



# APDIC

RIVISTA DELL' ASSOCIAZIONE PORTATORI  
DISPOSITIVI IMPIANTABILI CARDIACI - ODV

**DEFIBRILLATORI  
EXTRAVASCOLARI**

**MONITORAGGIO  
REMOTO**

**SCUOLA MEDICA  
SALERNITANA**

Dicembre 2022

# SOMMARIO

- Pag. 1 Editoriale  
Tutti contro tutti. Rinnovare il patto sociale è possibile?  
*Armando Luisi*
- Pag. 2 Ricerca CRT-Next - Arruolamenti al 30 novembre 2022
- Pag. 3 Scuola medica salernitana - Seconda parte  
*Ernesto Maria Pisacane*
- Pag. 6 Suggerimenti di lettura  
Arthur Conan Doyle, *La nube avvelenata*  
*Elisa Toscano*
- Pag. 6 Suggerimenti di lettura  
Paolo Cognetti, *Il ragazzo selvatico – Quaderno di montagna*  
*Elisa Toscano*
- Pag. 7 Edipo e Antigone: prospettive del monitoraggio remoto dei dispositivi cardiaci impiantabili  
*Alberto Spadotto*
- Pag. 10 Suggerimenti di lettura  
Paulo Coelho, *Il cammino di Santiago*  
*Elisa Toscano*
- Pag. 11 I nuovi defibrillatori Extravascolari: è il tramonto della vecchia via?  
*Mauro Biffi*
- Pag. 15 Evento formativo 12 novembre 2022  
Corpi Estranei *Convivere con pacemaker e altri dispositivi sottopelle*



# APDIC

Rivista dell' Associazione Portatori Dispositivi  
Impiantabili Cardiaci

## Tutti contro tutti. Rinnovare il patto sociale è possibile?

Armando Luisi - Presidente APDIC

Tutti contro tutti. Non sembra solo il tempo dei falsi dei e dei falsi profeti. È il tempo di tutti competenti in tutto, dove se tutti sono esperti di ogni cosa, significa che nessuno è esperto di niente.

È il tempo delle individualità sfrenate, della convinzione che il successo o l'insuccesso siano responsabilità o merito esclusivi delle singole persone.

La relazione, il senso di comunità, le interdipendenze connaturate al nostro essere sociali sembrano recedere sullo sfondo rispetto ai messaggi che solleticano il narcisismo, la competizione, il conflitto, caratteri precipi di quel *principe del male* che continuamente combatte dentro ciascuno di noi con il *principe del bene*.

Questo male insidioso, chiamato individualismo, assume forme di persistenza dell'egocentrismo infantile, fino a scatenare forme primitive di comportamento che, se sono giustificabili nei bambini, non sembrano esserlo negli adulti. Un vecchio adagio della psicologia insegnava che l'ontogenesi ricapitola la filogenesi. Questo dava una qualche ragione ai comportamenti difensivi dei bambini, pronti a combattere per tutelare ciò che ritengono di loro proprietà. Poi, i processi di socializzazione avrebbero dovuto attenuare le forme primitive di reazione all'ambiente e dare maggiore spazio ad altre autostrade neuronali, più in grado di renderci disponibili al riconoscimento degli altri, del loro diritto di esistere e di avere propri desideri e bisogni. Il passo successivo sarebbe dovuto essere la sperimentazione dell'interdipendenza positiva,

dell'apprezzamento del valore dell'interazione e della collaborazione per il perseguimento di obiettivi comuni. Uno psicologo che purtroppo è prematuramente scomparso ci ha insegnato che certe cose si apprendono prima e meglio nell'interazione sociale piuttosto che da soli.

Da alcuni anni stiamo assistendo, inermi o ignavi, a un cambiamento pericoloso. Il contesto sociale viene descritto con prevalenti ritratti di minaccia, sicuramente non protettivi. I nostri bambini arrivano a scuola già pronti a fare barricate, per non far vedere il loro compito ai compagni di banco. Gli adolescenti sono sempre più tentati dai modelli trasmessi da *influencer* che, insieme con i social network, trasmettono l'illusione di avere molti amici, senza averne alcuno vero. Molti adulti non sembrano offrire modelli di comportamento e di coerenza di valori che per i più giovani valga la pena di scegliere. La classe politica sembra aver abbandonato la funzione di guida, preferendo di farsi guidare da questo persistente individualismo infantile. I politici inseguono i sondaggi che sono frutto di slogan e di suggestioni, piuttosto che di argomenti e di ragioni. Nell'abbondanza di messaggi suggestivi, creati ad arte, si è innescata una strana corsa alla squalifica. Più è radicato il senso individuale di inadeguatezza o di inferiorità e più si tende a svalutare gli altri o a screditarli, per innalzare se stessi.

Questo sta accadendo nelle relazioni interpersonali (episodi di bullismo sempre più numerosi) e nei rapporti fra istituzioni. Non è suffi-

ciente un bravo insegnante per garantire un buon apprendimento: c'è da considerare anche la responsabilità dello studente.

Non è sufficiente un bravo autista dell'autobus per garantire la sicurezza dei passeggeri, occorre anche la collaborazione di chi deve reggersi agli appositi sostegni. Non è sufficiente un bravo medico per una cura efficace, occorre anche la collaborazione del paziente. Non è sufficiente un vigile o un semaforo per la regolazione del traffico se manca la collaborazione degli automobilisti.

Soprattutto nel mondo dei servizi, chi ne fruisce contribuisce a rendere il servizio più o meno efficace. Non può limitarsi alla pretesa del servizio e alla sua valutazione, occorre anche che se ne renda responsabile, per la sua parte.

Molti responsabili politici, però, per guadagnare consensi, mettono in pasto ai leoni i prestatori dei servizi, trascurando di informare gli utenti circa il loro ruolo. Accade così che si pretenda dall'insegnante il voto che il genitore desidera per il figlio o la figlia, che si pretenda dal medico di famiglia la terapia letta su Google o la visita in giornata, che si definisca fannullone chi non si conforma con immediatezza al proprio bisogno. Che cosa significhi procrastinare la soddisfazione di un bisogno non trova più spazio nelle interazioni educative!

Soccombere o resistere?

Resistere, per il bene nostro, dei nostri figli e dei loro figli. Resistere ridando valore al volontariato, alla gratuità dell'aiuto reciproco, al mutuo soccorso. Resistere alle sirene dell'accumulo e della compe-

tizione che spingono alla lotta e al conflitto. Resistere con l'arma del colloquio, dell'ascolto non giudicante, dell'accettazione senza condizioni. Resistere riconoscendo il ruolo che ciascuno di noi svolge per affermare se stesso e per offrire il suo contributo al benessere e al progresso sociale.

C'è spazio per tutti, c'è bisogno di tutti. Ciascuno di noi può fare la sua parte secondo le sue disponibilità. È quello che accade nella nostra e in tante altre associazioni.

Il patto sociale che ci tiene uniti può essere riaffermato solo con i comportamenti. Non sono sufficienti le buone intenzioni di cui sono pieni gli statuti e i programmi politici ai quali non corrispondono conseguenti comportamenti individuali. Dignità e rispetto delle persone dovrebbero essere non un programma, ma valori radicati, visibili nelle parole e negli atteggiamenti di chi ha una pubblica funzione, prima che in tutto il resto della popolazione. Può la politica svolgere questa azione pedagogica? Non so se possa, ma deve farlo, deve imparare a farlo. E dovrebbe farlo con lievità, con sorriso, perché possa "riconoscere nella vita un po' di gioia e possa farne parte anche ad altri" (san Tommaso Moro).



## RICERCA CRT-NEXT

**Rasserenante risultato: raggiunto il 70% degli arruolamenti. Congratulazioni agli sperimentatori.**

**Questa la situazione alla data del 30 novembre 2022:**

Pol. Sant'Orsola Malpighi, Bologna .....	81
ASST Rhodense, Rho .....	35
Ospedale San Gerardo, Monza .....	33
Ospedale Vito Fazzi, Lecce .....	32
PO Rodolico, Catania .....	27
AO Pugliese Ciaccio, Catanzaro .....	26
Ospedale Mater Salutis, Legnago .....	24
P.O. di Camposampiero .....	20
Policlinico Federico II, Napoli .....	20
Università "Vanvitelli", Monaldi .....	20
Ospedale Carlo Poma, Mantova .....	19
AOU Ospedali Riuniti, Ancona .....	14
Monaldi ospedalieri, Napoli .....	13
PO Molinette, Torino .....	11
Osp. Santa Maria Nuova, Firenze .....	11
Ospedali Riuniti, Trieste .....	11
IRCCS "Bonino-Pulejo" P.O. "Piemonte", Messina .....	10
Ospedale Giovanni Paolo II, Ragusa .....	8
Clinica Sant'Anna, Catanzaro .....	8
A.O.U. Ferrara .....	8
Ospedale di Parma .....	6
Gemelli Molise, Campobasso.....	5
Fond. Toscana G. Monasterio, Pisa .....	4
<b>Totale.....</b>	<b>446</b>

Restano da arruolare 194 pazienti.

