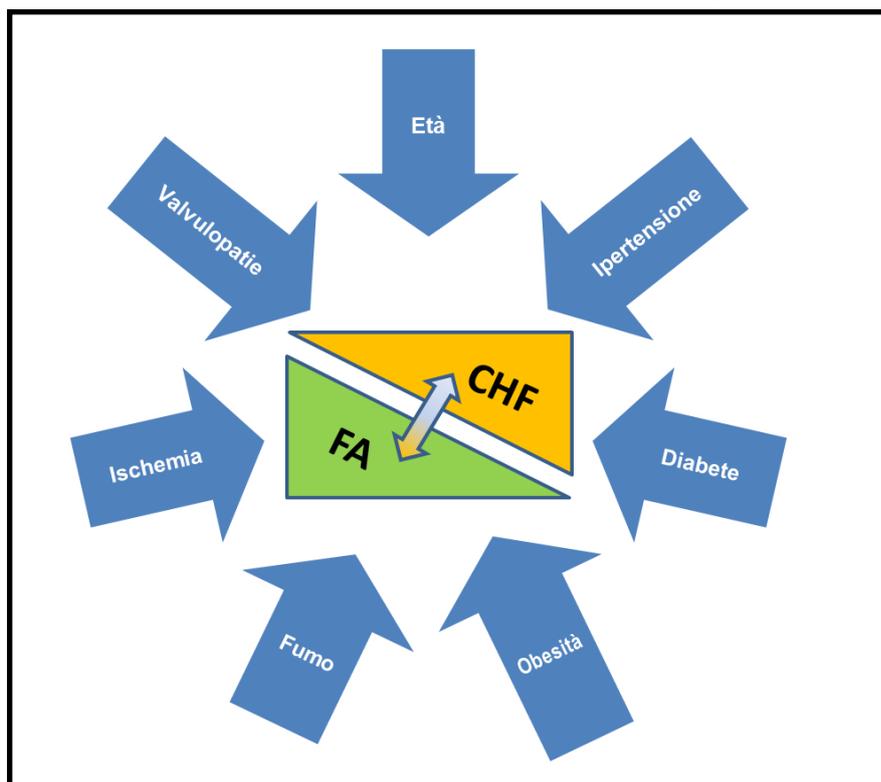
L'età avanzata, la lunga durata della FA (FA persistente di lunga durata), la severa disfunzione sistolica ventricolare sinistra (frazione di eiezione inferiore al 25%), l'aumento rilevante delle dimensioni dell'atrio sinistro (diametro >5 cm) e la presenza di comorbilità (obesità, ipertensione, sindrome metabolica, apnea ostruttiva del sonno) sono i principali fattori che predicono un alto tasso di ricorrenza delle aritmie atriali dopo l'ablazione (fig. 1). Nessuno di questi fat-

tori, tuttavia, è una controindicazione assoluta all'ablazione cardiaca, ma testimoniano come la loro correzione siano fondamentali per ridurre il rischio aritmico e per far sì che un'eventuale ablazione abbia la massima efficacia.

L'ablazione di fibrillazione atriale può essere eseguita in sicurezza in pazienti in terapia anticoagulante ininterrotta sia con i nuovi anticoagulanti orali (NAO) sia con Warfarin.

Anche se i pazienti anziani sono stati generalmente sottorappresentati nei grandi studi clinici di ablazione cardiaca, l'evidenza accumulata da diversi studi ha

Fig.1: Fibrillazione atriale (FA) e scompenso cardiaco (CHF) sono strettamente connessi, potendo uno generare l'altro, in un circolo vizioso; essi condividono gran parte dei fattori di rischio potenzialmente responsabili della loro insorgenza.



dimostrato che sia la sicurezza che l'efficacia della ablazione sono altrettanto significativi in questo gruppo di età rispetto ai pazienti più giovani con FA, mentre le complicazioni vascolari e la necessità di farmaci antiaritmici dopo la ablazione possono essere leggermente superiori. Per quanto riguarda il beneficio clinico della ablazione, i dati di alcuni studi non randomizzati hanno documentato un miglioramento dei sintomi, della morbilità e della mortalità.

Ablazione della fibrillazione atriale in pazienti con insufficienza cardiaca

L'insufficienza cardiaca si accompagna spesso alla fibrillazione atriale: nei pazienti con insufficienza cardiaca, la comparsa di fibrillazione atriale si accompagna a un significativo deterioramento degli indici emodinamici e a un aumento della morbilità e della mortalità e in una sorta di circolo vizioso, l'insufficienza cardiaca promuove lo sviluppo della FA. L'ablazione transcateretere di FA può essere particolarmente impegnativa nei pazienti con insufficienza cardiaca (HF), anche se, pazienti che ne sono affetti sembrano beneficiare maggiormente di questa procedura. Diversi studi hanno chiaramente dimostrato che l'ablazione di FA nei pazienti con scompenso cardiaco comporta una significativa diminuzione del carico aritmico (cioè del numero totale

di episodi e la durata totale del tempo in cui l'aritmia si presenta nel tempo), un miglioramento della frazione di eiezione ventricolare sinistra, e un miglioramento della qualità della vita, addirittura anche in quelli con funzione sistolica ventricolare sinistra conservata.

Lo studio CASTLE-AF è stato il primo studio a dimostrare una riduzione significativa della mortalità con l'ablazione cardiaca rispetto alla sola terapia medica nei pazienti (con frazione di eiezione inferiore a 35%) con FA e scompenso cardiaco. Un'analisi di un sottogruppo dello studio CABANA ha ulteriormente confermato l'effetto benefico dell'ablazione cardiaca per quanto riguarda la morbilità e la mortalità dei pazienti con frazione di eiezione ridotta; di analogo rilevanza, una recente sottoanalisi dello studio EAST - AFNET 4 ha dimostrato che la terapia di controllo del ritmo entro un anno dalla prima diagnosi di FA riduce gli eventi cardiovascolari nei pazienti con segni o sintomi di insufficienza cardiaca anche nei pazienti con frazione di eiezione conservata.

