

# Cardiologia

negli Ospedali

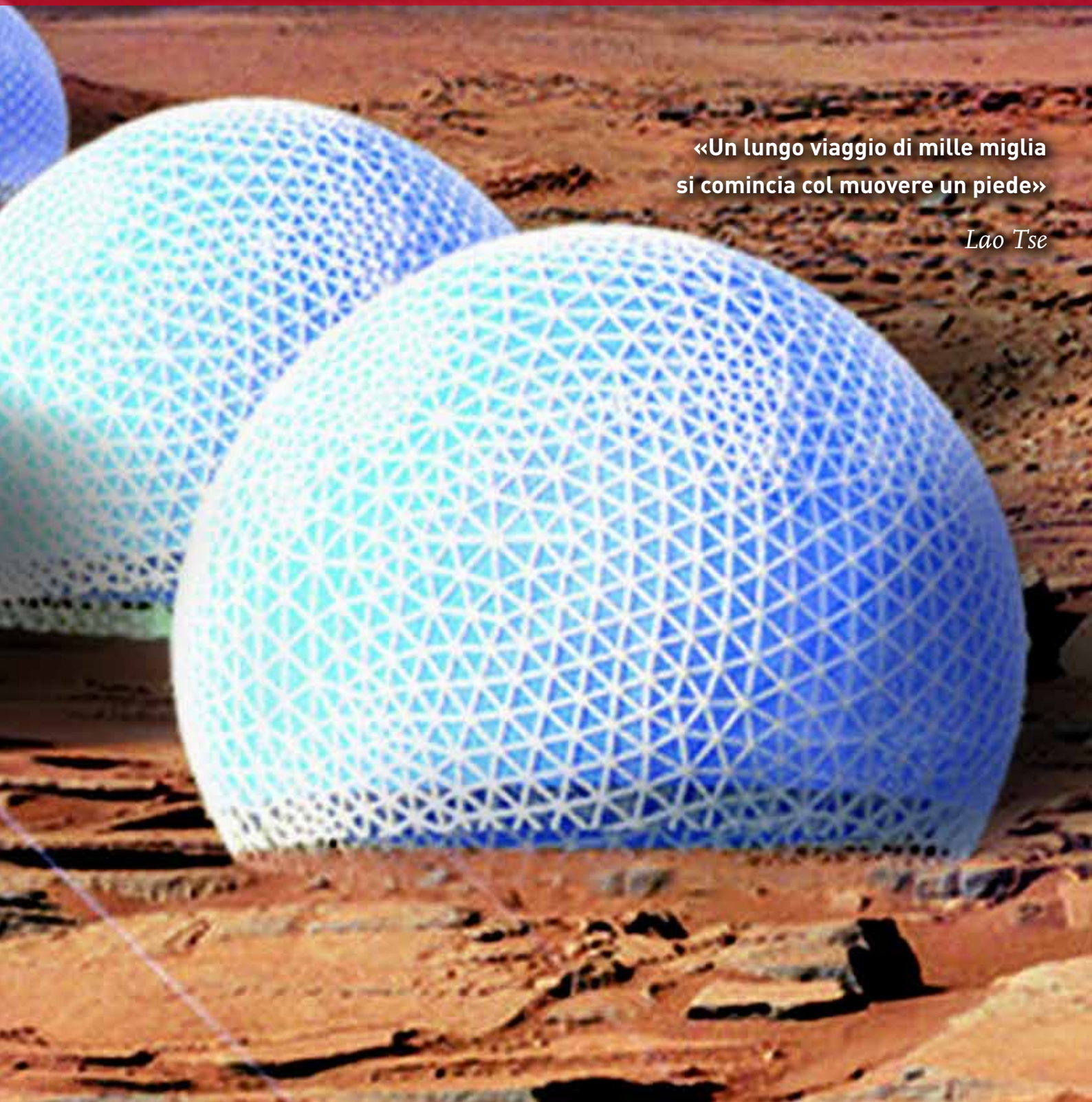


MARZO/ APRILE 2018 N° 222

Rivista dell'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri – ANMCO

«Un lungo viaggio di mille miglia  
si comincia col muovere un piede»

*Lao Tse*



# 49° Congresso Nazionale

Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri

# ANMCO : NEL FUTURO FIANCO A FIANCO!



Viaggiamo insieme  
nell'universo  
del **49° Congresso Nazionale  
ANMCO 2018**

Iscriviti subito su [www.anmco.it](http://www.anmco.it)

- **2 Village** monotematici
- Oltre **8 sale congressuali**
- **Aule interattive** con uso di Mini iPad
- **Meet the Expert**
- **Sessioni ViP** (Virtual Patient)  
**ECHO** e **CLINICAL**
- **e-Poster** elettronici su widescreen

*...e molto altro ancora!*

- **Campionato di Refertazione ECG**
- **Concorso** Fotografico **Cardioclick@**
- **3 Premi di Ricerca** Premio Maseri-Florio
- **2 Borse di Studio** Vincenzo Masini

**WATCHING  
THE FUTURE**

**31 MAGGIO  
2 GIUGNO  
2018  
RIMINI  
PALACONGRESSI**



Mars City Design Competition 2017, Redwood Forest, Valentina Sumini


**N. 222 marzo/aprile 2018**  
**Rivista ufficiale dell'Associazione**  
**Nazionale Medici Cardiologi**  
**Ospedalieri**

Editor  
**Guerrino Zuin**  
 Co - Editor  
**Giovanna Geraci**  
 Comitato di Redazione  
**Cristina Andriani**  
**Ada Cutolo**  
**Stefania Angela Di Fusco**  
**Giovanna Di Giannuario**  
**Giulia Russo**  
**Fortunato Scotto di Uccio**  
 Consulente per l'attività editoriale  
**Chiara Dino**  
 Redazione  
**Simonetta Ricci**  
**Luana Di Fabrizio**

 **ANMCO**  
 Via A. La Marmora, 36  
 50121 Firenze  
 Tel. 055 51011 - Fax 055 5101350  
 segreteria@anmco.it  
 www.anmco.it  
**Organizzazione con Sistema di**  
**Gestione Certificato da**  
**KIWA CERMET secondo**  
**la norma UNI EN ISO 9001:2008**

Direttore Responsabile  
**Mario Chiatto**

Registrazione Tribunale  
 di Firenze del 27/11/74  
 Centro Servizi ANMCO srl Società Benefit

 **Stampa**  
**Tipografia Il Bandino**  
**Firenze**

Progetto grafico e  
 impaginazione  
**Valerio Mirannali**  
**Fiesole**

## EDITORIALE

**Editoriale** p. 2  
*di Guerrino Zuin*  
**Il Cavaliere e la Principessa** p. 4  
*di Cristina Andriani*

**DAL PRESIDENTE** p. 6  
**Un'ANMCO UNITA per rappresentare**  
**al meglio la cardiologia ospedaliera**  
**italiana**  
*di Andrea Di Lenarda*

**DAL PRESIDENTE DELLA**  
**FONDAZIONE PER IL TUO CUORE**  
**Le Linee Programmatiche** p. 9  
**della Fondazione**  
*di Michele Massimo Gulizia*

**DAL PRESIDENTE DEL 49°**  
**CONGRESSO ANMCO**  
**Il Congresso ANMCO 2018** p. 15  
*di Michele Massimo Gulizia*

**DALL'INCOMING PRESIDENT**  
**L'ANMCO della continuità,** p. 20  
**della consapevolezza e dello sviluppo**  
*di Domenico Gabrielli*

**DAL CENTRO STUDI**  
**Il punto sugli Studi Clinici** p. 23  
**del Centro Studi ANMCO**

**DALLE AREE**  
**AREA CARDIOCHIRURGIA**  
**Survey dei centri italiani di** p. 27  
**emodinamica strutturale e**  
**cardiochirurgia**  
*A cura del Comitato di Coordinamento*  
*dell'Area CardioChirurgia*

**AREA GIOVANI**  
**Giovani & Soci** p. 29  
*di Fabiana Lucà, Stefania Angela Di*  
*Fusco, Annamaria Iorio, Manuela*  
*Benvenuto, Andrea Madeo, Damiana*  
*Fiscella a nome di tutti i soci Area Giovani*

**DALLE TASK FORCE**  
**CARDIOGERIATRIA** p. 32  
**Italia: sempre meno giovani in corsia**  
*di Giovanni Gregorio*  
**CARDIOLOGIA DELLO SPORT** p. 35  
**COCIS 2017. Le novità**  
*di Pietro Delise*

**CARDIONCOLOGIA** p. 36  
**Le cardioncologie italiane**  
*di Iris Parrini*

## DALLE REGIONI

**CALABRIA** p. 40  
**ANMCO Calabria: vento di novità**  
*di Mario Chiatto e Fabiana Lucà*

**FORUM** p. 42  
**La TAVI ha cancellato la**  
**valvuloplastica nella stenosi aortica**  
**severa?**  
*di Giovanna Di Giannuario, Mila*  
*Menozzi, Andrea Santarelli, Caterina*  
*Cavazza, Samuela Carigi, Daniele*  
*Grosseto, Nicoletta Candiotti, Laura*  
*Farneti, Nicoletta Franco, Federica*  
*Baldazzi, Giancarlo Piovaccari*

**Look in their eyes** p. 52  
*di Giuseppe Di Tano*

**OSSERVATORIO DI DIRITTO**  
**SANITARIO** p. 55  
**La responsabilità medica**  
**nel lavoro di equipe**  
*di Mario Chiatto e Maria Giovanna*  
*Murrone*

**COME ERAVAMO**  
**Il cuore a metà Ottocento** p. 58  
**(1830-1870)**  
*di Maurizio Giuseppe Abrignani*

**VIAGGIO INTORNO AL CUORE** p. 64  
**Il cruciverba più difficile del mondo**  
*di Ennio Peres*

**Corso di Enigmistica** p. 67

**"Cuor di leone"** p. 68  
*di Sonia Tosoni, Sabrina Egman,*  
*Giuseppina Maura Francese, Massimo*  
*Imazio, Vjerica Lukic, Mauro Mennuni,*  
*Donatella Radini, Fabiola Sanna*

**CUORI DI CHINA**  
**Una maglia per l'Algeria** p. 70  
*di Andrea Mazzotta*

**IN MEMORIA DI...** p. 73  
**Il Dottor Carlo Martines nel ricordo**  
**di un Collega e di una Allieva**  
*di Pietro Zonzin e Elisabetta Gavelli*

**In ricordo del Prof. Paolo Rossi** p. 75  
*di Angelo Sante Bongo*

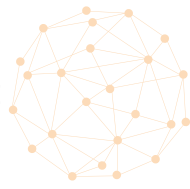


# Editoriale

**S**ono passati quasi 50 anni da quel 20 luglio 1969, quando la missione spaziale americana Apollo 11 portò il primo uomo sulla Luna e quando Neil Armstrong, scendendo dal modulo “Eagle” e muovendo i primi passi sul suolo lunare, esclamò la famosa frase: *«Questo è un piccolo passo per un uomo, ma un balzo enorme per l’umanità»*. I successivi sviluppi di una così grande conquista sono sembrati, forse solo all’apparenza, decisamente più lenti delle aspettative, ma soprattutto diversi sono stati gli obiettivi verso i quali si è progressivamente rivolta l’attenzione e la ricerca. Il passaggio di paradigma è stato dal pianeta da scoprire al pianeta da abitare, complice la consapevolezza prima e l’urgenza poi, nei decenni a venire, della possibilità e necessità di trovare pianeti alternativi per garantire non più solo la conquista ma la sopravvivenza del genere umano, minacciato all’inizio solo ipoteticamente ed oggi concretamente dalla distruzione di cui è stato esso stesso artefice. Le ricerche ed i progetti sono attualmente in corso e sono rivolti non solo alla conoscenza dell’habitat

dei pianeti, alle loro risorse ed in qualche modo alla valutazione di una nostra biocompatibilità con gli stessi, ma anche alla progettazione di costruzioni in grado di ospitare e proteggere gli essere umani in pianeti diversi dal nostro. Il più famoso ed importante di questi progetti è il Mars One della NASA, con il quale ci si propone di realizzare una colonia su Marte. In questi progetti si ripropone frequentemente la cupola che non solo è la forma che meglio riprende una grande scoperta della scienza moderna, la curvatura dello spazio, ma che è anche la forma che meglio si adatta ad ambienti privi di gravità, così come la più efficace a proteggerci dalle radiazioni cosmiche e dalla caduta di meteoriti. In tali spazi curvi si immagina e si progetta di inserire le abitazioni, le coltivazioni, i sistemi di produzione di energia, tutto ciò che è in grado di rendere un nuovo mondo completamente autosufficiente. A forma di sfera sono stati immaginati anche moduli orbitanti, singoli o agganciati in serie, nei quali accogliere i primi rappresentanti della civiltà terrestre in viaggio verso

la colonizzazione di nuovi mondi. Il progetto della Redwood Forest si deve ad una giovanissima italiana, Valentina Sumini, ricercatrice presso il prestigioso Massachusetts Institute of Technology (MIT) dopo una laurea in architettura ed ingegneria, ed al gruppo di lavoro da lei guidato. Il progetto prende il nome dal Parco nazionale di Redwood, un parco degli Stati Uniti situato lungo le coste californiane dell’oceano Pacifico che si estende per 45.000 ettari e che protegge il 45% delle sequoie esistenti, più specificatamente le sequoie coast redwood (*Sequoia sempervirens*), così chiamate per il colore rossastro del legno e che sono gli alberi più alti del mondo. Il Progetto della Redwood Forest di Valentina è quanto di più verosimile gli esperti della NASA riescano oggi ad immaginare come progetto interessante, realizzabile ed efficace per rendere possibile la vita umana sul pianeta rosso e per tal motivo il progetto si è meritato il successo nel concorso “Mars City Design Competition 2017”, un concorso che viene annualmente indetto allo scopo di raccogliere



*Progetto Redwood Forest di Valentina Sumini per una città su Marte*

e selezionare progetti di città realizzabili e sostenibili su Marte. La Redwood Forest si compone di una serie di cupole bianche in grado di contenere fino a diecimila persone collegate fra loro da un complesso sistema di tunnel sotterranei che ricorda le radici degli alberi e si affondano nel pianeta. Questi moduli avrebbero la capacità di proteggere i locali interni e chi li abita da radiazioni cosmiche, dagli impatti con micro-meteoriti e dalle variazioni termiche estreme, attraverso l'utilizzo del sole, del terreno e dell'acqua. Acqua che su Marte c'è, celata e custodita in veri e propri depositi di ghiaccio presenti nel sottosuolo del pianeta che la NASA confida di riuscire a trovare il modo di estrarre, motivo per il quale ha lanciato agli scienziati e ai progettisti un'altra competizione,

la "Mars Ice Challenge". Guardare al futuro (watching the future) è lo slogan del 49° Congresso Nazionale dell'ANMCO che anche quest'anno si terrà al Palacongressi di Rimini. L'immagine che ci accompagna in questo Congresso è quella di una galassia, metafora di quello spazio culturale che vogliamo esplorare con i nostri progetti, ma anche metafora di quella galassia che pone al suo centro l'ANMCO e nella sua orbita principale la Fondazione per il Tuo cuore. Un'ANMCO proiettata nel futuro ed aperta alla collaborazione con tutte le società scientifiche, affinché la ricerca, la innovazione, la formazione cardiologica italiana sia sempre lo Zenit del miglioramento e del cambiamento. L'ANMCO anche quest'anno è protagonista nel panorama culturale e scientifico grazie ad un grande evento

congressuale nazionale in grado di accogliere al meglio il crescente numero di iscritti così come dare spazio alle proposte scientifiche pervenute, agli abstract, ai casi clinici, e al suo denso e poliedrico programma di altissimo valore scientifico. Ma il Congresso è anche la sede ed il momento per discutere di importanti novità associative come la nascita di una nuova federazione, la Italian Federation of Cardiology, i rapporti con le istituzioni nazionali (AIFA, ISS, Ministero della Salute) e internazionali (ESC, AHA, ACC), la prevenzione cardiovascolare con al centro il progetto Truck Tour Banca del Cuore. Cardiologia negli Ospedali sarà presente anche quest'anno con l'edizione cartacea del Congress News Daily che verrà redatta e stampata in diretta nei 3 giorni del Congresso. La Redazione di Cardiologia negli Ospedali e di Congress News Daily vi augura buon Congresso ma soprattutto vi augura di continuare a guardare e costruire il futuro con l'ANMCO. ♥

*«Un lungo viaggio di mille miglia si comincia col muovere un piede»*  
Lao Tse



# Il Cavaliere e la Principessa

**Da un Editoriale alla condivisione di un progetto di cambiamento: la storia di Marco e Gloria, una lezione di impegno civile e sociale**

**C**i sono molti motivi per scrivere un Editoriale e molti modi per farlo ed in questi due anni di CNO il motivo è stato la ragione ed il modo il sentimento. Era il giugno 2017 quando l'Editor di questo giornale, profondamente turbato dalla vicenda dei due giovani architetti italiani scomparsi nel tragico incidente della Torre di Londra, decise di dedicare loro l'Editoriale del numero 217 di CNO ed in seguito di contattarne le famiglie.