## NOTIZIE APDIC

Il 3 dicembre, presso il padiglione 21 del policlinico S. Orsola - Malpighi Bologna, si è svolto l'incontro

### **Volontariato e strutture sanitarie**

#### ***Il ruolo delle associazioni di volontariato e di ciascuno di noi nella relazione medico-paziente.***

L'evento, organizzato dall'**Associazione Portatori Dispositivi Impiantabili Cardiaci (A.P.D.I.C)**, aveva lo scopo di ricercare strategie per

- rendere i pazienti più consapevoli della loro condizione e informati circa il ruolo che possono assumere nel loro processo di cura;
- promuovere forme di collaborazione con i medici specialisti e i referenti politici e amministrativi delle strutture sanitarie;
- promuovere forme di coinvolgimento di politici, amministratori e forze produttive e sociali per il superamento delle barriere culturali che limitano la piena e attiva cittadinanza ai portatori di dispositivo impiantabile.

## Scuola medica salernitana - 2ª Parte

*Ernesto Maria Pisacane, medico internista in pensione*

Nel 1837 il medico Wilhelm Eduard Theodor Henschel, professore dell'università di Breslavia, rinvenne nella biblioteca della Maddalena della città polacca (all'epoca prussiana) un codice del secolo XII contenente 35 trattati della Scuola Medica Salernitana. Nel 1845 il medico francese Charles Victor Daremberg, professore dell'università di Parigi e bibliotecario della Mazarina, informò la società scientifica francese della scoperta, notizia che non sfuggì al napoletano Salvatore De Renzi, medico ordinario all'ospedale degli Incurabili, che da una decina d'anni s'interessava alla Scuola salernitana e che - proprio in quel 1845 - ne aveva pubblicata una Storia (Tipografia Filiate-Sebezio della città partenopea). Dalla collaborazione dei tre medici storici della medicina nacque la *Collectio Salernitana*, poderosa raccolta in cinque volumi di documenti inediti e trattati di medicina della suddetta Scuola, pubblicata dal 1852 al 1859 in Napoli. Nel 1857 il De Renzi pubblicò la seconda edizione della *Storia documentata della Scuola Medica Salernitana*, aggiornata ed ampliata alla luce delle nuove ricerche.

L'attribuzione dei singoli trattati ad un autore certo, quindi ad un singolo maestro della Scuola, è stata talvolta impegnativa per gli studiosi, medici, storici, filologi, italiani ed europei, e la ricerca continua ancora dopo quasi due secoli dal rinvenimento del codice di Breslavia. Alcuni trattati probabilmente non furono scritti proprio dai Maestri, ma da loro allievi devoti e interessati alla

trasmissione delle conoscenze apprese durante le lezioni e le esercitazioni.

Vorrei citare due eminenti studiose italiane: la professoressa Iolanda Ventura dell'università di Bologna e la professoressa Corinna Bottiglieri dell'università del Salento, impegnate nella ricerca storica, filologica ed umanistica della Scuola medica salernitana.

Infine mi sembra opportuno ricordare che nel 1935 fu allestita nelle sale dell'Archiginnasio di Bologna una mostra bibliografica di medicina. In questo importante contesto la scuola medica salernitana ebbe "un posto non trascurabile"; trascivo le parole del professore Leopoldo Casse, all'epoca Direttore dell'Archivio di Stato di Salerno

### MAESTRI DEI SECOLI SUCCESSIVI

I secoli XII e XIII sono universalmente riconosciuti come il periodo aureo della Scuola Medica Salernitana.

Dal XIV al XVIII secolo con l'espansione dell'Università di Napoli, capitale politica economica e culturale, la Scuola medica salernitana subì un progressivo, lento ed inarrestabile declino che si concluderà nel 1812 con l'esecuzione del decreto muratiano del novembre 1811.

Numerosi furono i maestri che vi operarono e la resero famosa: ne elenco alcuni tra i più noti, annotando due famiglie di medici, i Cofone e i Plateario, a dimostrazione che già nel Medio Evo esistesse l'aggregazione familiare

di professionisti.

Mi soffermerò in particolare su due maestri, Giovanni da Procida e Matteo Silvatico.

### **Giovanni Afflacio**

Discepolo di Costantino l'africano, operò tra la fine dell'XI e l'inizio del XII secolo, a lui è attribuito il *Liber Aureus* contenente i trattati sulle febbri e sulle urine.

### **Giovanni Plateario junior**

Fu l'autore della *Practica Brevis*, un manuale di clinica medica di carattere prevalentemente pratico

### **Matteo Plateario**

Autore della *Circa Instans* o *De Simplici Medicina*, un elenco alfabetico delle sostanze definite semplici, vegetali e minerali, e degli alimenti primari

### **Cofone junior**

Sono attribuiti a questo maestro del XII secolo due trattati, molto diversi: *Ars medendi* e *Anathomia porci*.

### **Ruggiero da Frugardo**

Fu il traghettatore della pratica chirurgica dalle mani dei "cerusici" a quelle dei "laureati". Scrisse il trattato *Post Mundi Fabricam*, una summa della chirurgia dell'epoca.

### **Niccolò Salernitano**

A lui è attribuito l'*Antidotarium Nicolai*, elenco di "medicamenti", recepito alla corte dell'imperatore Federico II, tanto da diventare una sorta di Farmacopea ufficiale dell'impero.

### **Benvenuto Grafeo**

Fu maestro di oculistica, del quale si ricorda *la De oculorum adfectibus*, non solo a Salerno ma anche a Bologna.

### **Salvatore Calenda**

Priore del Collegio salernitano, famoso per dottrina e pratica medica, fu dichiarato dalla regina Giovanna II suo medico, familiare e fedele, e nominato priore del Collegio medico di Napoli.

### **MAESTRE DELLA SCUOLA**

In continuità con la ben più famosa Trotula de Ruggiero, nella Scuola operarono – nei secoli successivi – altre donne medico. È incerto in quale periodo, e frammentaria è la documentazione della loro attività clinica e del loro insegnamento. Ricordiamo **Mercuriade**, **Abella Salernitana**, **Rebecca Guarna** appartenente alla famiglia dell'Arcivescovo di Salerno Romualdo Guarna, **Costanza Calenda** figlia del maestro Salvatore.

### **Giovanni da Procida**

Attraversò nella sua lunga esistenza quasi tutto il tredicesimo secolo. Nato a Salerno intorno al 1210 da famiglia feudataria nell'isola di Procida, fu medico, politico, diplomatico, e morì nel 1299 a Roma. La sua notorietà è legata meno alla professione di medico e più alla sua intensa attività diplomatica e politica. Intorno al 1240 approdò alla corte di Federico II, e forse per la sua giovane età non divenne il medico personale dell'imperatore, ma si prodigò – in diverse occasioni – per la cura dei suoi malanni. Fu uno degli uomini di corte presenti e firmatari dell'atto testamentario dello Stupor Mundi, redatto pochi giorni prima del decesso del quale fu testimone oculare e burocratico.

Rimase fedele alla casata degli Svevi in opposizione agli Angioini, i quali – con il beneplacito papale – combatterono Corrado, Manfredi e Corradino per la conquista del regno di Sicilia.

sferita da Carlo I d'Angiò da Palermo a Napoli. Dopo l'insurrezione del 1282, detta dei Vespri Siciliani, Pietro e Costanza si insediarono a Palermo come legittimi regnanti, e Giovanni da Procida rimase a corte continuando la sua attività di politico come Gran Cancelliere del Regno.

La sua valentia professionale di medico fu riconosciuta finanche in campo avverso, quando riparato a Roma per un breve periodo – dopo la morte di Manfredi – ebbe in cura il cardinale Orsini che diventerà poi papa Nicolo III. La guarigione del cardinale Orsini procurò a Giovanni da Procida fama e notorietà nella città eterna e, soprattutto, protezione contro gli Angioini, suoi acerrimi nemici.