Ablazione della fibrillazione atriale: tecniche e metodiche

Gli approcci all'ablazione della fibrillazione atriale si basano sulla nostra attuale comprensione dei meccanismi alla base di questa complessa aritmia. Il ruolo della attività elettrica ectopica che ha origine principal-

mente nelle vene polmonari è ampiamente riconosciuto come il meccanismo responsabile dell'insorgenza della FA: per tale motivo, l'isolamento elettrico delle vene polmonari, introdotto da Haissaguerre alla fine degli anni '90, rimane la strategia di ablazione predominante per la FA parossistica e persistente. D'altra parte, i meccanismi che sostengono la FA sono solo parzialmente compresi: per questo motivo, le strategie di ablazione che mirano a eliminare questi meccanismi variano moltissimo per ogni singolo caso, anche se sono in generale meno efficaci rispetto all'isolamento della vena polmonare (PVI). Questi approcci successivi includono l'ablazione di ampie aree di tessuto atriale (tetto atriale, parete posteriore e istmo mitrale, appendice atriale sinistra) per ridurre al minimo il substrato necessario per sostenere la FA o l'ablazione di specifiche aree (definite rotori) dotate di specifica attività elettrica.

Per oltre 20 anni, il cardine dell'ablazione transcateretere della FA parossistica e persistente ha comportato l'isolamento elettrico circonfrenziale delle vene polmonari, dall'atrio sinistro e l'induzione di necrosi coagulativa punto a punto dell'ostio delle vene polmonari tramite energia a *radiofrequenza*. Anche se altamente efficaci, esistono degli svantaggi nelle tecniche di ablazione a radiofrequenza. Questi svantaggi includono una diffici-

le curva di apprendimento dell'operatore, tempi procedurali prolungati, così come potenziali complicazioni come la formazione di trombi/embolizzazione, paralisi del nervo frenico, tamponamento cardiaco, fistole atrio-esofagee e stenosi delle vene polmonari. Oltre a queste problematiche, la recidiva della FA può verificarsi in ben il 50% delle persone con FA persistente entro i primi 18 mesi dalla procedura di ablazione con radiofrequenza. Per questo motivo, sono state sperimentate tecniche che utilizzano fonti di energia alternative, tra cui la crioterapia e, più recentemente, il laser e i campi elettrici pulsati. La ablazione mediante radiofrequenza è storicamente la più diffusa, è sicura e ha discreti risultati in termini di efficacia; solitamente richiede l'implementazione di altre metodiche (mappe elettroanatomiche). Complessivamente, è una strategia complessa ed elaborata che si svolge in tempi mediamente lunghi.

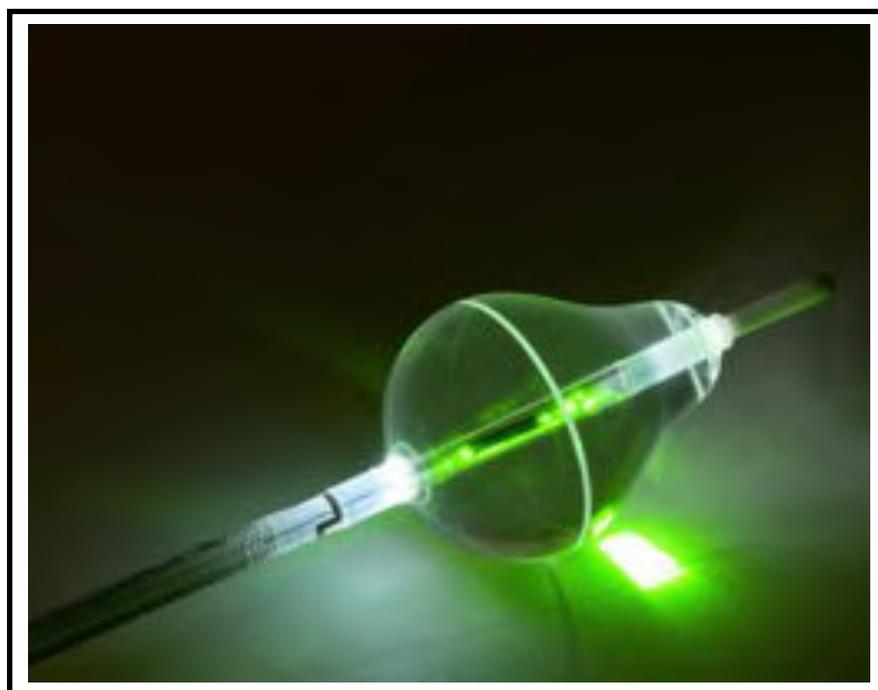
Nella *crioablazione*, l'isolamento delle vene polmonari si ottiene attraverso l'uso di un catetere deflettibile con un crio-pallone posizionato distalmente e progettato, contrariamente all'ablazione tramite RF, per l'ablazione 'single-shot' (erogazione di energia in un'unica soluzione). Il catetere è collegato ad una consolle esterna che è in grado di generare bassissime tempera-

ture (oltre -70°C). La formazione della lesione crioablativa si basa sul raffreddamento convettivo, per cui il crioconduttore assorbe calore dal miocardio circostante, causando un danno cellulare causato dalla formazione di cristalli di ghiaccio e dalla necrosi ischemica della cellula. I potenziali vantaggi della crioablazione includono una curva di apprendimento più breve e un tempo procedurale più breve rispetto alla tradizionale tecnica di lesione del substrato mediante radiofrequenza. L'ablazione mediante crioenergia è stata una delle prime forme di ablazione "single shot" ad affermarsi; è una metodica sicura e relativamente rapida

L'ablazione delle vene polmonari può essere condotta anche con *energia laser*: Il dispositivo per l'ablazione laser, attualmente alla sua terza generazione,

consiste di un catetere (12 French) con un palloncino gonfiabile e flessibile (diametro massimo espandibile 37 mm) e una punta distale flessibile non traumatica (fig. 2). All'interno del catetere si trova una fibra ottica in grado di trasmettere l'energia prodotta da un generatore esterno: quest'ultimo fornisce infatti l'energia laser a 980 nm. Il sistema è dotato di un endoscopio che consente la visualizzazione diretta delle manovre di "attracco" alla vena polmonare e alle varie fasi dell'ablazione (figg. 3 e 4) La dimensione del pallone stesso possono essere regolate direttamente dall'operatore tramite un controller portatile per adattarsi alle dimensioni delle vene polmonari da 8 mm a 40 mm.