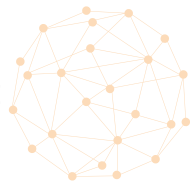
Il 27 aprile u.s., in un pomeriggio di primavera inoltrata, un pomeriggio di sole splendente, in una cittadina dell'entroterra veneziano, San Stino di Livenza, il Presidente dell'ANMCO, Dott. Andrea Di Lenarda, e l'Editor di CNO, Dott. Guerrino Zuin, hanno dato appuntamento a due persone di inestimabile valore umano e di immenso coraggio, il Sig. Giannino Gottardi e la Sig.ra Daniela Burigotto, i genitori di Marco, accompagnati e sostenuti dal loro Sindaco, Dott. Matteo Cappelletto. L'incontro è iniziato con una introduzione del Dott. Di Lenarda sulla natura e gli scopi della nostra Associazione, sulla sua profonda radicazione nella struttura scientifica, sociale e culturale dello scenario sanitario italiano

ed europeo. Il Dott. Zuin ha quindi presentato ai genitori di Marco la nostra Rivista, *Cardiologia negli Ospedali*, i suoi intenti e le sue finalità così come la sua ferma volontà di fare degli Editoriali momenti di riflessione condivisa su tematiche sociali oltre che sanitarie.

La parola è passata quindi ai



*Da sinistra a destra: Matteo Cappelletto, Sindaco del Comune di San Stino di Livenza, Giannino Gottardi, padre di Marco, Andrea Di Lenarda, Presidente ANMCO, Guerrino Zuin, Editor di "Cardiologia negli Ospedali", Daniela Burigotto, madre di Marco.*



# IL CAVALIERE E LA PRINCIPESSA

*una fiaba dei nostri giorni*



genitori di Marco che, con estrema semplicità, e non senza commozione dei presenti, hanno raccontato la storia dei due ragazzi, dalla infanzia di Marco, bambino buono e amato, alla laurea in architettura, alla decisione di andare a lavorare e vivere insieme a Londra. Hanno raccontato la storia vera e non nota di quell'appartamento luminoso ed appena restaurato di un palazzo in un prestigioso quartiere, Notting Hill, un appartamento da cui si ammirava l'intera Londra ed in cui i ragazzi vivevano felici, entusiasti del loro amore, della vita insieme e del lavoro, dove erano già stimati per la grande serietà ed il talento. Infine hanno raccontato di quella notte rimasta sospesa, ma soprattutto di cosa è nato dall'immenso amore che questi due giovani hanno donato come lascito a tutti noi e di come, dopo quella notte, innumerevoli

siano state le manifestazioni di commozione ed amore di conoscenti e perfetti sconosciuti e di come da queste manifestazioni di cordoglio si siano generati impegni concreti e costruttivi, impegni di giustizia e cambiamento, progetti realizzati e di prossima realizzazione. Dal profondo amore dei genitori di Marco è nata quella che a breve diventerà la Fondazione Grenfellove Marco e Gloria. La Fondazione avrà lo scopo di fornire materiale didattico e strumenti a scuole di ogni ordine e grado, di incentivare e promuovere l'istruzione dei giovani erogando borse di studio nelle Scuole ed Istituti superiori frequentati da Marco e Gloria, agli studenti dello IUAV (Istituto Universitario di Architettura di Venezia) nell'ambito dei corsi di Laurea, dei Dottorati di ricerca e dei Master, privilegiando tesi nel campo della tutela del



GRENFELLOVE sostiene i giovani nello studio  
**PUOI AIUTARE GRENFELLOVE CON UNA DONAZIONE**  
 per informazioni visita il sito [www.grenfellove.org](http://www.grenfellove.org)

territorio, dell'ambiente e della sicurezza degli edifici. Dall'amore è nato anche un libro che la mamma di Marco, la Sig.ra Daniela, ha scritto in forma di fiaba per raccontare e ricordare la vita del figlio prima e poi dei due ragazzi insieme, un volume che prende vita nelle delicate e magiche illustrazioni di Roberta Gattel, talentuosa amica di Marco. Apparentemente per bambini, l'opera commuove profondamente gli adulti e da impeto privato diventa mezzo potentissimo di comunicazione e di promozione dell'impegno e degli intenti della Fondazione che, autonomamente e senza alcun fine di lucro, ne gestisce la stampa e la diffusione confidando che chi lo riceve abbia il buon cuore di fare una donazione. A Giannino e Daniela, ma anche a Loris ed Emanuela, i genitori di Gloria, va il saluto commosso dell'ANMCO, l'impegno e la ferma determinazione di ognuno di noi a continuare a lavorare, come uomini, come Medici e come Associazione, per costruire un mondo migliore, un mondo etico, un mondo giusto, un mondo dove i Cavalieri e le Principesse trionfino sempre sul male. Per informazioni e donazioni visita [www.grenfellove.org](http://www.grenfellove.org) ♥



# Un'ANMCO UNITA per rappresentare al meglio la cardiologia ospedaliera italiana

## Riflessioni di fine mandato

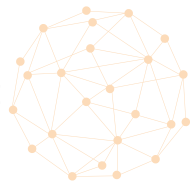
**T**utti i bienni sono complessi, difficili, impegnativi. Questo passato non fa eccezione. E comunque prima di viverlo, un biennio da Presidente, uno se lo immagina. Si pone alcuni obiettivi, non personali, per l'Associazione. Si immagina un lavoro di squadra, un confronto aperto, continuo, costruttivo, all'interno del Direttivo e del Nazionale. Si immagina di poter essere utile all'Associazione nei limiti delle proprie competenze e qualità. Poi ci si confronta con la realtà e gli obiettivi vanno rivisti, diventano primarie cose diverse, che prima non avevi percepito come tali, ed il tuo comportamento cambia in funzione di questo obiettivo, attraverso azioni, comportamenti, parole responsabili, equilibrate e di sintesi delle diverse anime del mondo ANMCO, in funzione dell'unico obiettivo: l'UNITÀ dell'Associazione.

### Una Associazione UNITA

Sicuramente agli occhi delle istituzioni, del mondo sanitario e di quello laico, l'ANMCO negli ultimi anni è cresciuta in termini di attività e di visibilità. Ne siamo orgogliosi. Nel mio ruolo di Presidente dell'ANMCO, preservare l'UNITÀ dell'Associazione è stato l'obiettivo che ha guidato costantemente il mio impegno associativo in questo biennio. Ho sentito il peso di questo obiettivo, il dovere di perseguirlo, la netta percezione che questo era il limite non derogabile. Se vogliamo continuare ad esistere non c'è alternativa all'UNITÀ dell'ANMCO. Questo è lo spirito che ci deve sempre animare, che tutti devono capire, nell'interesse primario dell'Associazione. UNITÀ significa lavorare ogni giorno per una Associazione che rema lealmente nella stessa direzione, per una

Fondazione pronta a collaborare con ANMCO per le tante attività che si portano avanti insieme, UNITÀ significa grande e costruttivo spirito di collaborazione tra i vari organi dell'ANMCO, Regioni, Aree, Task Force, Comitato Scientifico. L'UNITÀ è propedeutica alla difesa della Cardiologia italiana e dei risultati prodotti in questi 50 anni ed un prerequisito per una ricollocazione e riproposizione della leadership cardiologica in tutto il percorso di cura del paziente, dall'acuto al cronico, dall'ospedale al territorio. L'UNITÀ è necessaria per collaborare con le società scientifiche non cardiologiche e con quelle della medicina generale, fondamentali nella costruzione di un percorso di cura condiviso, per poterci presentare con la forza necessaria, con la responsabilità della presa in carico globale dei nostri pazienti,





ma ancor con cardiologi, non solo colti, competenti e appassionati ma anche “accreditati” a questo ruolo. L'UNITÀ è fondamentale per tutto questo lavoro quotidiano che l'ANMCO porta avanti a livello nazionale, regionale ed aziendale.

### **Una Associazione protagonista nelle sedi istituzionali**

Nel prossimo biennio certamente una attività centrale sarà quella legata al nuovo Sistema Nazionale Linee Guida (SNLG). Le Linee Guida sono uno strumento di supporto decisionale basato sulle “evidenze” che dovrebbe permettere a noi medici di prendere la decisione clinica con il migliore bilancio tra rischi e benefici, tenuto conto delle circostanze cliniche in cui il caso si trova. Applicare le Linee Guida è un obiettivo specifico sia del singolo professionista che dei sistemi sanitari nel loro complesso per ottenere la massima qualità delle cure. La Legge “Gelli” 24/2017 sulla “responsabilità professionale” rinnova e rilancia il vecchio SNLG, chiedendo alle Società Scientifiche di produrre Linee Guida nazionali di elevata qualità che possano diventare riferimento per gli utenti, offrendo le migliori evidenze disponibili.

Innanzitutto preoccupa la rilevanza medico-legale che viene attribuito alle Linee Guida rappresentate nell'SNLG nell'ambito della responsabilità professionale. L'intento era certamente di creare uno strumento sicuro per la tutela dei professionisti sanitari dall'impennata di contenziosi, contrastando il dilagare della medicina difensiva. Tuttavia il rischio è che invece di spingere ad un utilizzo discrezionale delle Linee Guida, che vanno applicate con grande senso critico e contestualizzazione clinica, si vada verso un loro uso più acritico e prescrittivo, che potrebbe paradossalmente incentivare la medicina difensiva e paradossalmente aumentare, invece che diminuire, i contenziosi medico-legali. A maggior ragione se consideriamo che molte raccomandazioni delle Linee Guida sono “deboli” (per es. la maggioranza di quelle contenute nelle Linee Guida sull'ipertensione arteriosa), ma anche se consideriamo le raccomandazioni “forti” che possono essere, legittimamente, disattese, quando ricorrono le circostanze e vi sia piena consapevolezza e informazione

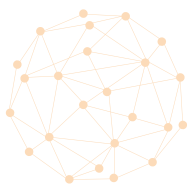
del paziente. Più che di “rispetto” delle Linee Guida, va perseguita la “considerazione attenta” delle stesse (che può implicare anche la loro disapplicazione ragionata). È quindi certamente necessario che le Linee Guida, documenti di Consenso o di Buone Pratiche siano di altissima qualità e solide nei contenuti, e che vengano applicate nel giusto modo. In questo il nostro ruolo deve essere centrale. La legge infine prevede che le Società Scientifiche, previa iscrizione in apposito registro del Ministero della Salute a cui l'ANMCO ha presentato domanda nello scorso novembre, costituiscano il nucleo centrale per la preparazione delle Linee Guida, sotto l'egida, controllo e garanzia del SNLG. Lavoro duro, difficile, molto impegnativo (almeno 12-24 mesi per ognuna!) che, anche immaginando il contributo di enti ed istituzioni pubbliche e private, appare irrealistico possa permettere la rapida popolazione del SNLG. Ciò non toglie ed anzi richiede che il nuovo Direttivo debba rapidamente rimboccarsi le maniche. L'altro punto riguarda l'AIFA. Alla fine (e speriamo sia solo l'inizio) di un lungo percorso di avvicinamento abbiamo avuto l'audizione l'11/5

scorso. Sul Piano Terapeutico speriamo sia stato utile discutere con la Commissione Tecnico Scientifica dell'AIFA l'opportunità di eliminare il criterio di esclusione al trattamento dell'HASBLED ed estendere la possibilità di rinnovo annuale dei DOAC alla Medicina Generale (in assenza di eventi clinici), sulla scia delle aperture recentemente registrate sui Piani Terapeutici di alcuni farmaci diabetologici. Abbiamo richiesto una semplificazione dell'immissione dei dati anagrafici e valutato l'opportunità di inserire alcuni dati di sicurezza (funzione renale e peso), necessari per valutare l'appropriatezza dei dosaggi prescritti. Se sono rose fioriranno. Abbiamo poi cominciato a lavorare sul Registro degli Anticoagulanti Diretti. Alcuni dati preliminari: oltre 800.000 pazienti con piano terapeutico per i DOAC dal 6/2013 al 3/2018, perfettamente divisi tra maschi e femmine; grande percentuale di anziani (età media 77 anni per i maschi, 80 anni per le femmine; oltre 30.000 ultranovantenni!); CHADSVASC mediano 4-5, poco meno del 90% dei pazienti con HASBLED  $\leq 3$ . È solo l'inizio ma abbiamo la speranza che possa nascere un Osservatorio Permanente ANMCO-AIFA sul tema, per monitorare la prescrizione, l'utilizzo e l'appropriatezza dell'uso dei DOAC, magari attraverso un link con i database regionali (per superare il grande limite della mancanza degli eventi avversi) e fare formazione capillare sul loro utilizzo.

## Una Associazione protagonista nella Ricerca

La conoscenza dei fenomeni è la via più diretta verso il miglioramento. I risultati della ricerca influenzano pesantemente la nostra pratica clinica, ci forniscono nuovi strumenti di diagnosi e cura, ispirano le linee guida che costituiscono il riferimento per il nostro agire clinico e per le valutazioni di appropriatezza dei nostri comportamenti. Più passa il tempo più è evidente la differenza tra il paziente dei grandi trial randomizzati e controllati ed il mondo reale. Puntando sulla ricerca osservazionale della nostra associazione e sull'analisi dei dati del mondo reale, possiamo fare formazione sulle tante zone grigie che ancora popolano le linee guida e sulla appropriatezza, efficacia e sostenibilità dei percorsi di cura diagnostici e terapeutici. La ricerca ANMCO diventa ancora più strategica in questa fase storica nazionale ed in ottica SNLG. Al di là dei Registri sulle principali patologie cardiovascolari che stanno fornendo una base dati aggiornata sui percorsi di cura e sull'adesione alle linee guida del paziente cardiopatico all'interno delle Cardiologie, e sono stati accolti con grande interesse da diverse riviste internazionali, stiamo finalmente partendo con l'analisi dei Big Data in convenzione con Cineca, per completare il panorama delle nostre conoscenze cliniche, collegando diagnosi, trattamenti, comorbidità, percorsi di cura ed esiti su una ampissima popolazione di pazienti. Il tutto stando bene attenti a non

generalizzare i concetti, a non fare una "media" generale dei fenomeni, ma tenendo alta l'attenzione sui sottogruppi a diverso rischio, sui diversi fenotipi cardiovascolari e non, sui diversi percorsi di cura. Partiamo da fibrillazione atriale e scompenso cardiaco. Questo sarà un altro dei grandi progetti ANMCO che lasciamo in eredità al prossimo Direttivo. Siamo alla fine. Ringrazio tutti del supporto, della comprensione e della vicinanza che mi avete dimostrato in questo biennio. Ringrazio il Direttivo ed il Nazionale per il lavoro svolto. Ringrazio la Segreteria tutta per la collaborazione quotidiana. Ringrazio Michele Gulizia per il grande lavoro che si è fatto insieme e assicuro a Mimmo Gabrielli tutto il mio sostegno e supporto per il suo mandato. Mi scuso per non avere risposto a tutte le telefonate, messaggi e mail (anzi per avere risposto solo ad una piccola parte delle decine di migliaia che mi sono arrivate), non certo per disattenzione o mancanza di interesse, ma semplicemente per mancanza del tempo necessario per dare a tutti la massima attenzione ed importanza. Rimango in ANMCO perché il mio matrimonio con l'Associazione durerà fin quando avrò la forza di muovermi o manterrò un minimo di ideazione, ma anche torno felice a dedicare parte del tempo, che non ho avuto in questo biennio, alla mia Famiglia, al mio Reparto, alla mia Azienda, alla mia Regione, ai miei Pazienti, allo Studio, alla Ricerca. Benvenuti a Rimini e buon Congresso ANMCO! ♥



# La Fondazione Linee Programmatiche

«Che le cose siano così, non vuol dire che debbano andare così. Solo che quando si tratta di rimboccarsi le maniche ed incominciare a cambiare, vi è un prezzo da pagare. Ed è allora che la stragrande maggioranza preferisce lamentarsi piuttosto che fare.»