### **Matteo Silvatico**

Nato a Salerno intorno al 1280 da una famiglia fedele alla casata degli Angioni, fu maestro di medicina a Salerno, ma la sua fama è legata alla compilazione del trattato *Pandecta sinonimorum ciborum et medicinarum simplicium aggregatarum* (ricordata in genere con l'abbreviazione *Liber Pandectarum Medicinae*) pubblicato nel 1332 (alcuni studiosi concordano su una data antecedente, il 1317) e dedicato al re Roberto d'Angiò che lo nominò familiare di corte. E nella sua frequentazione di Napoli potrebbe aver incontrato – negli anni trenta del XIV secolo – Giotto e Boccaccio presenti all'epoca nella città partenopea.

A Salerno realizzò il primo giardino botanico del mondo e lo descrisse posizionato vicino ad una splendida fontana, all'epoca denominato "Giardino dei semplici". Esiste oggi nel centro storico della città il "Giardino della Minerva", un terrazzamento posto alle pendici del colle dominato dal Castello di Arechi.

La *Pandecta* è un'estesa tratta-

Svolse intensa attività diplomatica al servizio di Manfredi, divenendone *socio e familiare*. Ottenne dal sovrano benefici per la sua Salerno, dall'ampliamento del porto all'istituzione della Fiera di San Matteo finalizzata all'incremento dei commerci. Alla sua morte, rimase al servizio della regina Costanza II, figlia di Manfredi e moglie di Pietro III d'Aragona. Ebbe un ruolo importante nella difesa degli interessi dinastici della casa sveva, in particolare per la rivendicazione della Sicilia, depauperata della capitale tra-



zione, un vero e proprio glossario, delle sostanze cosiddette semplici, d'origine minerale, vegetale ed animale ad uso sia alimentare che medicinale, ed elenca anche malattie, organi del corpo umano e formulazioni farmaceutiche. E' probabilmente il trattato più esemplificativo della cultura della Scuola Medica salernitana, espressione del sincretismo laico che amalgamò le diverse correnti di conoscenza, la greco-romana e l'arabo-bizantina. Si spiega così la diffusione del trattato in Europa, facilitato anche dalle numerose edizioni a stampa, succedute alla prima avvenuta a Napoli nel 1474. Di Matteo Silvatico non si hanno più notizie dal 1342, anno che viene considerato da alcuni storici quello della sua morte.

### REGIMEN SANITATIS SALERNITANUM

Noto anche come *Flos medicinae Salerni* è un poema anonimo rapsodico, composto in versi latini di diversa tipologia (leonini a rima interna, esametri, o versi irregolari). È una raccolta di precetti finalizzata al *de conservanda bona valetudine*, enunciati nel corso di alcuni secoli, frutto dell'insegnamento eminentemente pratico della Scuola. Ignoriamo i nomi degli autori, ed è plausibile che l'opera sia stata più volte rimaneggiata. La composizione in versi ne facilitò la memorizzazione non solo tra gli studenti ma anche nella popolazione prima dell'avvento della stampa. Ebbe grande diffusione in tutta Europa, fu tradotto e pubblicato in diverse lingue, dall'iniziale raccolta di Arnaldo di Villanova (circa 362 versi) della prima versione a stampa del 1480 alla raccolta di circa 3500 versi dell'edizione curata dal professore Andrea Sinno, Direttore della Biblioteca provinciale di Salerno, e pubblicata nel 1941.

Dedicato ad un Re d'Inghilterra "*Anglorum Regi*" è rivolto a tutti, nobili e plebei, perché ha la pretesa di insegnare - con regole di comportamento semplici e facili - come preservare la salute del corpo e della mente. Descrive i fattori esterni (aria, acqua, clima, cibo, bevande, sonno, attività fisica, emozioni) che influenzano il benessere dell'individuo, educa all'utilizzo sapiente dei beni della Natura, incentiva all'igiene personale e comunitaria. Insegna anche l'uso terapeutico delle piante, essendo in pratica un breviario di fitoterapia. In parte tende a ribaltare il misticismo autopunitivo medioevale che proponeva l'astinenza e la mortificazione del piacere come via maestra per la salvezza personale e collettiva.

Ovviamente è ricco di contraddizioni, di cognizioni errate, di esagerazioni. La scienza medica - come oggi noi la viviamo - è figlia dell'età moderna e contemporanea, dell'Illuminismo, dello sviluppo delle scienze - in particolare fisica, chimica, biologia - e dell'affermazione della tecnologia.

Leggendo, però, molti di quei versi s'intravede un filo conduttore di sapienza e di buon senso che anche oggi - nonostante i progressi inarrestabili della medicina e della chirurgia - ricorrono e vanno a definire quel sano stile di vita, indispensabile per una valida prevenzione e per una corretta e completa terapia.

Tanto per esemplificare ne riportiamo un paio.

Dei rimedi generali

*Si tibi deficiant medici, medici tibi fiant*

*Haec tria: mens laeta, requies, moderata dieta*

Se non puoi consultare un medico, siano per te medici tre semplici cose: animo lieto, riposo e

dieta moderata

La prescrizione della dieta

*Quale, quid et quando, quantum, quoties, ubi dando,*

*Ista notare cibo debet medicus dictando*

Sulla qualità, sul modo e sul tempo, sul quanto, su quante volte, sul quando accordarla, deve il medico indicare, dosando il nutrimento.

### Ringraziamenti

Al termine di queste note storiche desidero esprimere la mia gratitudine al collega ed amico, dottor Giuseppe Lauriello, Primario emerito di Broncopneumologia e Tisiologia degli Ospedali Riuniti di Salerno, illustre storico della Medicina ed eminente studioso della Scuola Medica Salernitana, che è stato per me preziosa fonte di informazioni, di riflessioni, di aggiornamenti. In particolare ricordo che - in anni recenti - ha pubblicato la traduzione ed il commento di due opere fondamentali della Scuola, la *Practica Brevis* del maestro Giovanni Plateario (un manuale di medicina pratica del XII secolo) e la *Post Mundi Fabricam* (manuale di chirurgia dello stesso secolo) del maestro Ruggiero da Frugardo.

### Bibliografia essenziale

*La Storia documentata della Scuola Medica Salernitana* di Salvatore De Renzi edita nel 1857 in Napoli

*La Scuola di Salerno* di Paul Oskar Kristeller edita nel 1945 (Bulletin of the History of Medicine - The Johns Hopkins University Press)

*Discorsi sulla Storia Medica Salernitana* di Giuseppe Lauriello edita nel 2005 in Salerno.



## SUGGERIMENTI DI LETTURA

Elisa Toscano

Arthur Conan Doyle, *La nube avvelenata*, URBAN APNEA, 2022

L'autore del celeberrimo Sherlock Holmes pubblica nel 1913 il romanzo breve "a nube avvelenata", nel quale ripropone i protagonisti di un suo scritto precedente *Il mondo perduto*: il professor Challenger, il giornalista e io narrante Malone, il professor Summerlee e Lord Roxton.

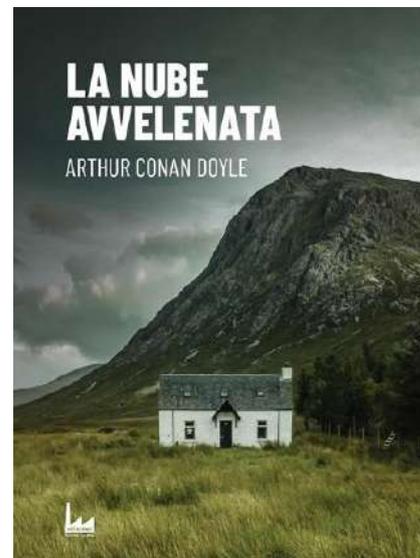
È in pericolo la vita sulla Terra a causa di un veleno invisibile, di origine spaziale, che avvolge l'atmosfera e l'unico che lo ha previsto è il professor Challenger, il quale invita nella propria casa di Rotherford i suoi tre amici pregandoli di portare con sé una bombola d'ossigeno ciascuno. Da qui inizia l'attesa inquieta di una fine apocalittica dell'umanità.

Il finale è un coup de theatre ben orchestrato e inaspettato.

È stato interessante leggerlo dopo i primi due anni di pandemia (non ancora terminata), perché mi sono trovata in sintonia con il senso di smarrimento e di impotenza provato dai personaggi del libro.

L'opera si trova gratuitamente in versione digitale, ma si può acquistare anche in versione cartacea on line.