Fig.2:: Il pallone utilizzato per l'ablazione laser; in verde, il raggio laser..



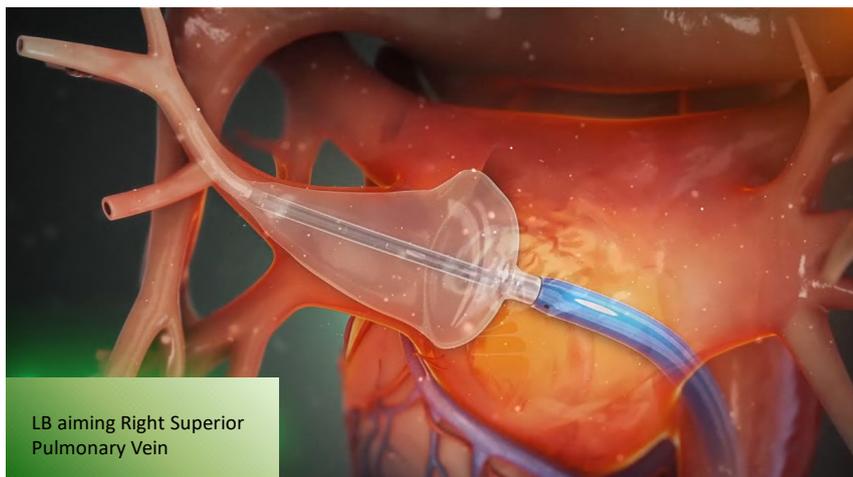


Fig.3: Il pallone laser è introdotto all'interno di una vena polmonare nell'atrio sinistro; viene gonfiato in modo da aver il miglior contatto possibile su tutta la sua circonferenza.

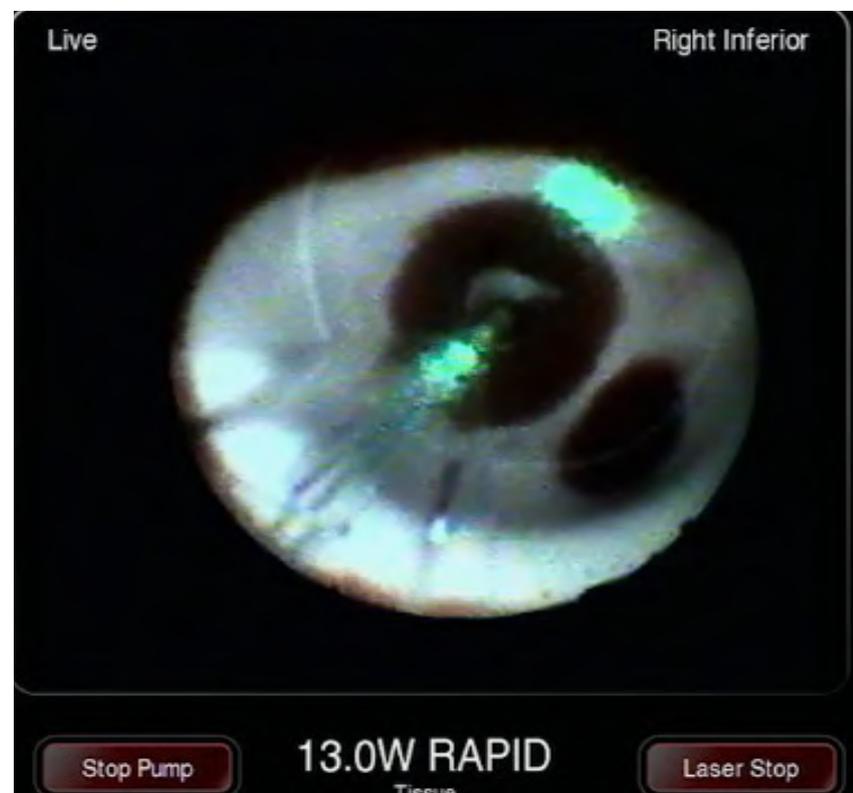


Fig. 4: Visione diretta dell'antra della vena polmonare, dove questa si congiunge con l'atrio sinistro (di colore biancastro). In verde, il raggio laser in azione. Centralmente (in colore rosso scuro) 2 rami della vena il pallone in cui il pallone è incuneato: gonfiando il pallone, esso aderisce alla parete dell'atrio sinistro, liberandola dal sangue con cui questa è a contatto.

L'energia del diodo laser viene emessa perpendicolarmente al catetere che lo ospita e può essere controllato sia manualmente (realizzando lesioni punto a punto) che automaticamente mediante l'utilizzo di un sistema motorizzato che fa avanzare il raggio laser alla velocità di 2 gradi al secondo (fig. 5).