Giovanni Falcone

La **Fondazione per il Tuo cuore** dell'ANMCO nasceva il 2 giugno 1998, dunque quest'anno compie 20 anni che celebreremo insieme con un evento di beneficenza in favore della Ricerca Clinica Cardiovascolare della Fondazione e anche della Comunità di San Patrignano presso il cui auditorium, il 31 maggio sera, si terrà il **Concerto del Cuore**. Un traguardo importante, questo ventennale, per un Ente di cui dobbiamo andare tutti davvero fieri per i risultati che è riuscita a conseguire, ma soprattutto, io credo, per quelli che, impegnandoci tutti insieme, riusciremo a raggiungere. Testimonianza effettiva di quanto la nostra Fondazione ha prodotto è dato dall'impressionante valore di Impact Factor **1087,151** raggiunto nel 2017 con i 66 articoli pubblicati su riviste peer reviewed che troveremo quest'anno anche riportato sul Bilancio Sociale

(Figura 1). Certo questo è un incipit impegnativo, tuttavia la pregnante e coinvolgente esperienza maturata nella Presidenza ANMCO nel biennio 2014-2016 e la piena convinzione della capacità di fare squadra insieme al Consiglio Direttivo e al Consiglio Nazionale che, stante la crisi diffusa nel mondo dell'associazionismo, hanno

saputo cogliere la necessità di operare delle scelte di cambiamento importanti, talvolta anche radicali, mi ha portato ad accogliere con entusiasmo l'elezione alla Presidenza della Fondazione. Sono consapevole di avere l'onore, ma certamente anche l'onere, di succedere alla presidenza di un luminare della cardiologia

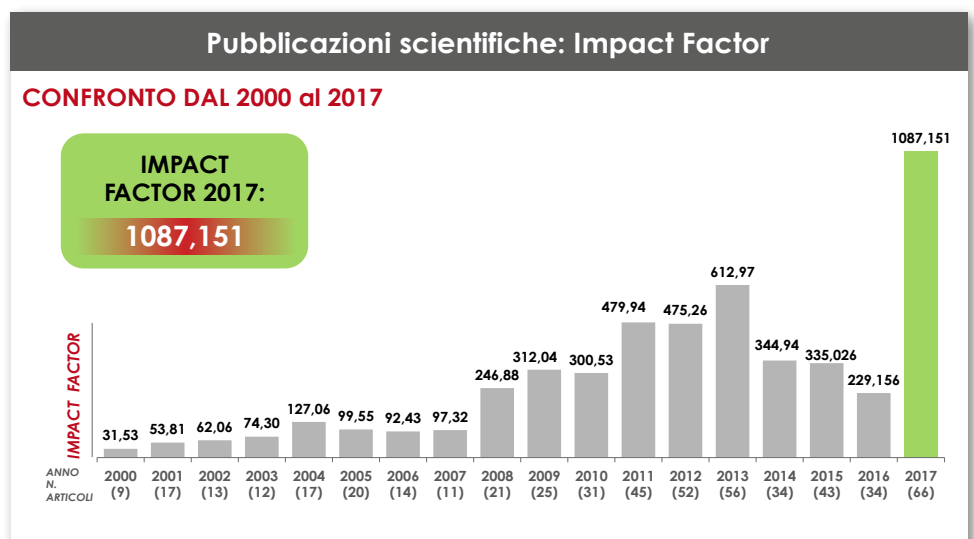


Figura 1

internazionale, il Professor Attilio Maseri, al quale sono profondamente riconoscente per il costante sostegno che non mi ha fatto mai mancare e per il suo incoraggiamento a mettere in atto e perseguire tutte quelle iniziative che, parimenti a quanto aveva iniziato a fare lui stesso, potessero portare la Fondazione ad assumere, nel panorama italiano, un ruolo di riferimento tra gli enti di ricerca cardiologica, come anche di intraprendere tutte le strade necessarie affinché questo ruolo possa venire riconosciuto alla Fondazione anche dal grande pubblico. Prima ancora di assumere la carica di Presidente ANMCO, nel 2013 ho ricoperto la carica di Consigliere Delegato per la Ricerca, un ruolo che mi ha permesso di vedere da vicino e comprendere la complessità della nostra Fondazione. In questo ruolo ho avuto occasione di lavorare fianco a fianco con Aldo Maggioni a cui mi lega un rapporto di profonda amicizia da molti anni, sono stati quei mesi di lavoro fatto in costante sintonia che ci hanno permesso di concretizzare poi i risultati che abbiamo potuto apprezzare anche nel biennio successivo, durante la presidenza ANMCO, in cui non ho mai tralasciato di seguire da vicino sia i progetti di ricerca della Fondazione, così come anche le iniziative rivolte ai cittadini, non solo pazienti. Mi è capitato spesso di ripensare alle lunghe chiacchierate con il Professore, in particolare a

quanto ancora potrebbe essere fatto per aumentare proprio nell'ANMCO la consapevolezza della forza della Fondazione per il Tuo cuore, il cui obiettivo dovrebbe essere quello di mettere in campo tutte le strategie possibili avendo in mente un modello vincente come quello realizzato da AIRC/FIRC nel panorama delle malattie oncologiche o meglio ancora dalla British Heart Foundation che a mio avviso rappresenta il modello per eccellenza. In questo primo bilancio di 10 mesi di Presidenza con soddisfazione desidero condividere alcuni passaggi di cui sentiremo parlare in futuro. Alla fine dello scorso novembre abbiamo avuto conferma dal Ministero della Salute, dopo aver partecipato ad un Bando dai requisiti molto complessi e stringenti, di essere stati inclusi come Fondazione nell'elenco degli enti pubblici e privati per lo svolgimento di attività di ricerca e sviluppo connesse all'esercizio delle funzioni della Direzione Generale della Programmazione Sanitaria. In particolare i temi nei quali la Fondazione potrà essere coinvolta sono quelli relativi all'elaborazione di adeguati e dinamici indicatori dell'effettivo bisogno di salute della popolazione, nonché quello sulla continua analisi per il miglioramento della qualità, dell'efficienza e la corretta allocazione di risorse da parte del Servizio Sanitario Nazionale ed anche quello per la realizzazione di modelli di analisi e costi dei

fabbisogni standard. Grazie a questo ragguardevole risultato ottenuto, siamo stati invitati a partecipare ad un ulteriore Bando per la realizzazione di un progetto facente parte del Programma Sanità 2.0 nel cui ambito si realizzeranno progetti che tenderanno a trovare soluzioni migliorative in termini di innovazione sanitaria finalizzate ad una più razionale allocazione di risorse. Temi attualissimi che trovano noi professionisti coinvolti quotidianamente nell'ambito della nostra realtà lavorativa. Al momento la Fondazione ha passato il primo step insieme ad altri tre importantissimi enti quali Università Bocconi, Università Cattolica del Sacro Cuore e il Consorzio per la Ricerca Economica in Sanità (CREA Sanità). Sapremo prossimamente chi sarà risultato aggiudicatario del progetto. Lasciatemi dire tuttavia che in questa occasione sono davvero soddisfatto di questo primo risultato, che in qualche modo ha messo in evidenza che possiamo pensare di percorrere a pieno titolo altre strade, che seppur complesse potrebbero garantire un ampliamento delle nostre attività e al contempo accrescere le competenze generando nuove sinergie. Sempre in tema di Ministero della Salute con piacere vi comunico che siamo stati artefici della costituzione dell'Alleanza Cardio-Cerebrovascolare, istituita dalla Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria e alla quale



Figura 2

partecipano tutte le società scientifiche cardiologiche, neurologiche, di medicina interna e di medicina generale, farmacologia, pediatria e associazioni di pazienti, ove si sta concretizzando un progetto di awareness della popolazione sulla prevenzione cardiovascolare primordiale, primaria, secondaria e terziaria. Anche in questo caso, grazie ai continui rapporti intessuti con le altre Società cardiologiche e con quelle di area medica- internistica- neurologica e di medicina generale, nonché con le associazioni di pazienti partecipanti all'Assemblea, siamo stati eletti nel Comitato Esecutivo per il prossimo triennio e coordiniamo l'area cardiovascolare per la realizzazione di questo progetto. L'esperienza della collaborazione è da sempre caratteristica della Fondazione non solo nell'esecuzione di studi di ricerca clinica, ma anche nei

rapporti attivi e propositivi con le altre Società Scientifiche. Da queste premesse, nei mesi passati, con alcune Società cardiologiche convinte come noi della fondamentale necessità di creare momenti istituzionalizzati di aggregazione per la condivisione e, tra le varie realtà, di nuove progettualità e sbocchi innovativi nell'ambito della ricerca clinica indipendente, si è mossa l'idea di creare un luogo aggregativo che promuovesse lo scambio e l'interrelazione scientifica, la discussione e la riflessione tra le varie realtà che operano nel settore cardiologico. È nata così a fine ottobre scorso, in ragione della strutturazione necessaria per svolgere le attività di ricerca nel rispetto dell'individualità e specificità di ciascuna Società scientifica partecipante, nell'ambito dei settori strategici della Fondazione per il Tuo cuore, la

### Consulta delle Società

**Cardiologiche – CSC** di cui fanno parte, oltre ad **ANMCO** e a **Fondazione per il Tuo cuore**, anche **ATBV, GIEC, GISE, GICR-IACPR, ITAHFA, SICOA, SICP** e **SIT**.

(Figura 2). L'obiettivo è stato quello di creare sinergie volte a concentrare le risorse sempre più scarse, su ambiziosi progetti di ricerca, che siano tra tutti condivisi e ai quali partecipino in modo paritetico, le varie realtà che operano nel settore dove potessero essere rappresentate le più alte personalità della cardiologia italiana, in modo da poter analizzare e ideare nuovi progetti e sinergie. L'entusiasmo dei partecipanti e il sereno clima di condivisione e di lavoro di questo Gruppo ci ha indotti recentemente a proporre l'ingresso nella Consulta di altre prestigiose Società e di accogliere positivamente la richiesta di altre per la condivisione di percorsi diagnostici e terapeutici in area cardiovascolare. La Fondazione come sappiamo, non è solo attività di ricerca ma è attiva fin dalla sua costituzione per realizzare iniziative che penetrino ambiti diversi i cui target sono rivolti a tutti alla popolazione giovane e a quella meno giovane a prescindere dall'essere o meno malati. Conosciamo bene le iniziative maggiori che si sono ripetute negli anni e che hanno contribuito ad accrescere la consapevolezza sull'importanza della prevenzione e sulla necessità di non delegare la cura della propria salute divenendo

artefici allo stesso tempo della migliore qualità di vita. Il **Progetto Nazionale di Prevenzione Cardiovascolare Banca del Cuore**, unisce questi due obiettivi offrendo al contempo un importante servizio assistenziale ai cittadini e di ricerca alla Fondazione. Il **Truck Tour Banca del Cuore**, che tutti noi abbiamo imparato a conoscere per il grande coinvolgimento di cardiologi e infermieri e ad apprezzare per le sue finalità di screening di prevenzione cardiovascolare, ha aperto ambiti inusuali stabilendo collaborazioni quali quella con **CEI - Conferenza Episcopale Italiana e Istituto Centrale per il Sostentamento del Clero** per cui abbiamo dato vita, dallo scorso anno, al **“Cuore del Clero”** e un’altra collaborazione, appena iniziata, con l’**Agenzia Italiana delle Entrate** con la quale si è avviato un progetto di prevenzione mirato ai propri dipendenti. Inoltre dalla consapevolezza che la cura responsabile della propria salute è condizione fondamentale per poter assicurare una efficace attività di assistenza alla cittadinanza, grazie ad una felice condivisione su questo tema con Nadia Aspromonte, dopo alcuni intensi e proficui colloqui con il Dott. Angelo Borrelli, capo del Dipartimento, abbiamo stipulato un protocollo di intesa con il **Dipartimento Nazionale della Protezione Civile della Presidenza del Consiglio dei Ministri** con gli obiettivi di contribuire a promuovere e accrescere la protezione della salute cardiovascolare e, in particolare, proprio degli operatori della Protezione Civile che operano nelle

emergenze delle grandi catastrofi. L’esperienza di successo della organizzazione dipartimentale ANMCO come da me realizzata sin dai primi mesi della mia presidenza nel 2014, ha suggerito una revisione interna della Fondazione che meglio aderisse alle esigenze di una realtà in crescita, dando vita ai 6 dipartimenti: **Segreteria Istituzionale - Amministrativo Legale - Banca del Cuore - Monitoraggio Studi Clinici - Regolatorio - Statistico Informatico** (Fig. 3 e 4). La nostra attività per quanto complessa sia e per quanto impegno possiamo profondervi non può prescindere dall’essere ben comunicata e ben veicolata, va da sè che ogni nostro sforzo deve tenere conto di queste due variabili che se non tenute in debita considerazione rischierebbero, se non di vanificare il nostro lavoro, certamente di non rendergli merito. In questo senso ho creduto utile individuare un Ufficio Stampa dedicato che avesse anche competenze nell’ambito dei social network. Questi primi mesi di

attività sembrano aver premiato questa scelta: abbiamo creato nuove funzionalità all’interno dei maggiori **social** e adesso la Fondazione è anche su *Instagram* oltre che su *Facebook* e *Twitter*, e infine, per la nostra intensa attività, abbiamo ottenuto da parte di Google un grant mensile pari a 10.000\$ (per un totale di ben 120.000 \$/anno) per pubblicità, che posiziona la nostra Fondazione in cima ai motori di ricerca nelle più importanti e ricorrenti parole chiave che i cittadini utilizzano su internet cercando risposte sul tema delle malattie del cuore. Questi mezzi di comunicazione, tanto apprezzati e utilizzati dai giovani, mi hanno permesso di coinvolgerli, avvicinandoli maggiormente alla Fondazione e alla ricerca cardiologica. Quando ideai l’Area Giovani in ANMCO, che tanto entusiasmo e creatività ha portato in questi 4 anni alla nostra Associazione, mi ispirai a un grande della storia di cui ammiro il raffinato pensiero, sir Winston



Figura 3



Figura 4

Churchill, che tra le tante massime affermava "Il politico diventa uomo di stato quando inizia a pensare alle prossime generazioni invece che alle prossime elezioni". E per questo penso che i giovani cardiologi, che in questi anni "sono accorsi" numerosi alla chiamata e hanno popolato ANMCO e conseguentemente la nostra Fondazione riducendo l'età media degli iscritti, possano rappresentare un volano di crescita di una nuova classe dirigenziale e produttiva cardiologica che rompa definitivamente con le vecchie logiche associazionistiche del *non fare per non far fare*, proseguendo nel rinnovamento associativo da me iniziato e rilanciando il rinnovato spirito della nostra cardiologia

ospedaliera sempre più proiettato verso un'assistenza medica più qualificata e una ricerca clinica originale e di prestigio. Le sfide più complesse, i progetti più ambiziosi, quelli che in qualche modo ci coinvolgono di più, quelli a cui dedichiamo tutte le nostre energie, quelli che in qualche modo ci appassionano maggiormente, hanno in sé un grande vantaggio: contribuiscono a stringere rapporti di collaborazione basati sulla fiducia e sul coraggio, ma soprattutto sulla consapevolezza che insieme si fa squadra. Non voglio dilungarmi in una elencazione di programmi di attività future e futuribili: lascio ad altri questo vezzo. Chi ben mi conosce sa

che il fare e la passione del fare sono il mio pane quotidiano e per questo preferisco essere giudicato sulle azioni compiute piuttosto che su programmi improbabili o proclami di principio. Il mio obiettivo dunque sarà quello, nella mia Presidenza, di valorizzare al meglio le potenzialità della squadra Fondazione che ringrazio fin da ora poiché sono certo saprà dare a tutti noi grandi risultati! Un programma ambizioso che si può concretizzare lavorando intensamente tutti insieme, in sintonia, sapendo che il risultato di uno è il risultato di tutti e per tutti. ♥

Concerto di Beneficenza



# Concerto del Cuore

Ventennale della Fondazione per il Tuo cuore

**31 maggio 2018**

partenza con pullman ore 18.30 dalla sede congressuale

Invito strettamente personale  
Auditorium Comunità San Patignano

In occasione della ricorrenza del proprio Ventennale dalla costituzione, la Fondazione per il Tuo cuore quest'anno ha voluto estendere, nei propri progetti, il sostegno alla struttura sanitaria della Comunità di San Patignano per il recupero dei ragazzi in difficoltà. Un gesto concreto che lasci sul territorio riminese non solo l'eco di una grande kermesse scientifica, il 49° Congresso Nazionale ANMCO, ma anche l'impegno a favore di chi lavora per una società migliore attraverso diversi progetti di prevenzione.