Anche il libro *Il mondo perduto* si trova sia in versione digitale che in versione cartacea on line.



## SUGGERIMENTI DI LETTURA

Elisa Toscano

Paolo Cognetti, *Il ragazzo selvatico – Quaderno di montagna*, Milano, Terre di mezzo, 2013

Quest'opera del 2013 precede il romanzo "Le otto montagne", vincitore del premio Strega 2017.

Il protagonista e io narrante, Paolo, ha trent'anni, si sente confuso, ha la sensazione di non andare da nessuna parte: "Mi sentivo senza forze, sperduto e sfiduciato. Soprattutto non scrivevo, che per me è come non dormire e non mangiare". Decide quindi di lasciare la grande città, Milano per trasferirsi in una baita in montagna, in Valle d'Aosta, a duemila metri d'altezza, nel luogo dove trascorreva le estati di infanzia.

Qui, in una quasi totale solitudine, riscopre gli aspetti essenziali della vita e instaura rapporti umani sinceri con i montanari, "i selvatici". Come si evince dal sottotitolo il libro diventa una sorta di diario di bordo, in cui l'autore annota ciò che gli accade mettendolo in relazione con il suo stato d'animo. I fatti raccontati non sono straordinari: l'organizzazione di un orto, una notte passata sotto le stelle, l'incontro con una lepre, eppure il lettore non si annoia, ma si immerge in questo mondo quasi incantato che ricorda l'infanzia con la sua ingenuità e il suo stupore.

In questo viaggio per ritrovare se stessi che commuove ed emoziona, il contatto con la natura è poeticamente autentico e la scrittura agevole e suggestiva.

Lo si trova in libreria, on line e anche in versione digitale



## Edipo e Antigone: prospettive del monitoraggio remoto dei dispositivi cardiaci impiantabili

*Alberto Spadotto, Dottorando di cardiologia dell'Ospedale Sant'Orsola*

Lo sviluppo del monitoraggio remoto dei dispositivi cardiaci impiantabili (pacemaker e defibrillatori cardiaci impiantabili) rappresenta una sfida nell'evoluzione del rapporto tra medico e paziente, che spinge ad immaginare una gestione più complessa del semplice controllo ambulatoriale improntata su un'organizzazione che, grazie al coordinamento tra diversi attori (elettrofisiologo, cardiologo clinico, tecnico, infermiere...), possa offrire una risposta rapida ed efficace alle continue necessità del paziente.

I moderni pacemaker e defibrillatori non si limitano a raccogliere dati sul corretto funzionamento del dispositivo stesso bensì, attraverso multipli sensori incorporati, possono monitorare continuamente diversi parametri clinici che forniscono importanti informazioni sullo stato di salute del paziente. Questi dati vengono trasmessi ad un dispositivo di contenute dimensioni, detto trasmettitore, che viene solitamente posizionato sul comodino o in prossimità della sede di riposo notturno. Le informazioni acquisite dal trasmettitore vengono successivamente inviate ad un centro di monitoraggio, dove vengono elaborate. Le trasmissioni possono essere attivate attraverso vari meccanismi: possono essere programmate periodicamente; attivate "on demand" in seguito alla

comparsa di sintomi o su richiesta del medico di riferimento; oppure collegate ad un evento rilevato dal dispositivo, quale ad esempio un'aritmia, un problema tecnico o l'alterazione di alcuni parametri fisiologici che suggeriscono un possibile peggioramento dello stato di salute del paziente.

La gestione dell'enorme mole di dati raccolti dai dispositivi e trasmessi ai centri di monitoraggio rappresenta ad oggi un'importante sfida logistica: è necessario filtrare e dare la giusta priorità alle informazioni ricevute, ed allo stesso tempo formare una struttura organizzativa che sia in grado di assicurare una risposta tempestiva ed efficace ai dati raccolti.

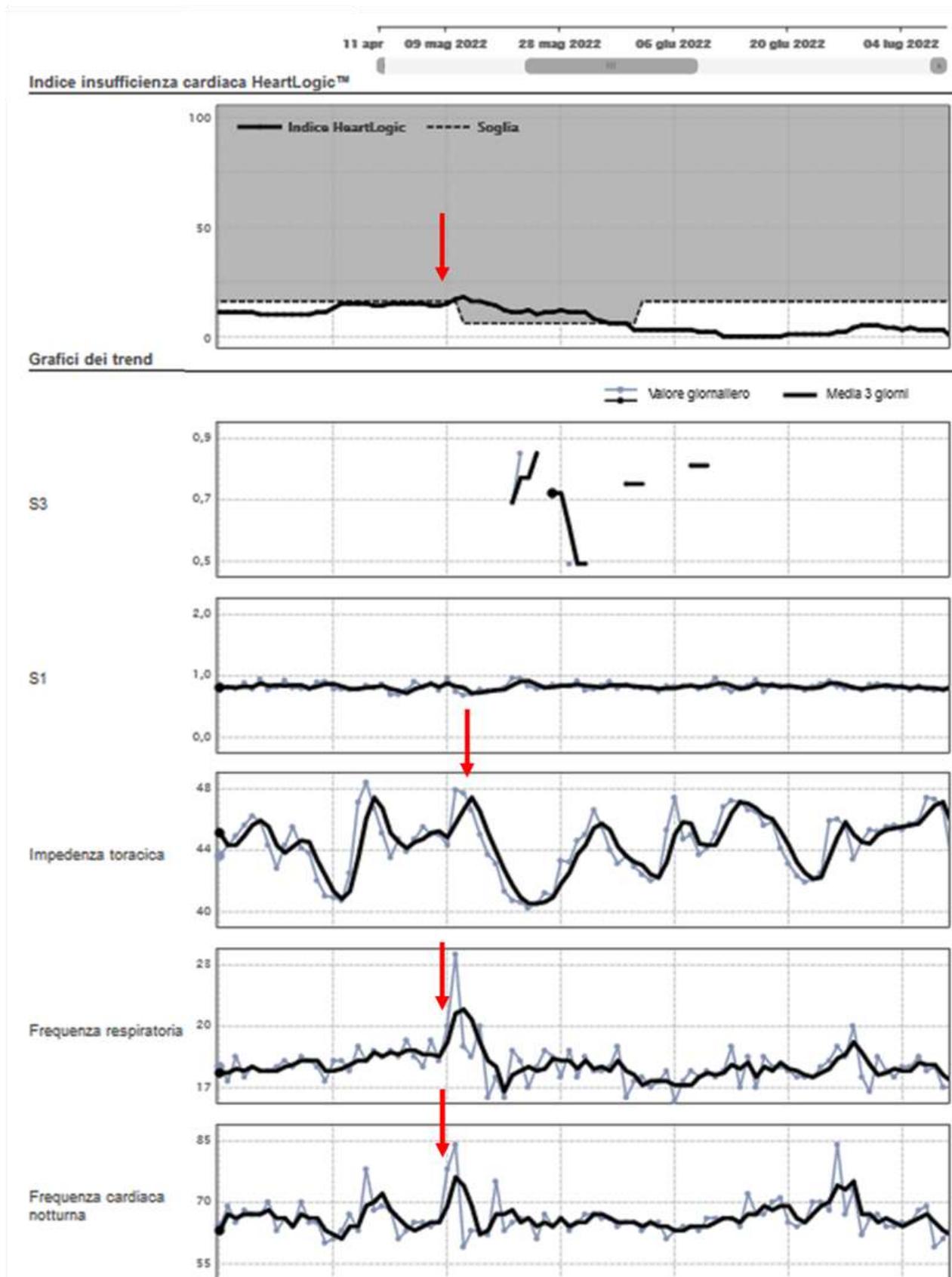
Negli ultimi anni numerosi studi stanno evidenziando le notevoli potenzialità ed i benefici associati al monitoraggio remoto dei dispositivi. Un primo vantaggio è dato dalla possibilità di monitorare il corretto funzionamento del device, in particolare lo stato della batteria, l'integrità dei cateteri o variazioni nel sensing o la soglia di cattura, potendo così prevenire possibili eventi avversi legati ad un malfunzionamento del dispositivo. Il monitoraggio remoto permette così di ridurre i controlli ambulatoriali del dispositivo senza compromettere la sicurezza del paziente.

Ulteriori benefici sono correlati al monitoraggio degli eventi

aritmici. Avere informazioni tempestive sullo sviluppo di aritmie può avere importanti implicazioni terapeutiche per i pazienti, come l'inizio della terapia anticoagulante in pazienti che sviluppano fibrillazione atriale o di farmaci antiaritmici in pazienti con tachicardie ventricolari.