La base per l'uso del laser come fonte di energia per l'ablazione deriva dalla conoscenza che specifici cambiamenti strutturali possono avvenire quando l'energia luminosa viene applicata al tessuto cardiaco. Queste interazioni, che sono influenzate sia dal laser che dalle proprietà del tessuto, includono reazioni fotochimiche (inattivazione della funzione cellulare senza aumento della temperatura del tessuto), fototermiche (l'energia luminosa viene convertita in calore dai tessuti) e fotoplasmatiche (la distruzione del tessuto avviene attraverso la produzione di alti campi elettromagnetici e onde d'urto). L'impatto specifico dell'applicazione della sorgente laser dipende dall'interazione tra le proprietà del laser (come la lunghezza d'onda del laser e la durata dell'applicazione) e i fattori del tessuto (come la densità del tessuto e la composizione dell'acqua) (fig. 6).

Il principio di base dell'isolamento delle vene polmonari è quello di separare elettricamente la conduzione dai fasci muscolari delle vene polmonari (da dove proviene l'attività elettrica

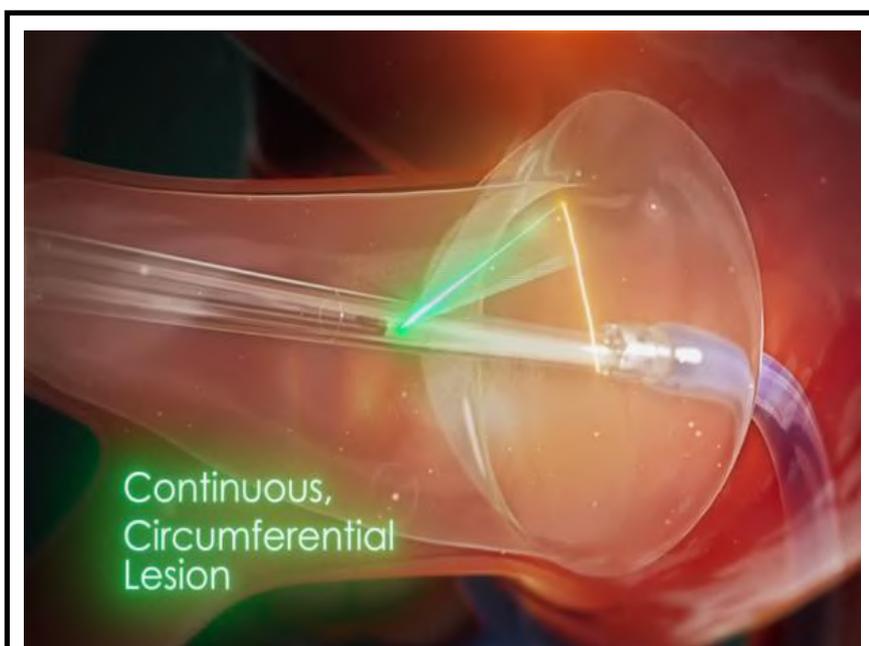


Fig.5: Rappresentazione di ablazione laser di una vena polmonare: il pallone è introdotto all'interno di una vena polmonare nell'atrio sinistro; in verde, il raggio laser controllato dal medico genera la lesione che isola elettricamente la vena polmonare, prevenendo la fibrillazione atriale.

Lesione LASER

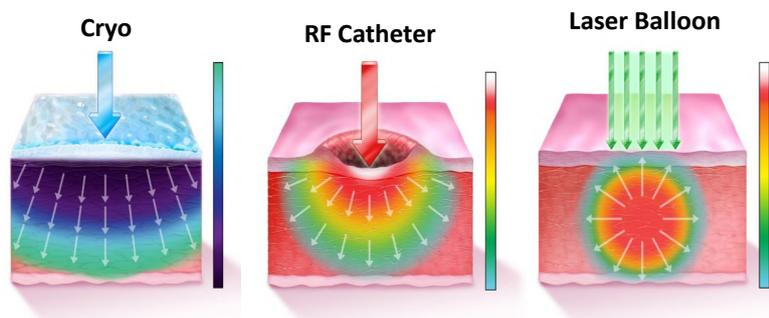


Fig.6: Diverse modalità di generazione della lesione con diversi tipi di sorgenti. Da sinistra a destra: crioablazione (la progressione del fronte freddo avviene dall'interno dell'atrio sinistro fino alla superficie esterna), radiofrequenza (il 90% della potenza RF è assorbita nei primi millimetri di tessuto, con possibile danneggiamento dell'endocardio), laser.

spontanea e irregolare) che scatena la FA, dal restante tessuto atriale.

Nell'ablazione laser mediante pallone, l'isolamento elettrico è prodotto da un fascio continuo di fotoni focalizzati in modo sequenziale o continuo sulla superficie antrale prossimale alle vene polmonari. Questo meccanismo cerca di migliorare i problemi esistenti con l'ablazione a radiofrequenza, in cui la lesione dell'endotelio può fungere da sede di formazione di coaguli e successivi eventi tromboembolici.

L'ablazione con pallone laser a guida ottica consente inoltre di fornire continuità alle applicazioni sequenziali di energia per evitare interruzioni tra le singole lesioni e ridurre il rischio di riconnessione delle vene polmonari o di aritmie atriali da rientro post-ablazione, mediante un sistema motorizzato automatico di rotazione circolare del laser stesso. Questa evoluzione tecnologica ha consentito di ridurre la quantità di energia totale trasferita alla parete atriale, riducendo il rischio di stenosi delle vene polmonari; l'ablazione laser con sistema motorizzato automatico di rotazione si è dimostrata particolarmente efficace e sicura e può abbreviare significativamente la durata della procedura a tutto vantaggio della sicurezza del paziente.