È per questo che, con la straordinaria ed entusiastica partecipazione di Mario Biondi & della sua Orchestra, abbiamo organizzato il **Concerto del Cuore**, un evento di beneficenza in favore di questa straordinaria Comunità, al quale mi onoro di **invitarLa a nome della Fondazione per il Tuo cuore**.

Il Concerto farà seguito alla **Cerimonia Inaugurale del Congresso Nazionale** e al successivo **Working Dinner** dedicato alla **"Ricerca Cardiologica in Italia"**.

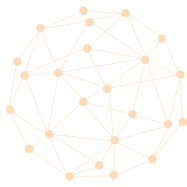
Stante il numero limitato di posti disponibili, per poter prendere parte a questi eventi dovrà ritirare il **coupon obbligatorio** per accedere a San Patignano, disponibile dalla mattina del **31 maggio** presso il desk appositamente predisposto dalla Segreteria Organizzativa Adria Congrex in sede congressuale.

**Michele Massimo Gulizia**  
Presidente Fondazione per il Tuo cuore



# Concerto del Cuore



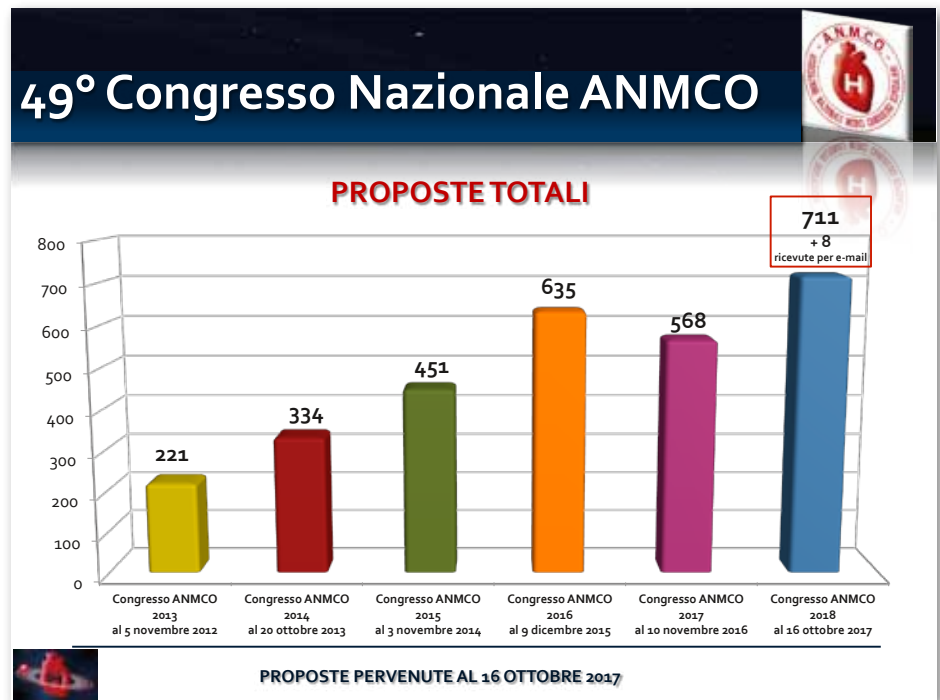


# Congresso ANMCO 2018

«Esistono molte cose nella vita che catturano lo sguardo, ma solo poche catturano il tuo cuore: segui quelle»

Winston Churchill

L'attesa del Congresso è sempre un momento speciale, fervono i preparativi e negli ultimi giorni, in qualche modo si ha anche la sensazione che non sia possibile che ogni aspetto vada a sistemarsi nel suo tassello... eppure accade... e l'evento più importante della nostra società scientifica, il Congresso Nazionale di Cardiologia dell'ANMCO anche quest'anno apre le porte e si farà ammirare e coinvolgerà i presenti per tre intensissimi giorni. Il Congresso 2018 ha mosso i suoi primi passi da un dato importante: la significativa crescita di proposte scientifiche pervenute, a testimonianza di una sempre maggiore attenzione rivolta a questo appuntamento irrinunciabile, che hanno reso possibile valorizzare appieno tutti i campi di interesse della Cardiologia. Le oltre 710 proposte complete pervenute evidenziano un trend in costante crescita di cui possiamo andare particolarmente fieri. Anche la call for abstract è stata partecipatissima con 602 tra abstract e casi clinici pervenuti tra cui sono state selezionati i migliori che hanno composto 65 sessioni di comunicazioni orali e 38 di e-Poster.



Tutto questo ha dato vita al programma 2018 con ben 248 sessioni scientifiche per un totale di 281 ore animate da 728 tra relatori e moderatori provenienti dall'intero territorio nazionale, da Europa e da Stati Uniti. Quindi in questi tre giorni all'interno del Palacongressi di Rimini lavoreranno in contemporanea 8 sale congressuali oltre a 2 Village appositamente allestiti che ospiteranno le aule interattive con l'uso di mini iPad, i Meet the Expert, le sessioni ViP

(Virtual Patient) ECHO e CLINICAL di particolare innovazione tecnologica per la formazione interattiva dei discenti, gli e-Poster elettronici su widescreen, ma anche Main Sessions, Minimaster, Simposi, Luncheon Panel, Focus, Forum, Controversie, How to, solo per citare alcune tipologie di sessioni. Nella sua complessità scientifico-organizzativa, il Congresso ANMCO verrà caratterizzato da tanti eventi nell'evento, predisponendo una offerta formativa sintetizzata in un

programma completo e ampio, che si sostanzia anche in Simposi Congiunti con le maggiori Società Scientifiche internazionali, con le Istituzioni Nazionali e Letture Magistrali svolte dai più celebri

sostegno e la piena disponibilità finora dimostrate. I congressisti potranno inoltre mettersi alla prova partecipando *al IV Campionato di Refertazione ECG*, alla *Jeopardy Game Session* (un rischio tutto cardiologico

Nazionale, di realizzare il **31 maggio 2018 dalle ore 19.00** la *Cerimonia Inaugurale* e a seguire il Working Dinner di premiazione dei migliori contributi scientifici al Congresso (*Premio Maseri-Florio, Premio Mario Chiatto, Borse di Studio Vincenzo Masini*) presso la **Comunità di San Patrignano**. Sarà sempre questo il contesto dove non mancare al **“Concerto del Cuore”** organizzato dalla Fondazione per il Tuo cuore con la straordinaria partecipazione di Mario Biondi, evento di beneficenza che si prefigge di raccogliere fondi, anonimi e senza alcun vincolo, per sostenere i progetti di ricerca della Fondazione, con una parte del ricavato da destinarsi alla stessa Comunità di San Patrignano per le attività assistenziali dalla stessa realizzate in favore di ragazzi e ragazze in difficoltà. Mario Biondi, nota star di livello internazionale accompagnato dalla sua orchestra al completo, ha accolto con entusiasmo la proposta della Fondazione affinché il messaggio di prevenzione e di tutela della salute potesse arrivare profondo al cuore, rafforzato dalla sua inconfondibile voce. Fin dall’inizio della pianificazione del Congresso l’intendimento è stato quello di porre la massima attenzione a tutti i passaggi affinché si potesse generare un valido e accattivante programma formativo certamente al passo con i tempi che al contempo tenesse conto del panorama sanitario-normativo

## I NUMERI DEL CONGRESSO

248 **Sessioni Scientifiche**

- 5 MAIN SESSION
- 1 LUNCHEON MAIN SESSION
- 6 MINIMASTER
- 24 SIMPOSI
- 1 SIMPOSIO CONGIUNTO:
  - ✓ American College of Cardiology
  - ✓ American Heart Association
- 3 Vi.P. CLINICAL SESSION
- 3 Vi.P. ECHO SESSION
- 4 LUNCHEON PANEL
- 12 MINI-SIMPOSI
- 1 GLI STUDI CLINICI DELL'ANMCO
- 4 LETTURE
- 1 LETTURA MAGISTRALE
- 34 FOCUS
- 6 MEET THE EXPERT
- 1 JEOPARDY GAME SESSION
- 10 FORUM
- 7 CONTROVERSIE
- 3 CONTROVERSIE A COLAZIONE
- 1 FORUM CASI CLINICI
- 1 CONVENTION DELLE UNITÀ SCOMPENSO CARDIACO
- 8 MY APPROACH TO
- 65 LA RICERCA CARDIOLOGICA IN ITALIA
- 38 SESSIONI e-POSTER
- 1 CORSO DI CLINICAL COMPETENCE NURSING
- 1 CORSO DI ORIENTAMENTO ANMCO PER I PRESIDENTI REGIONALI
- 7 HOW TO

nomi della Cardiologia mondiale e tanti altri ancora. E che dire degli spazi dell’esposizione tecnico-scientifica che quest’anno, particolarmente ricca, vedrà stand di dimensioni straordinarie, che hanno completamente riempito gli oltre 5.000 metri quadrati della Sala della Piazza, in una kermesse che ha coinvolto ben 50 aziende sponsor di questo Congresso. A tutte loro, unitamente alla generosa e potente Faculty di questo Congresso va il mio ringraziamento per il

in lingua inglese realizzato nella mia funzione di Governor dall’Italy Chapter dell’American College of Cardiology con il prezioso aiuto di Fabiana Lucà e Monica Verdoia) e, infine, del concorso fotografico *Cardioclick®* che quest’anno vanta una giuria d’eccezione. Un ulteriore momento di cui andare particolarmente fieri ed orgogliosi è rappresentato dalla proposta avanzata al Consiglio Direttivo ANMCO, approvata unanimemente anche da tutto il Consiglio



della cui costante evoluzione siamo particolarmente consapevoli. Il tutto mantenendo costi etici e fortificando il bilancio degli enti ANMCO grazie agli introiti del congresso. Ho avuto l'opportunità di realizzare da Presidente ANMCO prima e nel ruolo di Presidente del Congresso poi, le ultime 4 edizioni del nostro appuntamento principe. Ci sono stati momenti anche difficili, ma al di sopra di tutto sapere di avere l'opportunità di dare anche il mio contributo alla nostra Associazione ha mitigato le maggiori fatiche. In questi 4 anni il Congresso ANMCO è stato completamente rivoluzionato, una scelta coraggiosa premiata dai numeri di presenze di partecipanti, di faculty, di contributi scientifici e soprattutto di un risultato economico straordinario che abbiamo presentato nei report finali

e che ha permesso ad ANMCO di andare avanti in tranquillità in questi anni. Nel prossimo numero, come sempre, vi darò un report più ampio su questo Congresso appena svolto e sui dati più salienti che lo avranno caratterizzato. Dal Congresso di Milano con i colori dell'EXPO e con l'iridescente albero della vita, al primo congresso di Rimini del 2016 "Generatori di Cambiamento", dall'edizione dello scorso anno con i "Percorsi di Cambiamento" fino ad oggi con il claim "Watching the Future: realizziamo oggi i progetti di domani" il Congresso rappresenta con forza il nuovo percorso che ANMCO ha intrapreso e che si propone di non mancare, obiettivi strategici da realizzare per sostenere con forza la specificità della nostra disciplina. Obiettivi che non si realizzano da soli ma in squadra, una squadra

ormai consolidata e alla quale lascio il compito di continuare su questa strada. La Segreteria dell'ANMCO mi è stata davvero vicina in questi anni e particolarmente il Dipartimento deputato al Congresso, quello della Segreteria Generale coordinato da Giulia Salone, che instancabilmente e con grande dedizione ha lavorato per realizzare questo assai complesso evento scientifico, coadiuvato dai Dipartimenti Amministrativo, Soci, Comunicazioni e Web. Tante donne, tutte professioniste straordinarie a cui va il mio personale ringraziamento e che rappresentano un importante punto di forza della nostra Associazione. Bene, allora non mi resta che darVi il benvenuto a Rimini e **augurare un buon Congresso 2018 a tutti.** ♥



Andrea Di Lenarda

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

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



Giuseppe Di Tano

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

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



Stefano Urbinati

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

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



Michele Gulizia

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

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



Domenico Gabrielli

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

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



Adriano Murrone

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

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



Roberto Caporale

**TESORIERE**  
**ROBERTO CAPORALE**

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



Antonio Amico

**CONSIGLIERE**  
**ANTONIO FRANCESCO AMICO**  
 Direttore U.O. di Cardiologia-UTIC  
 Ospedale San Giuseppe da Copertino  
 Via Carmiano, 5 - 73043 Copertino (LE)  
 Tel. 0832/936259-936257  
 Fax 0832/930877  
**afamico@gmail.com**



Giovanna Geraci

**CONSIGLIERE**  
**GIOVANNA GERACI**  
 Dirigente Medico - U.O. di Cardiologia  
 Azienda Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello  
 P. O. Cervello  
 Via Trabucco, 180 - 90146 Palermo  
 Tel. 091/6802692-6802440  
 Fax 091/6802674  
**giovannageraci@hotmail.com**



Nadia Aspromonte

**CONSIGLIERE**  
**NADIA ASPROMONTE**  
 Dirigente Medico  
 U.O.C. Scopeno e Riabilitazione  
 Cardiologica  
 Policlinico Agostino Gemelli  
 Via Giuseppe Moscati, 31 - 00168 Roma  
 Tel. 06/3503722  
 Fax 06/3054641  
**nadia.aspromonte@gmail.com**



Federico Nardi

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



Giancarlo Casolo

**CONSIGLIERE**  
**GIANCARLO CASOLO**  
 Direttore S.C. di Cardiologia  
 Nuovo Ospedale Versilia  
 Via Aurelia, 335 - 55043  
 Lido di Camaioere (LU)  
 Tel. 0584/6057119-6059722  
 Fax 0584/6059897  
**giancarlo.casolo@uslnordovest.toscana.it**



Fortunato Scotto di Uccio

**CONSIGLIERE**  
**FORTUNATO SCOTTO DI UCCIO**  
 Dirigente Medico  
 U.O. di Cardiologia con UTIC  
 Ospedale Loreto Mare  
 Via Amerigo Vespucci - 80124 Napoli  
 Tel. 081/2542793-2542792  
 Fax 081/2542791  
**scottof@libero.it**