La possibilità di rilevare diversi parametri fisiologici amplia le potenzialità dei dispositivi impiantabili, che diventano uno strumento per rilevare anticipatamente delle situazioni di rischio o deterioramento dello stato di salute. Un recente studio condotto su pazienti portatori di device che erano affetti da COVID 19 ha dimostrato che variazioni della frequenza cardiaca e dell'impedenza toracica rilevate dal dispositivo anticipavano lo sviluppo di eventi clinici avversi.

Il campo in cui questi vantaggi sono stati maggiormente indagati e dove sono stati provati i maggiori benefici è quello dello scompenso cardiaco. Una delle prime metodiche sviluppate è il monitoraggio dell'impedenza transtoracica, che consiste nell'opposizione di un circuito al passaggio di una corrente elettrica. Nel caso dei dispositivi impiantabili questa corrente viene generata tra la punta dell'elettrodo intracardiacco e il generatore. Maggiore la quantità di liquido presente a



Schermata di un sistema di monitoraggio remoto (Boston Scientific Latitude™) che mostra un rialzo dell'indice di insufficienza cardiaca HeartLogic™, la cui causa evidente è un accumulo di fluidi nel polmone (impedenza toracica in calo, aumento della frequenza respiratoria, aumento della frequenza cardiaca). A seguito di contatto telefonico vi è stato un aumento della terapia diuretica con rientro del parametro al di sotto della soglia di alert. In basso l'andamento di alcuni dei parametri considerati dall'indice HeartLogic™.

livello polmonare, minore è l'impedenza, pertanto il monitoraggio di questo parametro può fornire informazioni sulla congestione polmonare. Uno tra i primi studi condotti sull'argomento è il Mid-HEFT, pubblicato nel 2005, nel quale si monitorava l'andamento dell'impedenza transtoracica mediante dispositivo impiantabile in 33 pazienti. L'analisi dei dati ha permesso di rilevare una riduzione dei valori di impedenza transtoracica nelle due settimane che precedevano lo sviluppo di scompenso cardiaco, quindi in anticipo rispetto all'insorgenza dei sintomi. L'entusiasmo di questi primi studi ha subito però un rallentamento, in quanto l'impedenza transtoracica come unico predittore di scompenso presenta una specificità diagnostica non elevata, con un elevato numero di falsi positivi.

Per superare tali limiti e migliorare il valore predittivo positivo del monitoraggio remoto sono stati elaborati degli algoritmi multi-parametrici che includesero ulteriori parametri oltre all'impedenza transtoracica, come la variabilità della frequenza cardiaca e la frequenza respiratoria. Lo studio prospettico IN-TIME ha randomizzato oltre 600 pazienti ad un follow-up secondo il normale standard di cure contro un follow-up che comprendesse anche l'utilizzo del monitoraggio remoto. Il gruppo che era stato seguito anche con il monitoraggio remoto presentava una riduzione dell'endpoint composito di morte per tutte le cause, ospedalizzazioni per scompenso cardiaco e miglioramento della capacità funzionale. Questi dati, seppur non sempre confermati da successivi studi, hanno aperto la strada allo sviluppo di diversi

sistemi per il monitoraggio remoto. La presenza di un sistema per il monitoraggio remoto è considerata attualmente un requisito importante nella scelta di un device impiantabile, tanto che le maggiori case produttrici hanno tutte elaborato propri algoritmi e sistemi per il monitoraggio remoto. Lo studio MultiSENSE, che ha coinvolto 900 pazienti, ha indagato l'utilizzo di un algoritmo che integra i toni cardiaci, la frequenza respiratoria, la frequenza cardiaca, i livelli di attività quotidiana e l'impedenza intratoracica per generare uno score predittivo. Lo score in analisi ha una sensibilità del 70% nell'identificare i pazienti che avranno un episodio di scompenso cardiaco nelle settimane successive (definito come necessità di ospedalizzazione o somministrazione di diuretico endovenoso). L'*alert* del dispositivo precedeva in media di 34 giorni l'episodio di scompenso. Il paziente può quindi essere contattato dal centro di riferimento prima che appaia qualsiasi sintomo, ma eventuali cambiamenti che vengono attuati (ad esempio aumento della terapia farmacologica) possono prevenire le ricattizzazioni di scompenso.

Il monitoraggio remoto genera dunque un sistema di visite più dinamico, con visite aggiuntive in caso di *alert* del dispositivo, ma allo stesso permette di rendere più sporadiche le visite in condizioni di benessere. Lo studio REMOTE-CIED ha randomizzato 595 pazienti ad un programma di visite annuali più monitoraggio remoto con dispositivo vs un monitoraggio convenzionale con visite ogni 3-6 mesi e non ha rilevato nessuna differenza in termini di mortalità o ricoveri per scompenso car-

diaco. Il monitoraggio remoto si è quindi rivelato uno strumento efficace e sicuro che permette di diradare le visite cliniche in condizioni di stabilità.

Un recente studio sul monitoraggio remoto attraverso i dispositivi impiantabili ha dimostrato che i dati raccolti possono aiutare a identificare non solo i pazienti a rischio di scompenso cardiaco, ma anche i pazienti con un aumentato rischio di morte per qualunque causa, il che significa che grazie al dispositivo si possono indagare indicatori collegati allo stato di salute "generale" dell'organismo, non solo del sistema cardiovascolare. Queste informazioni prognostiche potrebbero in futuro aiutare a definire le migliori strategie da perseguire, adattate al singolo paziente e alle sue esigenze.

Le numerose potenzialità che stanno emergendo pongono numerose questioni etiche e filosofiche. Nell'ottava Bolgia dell'ottavo Cerchio è punito l'eroe che voleva essere artefice del proprio destino, per aver portato tale tentativo all'estremo. Verrebbe da chiedersi se anche la nuova frontiera dei sistemi di monitoraggio remoto dei dispositivi intracardiaci non possa essere un "folle volo" come quello di Ulisse, un esempio di superbia conoscitiva dell'uomo. Si sfiora un interrogativo classico, affrontato nel mito ellenico: i modelli predittivi del futuro possono consentire all'uomo di eludere il proprio destino? E se sì, fino a quante volte? Nel celebre esempio di Edipo, ogni tentativo di sottrarsi alla sorte si rivela vano, folle per l'appunto. Che cosa può la "Téchne", l'arte e intraprendenza umana, contro l'"Anàanke", la Necessità inalterabile cui persi-

no gli dei sono sottomessi? È tuttavia la stessa tragedia greca a venirci in aiuto: l'uomo è sottomesso alla sorte, ma non è privo di mezzi, né di scelta. La sorte pone solo le regole del gioco. La cecità di Edipo era nel volerle aggirare, anziché osservare la realtà per ciò che effettivamente è, e nella comprensione di "Ananke" si realizza l'Umanità. La "vista" di Antigone è in effetti molto più profonda di quella di Creonte. Dobbiamo sicuramente accogliere i progressi tecnologici come mezzo per migliorare la nostra vita, le cure mediche, la sostenibilità dei nostri processi a livello di popolazione, ma non possiamo ignorarne i limiti, i tranelli insiti nella selva dei segnali biologici, il loro intricato sovrapporsi nell'indicare patologie di organi ed apparati diversi. Torniamo ad addentrarci nell'antro della Sibilla, ove il primo imperativo è "gnōthi seautón" (*conosci te stesso*).



**Edipo e la Sfinge.** Ceramica attica a figure rosse, IV-V secolo a.C. Città del Vaticano, Musei Vaticani.

### BIBLIOGRAFIA

Ahmed FZ, Sammut-Powell C, Kwok CS, et al. Remote monitoring data from cardiac implantable electronic devices predicts all-cause mortality. *EP Eur* 2022;24(2):245–55.

Boehmer JP, Hariharan R, Devecchi FG, et al. A Multisensor Algorithm Predicts Heart Failure Events in Patients With Implanted Devices: Results From the MultiSENSE Study. *JACC Heart Fail* 2017;5(3):216–25.

Chiu CSL, Timmermans I, Versteeg H, et al. Effect of remote monitoring on clinical outcomes in European heart failure patients with an implantable cardioverter-defibrillator: secondary results of the REMOTE-CIED randomized trial. *EP Eur* 2022;24(2):256–67.

Hindricks G, Taborsky M, Glikson M, et al. Implant-based multiparameter telemonitoring of patients with heart failure (IN-TIME): a randomised controlled trial. *Lancet Lond Engl* 2014;384(9943):583–90.