Bibliografia

- Lippi G, Sanchis-Gomar F, Cervellin G. Global epidemiology of atrial fibrillation: An increasing epidemic and public health challenge. *Int J Stroke*. 2021;16:217-221.
- Hindricks G, Potpara T, Dagres N, Arbelo E, Bax JJ, Blomström-Lundqvist C, Boriani G, Castella M, Dan GA, Dilaveris PE, Fauchier L, Filippatos G, Kalman JM, La Meir M, Lane DA, Lebeau JP, Lettino M, Lip GHY, Pinto FJ, Thomas GN, Valgimigli M, Van Gelder IC, Van Putte BP, Watkins CL; ESC Scientific Document Group. 2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS): The Task Force for the diagnosis and management of atrial fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association (EHRA) of the ESC. *Eur Heart J*. 2021;42:373-498.
- Haissaguerre M, Jaïs P, Shah DC, Takahashi A, Hocini M, Quiniou G, Garrigue S, Le Mouroux A, Le Metayer P, Clementy J. Spontaneous initiation of atrial fibrillation by ectopic beats originating in the pulmonary veins. *N Engl J Med*. 1998;339:659-66.
- Kowalewski C. Mapping atrial fibrillation: An overview of potential mechanisms underlying atrial fibrillation. *Herz*. 2021;46:305-11.
- Kuck KH, Brugada J, Fürnkranz A, Metzner A, Ouyang F, Chun KR, Elvan A, Arentz T, Bestehorn K, Pocock SJ, Albenque JP, Tondo C, FIRE AND ICE Investigators. Cryoballoon or radiofrequency ablation for paroxysmal atrial fibrillation. *N Engl J Med*. 2016;374:2235-45.
- O'Neil L, Wielandts JY, Gillis K, Hilfiker G, Le Polain De Waroux JB, Tavernier R, Duytschaever M, Knecht S. Catheter ablation in persistent AF, the evolution towards a more pragmatic strategy. *J Clin Med*. 2021;10:4060.
- Calkikns H, Hindricks G, Cappato R, Kim YH, Saad EB, Aquinaga L, Akar JG, Badhwar V, Brugada J, Camm J, Chen PS, Chen SA, Chung MK, Cosedis Nielsen J, Curtis AB, Davies DW, Day JD, d'Avila A, Natasjade Groot NMS, Di Biase L, Duytschaever M, Edgerton JR, Ellenbogen KA, Ellinor PT, Ernst S, Fenelon G, Gerstenfeld EP, Haines DE, Haissaguerre M, Helm RH, Hylek E, Jackman WM, Jalife J, Kalman JM, Kautzen J, Kottkamp H, Kuck KH, Kumagai K, Lee R, Lewalter T, Lindasy BD, Macle L, Mansour M, Marchlinski FE, Michaud GF, Nakagawa H, Natale A, Nattel S, Okumura K, Packer D, Pokushalov E, Reynolds MR, Sanders P, Scanavacca M, Schilling R, Tondo C, Tsao HM, Verma A, Wilbert DJ, Yamane T; Document Reviewers:. 2017 HRS/EHRA/ECAS/APHRS/SOLAECE expert consensus statement on catheter and surgical ablation of atrial fibrillation. *Europace*. 2018;20:e1-e160.
- Amuthan R, Curtis AB. What clinical trials of ablation for atrial fibrillation tell us – and what they do not. *Heart Rhythm O2*. 2021;2:174-86.
- Wokhlu A, Monahan KH, Hodge DO, Asirvatham SJ, Friedman PA, Munger TM, Bradley DJ, Bluhm CM, Haroldson JM, Packer DL. Long-term quality of life after ablation of atrial fibrillation the impact of recurrence, symptom relief and placebo effect. *J Am Coll Cardiol*. 2010;55: 2308-16.
- Marrouche N, Brachmann J, Andersen D, Siebels J, Boersma L, Jordaens L, Merkley B, Pokushalov E, Sanders P, Proff J, Schunkert H, Christ H, Vogt J, Bänsch D;CASTLE-AF Investigators. Catheter ablation for atrial fibrillation in heart failure. *N Engl J Med*. 2018;378: 417-27.
- Packer D, Piccini JP, Monahan KH, Al-Khalidi HR, Silverstein AP, Noseworthy PA, Poole JE, Bahnson TD, Lee KL, Mark DB; CABANA Investigators. Ablation versus drug therapy for atrial fibrillation in heart failure: Results from the CABANA trial. *Circulation*. 2021;143:1377-90.
- Rillig A, Magnussen C, Ozga AK, Suling A, Brandes A, Breithardt G, Camm AJ, Crijns HJGM, Eckardt L, Elvan A, Goette A, Gulizia M, Haegeli L, Heidbuchel H, Kuck KH, Ng A, Szumowski L, van Gelder I, Wegscheider K, Kirchhof P. Early rhythm-control therapy in patients with atrial fibrillation and heart failure. *Circulation*. 2021;144:845-58.
- Dukkipati SR, Cuoco F, Kutinsky I, et al. Pulmonary vein isolation using the visually guided laser balloon: a prospective, multicenter, and randomized comparison to standard radiofrequency ablation. *JACC*. 2015;66(12):1350-60.
- Single-Sweep Pulmonary Vein Isolation Using the New Third-Generation Laser Balloon – Evolution in Ablation Style Using Endoscopic Ablation System.
- Schmidt B, et al. Single-Sweep Pulmonary Vein Isolation Using the New Third-Generation Laser Balloon – Evolution in Ablation Style Using Endoscopic Ablation System. *JCE*. 2021 Sep 23;1-10(1). <https://doi.org/10.1111/jce.15245>.
- Schmidt B, et al. Pivotal Study of a Novel Motor Driven Endoscopic Ablation System. *Circ EP*. 2021 Feb 11;14(3):e009544. doi:10.1161/circep.120.009544.
- Heeger CH, Tiemeyer C, Phan HL, Meyer-Sarai R, Fink T, Tilz RR, et al. Rapid pulmonary vein isolation utilizing the third-generation laserballoon – The Phoenix registry *IJC Heart & Vasculture*. 2020;29:100576. doi:10.1016/j.jjcha.