Stefano Domenicucci

**CONSIGLIERE**  
**STEFANO DOMENICUCCI**  
 Direttore S.C. di Cardiologia-UTIC  
 Ospedale Padre Antero Micone  
 Largo Nevio Rosso, 2 - 16153  
 Genova - Sestri Ponente  
 Tel. 010/8498401-8498217-8498247  
 Fax 010/8498317  
**stefano.domenicucci@asl3.liguria.it**



Guerrino Zuin

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



# L'ANMCO della continuità, della consapevolezza e dello sviluppo

**L**a nostra ANMCO è una Società Scientifica ricca di grande tradizione, eppur dinamica, basata su importanti valori etici, culturali e organizzativi; ANMCO deve mantenere iniziative capaci di rafforzare la centralità del Cardiologo e della Cardiologia, risultando un riferimento aggregante nei confronti della frammentazione delle specialità di settore e delle nuove organizzazioni e tecnologie. Una Associazione che diventi sempre più espressione di una Cardiologia unita, responsabile della presa in carico dei pazienti, cercando di evitare la logica del numero delle prestazioni/procedure; una Associazione di Cardiologi competenti ed appassionati, che sappiano dialogare, comunicare e condividere, mantenendo e rafforzando la leadership all'interno dei nuovi modelli organizzativi ospedalieri; una Associazione con interesse culturale diffuso verso la qualità, l'accreditamento e il rischio clinico. ANMCO, a livello associativo interno, deve andare avanti nel virtuoso cambiamento iniziato, in quanto la nuova/antica aria che si respira genera entusiasmo e fa sì che ognuno si possa riappropriare delle peculiarità del proprio

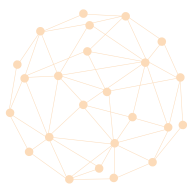


*Presentazione della candidatura e del programma al 47° Congresso Nazionale del 2016*

ruolo e che si possano presentare molte delle criticità emerse in passato come superate o in via di superamento, nell'ambito di un dialogo costruttivo. La centralità dei soci, che sono la base e fondamento della Associazione, rimane il punto fermo, Soci che sono sempre più da far sentire al centro del progetto, per poter rispondere sempre meglio alle giuste aspettative e ai bisogni emergenti. Le parole d'ordine del prossimo biennio saranno:

- CONTINUITÀ
- CONSAPEVOLEZZA
- SVILUPPO

Sicuramente la Cardiologia continuerà a cambiare nei prossimi anni per una serie di ragioni che vanno dai mutamenti epidemiologici, al progresso tecnologico e scientifico; stiamo vivendo cambiamenti dell'organizzazione e politica sanitaria («intensità di cura», contenimento della spesa) molto importanti; ANMCO deve saper interpretare e governare questa evoluzione con la cultura delle evidenze, con la qualità delle cure, con l'efficienza dei PDTA, evitando il rischio di frammentazione



dei percorsi (e quindi di modelli assistenziali basati su prestazioni/procedure), contrastando la logica ideologica (non validata) dei nuovi sistemi organizzativi.

Importante sarà il rapporto con le Istituzioni, progredito negli scorsi anni, da consolidare e possibilmente rafforzare, anche nei confronti delle altre Società Scientifiche, procedendo nel segno della continuità del percorso virtuoso già iniziato. A livello interno associativo si cercherà di favorire gli scambi culturali e organizzativi fra Regioni, soprattutto se limitrofe e omogenee e di favorire l'accesso ai Consigli Direttivi Regionali di giovani e donne. Proprio nell'ottica di cercare di dare maggiori servizi ai Soci si cercheranno di sviluppare partnership e collaborazioni "non istituzionali" (banche, assicurazioni, ecc.) anche per proporre convenzioni che possano rappresentare opportunità ulteriori per la comunità cardiologica ANMCO. Cercheremo, il Consiglio Direttivo e io, (uso il plurale perché la mia idea della presidenza è quella di "primum inter pares" con un ricorso importante alla delega e valorizzazione del lavoro di gruppo) di sviluppare ulteriormente i settori della formazione, recuperando appena possibile, in base alle date di completamento dei lavori di ristrutturazione della nostra prestigiosa sede di Firenze, la funzione del "learning center", proponendo ulteriori master/corsi di perfezionamento oltre a quelli già in essere, mantenendo la formazione storica basata sulle CEN e sviluppando ulteriormente il mentoring per i giovani e la



*Il segno della continuità e dell'amicizia: una "birichinata" in una serata informale, alias le torte in faccia*

formazione a distanza, valutando anche la istituzione di borse di studio regionali da fruire presso centri di eccellenza.

Altro punto importante sarà la attenzione al settore della responsabilità professionale, magari prevedendo una Task Force ad hoc. Ovviamente verranno riproposte le classiche CEN, anche implementando le parti di simulazione con previsione di percorsi ad hoc certificati come clinical competence in vari campi (anche sfruttando sinergie con altre società, cardiologiche e non), laddove possibile si potranno prevedere altri Master in collaborazione con Università di spicco. Proseguiremo il lavoro iniziato dai precedenti Presidenti e Consigli Direttivi sull'analisi di big data e ci auguriamo di sviluppare ulteriormente la collaborazione con AIFA, magari proponendo una Conferenza nazionale periodica in collaborazione con la stessa (sul modello della collaborazione in essere con ISS). L'attenzione al governo clinico, sfruttando la produzione di PDTA in collaborazione con le varie Aree e la loro implementazione pratica con progetti pilota in alcune regioni, sarà un altro punto focale del programma del biennio. Il Congresso rimarrà un punto nodale per la nostra Associazione, sia per il valore scientifico intrinseco e di partecipazione associativa, pertanto si cercherà di svilupparlo ulteriormente, o di mantenerlo in linea con le eccellenti performance di questi anni, ottenute grazie, fra l'altro, alle capacità organizzative e all'abnegazione di Michele Gulizia.

La nostra idea è quella di coinvolgere ulteriormente le Aree, le Task Force, le Regioni, oltre ovviamente al Consiglio Direttivo e ai Soci nella organizzazione scientifica del programma e di valutare alcune possibili novità nelle modalità di espletamento dello stesso. Si potrebbe inoltre prevedere, per i Soci che non possano essere presenti al Congresso Nazionale, una piattaforma comunicativa che permetta di seguirlo anche in differita. La ricerca clinica dovrà rimanere uno degli interessi di ANMCO valorizzando appieno il nostro Centro Studi che è uno dei fiori all'occhiello e che trova, all'interno della Fondazione per il Tuo cuore, l'alveo in cui svilupparsi ulteriormente e servire da polo di attrazione per altre società scientifiche. L'ulteriore sviluppo di HCF avverrà certamente lavorando di concerto, tenendo conto della importanza della Fondazione, che ci rappresenta nei confronti del mondo laico, pur nel rispetto della centralità della "casa madre" ANMCO.

Nel prossimo biennio vedremo i primi frutti della riorganizzazione che ha portato alla creazione di Italian Federation of Cardiology, in luogo della FIC, come naturale conseguenza del mancato raggiungimento da parte della FIC di molti degli obiettivi prefissati, in linea con le conclusioni a cui siamo giunti negli scorsi Stati generali del 2017, tenutisi a Trieste; il vantaggio delle azioni compiute è che permetteranno, tra l'altro, di "riprendere in mano" i nostri giornali su una base rinnovata e chiara. Il Consiglio Nazionale dovrà

avere un ruolo sempre più attivo e propositivo con ampio spazio dato alla discussione e al confronto in modo da poter cogliere appieno le opportunità proposte dalle Aree, Task Force e Regioni, magari anche prevedendo variazioni dello Statuto che possano incrementare la partecipazione diretta alla politica associativa. Sarà dato ulteriore spazio alle iniziative che favoriscano la consapevolezza associativa, in particolare il Corso di Orientamento per Presidenti Regionali potrebbe divenire obbligatorio e propedeutico alla stessa carica, inoltre dovrebbe essere esteso a tutti i componenti del Consiglio Direttivo Regionale in modo da favorire la piena conoscenza dei Regolamenti e dello Statuto associativo. Il personale dei nostri Dipartimenti continuerà ad offrire, con la consueta disponibilità e competenza, la massima collaborazione ai Soci che ne abbiano necessità. Un grazie ad Andrea Di Lenarda e a Michele Gulizia, nonché al Consiglio Direttivo e Consiglio Nazionale uscenti, che mi hanno accolto con affetto e stima e un grazie per il lavoro svolto per ANMCO e per quanto continueranno a fare a favore della nostra Associazione in collaborazione con il nuovo Consiglio Direttivo e Consiglio Nazionale. A questo punto concludo ricordando che, orgogliosi delle nostre tradizioni e consapevoli della nostra forza associativa, proveremo insieme a continuare a traghettare la Cardiologia Ospedaliera verso il futuro con umiltà, ma grande dedizione e determinazione. BUON CONGRESSO A TUTTI ♥





## Studi in corso

Nome dello Studio	N° centri attivati Italia (tutto il mondo)	N° pazienti previsti dal protocollo Italia (tutto il mondo)	N° pazienti arruolati Italia (tutto il mondo)	Durata prevista del follow-up	Stato Arruolamento	
<a href="#">STEM-AMI OUTCOME</a> in collaborazione con <a href="#">Centro Cardiologico Monzino</a> e <a href="#">ASST di Lecco</a>	44	1530	532	2 anni	chiuso	<a href="#">Newsletter</a>
<a href="#">GISSI Outliers VAR</a> (osservazionale)	10	60	62	3 anni	chiuso	<a href="#">Newsletter</a>
<a href="#">GISSI Outliers CAPIRE</a> (osservazionale)	11	800	544	5 anni	chiuso	<a href="#">Newsletter</a>
<a href="#">COMPASS</a> in collaborazione con <a href="#">Population Health Research Institute, Hamilton</a>	22 (608)	1100 (27400)	1072 (27402)	Event driven	chiuso	
<a href="#">COMPASS-LTOLE</a>	4 (268)	NA	16 (3479)	Fino a un max di 3 anni	In corso	
<a href="#">HPS3-REVEAL</a> In collaborazione con <a href="#">Oxford University</a>	26 (444)	1820 (30000)	1660 (30624)	Event driven	chiuso	
<a href="#">ISCHEMIA</a> In collaborazione con <a href="#">New York University</a>	14 (351)	378 (5000-6000)	146 + 62 CKD (5179 + 777 CKD)	Fino a 31-12-2018	chiuso	
<a href="#">DYDA 2 Trial</a> In collaborazione con <a href="#">Associazione Medici Diabetologi</a>	15	186	188	48 settimane	chiuso	
<a href="#">BLITZ-AF</a> (osservazionale)	154	Pronto Soccorso 3000 Cardiologia 2000	Pronto Soccorso 6275 Cardiologia 4126	1 anno	chiuso	
<a href="#">START</a> (osservazionale)	183	4500	5070	1 anno	chiuso	
<a href="#">COLCOT</a> In collaborazione con il <a href="#">Montreal Health Institute</a>	19 (164)	750 (4500)	500 (4030)	Event driven	in corso	
<a href="#">POSTER</a> (osservazionale) In collaborazione con <a href="#">Fondazione SISA (Società Italiana per lo studio dell'Arteriosclerosi)</a>	83	6000	5059	No follow-up	in corso	
<a href="#">BLITZ-HF</a> (osservazionale)	127	1ª fase 2500 2ª fase 2500	4244 884	1 anno 1 anno	chiuso	
<a href="#">Registro G-CHF</a> (osservazionale)	8 (211)	750 (25.000 circa)	174 (10924)	24 mesi	In corso	

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

## Studi di prossima attuazione

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

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

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

## FOCUS ON

### MATADOR-PCI

Si tratta di uno studio nazionale, prospettico, multicentrico, osservazionale che verrà condotto in circa 100 UTIC collocate in Ospedali dotati di Laboratorio di Emodinamica Interventistica. Verranno arruolati pazienti consecutivi con diagnosi confermata di sindrome coronarica acuta (SCA) trattati con angioplastica coronarica percutanea (PCI) e impianto di stent che presentano fibrillazione atriale (AF) all'ingresso in ospedale o durante il ricovero, prima o dopo l'impianto di stent. L'arruolamento durerà 12 mesi in ogni Centro. I pazienti saranno seguiti in follow-up a sei mesi dopo l'inclusione al fine di raccogliere tutti gli eventi avversi seri e gli outcome principali occorsi. Sulla base di precedenti registri ANMCO, si prevede di arruolare nello studio circa 500 pazienti. L'obiettivo principale è quello di ottenere un insieme completo di dati nazionali per migliorare le conoscenze sulle strategie antitrombotiche impiegate durante l'ospedalizzazione nei pazienti affetti da SCA trattati con PCI ed impianto di stent che presentano fibrillazione atriale all'ingresso in Ospedale o che la sviluppano nel corso del ricovero (prima o dopo l'impianto di stent). Le pratiche regolatorie con i Comitati

Etici dei Centri aderenti al progetto sono state avviate a gennaio 2018 e l'attesa è di passare alla fase operativa del progetto nel secondo semestre del 2018.

### COLCOT STUDY (COLCHICINE CARDIOVASCULAR OUTCOMES TRIAL)

Si tratta di uno studio randomizzato, in doppio cieco, multicentrico, event driven, che includerà 4500 pazienti in tutto il mondo, dei quali circa 800 in Italia. Lo studio è promosso dal Montreal Health Institute e coordinato in Italia dal Centro Studi ANMCO della Fondazione per il Tuo cuore.

Questi gli obiettivi dello studio:

- **primario** valutare se il trattamento a lungo termine con colchicina riduce il rischio di eventi cardiovascolari (morte cardiovascolare, arresto cardiaco rianimato, IM acuto, stroke, ricovero urgente per angina che richiede rivascolarizzazione) in pazienti che hanno avuto un infarto miocardico nei 30 giorni precedenti l'arruolamento.
- **secondario** valutare la safety a lungo termine del trattamento con colchicina
- **terziario** valutare la correlazione tra il trattamento con colchicina e markers biochimici e genetici. Devono essere inclusi pazienti di entrambi i sessi, di età  $\geq 18$

anni, che hanno avuto un infarto miocardico (STE-MI e NSTEMI) nei precedenti 30 giorni, che abbiano concluso la procedura di rivascolarizzazione laddove indicata, e trattati come indicato dalle Linee Guida. L'arruolamento è iniziato il 4 dicembre 2015 a livello internazionale; in Italia il primo paziente è stato arruolato il 6 Giugno 2016. Il 18 aprile 2018 è stato incluso globalmente il paziente numero 4000, mentre in Italia siamo arrivati a 500 pazienti da parte di 19 centri. Secondo le ultime previsioni la fase di arruolamento si concluderà a giugno 2018. Lo studio prevede due sottoprogetti: uno per la valutazione dei markers bioumorali e l'altro di farmacogenomica. Le procedure dei sottoprogetti sono state recentemente puntualizzate con l'Emendamento 2 al protocollo, attualmente in fase di valutazione da parte di AIFA e dei Comitati Etici locali. L'Italia parteciperà solo alla parte di farmacogenetica, a cui hanno dato l'adesione 10 dei 19 Centri COLCOT: si passerà alla fase operativa del sottoprogetto non appena concluso l'iter regolatorio. Al 17 aprile 2018 erano già stati arruolati a livello internazionale 790 pazienti nel sottostudio di genetica e 79 nella parte biomarkers. ♥



**AREA ARITMIE**

**Chairperson**

Achille Giardina (Cagliari)

**Co - Chairperson**

Massimo Zecchin (Trieste)



**AREA CARDIOCHIRURGIA**

**Chairperson**

Leonardo Patanè (Pedara - CT)

**Co - Chairperson**

Marco Di Eusanio (Ancona)

**Comitato di Coordinamento**

Raimondo Calvanese (Napoli)

Mauro Raimondo Serafino Pisano (Sassari)

Alessio Poggi (Teramo)