Kennel PJ, Rosenblum H, Axsom KM, et al. Remote Cardiac Monitoring in Patients With Heart Failure: A Review. *JAMA Cardiol* 2022;7(5):556–64.

Lappégård KT, Moe F. Remote Monitoring of CIEDs—For Both Safety, Economy and Convenience? *Int J Environ Res Public Health* 2021;19(1):312.

Yu C-M, Wang L, Chau E, et al. Intrathoracic impedance monitoring in patients with heart failure: correlation with fluid status and feasibility of early warning preceding hospitalization. *Circulation* 2005;112(6):841–8.



### SUGGERIMENTI DI LETTURA

Elisa Toscano

#### **Il cammino di Santiago, Paulo Coelho, La nave di Teseo**

Nel 1887, un anno dopo aver compiuto un pellegrinaggio dai Pirenei fino a Santiago di Compostela, il cammino dei pellegrini fino al presunto luogo di sepoltura dell'apostolo San Giacomo, lo scrittore brasiliano pubblica questo romanzo. Assieme a lui vi è una guida, Petrus, che lungo i settecento chilometri del percorso gli insegnerà ad affrontare le varie difficoltà fino al raggiungimento dell'obiettivo finale. Il libro, considerato più vicino a certa religiosità New Age piuttosto che a quella cristiana, è un'affascinante parabola sulla necessità di trovare la propria strada nella vita: "Santiago non è la fine della strada, è l'inizio".

Per chi volesse intraprendere il viaggio fino al campo della stella, segnaliamo:

- *Guida al cammino di Santiago de Compostela*, di Curatolo e Giovannana, dodicesima edizione aggiornata, Terre di Mezzo.
- *Camminare guarisce*, di Fabrizio pepini, edizione Dei Cammini.
- *Come organizzare il cammino di Santiago: finalmente una guida facile e completa...*, di Deborah Torreggiani e Vincenzo Martone, edito da Independently published.

Consigliamo la visione del film "Il cammino di Santiago", di Emilio Estevez, del 2010, con un intenso Martin Sheen.



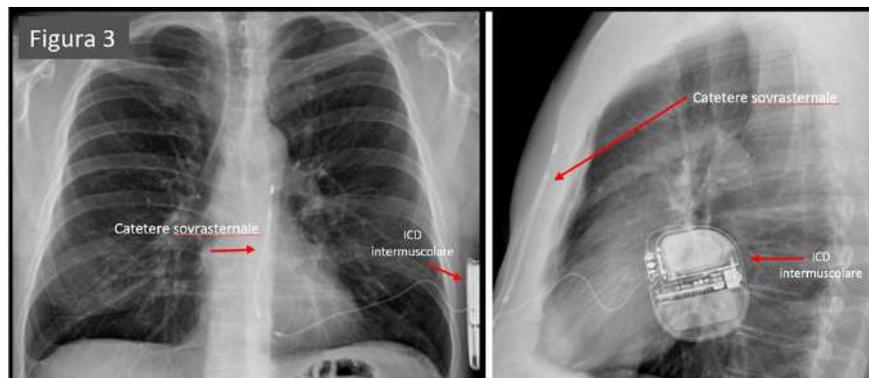


studio PAINFREE-SST), dall'altro lato esiste un rischio di malfunzionamento degli elettrocateri da shock che, sebbene molto variabile da centro a centro, non pare annullabile. Quest'ultimo rilievo ha condotto a diverse ricadute pratiche:

- I costruttori hanno cambiato i modelli di progettazione e di sollecitazione meccanica dei nuovi elettrocateri per renderli più durevoli in condizioni di lavoro "realistiche", vale a dire simili alle sollecitazioni meccaniche che normalmente possono essere imposte dal ciclico ripetersi dell'attività cardiaca, dai lavori manuali o dalle attività sportive che il soggetto pratica.
- Le società scientifiche internazionali hanno pubblicato Raccomandazioni specifiche (Europace 2021;23:983-1008) per le modalità di inserzione e posizionamento degli elettrocateri intese a garantirne il miglior funzionamento ed a minimizzare le complicazioni a lungo termine, riconoscendo che una certa parte del malfunzionamento dei cateteri è operatore-dipendente.
- Sono stati sviluppati dispositivi di nuova concezione che non hanno cateteri endovascolari, e quindi non avendo un lume cavo all'interno e non essendo esposti alle sollecitazioni della contrazione cardiaca né dei muscoli pettorali o della spalla non possono subire traumatismo meccanico.

Il 2010 vide infatti l'introduzione nella pratica clinica del defibrillatore "sottocutaneo", ove sottocutaneo è il posizionamento dell'elettrocatero, che non è intracardiaco ma posizionato sotto la pelle lungo il decorso

dello sterno (Figura 3), mentre il generatore è posto al di sotto del muscolo latissimus dorsi. La collocazione nel torace è visibilmente diversa dal convenzionale defibrillatore transvenoso.



Il defibrillatore sottocutaneo (S-ICD) è un esempio di trasposizione del concetto "less is more", caro a Ludwig Mies van der Rohe, in medicina. Come facilmente deducibile dalla tipologia di impianto, l'S-ICD non può fungere da pacemaker né erogare l'ATP, a differenza di un defibrillatore transvenoso. Per circa una decade la diatriba sulla "presenza superflua" dell'ATP si è trascinata nella letteratura medica sino alla pubblicazione dello studio PRAETORIAN nel 2020 (confronto scientificamente corretto tra S-ICD e defibrillatore transvenoso), che ha confermato la utilità dell'ATP (shock erogati nel gruppo ICD transvenosi 11%, nel gruppo S-ICD 19%). Chiusa la inutile discussione sulla importanza dell'ATP, il paradigma di van der Rohe sembra meno applicabile, ed in verità "less is simply less" se la selezione del paziente non è "centrata": nei candidati a bassa probabilità di avere tachicardie ventricolari nel range di frequenza 150-230

bpm (ove l'efficacia dell'ATP è 60-70%) l'S-ICD è uno strumento terapeutico del tutto adeguato e molto confortevole per la maggior parte dei pazienti, diversamente il "vecchio trans-

venoso" vince ancora ai punti. Oggettivamente, l'S-ICD ha guadagnato una "fetta di mercato", essendo assolutamente indicato per i pazienti con malattie in cui la evenienza clinica è di sviluppare aritmie molto rapide, per le quali l'efficacia dell'ATP è quasi nulla; circa il 20% degli ICD è attualmente rappresentato da S-ICD. Il secondo punto di forza dell'S-ICD era stimato essere la robustezza meccanica del catetere, indistruttibile a detta del costruttore: purtroppo anche questo catetere è andato incontro alla prova del vero, funestando il decorso clinico di molti pazienti per frattura completa a monte del coil di shock: questo evento costringe ad un reintervento con il conseguente rischio di complicanze infettive. Anche il paradigma di Henry Ford ("what isn't there cannot break", intendo il catetere intravascolare) è stato sbugiardato dalla realtà: tutte le componenti meccaniche restano a rischio di eventi traumatici. La posizione dell'ICD transvenoso è poi particolarmente forte quando si

consideri la longevità dei dispositivi: la longevità di un S-ICD è circa 8 anni, esattamente la metà di un transvenoso “moderno” dello stesso costruttore: si intuisce chiaramente che il numero di reinterventi diventi non paragonabile nella prospettiva a lungo termine di un soggetto giovane al primo impianto di defibrillatore (Figura 4).

stante la rimozione del dispositivo e le migliori cure mediche possibili, a fronte dell’assenza di mortalità per le infezioni non-endovascolari, Da ultimo, l’estrazione dell’S-ICD può essere complessa, ma molto meno di quella degli ICD transvenosi ove si osserva una mortalità intraoperatoria del 0.5%.

tachicardie ventricolari tra 150 e 230 bpm) e abolire il rischio legato ai cateteri endovascolari: in questa logica, la combinazione dell’S-ICD e del pacemaker leadless è la reale risposta al problema. Un pacemaker leadless dedicato solo ad erogare ATP ed a prevenire rare possibili asistolie potrebbe durare circa 16-18 anni, ed un S-ICD ottimizzato a 60J (anziché 80) come evidenziato dalla ricerca clinica italiana (JACC Clin Electrophysiol 2021;7:767-776 - Clin Cardiol. 2019 Jun;42 (6):612-617) potrebbe sicuramente raggiungere i 12 -13 anni. Questa ipotesi di ibridizzazione è attesa per il 2024, e la modularità del sistema sicuramente allargherà l’applicabilità dell’S-ICD come prima scelta. Proiezioni futuribili vedono la ulteriore ibridizzazione del sistema verso la più complessa delle tecnologie, intesa come la resincronizzazione cardiaca (Figura 5).