La scuola medica salernitana

Dr. Ernesto Maria Pisacane, medico internista in pensione

NOTIZIE STORICHE

L'origine della Scuola Medica Salernitana è difficilmente databile, avvolta nella nebbia di un periodo storico, l'Alto Medio Evo, povero di documenti. Probabilmente si costituì tra il IX ed il X secolo ed ebbe il periodo di suo massimo splendore tra il secolo XI ed il secolo XIV. Storicamente certa ne è la fine, determinata dal Regio decreto promulgato il 29 novembre 1811 (*Decreto organico di riforma scolastica*) da Gioacchino Murat, re di Napoli, che all'art. 22 ne stabilì la chiusura e la decadenza dell'ultimo Priore Matteo Polito. Se il primo documento scritto, testimone della venuta di una personalità a Salerno per scopi terapeutici - Adalberone, vescovo di Verdun - è del 984, come riferisce Ugo di Flavigny, cronista benedettino dell'abbazia di Evrault in Normandia, in una sua *Chronica Verdunensis*, ben diversa è la leggenda riferitaci dal priore Antonio Mazza (*De rebus salernitanis* 1681), relativa alla fondazione della Scuola da parte di quattro Maestri: l'arabo Adalam, il greco Pontus, l'ebreo Helinus e il latino Salernus, metafora dell'insegnamento eclettico praticato e della sintesi

di culture e di medicine tradizionali di popoli diversi.

È proprio l'intreccio di storia e di leggenda ad affascinare gli storici dei secoli "bui" (come impropriamente furono definiti in passato) e, con essi, i letterati, i registi, gli scrittori, gli uomini e le donne, i giovani e gli anziani di intere generazioni. Ne abbiamo avuto una dimostrazione recente, in questo 2021, per la ricorrenza dei 700 anni della morte del nostro sommo poeta Dante. Le numerose e diverse narrazioni ascoltate, lette, viste, ci hanno raccontato della sua dimensione umana e della sua arte poetica, della sua passione politica e della sua vita sentimentale, dei suoi viaggi e delle sue peregrinazioni. Ebbene anche per Dante la storia *documentata* si riallaccia ai *racconti* dei contemporanei che lo conobbero o dei posteri che ne sentirono a loro volta parlare in modo *legendario*.

Inizialmente i Maestri della Scuola furono di estrazione ecclesiastica. Nelle abbazie benedettine alcuni monaci si dedicavano alla pratica sanitaria, alla coltivazione delle piante officinali ed alla preparazione dei medicinali. L'assistenza ai malati era parte integrante della

vita monastica almeno fino al XII secolo; successivamente fu oggetto di discussione e di decisioni contrarie - dal concilio di Reims del 1119 al sinodo di Parigi del 1212 - e la pratica sanitaria dei monaci venne prima sconsigliata, poi vietata ed infine condannata perfino con la scomunica. Le motivazioni addotte furono il divieto della promiscuità con le donne malate, l'inevitabile distrazione dalle attività più propriamente religiose come la preghiera e la meditazione, la possibile tentazione all'arricchimento in moneta del singolo monaco: in breve l'abbandono dei voti di povertà, castità ed obbedienza solennemente promessi per l'ingresso nell'ordine religioso monastico.

Nel contempo l'attività medica veniva regolata dall'Autorità civile e politica: il Re normanno Ruggero II stabilì nel 1134 che la medicina potesse essere esercitata solo dopo un regolare esame da parte di ufficiali e giudici regi. L'imperatore del Sacro Romano Impero, Federico II di Svevia - nel *Liber Constitutionum* emanato a Melfi nell'agosto del 1231 - dispose che per esercitare la professione medica si dovesse compiere un ciclo di studi obbligatorio di tre anni di logica, cinque di

medicina, uno di tirocinio (ed in aggiunta un anno di studi anatomici per chi scegliesse di praticare la chirurgia), e si dovesse superare l'esame davanti ad una Commissione di Maestri di Salerno e di rappresentanti regi. In particolare nel Titolo 45 si legge: *“Siamo intenti ad un sicuro vantaggio ogniqualvolta pensiamo alla salute dei fedeli sudditi. E, allora, in vista dei gravi inconvenienti e dei danni irrecuperabili che potrebbero sorgere dall'imperizia dei medici, stabiliamo che in futuro nessuno debba osar di praticare la professione sotto il manto del titolo di medico o iniziare a curare senza essere stato in precedenza confermato tale in un pubblico esame da tenersi a Salerno davanti al giudizio dei Maestri, e inoltre prescriviamo che ove costui si presenti munito di lettere testimoniali con cui tanto i Maestri quanto un Nostro incaricato confermino - in Nostra presenza o davanti a chi sarà al posto Nostro in Nostra assenza dal Regno - le sue abilità e competenza senz'altro potrà conseguire la professione di medico”*.

Successivamente l'imperatore Corrado IV, figlio di Federico II, nel suo breve regno, riunì a Foggia nel 1252 l'Assemblea dei feudatari e tra le numerose leggi promulgate istituì lo Studium in Salerno: *“Provvediamo a che si riformi lo Studium delle arti e delle scienze, onde nel pensare ove potessimo rifondarlo e per stabilire una sede, abbiamo*

deciso di eleggere a tale scopo la nostra fedele città di Salerno, che per ogni dove è celebre per l'amenità del sito, la fertilità dei suoi terreni, l'attitudine del posto e per sostanzarsi quale dimora primigenia degli studi. O voi tutti, che avete sete di attingere alla coppa del sapere, venite qui di buon grado, venite a Salerno ove il sale della scienza darà senso al vostro animo”.

Ancora oggi è possibile leggere l'ultima esclamazione scolpita nella sommità della facciata del Liceo classico Torquato Tasso in Salerno.