Pietro Rossi (Roma)

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

**Comitato di Coordinamento**

Antonio Miceli (Milano)

Andrea Montalto (Roma)

Antonino Salvatore Rubino (Pedara - CT)

Carlo Savini (Bologna)

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



**AREA CARDIOIMAGING**

**Chairperson**

Paolo Giuseppe Pino (Roma)

**Co - Chairperson**

Antonella Maurizia Moreo (Milano)



**AREA EMERGENZA - URGENZA**

**Chairperson**

Emilio Di Lorenzo (Avellino)

**Co - Chairperson**

Roberta Rossini (Cuneo)

**Comitato di Coordinamento**

Erika Bertella (Cremona)

Marco Campana (Brescia)

Benedetta Carla De Chiara (Milano)

Vincenzo Guido (Ostia Lido - RM)

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

**Comitato di Coordinamento**

Giorgio Caretta (La Spezia)

Chiara Fraccaro (Padova)

Claudio Larosa (Andria - BT)

Daniela Lina (Parma)

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



### AREA GIOVANI

#### Chairperson

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

#### Comitato di Coordinamento

Manuela Benvenuto (Fermo)  
 Damiana Fiscella (Catania)  
 Annamaria Iorio (Bergamo)  
 Andrea Madeo (Roma)

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



### AREA MALATTIE DEL CIRCOLO POLMONARE

#### Chairperson

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

#### Comitato di Coordinamento

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

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



### AREA MANAGEMENT & QUALITÀ

#### Chairperson

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

#### Comitato di Coordinamento

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

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



### AREA NURSING

#### Chairperson Medico

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



#### Chairperson Infermiera

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

#### Comitato di Coordinamento

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

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



### AREA PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE

#### Chairperson

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

#### Comitato di Coordinamento

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

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



### AREA SCOMPENSO CARDIACO

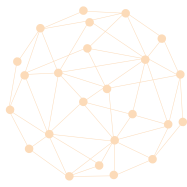
#### Chairperson

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

#### Comitato di Coordinamento

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

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



# Survey dei centri italiani di emodinamica strutturale e cardiocirurgia

**D**a oltre 60 anni si effettuano interventi di chirurgia sulle valvole cardiache e da almeno 10 si effettuano procedure interventistiche transcateretere sulle valvole medesime, ma la terapia antitrombotica dopo sostituzione o riparazione valvolare non è ancora sufficientemente standardizzata. Ciò è dovuto in parte al continuo aggiornamento tecnologico con costante evoluzione delle protesi valvolari, soprattutto biologiche, e delle tecniche riparative, con introduzione sul mercato di nuovi modelli di protesi come le sutureless, le percutanee e alla mancanza di chiare evidenze scientifiche nei diversi scenari clinici. Si discute ancora, se dopo impianto di protesi biologiche stented, per quanto tempo sia necessario effettuare la terapia anticoagulante, ovvero se sia sufficiente la sola terapia antiaggregante. E ancora se sia opportuno, dopo intervento di sostituzione mitralica con protesi meccanica, aggiungere alla terapia anticoagulante la antiaggregazione con aspirina. A rendere ancora più complesse le scelte, la recente introduzione di nuovi presidi farmacologici. L'argomento è certamente di grande rilevanza. La differenza di risultati immediati e a distanza dopo intervento di riparazione o di sostituzione valvolare è spesso dovuta alle complicanze tromboemboliche e/o emorragiche della terapia

anticoagulante, spesso necessaria dopo l'intervento sostitutivo. Partendo da tali considerazioni l'Area CardioChirurgia dell'ANMCO ha proposto la stesura di un Documento di Consenso su "Terapia antitrombotica nei pazienti sottoposti a chirurgia e/o interventistica valvolare cardiaca". Il Documento la cui stesura è già stata completata, è attualmente in fase di revisione e sarà presto pronto per la pubblicazione. Ci è sembrato opportuno fare precedere la pubblicazione del Documento di Consenso da una survey indirizzata ai Centri Italiani di Cardiocirurgia e di Emodinamica strutturale. L'obiettivo del sondaggio è stato quello di avere un dato realistico sull'atteggiamento dei Centri nel nostro Paese, al di là di quelle che sono le raccomandazioni ed indicazioni delle principali linee guida Nazionali ed Internazionali. Sono stati coinvolti nel sondaggio 213 Centri, di cui 113 di Cardiologia con emodinamica e 100 di Cardiocirurgia. Alla survey hanno risposto 79 centri (37% del totale) di cui 39 di Cardiocirurgia (39% dei centri Cardiocirurgici) e 40 di Cardiologia (35,3% dei centri Cardiologici). Il dato è in parte sottostimato perché molti Centri con Chirurgia ed Emodinamica accorpate nello stesso istituto, hanno inviato solo una risposta, poiché il protocollo di trattamento era il medesimo. Nella tabella I,

II e III è rappresentato lo schema del questionario, rispettivamente per la valvola aortica, mitrale e tricuspide. Non sono stati oggetto di survey, i pazienti già sottoposti a terapia anticoagulante per motivi indipendenti dalla procedura chirurgica o interventistica (i.e. fibrillazione atriale). Desideriamo ringraziare i Centri Italiani di Cardiocirurgia e di Cardiologia con Emodinamica che hanno risposto alla survey, rendendo possibile una analisi dei dati che verranno pubblicati prossimamente in modo dettagliato. Alcuni comportamenti appaiono consolidati e non meritano particolare discussione (i.e. TAO nelle protesi meccaniche in posizione mitralica e tricuspidalica), in altre situazioni è necessaria maggiore chiarezza e appare necessario disporre di protocolli condivisi per la gestione della terapia antitrombotica nei pazienti sottoposti a procedure chirurgiche ed interventistiche su valvole cardiache. Spesso il comportamento dei centri appare difforme nell'utilizzare la terapia antitrombotica a parità di procedura effettuata. Nel Documento di Consenso di prossima pubblicazione verrà definito lo stato dell'arte, proponendo dei protocolli da condividere, alla luce delle linee guida internazionali, nonché della più recente letteratura. ♥

Tabella I - Valvola aortica

	TAO	INR target	Durata TAO post chir (mesi)	Associazione a ASA	Doppio Antiaggregante	Durata doppio Antiaggregante (mesi)	NAO	NOTE
	SI/NO	Valore minimo	3,6,sempre	SI/NO	SI/NO	3,6,sempre	SI/NO	Testo libero
Protesi meccanica								
Protesi biologica stented								
Protesi biologica stentless								
Protesi biologica sutureless								
TAVI								
Valve sparing								

La survey è mirata SOLO ai pazienti in RITMO SINUSALE: i pazienti in Fibrillazione Atriale sono esclusi

Tabella II - Valvola mitrale

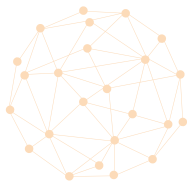
	TAO	INR target	Durata TAO post chir (mesi)	Associazione a ASA	Doppio Antiaggregante	Durata doppio Antiaggregante (mesi)	NAO	NOTE
	SI/NO	Valore minimo	3,6,sempre	SI/NO	SI/NO	3,6,sempre	SI/NO	Testo libero
Protesi meccanica								
Protesi biologica stented								
Plastica con anello								
Plastica senza anello								
TMVI								
Mitraclip								

La survey è mirata SOLO ai pazienti in RITMO SINUSALE: i pazienti in Fibrillazione Atriale sono esclusi

Tabella III - Valvola tricuspide

	TAO	INR target	Durata TAO post chir (mesi)	Associazione a ASA	Doppio Antiaggregante	Durata doppio Antiaggregante (mesi)	NAO	NOTE
	SI/NO	Valore minimo	3,6,sempre	SI/NO	SI/NO	3,6,sempre	SI/NO	Testo libero
Protesi meccanica								
Protesi biologica stented								
Plastica con anello								
Plastica senza anello								
Transcath.								

La survey è mirata SOLO ai pazienti in RITMO SINUSALE: i pazienti in Fibrillazione Atriale sono esclusi



DI FABIANA LUCÀ, STEFANIA ANGELA DI FUSCO, ANNAMARIA IORIO, MANUELA BENVENUTO,  
ANDREA MADEO, DAMIANA FISCELLA A NOME DI TUTTI I SOCI AREA GIOVANI

# GIOVANI & SOCI

**P**rotagonisti di quella che è stata definita dal sociologo polacco Zygmunt Bauman la "società liquida", i giovani, alle prese con problemi contingenti spesso legati all'instabilità lavorativa, rischiano di sperimentare una sensazione di incertezza in un contesto in continua trasformazione. Il pressante bisogno di inserimento nei settori lavorativi e scientifici si scontra spesso con una società ancora di tipo gerontocratico comportando a volte un vuoto identitario. Finalizzata a sostenere i giovani, nel 2015, da una acuta intuizione dell'allora Presidente ANMCO Prof. Michele Massimo Gulizia, nasce l'Area Giovani ANMCO, iniziativa "faro" con l'obiettivo di fornire ai giovani un modello identificativo di natura societaria atto a contrapporsi alla frammentarietà ed alla dispersione delle risorse giovanili. L'azione sui giovani volta ad aiutarli ad acquisire conoscenze, abilità ed esperienze utili nel contesto lavorativo e nel contempo a combattere il pericoloso vuoto generazionale si delinea ad oggi in ANMCO come una mission sempre più attuale. Agire privilegiando i percorsi di formazione e di ricerca scientifica dedicati ai Giovani continua ad



essere uno degli obiettivi principali della Fondazione per il Tuo Cuore con il nuovo Presidente Prof. M.M. Gulizia che, in continuità con l'operato del Past President Prof. Attilio Maseri, tramite un'azione sinergica con ANMCO, si dedica ad un'intensa azione valorizzazione dei giovani a cui dedica uno spazio crescente. Secondo gli ultimi dati l'età media dei soci è pari a 55 anni; solo il 4% ha un'età inferiore ai 35 anni, mentre il 96% è al di sopra dei 35 anni (fig.1). Se invece ampliamo il cutoff di età a 45 anni, scopriamo che il 22% dei soci è under 45, mentre il 78% è over 45 anni (fig.2). Il trend è tuttavia confortante raggiungendo i picchi più alti in termini di iscrizioni di giovani nel 2016 e continuando nel 2017 a conferma del gradimento dell'azione consociativa fin qui svolta. L'Area Giovani, l'ultima arrivata nel panorama delle aree,

cerca di avvicinare i giovani al mondo ANMCO garantendo un'apertura alle attività scientifiche societarie a tutti gli interessati. Sono nate in questi anni rubriche come Job Opportunities ed International Opportunities volte a garantire un costante aggiornamento sulle opportunità lavorative nazionali e sulle possibilità fornite dalle società scientifiche internazionali (quali Fellowship ed eventuali Grant di European Society of Cardiology, American College of Cardiology ed American Heart). Inoltre la Rubrica online "Insoliti sospetti" rappresenta un'occasione di visibilità scientifica e di confronto culturale per tutti i giovani soci a cui è data la possibilità di inviare i propri casi più belli e di vederli pubblicati con il proprio nome. L'intensa attività editoriale operata dall'Area è rivolta inoltre a soddisfare alcuni tra i più comuni bisogni culturali dei giovani ed a rispondere alle loro domande sulla pratica clinica. Accanto agli ormai consolidati riconoscimenti devoluti dalla Fondazione per il tuo Cuore ai giovani più meritevoli in termini di produttività scientifica, quali il Premio Maseri Maseri Florio e Vincenzo Masini, tradizionalmente assegnati ogni anno nel corso del Congresso Nazionale, nuove

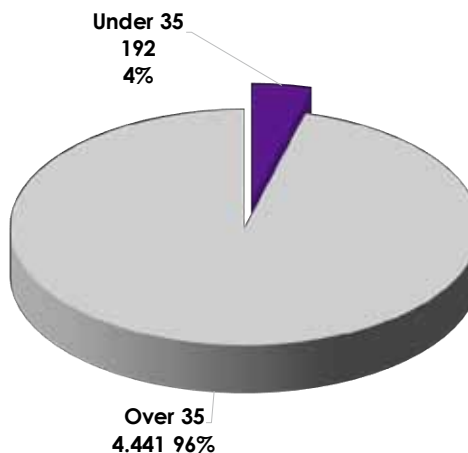


## L'ANMCO e i Soci:

♥ ETÀ dei Soci:

- 4% Under 35 anni
- 96% Over 35 anni

**Età media dei Soci: 55 anni**

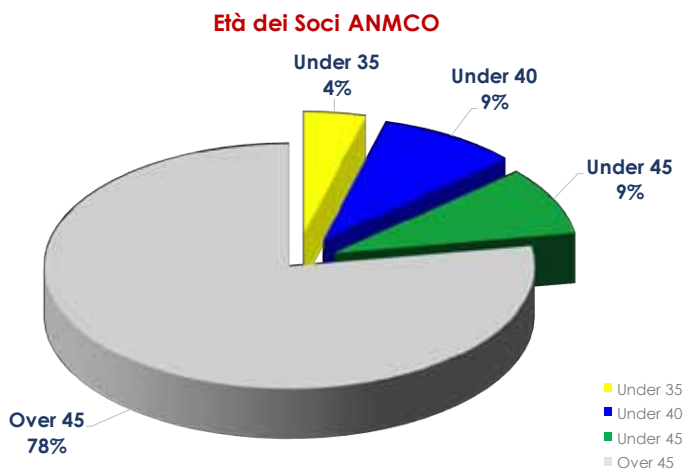


## L'ANMCO e i Soci:

♥ ETÀ dei Soci:

- 22% Under 45 anni
- 78% Over 45 anni

**Età media dei Soci: 55 anni**



interessanti opportunità si aprono ai giovani soci, come le 25 Free Registrations for ESC CONGRESS 2018 ottenute da ANMCO ed attribuite quest'anno in premio ai soci under 35 autori dei migliori abstracts inviati al congresso nazionale ANMCO, ed il Premio Mario Chatto di recente istituzione su richiesta dell'omonimo collega

di Cosenza. Risvegliare nei giovani l'orgoglio societario che ha sempre contraddistinto i soci ANMCO e Fondazione per il Tuo cuore in maniera trasversale è la vera forza della nostra società e rappresenta un'importante chiave di volta nella politica di rinnovamento societario. In questo delicatissimo passaggio dell'avvicendamento generazionale,

l'Area Giovani si propone come mediatore tra ANMCO ed i giovani soci alle prese con un pressante bisogno di modelli culturali e scientifici unitari, poiché, forse, come scriveva Italo Calvino, ne "Il visconte dimezzato "A volte uno si crede incompleto ed è soltanto giovane". ♥





## REFERENTI TASK FORCE

### CARDIOGERIATRIA



GIOVANNI GREGORIO  
Vallo della Lucania - Salerno

### CARDIOLOGIA DELLO SPORT



PIETRO DELISE  
Mestre - Venezia

### CARDIOLOGIA PEDIATRICA



SILVIA FAVILLI  
Firenze

### CARDIONCOLOGIA



IRIS PARRINI  
Torino

### CARDIONEUROLOGIA



MONICA CARLETTI  
Verona

### RETE OSPEDALE - TERRITORIO



ALESSANDRO NAVAZIO  
Guastalla - Reggio Emilia



# Italia: sempre meno giovani in corsia

“... il SSN si trova in una situazione di grande ambivalenza: da un lato sta soffrendo i costi correlati all'invecchiamento della propria piramide professionale (alto burn out, scarsa propensione all'innovazione e al cambiamento, climi organizzativi pesanti, ecc.) e all'incongruenza del suo skill mix rispetto ai bisogni emergenti; ma dall'altra è davanti a una grande finestra di opportunità.

Il ritrovato equilibrio finanziario e l'inevitabile rallentamento fisiologico del blocco delle assunzioni permette di scegliere lo skill mix del futuro. Questo ci interroga su che tipo di professionisti intendiamo privilegiare, per quali setting e per quali ruoli.