Figura 4: numero di sostituzioni su una proiezione di 32 anni in base alla longevità attuale dei defibrillatori sottocutanei e transvenosi

Questo aspetto ha una certa rilevanza per quanto concerne il rischio di infezione, che è chiaramente legato al numero di reinterventi (aumenta sensibilmente oltre il terzo) ed all’età più giovanile (maggiore numero di interventi previsti nell’arco della vita), come osservato nello studio PADIT. A favore dell’ S-ICD sta il fatto che in caso di infezione è estremamente raro che questa si propaghi a livello endovascolare, mentre questo avviene in circa 1/3 delle infezioni degli ICD transvenosi, che hanno per definizione 1 o più cateteri endovascolari: questo ha un preciso significato, essendo le infezioni endovascolari gravate da una mortalità ad un anno di almeno il 15% nono-

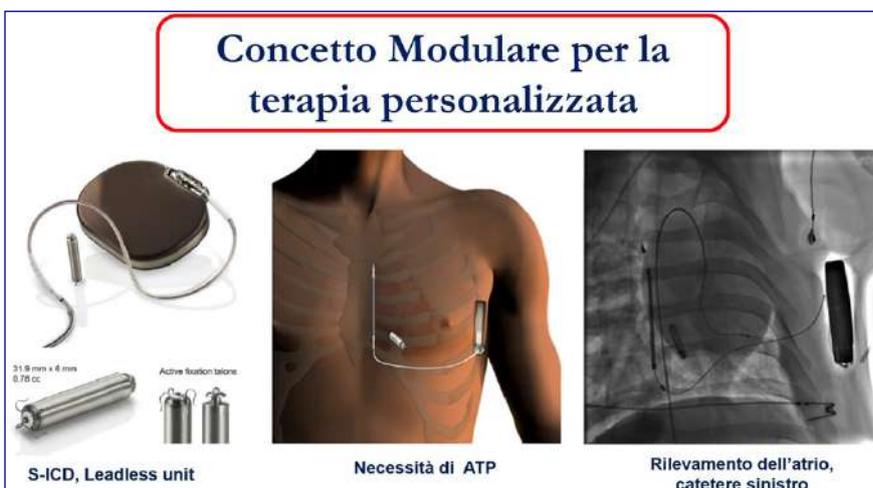


Figura 5: concetto modulare di ibridizzazione dell’S-ICD con unità leadless singolo catetere endovascolare per realizzare dispositivi di complessità crescente dall’ICD alla

Parrebbe che un dispositivo non trasvenoso ma capace di erogare ATP rappresenti quindi la soluzione ideale per garantire il massimo confort (terminando le

Nella stessa direzione è andata la più recente innovazione tecnologica in tema di introduzione di ICD extravascolari: rendere disponibile l’ATP come ca-

ratteristica **di base** in un dispositivo completamente extravascolare come l'S-ICD. Erogare l'ATP senza un catetere endovascolare è possibile solo se il catetere è almeno prossimo al cuore, non necessariamente al suo interno: in questo dispositivo, denominato EV ICD, il catetere è all'interno del torace dietro la giunzione tra lo sterno e le coste, esattamente davanti al pericardio, il rivestimento che accoglie il cuore e impedisce

tervento si esegue con maggiore comodità in anestesia generale per la necessità di evitare il dolore (per una fase breve, ma assolutamente non accettabile) e mantenere il respiro regolare durante il passaggio del catetere dietro lo sterno e le coste. Il posizionamento del catetere è visibilmente diverso rispetto all' S-ICD, mentre quello del generatore può essere sia sottocutaneo che intermuscolare, come nella nostra coorte di pazienti (Figura 6).

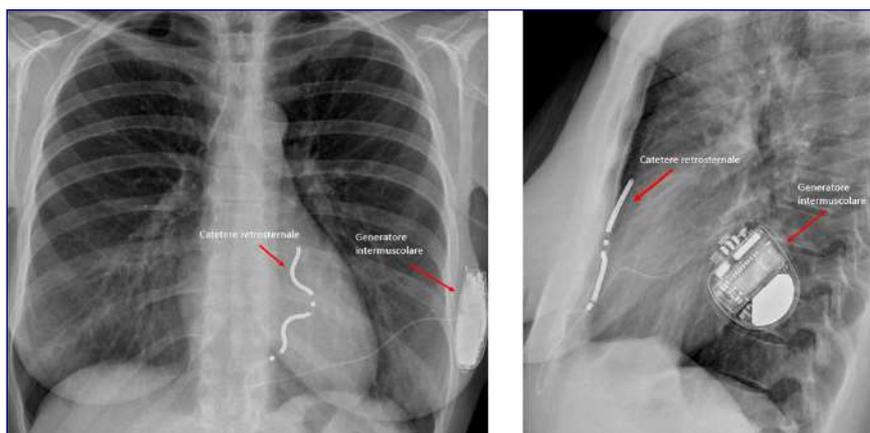


Figura 6: EV ICD: si notino la posizione del catetere che è retrosternale non sovra-sternale come per l'S-ICD in figura 3, e le dimensioni ridotte del generatore, posizionato intermuscolare.

che faccia attrito contro le altre strutture toraciche durante i suoi movimenti. Trattandosi di una modesta distanza (spesso inferiore al cm), è possibile stimolare il cuore con una elevata corrente, il che è compatibile con una longevità del dispositivo di circa 12 anni dato che l'uso dell'ATP è infrequente. La situazione non è affatto adatta all'uso come regolare pacemaker (come può raramente avvenire nell'ICD transvenoso) ma può essere sufficiente a prevenire svenimenti nel raro caso in cui si verificasse un blocco atrioventricolare o un arresto sinusale nella storia del paziente. A differenza dell'S-ICD l'in-

Il primo studio clinico su 298 pazienti seguiti per circa 1 anno è stato recentemente pubblicato (N Engl J Med 2022;387:1292-1302), ed ha evidenziato una assoluta sicurezza nella procedura di impianto (nessuna complicazione chirurgica), ed una elevata capacità di defibrillare adeguatamente con soli 30J, verificando l'ipotesi di poter usare un defibrillatore di minore volume con una longevità superiore rispetto al S-ICD. Nel corso clinico, tutti gli shock erogati sono stati efficaci, e gli ATP sono risultati efficaci nel terminare il 70% delle tachicardie ventricolari per le quali sono stati erogati. Apparentemente il risultato terapeutico è sovrappo-

nibile a quello di un ICD transvenoso, ma non è tutto oro quello che luccica .... Si sono verificati shock inappropriati nel 9.7% dei pazienti, per una serie di motivi in parte riconducibili alla curva di apprendimento nel programmare questo nuovo dispositivo in modo da non essere "ingannati" da segnali non cardiaci o dai segnali atriali fisiologici, in parte per le aritmie atriali che notoriamente causano interventi inappropriati, come negli ICD transvenosi. Mentre i primi si sono drasticamente ridotti dopo il primo semestre dello studio grazie alla acquisizione di questa nuova conoscenza, i secondi hanno richiesto interventi clinici mirati come per i pazienti trattati con ICD transvenoso o S-ICD. Sicuramente rispetto al 2% di interventi inappropriati osservati nel trial PAINFREE-SST sembra perdente, ma vi è un notevole margine di miglioramento che lascia presagire una sostanziale sovrapponibilità nel prossimo futuro.