Il filosofo e teologo domenicano Tommaso d'Aquino, santo e dottore della Chiesa cattolica, espresse testualmente il suo giudizio sulle città faro di cultura all'epoca: *“Quattro sono le città preminenti sulle altre: Parigi nelle scienze, Salerno nelle medicine, Bologna nelle leggi, Orleans nelle arti”*.

Salerno fu capitale, dopo la separazione da Benevento, di un Principato longobardo autonomo dall'anno 840 al 1077, quando - conquistata da Roberto il Guiscardo - divenne Principato normanno fino al 1189. Sotto il dominio della casata degli Svevi Salerno ricevette ulteriore impulso economico con la realizzazione del porto navale (ancor oggi denominato Molo Manfredi).

Fu quindi nei secoli X, XI e XII che la città raggiunse la massima

importanza politica e sociale, che acquistò un alto tenore di vita tanto che nello Stemma cittadino fu aggiunta la scritta *Opulenta Salernum*.

La Scuola Medica trasse vantaggio dalla prosperità e dalla fama di Salerno, dalle visite di papi e regnanti, dal commercio navale e dalle fiere mercantili; accolse numerosi adepti, diffuse il suo insegnamento, pubblicizzò il suo *Regimen* o Regola sanitaria.

Con la disfatta di Benevento del 26 febbraio 1266 in cui trovò la morte in battaglia Manfredi e con la decapitazione di Corradino appena sedicenne, figlio di Corrado IV, avvenuta in Napoli il 29 ottobre 1268 per volere di



Carlo I d'Angiò, cessò definitivamente il dominio degli Svevi a favore degli Angioini e Napoli divenne la capitale non solo politica, ma anche culturale del Regno. L'Università partenopea – lo Studium federiciano – si sviluppò vieppiù e sovrastò progressivamente la Scuola medica salernitana, dando inizio così al declino anche politico ed economico della città.

I PRIMI MAESTRI

Il cartaginese **Costantino**, detto perciò l'Africano, è uno dei padri della Scuola medica salernitana senza essere stato un medico. Arrivò a Salerno già avanti negli anni (nato probabilmente nel 1015) e fu accolto benevolmente dal principe Roberto il Guiscardo per la sua fama di studioso dei testi medici antichi. Uomo di vasta cultura, conosceva oltre al latino, il greco, l'arabo ed il siriano. Aveva viaggiato da Cartagine in Oriente, ove raccolse i manoscritti greci ed islamici di scienze mediche che portò con sé a Salerno e poi a Cassino, nel cui monastero benedettino indossò il saio e visse gli ultimi dieci anni (1077-1087) della sua vita completandone la traduzione. A lui si deve la conoscenza e la diffusione di testi medici arabi, nonché la riscoperta dell'antica medicina classica, perduta in Occidente con la caduta dell'Impero romano e tramandata in Oriente nelle lingue locali.

Altra figura importante dell'XI secolo è **Alfano I** (1015-1085), benedettino prima nel monastero di San Benedetto a Salerno, poi nel monastero di Santa Sofia in Benevento, e infine in quello di Cassino dal 1055 al 1056. Ritornò a Salerno come abate del monastero e nel 1058 fu nominato arcivescovo della città. Fu medico, letterato, poeta, un vero umanista.

Le cronache benedettine narrano che curò Desiderio monaco di Benevento, giunto a Salerno per cachessia indotta da severa astinenza e continue veglie. Desiderio fu eletto papa il 24 maggio 1086 con il nome di Vittore III, succedendo al pontefice Gregorio VII, quell'Ildebrando di Sovana passato alla storia per la *lotta per le Investiture* condotta contro l'imperatore Enrico IV. Nel 1084 il pontefice riparò esule in Salerno sotto la protezione di Roberto il Guiscardo, fu accolto dall'arcivescovo Alfano ed ivi morì il 25 maggio 1085. Nel 1085 morirono anche Roberto il Guiscardo il 17 luglio e lo stesso Alfano I il 9 ottobre.

Alla fama ed autorevolezza di Alfano si deve anche la decisione del principe Roberto di costruire il Duomo della città, dedicato all'apostolo ed evangelista San Matteo. La Cattedrale venne consacrata dal papa Gregorio VII, che ivi fu sepolto. La Cappella absidale della navata destra del Duomo, detta Cappella dei Crociati, venne quindi rinominata Cappella di Gregorio

VII e tuttora è visibile - sotto l'altare - l'urna sepolcrale del pontefice.

Ma la figura più famosa e quasi mitica di quel periodo è **Trotula De Ruggiero**, la prima delle donne medico della Scuola salernitana. Che una donna all'epoca potesse dedicarsi ad una professione pubblica, di fatto appannaggio dei soli uomini, è già un "mistero". A quel periodo peraltro appartengono altre donne, passate alla storia per il loro coraggio, la loro intraprendenza, la loro combattività come la contessa Matilde di Canossa e l'imperatrice Costanza d'Altavilla.

Trotula fu medico, ginecologa, ostetrica, dermatologa ed esperta di cosmesi; si prese cura delle donne a 360° gradi come si direbbe oggi. A lei sono attribuiti alcuni manoscritti, anche se verosimilmente essi sono stati materialmente compilati dai suoi allievi: il *De mulierum passionibus ante in et post partum*, *De ornatu mulierum*, *Liber de sinthomatibus mulierum*.

Probabilmente Trotula è il personaggio più affascinante della Scuola medica salernitana, e non meraviglia quindi che - nel corso dei secoli - si siano interessati alla sua vita ed alla sua dottrina non solo gli storici della Medicina, ma anche letterati e scrittori.



TESSERAMENTO 2022

Anche per il 2022 la quota di iscrizione ordinaria può essere ridotta a 20 euro.

Sono ancora sospese alcune delle nostre tradizionali iniziative. Solo a ottobre i nostri volontari hanno ripreso la loro presenza presso l'ambulatorio. Continuiamo a mantenere attivo il sito web, il forum, i rapporti tramite posta ordinaria ed elettronica.