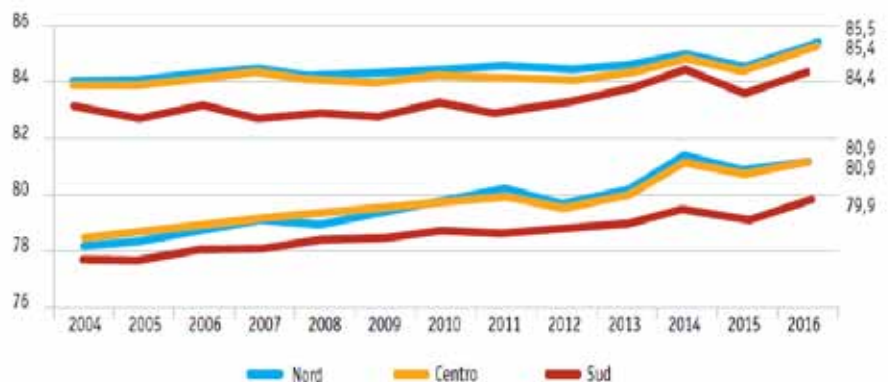
È una discussione che deve collocarsi rapidamente al centro dell'agenda del SSN, perché la sua compiuta risoluzione e messa a regime richiede almeno 10 anni di lavoro, per formare, selezionare e inserire i professionisti programmati.”

CERGAS - Rapporto Oasi 2016

Bocconi Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema Sanitario Italiano. Egea 2017. Il progressivo invecchiamento della popolazione rappresenta uno dei grandi problemi che i Sistemi Sanitari delle società industrializzate sono chiamati ad affrontare.

L'aumento della speranza di vita alla nascita, sia pure con le note variazioni territoriali, fa porre in primo piano il mutato quadro demografico con la conseguente modifica delle risposte sanitarie.

Speranza di vita alla nascita per ripartizione



Fonte: Elaborazione RBM Assicurazione Salute S.p.A. su dati ISTAT

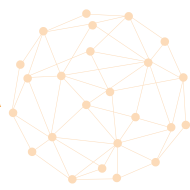
Figura 1

Evoluzione della popolazione anziana

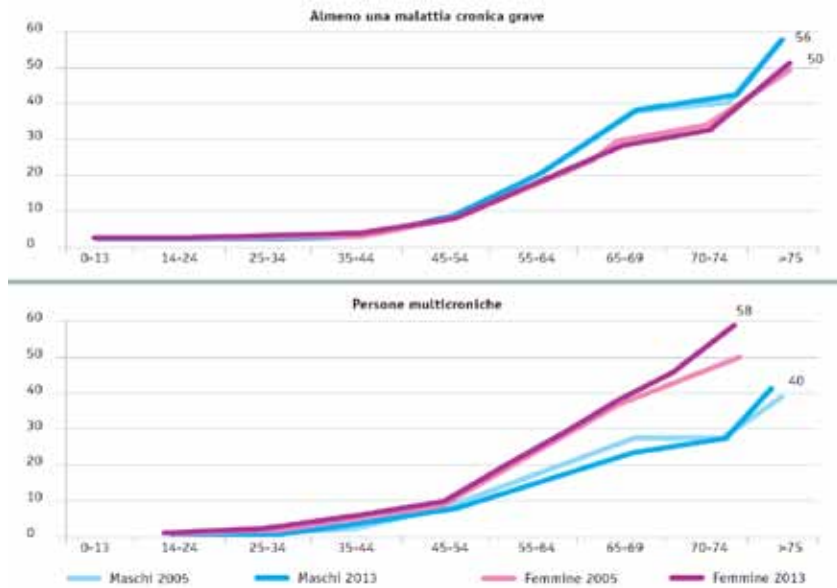


Fonte: Elaborazione RBM Assicurazione Salute S.p.A. su dati ISTAT

Figura 2



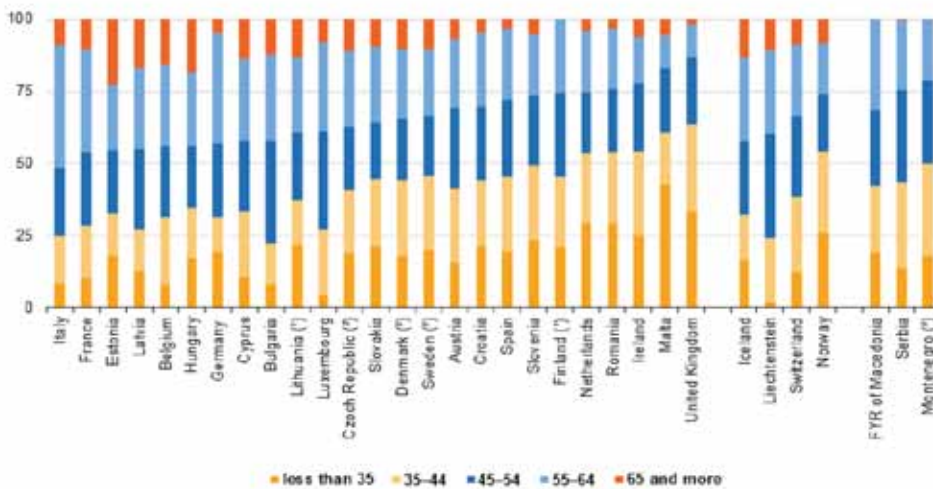
**Malattie croniche gravi e multi cronicità tra 2005 e 2013**



Fonte: Elaborazione RSM Associazione Salute S.p.A. su dati ISTAT

Figura 3

**Medici in Europa: distribuzione per nazione e per fasce di età**



Fonte: Eurostat Healthcare personnel statistics – physicians 2016-2017

Figura 4

(Figure 1-2). L'aumento della vita media se da un lato rappresenta un successo della moderna sanità dall'altro comporta un aumento di malattie croniche, con ripercussioni spesso drammatiche nel mondo del lavoro (Figura 3). Un dato non sufficientemente considerato è che il progressivo aumento della età interessa sia pazienti che operatori sanitari. I Dipendenti del SSN rappresentano il 21 % del pubblico impiego e per il 65 % sono donne. Il 96 % è a tempo indeterminato. Dal 2009 al 2014 il personale a tempo indeterminato è calato di circa 30.000 unità (- 5%). In alcune Regioni sottoposte a Piano di Rientro il calo è stato del 15 % tra il 2006 e il 2012. La spesa per il personale è scesa di 1,3 miliardi dal 2008. L'età media è di 53 anni per i medici dipendenti, di 47 anni per le professioni sanitarie e 55 anni per i medici di medicina generale. Siamo l'unico Paese dell'Unione che ha il 52% di medici over 55. In Germania, Francia, Belgio, Lussemburgo, Ungheria, Cipro, Lettonia, Estonia e Bulgaria il dato oscilla tra il 41 % e il 47%. Il Regno Unito, che si trova all'estremo opposto del grafico rispetto all'Italia, ha una percentuale di personale medico over 55 del 16% appena (Figura 4). Questa situazione ha ripercussioni anche nel mondo della Cardiologia, ben rappresentata dalla analisi delle caratteristiche e della distribuzione dei Soci ANMCO. Nel 2017 i Soci ANMCO sono risultati essere 4.599 (771 - 17% -aggregati e 3.828 - 83% - ordinari), distribuiti in numero di 1.529 al Nord, di 1.187 al Centro e di 1.475 al Sud e Isole, distribuiti in maniera diversificata tra le diverse

regioni (Figura 5). Il 69% dei Soci sono di sesso maschile ed il 31 % di sesso femminile (Figura 6). L'età media dei Soci è di 55 anni, rispetto ad una età media di 53 anni dei medici dipendenti. I Soci sotto i 35 anni sono in numero di 338, 150 ordinari e 188 aggregati, distribuiti in numero di 150 al Nord, 117 al centro e 70 al Sud. Più in particolare il 7 % è sotto i 35 anni, il 22 % è sotto i 45 anni, il 93 % è sopra i 35 e il 78 % è sopra i 45 anni (Figura 7). La distribuzione per regione dei Soci under 35 mostra una variegata distribuzione territoriale, con diversa presenza di Soci ordinari ed aggregati. Il drammatico aumento della età degli operatori sanitari è la conseguenza sia del blocco del turnover, soprattutto per le Regioni in Piano di rientro, che dell'aumento della età pensionabile. Tale fatto comporta la presenza in servizio di personale spesso con patologie che confliggono con le normali attività dei reparti, specie se si tratta di reparti di emergenza (aumento dello stress lavorativo, aumento dei rischi, difficoltà a svolgere lavoro notturno e servizio di guardia etc.). Occorre superare il drammatico invecchiamento del personale e ripensare ai modelli organizzativi ed assistenziali. È questa la sfida alla quale Società Scientifiche e Istituzioni sono chiamate a rispondere, tenendo conto della rapida evoluzione dei saperi, dei mutati assetti organizzativi, del divenire delle competenze professionali e della opportunità di salvaguardare il patrimonio di cultura ed esperienza del personale più anziano. ♥

### L'ANMCO e i Soci: distribuzione per tipologia e per regione

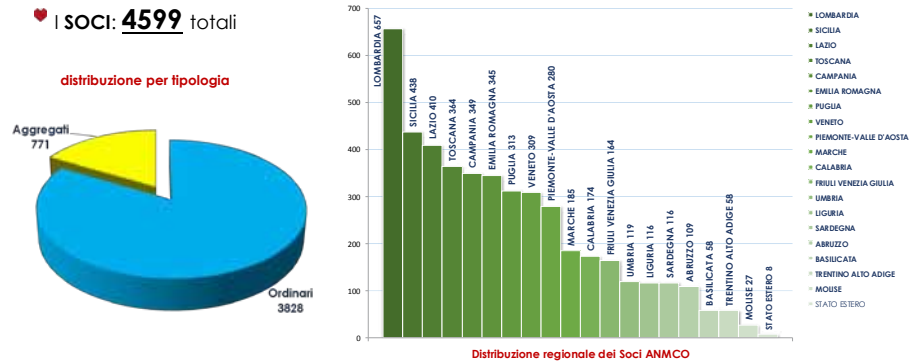


Figura 5

### L'ANMCO e i Soci: distribuzione per sesso

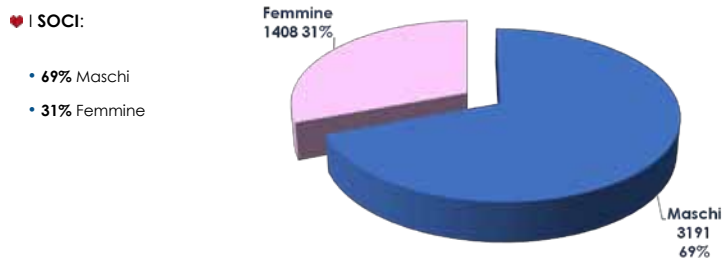


Figura 6

### L'ANMCO e i Soci: distribuzione per fasce di età

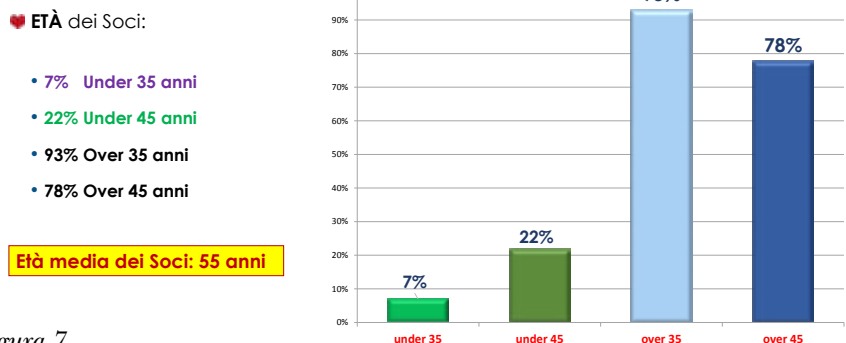
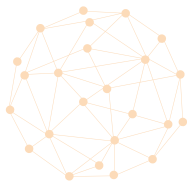


Figura 7



# COCIS 2017

## Le novità

**A**l Congresso Nazionale della SIC Sport, tenutosi a Roma dal 28 al 30 settembre 2017, è stata presentata la versione aggiornata del COCIS. Come tutti ricorderanno, il COCIS detta le linee guida per l'idoneità allo sport agonistico dei soggetti con problemi cardiologici. Il COCIS vide la luce nel 1989 per iniziativa della SIC Sport e dalla FMSI, con la collaborazione delle principali Associazioni Cardiologiche italiane di allora, ANMCO, SIC e ANCE. L'ultima versione del COCIS risale al 2009, a parte una versione in inglese comparsa nel 2012, che tuttavia nella sostanza ricalcava le linee generali precedenti. Nel frattempo sono comparse le linee guida USA della Bethesda Conference nel 2015 mentre le ultime linee guida europee sono quelle del 2005. Inutile dire che le linee guida USA anche in quest'ultima versione hanno mantenuto una impostazione liberistica e permissiva che tradizionalmente non è stata mai condivisa dal COCIS che invece ha sempre sposato la sicurezza dell'atleta come primo obiettivo lasciando in secondo piano le sue ambizioni di gareggiare. Ma comunque, nello scrivere il COCIS 2017, si è tenuto conto di alcune posizioni della Bethesda Conference, specie per quanto i possibili effetti collaterali di una eccessiva rigidità. Il testo aggiornato, in formato tascabile e senza bibliografia, è già disponibile in forma cartacea (CESI Edizioni, Roma) e online nel sito della SIC Sport, in forma gratuita per gli iscritti alla Società. Le novità sono molte e non possono essere elencate nel

breve spazio di questa pubblicazione ma solo parzialmente accennate. Innanzitutto il nuovo COCIS, pur mantenendo l'impostazione generale del documento, in questa nuova versione ha cercato di smussare alcune eccessive rigidità di giudizio in situazioni "grigie", lasciando al medico una maggiore discrezionalità decisionale. Si è preso atto infatti che nella pratica clinica linee guida poco flessibili favoriscono la medicina difensiva, un abuso di accertamenti strumentali e di procedure interventistiche nonché un eccesso di non idoneità in soggetti sani. Inoltre un documento troppo categorico rischia di diventare un boomerang per la classe medica nel caso di contenziosi legali. Per quanto riguarda il contenuto dei vari capitoli, tutti sono stati aggiornati ma alcuni in particolare hanno subito una revisione particolarmente profonda. Ad esempio nel capitolo sulle cardiopatie congenite si è dato ampio spazio alle anomalie coronariche congenite, scendendo nel dettaglio delle varie situazioni e distinguendo le forme maligne (incompatibili con lo sport) da quelle benigne (in cui lo sport ragionevolmente può essere fatto in sicurezza). È stato poi affrontato il problema dei ponti miocardici, che con la diffusione della TAC coronarica, sono diventati un riscontro relativamente frequente e fonte non raramente di dubbi decisionali. Nel capitolo sulle cardiomiopatie primitive si è entrati nel dettaglio dei soggetti con genotipo positivo e fenotipo negativo. In tali condizioni si è optato per una permissività nel caso

della cardiomiopatia ipertrofica, mentre al contrario si è sconsigliato lo sport nella malattia aritmogena (del ventricolo destro e/o sinistro) in cui esistono diverse osservazioni che suggeriscono che l'attività fisica possa innescare o accelerare lo sviluppo clinico della malattia. Anche nel capitolo sulle Aritmie sono state introdotte diverse novità tra cui il paragrafo riguardante la ripolarizzazione ventricolare precoce maligna e benigna e le indicazioni allo sport nei soggetti con pattern ECG di Brugada. In quest'ultima condizione è stato sposato un atteggiamento tendenzialmente permissivo partendo dal presupposto che nella maggioranza dei casi con pattern di Brugada la prognosi è benigna e solo in casi particolari esiste un rischio reale di aritmie pericolose. La Commissione sta lavorando per preparare una versione con bibliografia da pubblicare nelle Riviste ufficiali delle Società aderenti. A breve, infine, verrà approntata una versione short in inglese che servirà a far conoscere questa nuova fatica a livello internazionale. Credo sia giusto sottolineare che il COCIS, nato quasi 30 anni fa, è figlio di una massiccia ricerca nel settore della Cardiologia dello Sport che ha visto protagonisti molti studiosi italiani che hanno continuato a pubblicare articoli nelle riviste più prestigiose del mondo. Questa solida base scientifica ha reso autorevoli le nostre linee guida che sono diventate un punto di riferimento irrinunciabile nel panorama internazionale. ♥