Ed i cateteri? 3% si sono dislocati costringendo ad un re-intervento: questo è sicuramente superiore rispetto alla "concorrenza", ma assolutamente accettabile per la prima esperienza nell'uomo: basti dire che a tutt'oggi la dislocazione dei cateteri atriali (tecnologia sul mercato da 40 anni) avviene nel 2% dei pazienti. Le infezioni si sono verificate in 1.6% dei pazienti, del tutto non significativo rispetto al 2.2% osservato per gli S-ICD nel registro EFFORTLESS, e sono state trattate senza complicazioni gravi. Due elettrocateteri si sono fratturati per l'elevata attività muscolare di soggetti corpulenti, a testimonianza che questo particolare distretto anatomico

(passaggio sotto la giunzione costo-sternale) è comunque ad elevata sollecitazione meccanica. Anche questa volta il paradigma di Henry Ford mostra un tallone d'Achille bello scoperto ... Sicuramente vi è un largo margine di apprendimento per migliorare la terapia con gli EV ICD, trattandosi di affinarsi nell'utilizzare segnali da quelli sinora usati dai dispositivi impiantabili, ma è veramente rassicurante l'assenza di complicazioni gravi in una esperienza di elevata complessità al suo esordio sullo scenario clinico. Se il

paradigma *less is more* riguarda la disponibilità dell'ATP senza catetere endovascolare, questa volta la missione è compiuta! Sicuramente la disponibilità di soluzioni tecnologiche per la prevenzione della morte cardiaca improvvisa si sta arricchendo per minimizzare la invasività endovascolare dei dispositivi medici, garantendo una migliore qualità di vita ed una correzione più semplice e meno pericolosa delle complicazioni associate ai dispositivi impiantabili. La possibilità di personalizzare

la terapia ad ogni singolo paziente è sempre più vicina, ma necessita una parallela crescita della saggezza clinica ed una continua analisi delle nostre tecnologie nel tempo per verificarne la "tenuta" reale nei diversi scenari clinici, ed affinare così le nostre competenze. Vedo sia un futuro "*less is more*" che uno "*more is more*" (dove more è veramente more) all'orizzonte. La storia infinita non si esaurisce veramente mai ....



## EVENTO FORMATIVO

### Corpi Estranei Convivere con pacemaker e altri dispositivi sottopelle

Il 12 novembre 2022, alle ore 10:30, presso il Padiglione 21 del Policlinico S. Orsola - Malpighi di Bologna, si è tenuto l'evento formativo *Corpi estranei, Convivere con pacemaker e altri dispositivi sottopelle*.

Nell'ambito dell'evento è stato presentato il libro che ha dato il titolo all'incontro. L'autrice, Cinzia Pozzi, giornalista scientifica e portatrice di un defibrillatore cardiaco dal 2008, si è confrontata con il dott. Mauro Biffi e con il pubblico intervenuto numeroso.

Sono stati affrontati vari argomenti relativi al ruolo dei pazienti, alle potenzialità e ai limiti dell'innovazione in medicina, alla informazione sulle "tecnologie che curano", alla comunicazione fra medico e paziente.



L'autrice ha messo in evi-

denza la sua esperienza personale che l'ha spinta alla ricerca per la scrittura di questo libro. Ha messo in rilievo la mancanza di una preparazione all'intervento, in gran parte dovuta all'urgenza dello stesso.

Si è discusso del marketing relativo alla diffusione dei dispositivi impiantabili e il



dott. Biffi ha riferito i dati relativi all'incremento del numero di impianti nell'ultimo decennio. Si sono anche evidenziati i rischi di una medicina difensivistica che potrebbe relegare in secondo piano il ruolo del paziente nell'accettazione consapevole di una terapia con la quale convivere per tutta la vita.



Cinzia Pozzi ha riferito che per altre tipologie di impianto si realizza un percorso preliminare lungo, anche con supporto psicologico, cosa che risulta di difficile realizzazione per i dispositivi cardiaci.



Hanno portato la loro testimonianza *Nicola e Chiara*, due giovani impiantati i quali hanno permesso di affrontare il tema della cosiddetta normalità della vita di tutti i giorni e di come gli altri reagiscono nei confronti dei portatori di dispositivo.

Si è aperta un'interessante prospettiva sul ruolo che l'editoria e le associazioni possono avere nella comunicazione sociale. L'incontro si è chiuso con il desiderio che si possano organizzare iniziative di sensibilizzazione e di informazione volte a ottenere maggiore disponibilità all'ascolto e al dialogo da parte dei cardiologi e una più matura consapevolezza informata da parte dei pazienti.

Questo desiderio, in linea con la missione dell'APDIC, potrà trovare prime forme di progettazione nel prossimo incontro programmato per il 3 dicembre 2022, su proposta del presidente APDIC. Ci ritroveremo per riprendere il dialogo tra noi e con i nostri cardiologi di riferimento, anche per recuperare quella la fiducia e la speranza che ci hanno sostenuto fin dalla nascita dell'APDIC. La condivisione della prospettiva di un futuro migliore e protettivo, per noi e per chi ha responsabilità di cura nei nostri confronti potrà essere fonte di un dialogo costruttivo e nutriente per la vita di tutti noi.

A tutti i presenti, alla dottoressa Cinzia Pozzi e al nostro consulente scientifico dott. Mauro Biffi va il nostro ringraziamento per il contributo scientifico e umano offertoci.



**Il Consiglio Direttivo augura agli associati e alle loro famiglie, ai medici, agli infermieri, ai tecnici e agli operatori sanitari un Nuovo Anno in salute, armonia e prosperità.**

**Auguri di un futuro di pace e di concordia fra tutti i popoli della Terra.**



### **TESSERAMENTO 2023**

**Anche per il 2023 la quota di iscrizione ordinaria resta ridotta a 20 euro.**

Per il rinnovo delle iscrizioni, il bonifico resta, per ora, la strada migliore.

**IBAN: IT 91 X 05080 36990 CC0180633108**

Conto corrente bancario: Banca di Imola – Dipendenza Ozzano dell'Emilia.

L'iscrizione può anche essere rinnovata in occasione di assemblee o rivolgendosi ai volontari che operano presso l'Ambulatorio Pacemaker del S. Orsola.

### **APDIC - ODV**

*Rivista dell'Associazione  
Portatori Dispositivi Impiantabili*

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

E-mail: [apdiconlus@gmail.com](mailto:apdiconlus@gmail.com)

Sito web: [www.apdic.it](http://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.

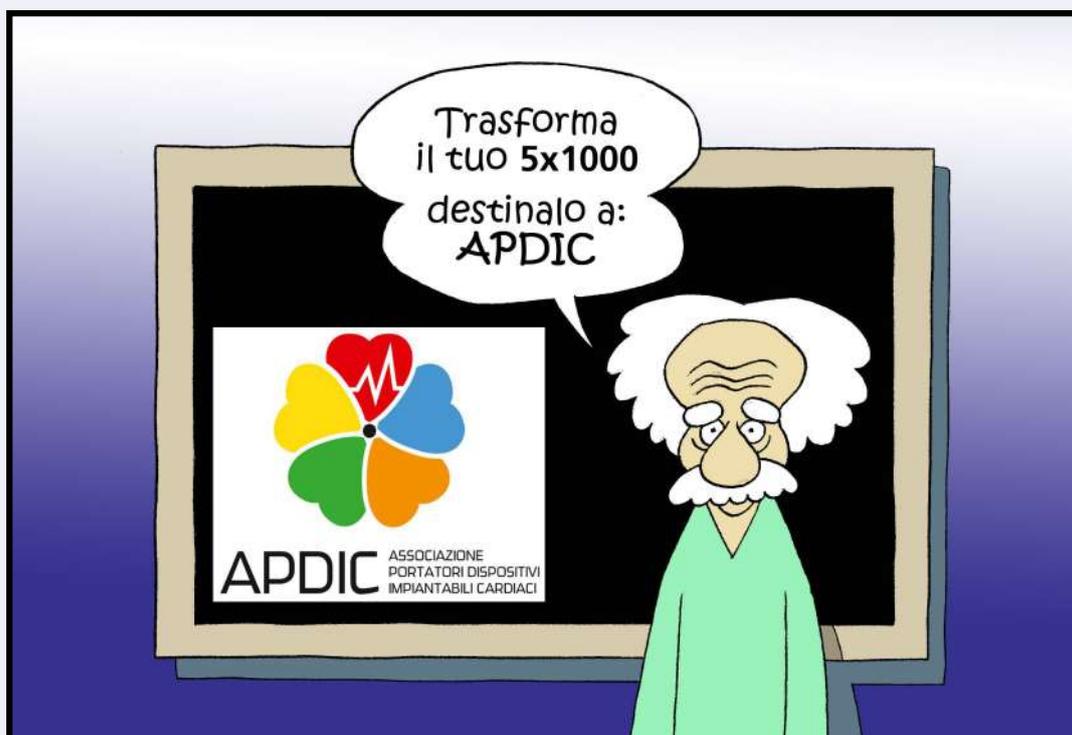
Finito di stampare nel mese di dicembre 2022 presso  
ASAPRINT di Caliendo Massimo, Via G. Fortunato 35 -  
41012 Carpi MO

**Per donazioni, contributi ed erogazioni liberali:**

Conto corrente bancario:

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

**Nuovo numero di telefono: 331 2088101**



**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**