Per il rinnovo delle iscrizioni è preferibile utilizzare l'iban riportato nel riquadro in basso. Il bonifico resta, per ora, la strada migliore.

RICERCA CRT-NEXT

Primo risultato: superato il 50% degli arruolamenti. Congratulazioni agli sperimentatori.

Questa la situazione alla data del 30 novembre 2021:

Pol. Sant'Orsola Malpighi, Bologna	56
ASST Rhodense, Rho	26
Ospedale Vito Fazzi, Lecce	23
PO Rodolico, Catania	23
Ospedale San Gerardo, Monza	22
AO Pugliese Ciaccio, Catanzaro	21
Ospedale Mater Salutaris, Legnago	20
Ospedale Carlo Poma, Mantova	18
Policlinico Federico II, Napoli	16
Università "Vanvitelli", Monaldi	14
AOU Ospedali Riuniti, Ancona	14
IRCCS "Bonino-Pulejo" P.O. "Piemonte", Messina	10
Ospedali Riuniti, Trieste	10
Osp. Santa Maria Nuova, Firenze	10
Clinica Sant'Anna, Catanzaro	8
P.O. di Camposampiero	8
Monaldi ospedalieri, Napoli	7
Fond. Toscana G. Monasterio, Pisa	5
PO Molinette, Torino	6
A.O.U. Ferrara	5
Ospedale Giovanni Paolo II, Ragusa	2
Presidio Ospedaliero of Gorizia	0
<u>Ospedale di Parma</u>	<u>0</u>
Totale.....	324

Restano da arruolare 316 pazienti.

APDIC - ODV

*Rivista dell'Associazione
Portatori Dispositivi Impiantabili*

Sede Legale: C/o Lomastro,
Via S. Isaia 6/3,
40123 Bologna
Codice fiscale **91328810378**

Tel.: 3292127561
E-mail: info@apdic.it
Sito web: www.apdic.it

Autorizzazione Tribunale di Bologna n. 8350 del 4 luglio 2014

Direttore Responsabile Dott. Mauro Biffi

Organizzazione editoriale e redazione Armando Luisi

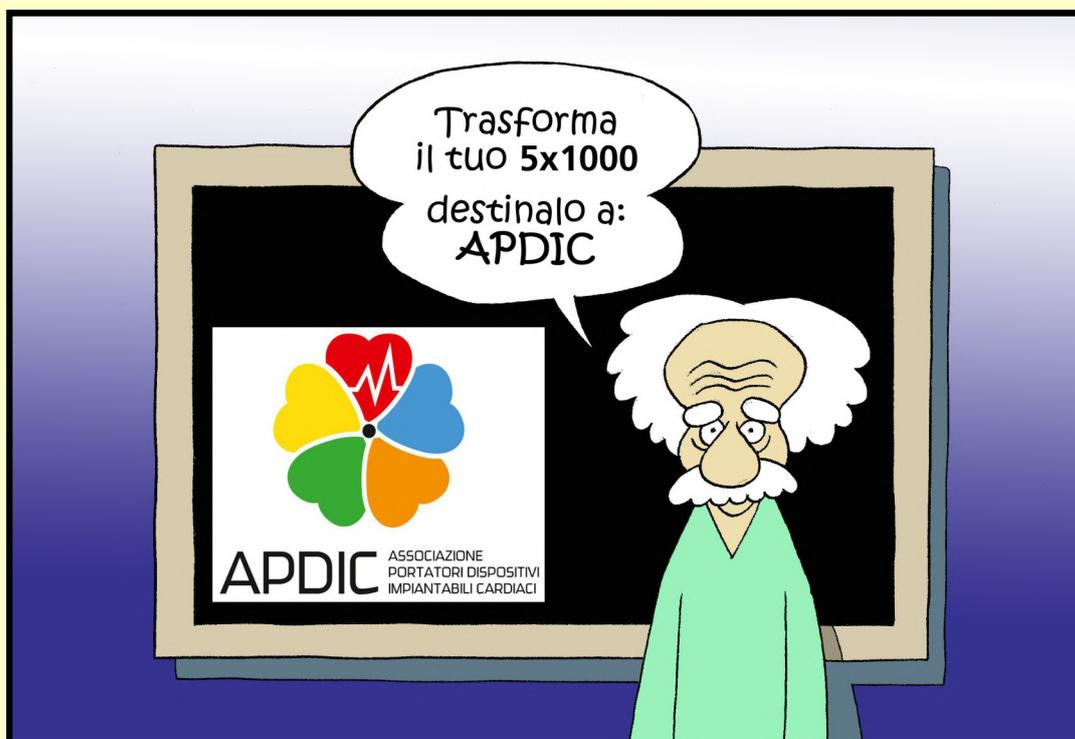
Composizione e impaginazione in proprio.

Finito di stampare nel mese di dicembre 2021 presso
ASAPRINT di Caliendo Massimo, Via G. Fortunato 35 -
41012 Carpi MO

Per donazioni, contributi ed erogazioni liberali:

Conto corrente bancario:

Banca di Imola - Dipendenza Ozzano dell'Emilia
IBAN IT 91 X 05080 36990 CC0180633108



Grazie a tutti coloro che scelgono l'APDIC per la destinazione del 5 per mille, in occasione della presentazione della dichiarazione dei redditi. Continuate a sostenerci con la vostra scelta utilizzando il CODICE FISCALE dell'APDIC:

91328810378

Il Consiglio Direttivo augura a tutti gli associati e alle loro famiglie un Nuovo Anno in salute, armonia e prosperità

Ai medici, agli infermieri, ai tecnici e agli operatori sanitari tutti, ancora duramente provati da questa emergenza, rinnoviamo la nostra riconoscenza e auguriamo un Nuovo Anno sereno e appagante.