# Le cardioncologie italiane

## Una survey promossa dalla Task Force

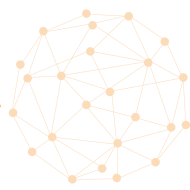
La scorsa primavera, su queste pagine, scrivevamo della necessità di far luce sulle Cardiologie che a vario titolo si occupano di cardioncologia. Nel mese di maggio la Task Force di cardioncologia dell'ANMCO ha promosso attraverso il proprio sito una survey conoscitiva con lo scopo di mappare, sul territorio nazionale gli ambulatori di cardioncologia, il loro grado di sviluppo o anche solo la volontà o la necessità di organizzare un ambulatorio dedicato. Per facilitare le adesioni e l'elaborazione dei dati, ai partecipanti sono state proposte solo otto domande, che ci hanno comunque permesso di profilare i diversi livelli di attività e di interesse per la materia. La survey è rimasta aperta dal 22 maggio al 18 giugno 2017, raccogliendo le risposte al sondaggio di 96 Cardiologi appartenenti a 82 diverse strutture. Dopo la pubblicazione dei primi dati c'è stata una ripresa di richieste di adesione, ci è sembrato quindi ragionevole non perdere l'occasione e aggiungere altri tasselli al quadro che si stava delineando. Dal 21 dicembre 2017 la survey è stata resa nuovamente accessibile online e lo è tuttora. La ripresa del sondaggio ha visto l'incremento delle adesioni

da 96 a 144, corrispondenti a 120 strutture ed ha fatto emergere finora ulteriori 22 ambulatori dedicati alla cardioncologia, un dato interessante, forse inatteso, che testimonia l'interesse intorno alla tematica e la risposta organizzativa del mondo reale. La prima domanda aveva lo scopo di mappare gli ambulatori di cardioncologia esistenti, da cui è risultato che il 52% dei rispondenti dispone di un ambulatorio strutturato nel proprio Ospedale, mentre il 48% non ha questo servizio ma vorrebbe implementare od iniziare tale attività. La seconda domanda, mirava ad indagare l'effetto pervasivo dell'ambulatorio dedicato, attraverso l'esistenza di un percorso condiviso tra Cardiologi ed Oncologi nello stesso centro. È emerso che il 81% di chi ha un ambulatorio dedicato ha anche una attività coordinata tra le due specialità. Le risposte alle altre domande ci hanno permesso di approfondire l'estensione del coordinamento tra le diverse strutture e con il territorio: nel 72% i percorsi condivisi risultano attivi solo nell'ambito della propria struttura, mentre nel 28% dei casi la collaborazione si realizza verso altri Ospedali e/o verso il territorio. Dall'analisi del sondaggio,

si profila un panorama variegato che interessa quasi tutte le regioni con realtà che agiscono in piena autonomia e altre per le quali la condivisione di modelli e strategie è già effettiva. Il sondaggio raccoglie anche il dato di coloro che non hanno attualmente disponibilità di un ambulatorio appositamente strutturato ma che, in qualche modo, sentono l'esigenza di essere coinvolti nell'implementazione di un organizzazione più specifica e di condividere percorsi diagnostici e terapeutici in ambito cardioncologico, questo dato rappresenta il 49% degli aderenti alla survey. Il prossimo obiettivo, sarà creare una rete fra strutture già organizzate e renderla capillare. Un buon modo di procedere sarà identificare una o più regioni promotrici su cui creare il modello organizzativo, partendo dai grandi poli metropolitani dove, per dimensione e superiore patrimonio di esperienze e risultati è più facile fare rete.

### I Booklet

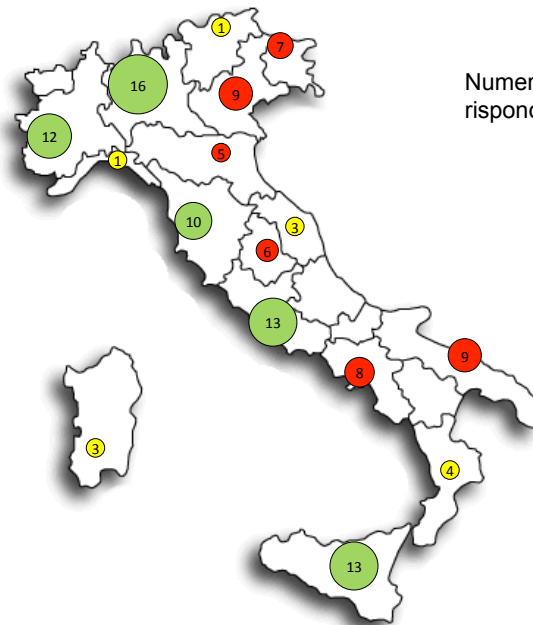
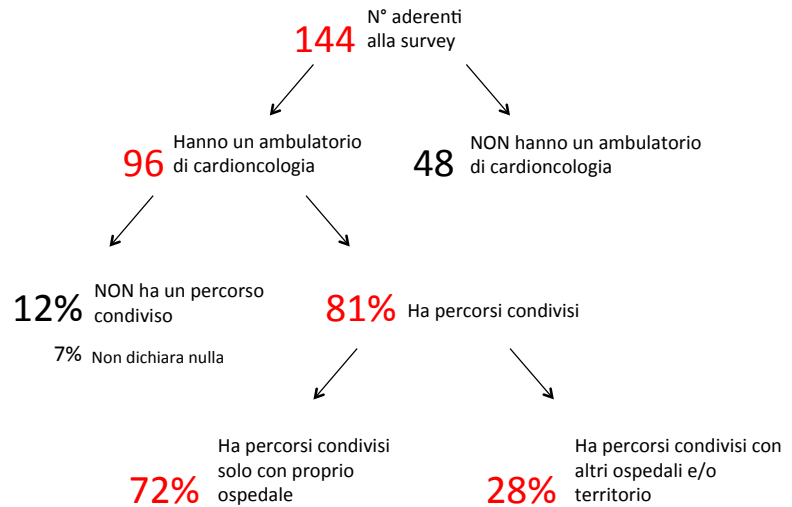
La cardioncologia è una materia relativamente nuova e in costante evoluzione di cui non vi sono ancora Linee Guida, la Task Force ha realizzato 7 Booklet che contengono approfondimenti su



temi cardioncologici con schemi pratici di applicazione, modelli di prevenzione e trattamento delle diverse cardiotossicità in base al tipo di tumore e terapie proposte dagli oncologici nelle diverse fasi della malattia. I booklet illustrano l'approccio convergente del Cardiologo e dell'Oncologo nel trattamento del paziente oncologico. Sono disponibili e scaricabili dal sito web ANMCO. In preparazione altri due Booklet, uno valuta l'indicazione all'utilizzo dei DOACs nel TEV, l'altro sarà realizzato in collaborazione con le Associazioni regionali dei Cardiologi ambulatoriali riunite sotto la sigla di ARCA, e affronterà il tema della gestione dei lungo-sopravvissuti dopo la fase ospedaliera. Sarà determinante la collaborazione dei Cardiologi del territorio, infatti compete a loro questo difficile compito; un maggiore impulso si potrebbe ottenere attraverso il coinvolgimento della medicina di base che è il primo punto di riferimento per questa tipologia di pazienti. Devo un sentito ringraziamento al Presidente Nazionale, al Consiglio Direttivo e alla segreteria dell'ANMCO per il sostegno ricevuto in queste mie iniziative. Inoltre, un sentito grazie a tutti i colleghi che con grande sforzo e dedizione hanno collaborato alla realizzazione dei Booklet.

*“Continua a piantare i tuoi semi, perché non sai mai quali cresceranno – forse lo faranno tutti”*  
Albert Einstein

**I RISULTATI DELLA SURVEY**



Numero di centri per regione rispondenti alla survey

Piemonte	12
Lazio	13
Lombardia	16
Toscana	10
Calabria	4
Campania	8
Emilia	5
Friuli	7
Marche	3
Liguria	1
Trentino	1
Puglia	9
Sardegna	3
Umbria	6
Veneto	9
Sicilia	13
<b>totale</b>	<b>120</b>



Cosimo Napoletano

**ABRUZZO**

*Presidente*

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



Matteo Cassin

**FRIULI VENEZIA GIULIA**

*Presidente*

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



Giacinto Calculli

**BASILICATA**

*Presidente*

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

**LAZIO**

*Presidente*

*Consiglieri*  
 Gerardo Ansalone (Roma)  
 Stefano Aquilani (Roma)  
 Manuela Bocchino (Ostia - RM)  
 Massimo Ciavolella (Frascati - RM)  
 Andrea Ciolli (Roma)  
 Giovanni Minardi (Roma)  
 Pietro Rossi (Roma)  
 Angela Beatrice Scardovi (Roma)



Roberto Ceravolo

**CALABRIA**

*Presidente*

Roberto Ceravolo (Lamezia Terme - CZ)  
*Consiglieri*  
 Sergio Arena (Crotona)  
 Francesco Ciancia (Reggio Calabria)  
 Francesco Fontana (Cosenza)  
 Maria Levato (Lamezia Terme - CZ)  
 Saverio Salituri (Rossano - CS)  
 Giuseppe Valiante (Vibo Valentia)



Annamaria Municinò

**LIGURIA**

*Presidente*

Annamaria Municinò (Genova)  
*Consiglieri*  
 Daniele Bertoli (Sarzana - SP)  
 Marco Botta (Savona)  
 Giorgio Caretta (La Spezia)  
 Martino Cheli (Genova)  
 Piero Clavario (Arenzano - GE)  
 Francesco Mainardi (Genova)  
 Marco Piccininno (Genova)  
 Federico Ariel Sanchez (Sanremo - IM)



Bernardino Tuccillo

**CAMPANIA**

*Presidente*

Bernardino Tuccillo (Napoli)  
*Consiglieri*  
 Cesare Baldi (Salerno)  
 Dario Formigli (Benevento)  
 Raffaele Merenda (Napoli)  
 Antonio Palermo (Caserta)  
 Vittorio Palmieri (Avellino)  
 Fabio Pastore (Eboli - SA)  
 Francesco Piemonte (Frattamaggiore - NA)  
 Vincenzo Ruggiero (Nola - NA)



Fabrizio Oliva

**LOMBARDIA**

*Presidente*

Fabrizio Oliva (Milano)  
*Consiglieri*  
 Salvatore Ivan Caico (Gallarate - VA)  
 Marco Ferlini (Pavia)  
 Luca Angelo Ferri (Lecco)  
 Luigi Moschini (Cremona)  
 Daniele Nassiacos (Saronno - VA)  
 Domenico Pecora (Brescia)  
 Simona Pierini (Cinisello Balsamo - MI)  
 Michele Romano (Mantova)



Filippo Ottani

**EMILIA ROMAGNA**

*Presidente*

Filippo Ottani (Forlì)  
*Consiglieri*  
 Samuela Carigi (Rimini)  
 Maria Alberta Cattabiani (Parma)  
 Stefano Ferraro (Piacenza)  
 Marco Ferri (Reggio Emilia)  
 Andrea Pozzati (Bazzano - BO)  
 Biagio Sassone (Cento - FE)  
 Stefano Tondi (Modena)  
 Elisabetta Varani (Faenza - RA)



Stefano Moretti

**MARCHE**

*Presidente*

Stefano Moretti (Ancona)  
*Consiglieri*  
 Luigi Aquilanti (Ancona)  
 Umberto Berrettini (Ancona)  
 Giovanni Bersigotti (Pesaro)  
 Raffaella Di Pillo (Ascoli Piceno)  
 Elena Falchetti (Senigallia - AN)  
 Gianserafino Gregori (Ascoli Piceno)  
 Christos Katsanos (Macerata)  
 Giuseppe Rescigno (Ancona)





Angela Rita Colavita

## MOLISE

*Presidente*

Angela Rita Colavita (Campobasso)

*Consiglieri*

Fiorella Caranci (Isernia)

Roberto Petescia (Isernia)

Antonio Trivisonno (Campobasso)

Marina Angela Viccione (Isernia)



Giacomo Chiarandà

## SICILIA

*Presidente*

Giacomo Chiarandà (Caltagirone - CT)

*Consiglieri*

Andrea Colletti (Sciacca - AG)

Antonietta Ledda (Palermo)

Giuseppe Leonardi (Catania)

Gianfranco Muscio (Siracusa)

Giuseppe Paleologo (Messina)

Giovanni Maria Polizzi (Partinico - PA)



Marco Sicuro

## PIEMONTE-VALLE D'AOSTA

*Presidente*

Marco Sicuro (Aosta)

*Consiglieri*

Carlo Budano (Torino)

Marialaura Buscemi (Alessandria)

Alessandra Chinaglia (Torino)

Paola Lusardi (Torino)

Barbara Maria Teresa Mabritto (Torino)

Andrea Rognoni (Novara)

Matteo Santagostino (Ponderano - BI)

Emanuele Tizzani (Torino)



Maria Grazia Bongiorno

## TOSCANA

*Presidente*

Maria Grazia Bongiorno (Pisa)

*Consiglieri*

Toni Badia (Prato)

Francesco Bellini (Livorno)

Nazario Carrabba (Firenze)

Francesco De Sensi (Grosseto)

Gabriele Giuliani (Firenze)

Alessio Lilli (Lido di Camaiore - LU)

Silvia Maffei (Siena)

Luca Segreti (Pisa)



Massimo Grimaldi

## PUGLIA

*Presidente*

Massimo Grimaldi (Acquaviva delle

Fonti - BA)

*Consiglieri*

Angelo Aloisio (Taranto)

Maria Cuonzo (Bari-Carbonara)

Valeria Galetta (Taranto)

Alessandro Maggi (San Severo - FG)

Francesco Magliari (Lecce)

Angelo Raffaele Mascolo (Barletta - BT)

Rossella Troccoli (Bari)

Eugenio Vilei (Scorrano - LE)



Alberto Menotti

## TRENTINO ALTO ADIGE

*Presidente*

Alberto Menotti (Trento)

*Consiglieri*

Roberto Bonmassari (Trento)

Massimiliano Manfrin (Bolzano)

Simone Muraglia (Trento)

Patrick Teja Rudolf Paulisch

(Merano - BZ)

Werner Gunter Rauhe (Bolzano)

Prisca Zeni (Trento)



Gianluca Zingarini

## UMBRIA

*Presidente*

Gianluca Zingarini (Perugia)

*Consiglieri*

Giuseppe Bagliani (Foligno - PG)

Daniella Bovelli (Terni)

Euro Antonio Capponi (Gubbio - PG)

Raffaele De Cristofaro (Orvieto - TR)

Giorgio Maragoni (Spoleto - PG)

Silvia Norgiolini (Città di Castello - PG)



Marco Corda

## SARDEGNA

*Presidente*

Marco Corda (Cagliari)

*Consiglieri*

Antonio Caddeo (Oristano)

Laura Concas (Cagliari)

Stefania Corda (Cagliari)

Franca Farina (Alghero - SS)

Fabio Orrù (San Gavino Monreale - VS)

Nadia Sanna (Cagliari)

Isabella Simongini (Olbia - OT)

Francesco Uras (Sassari)



Maurizio Anselmi

## VENETO

*Presidente*

Maurizio Anselmi (San Bonifacio - VR)

*Consiglieri*

Cristina Andriani (Montebelluna - TV)

Francesca De Cian (Feltre - BL)

Enrico Franceschini Grisolia (Belluno)

Gianfranco Frigo (Cittadella - PD)

Elisabetta Garelli (Pieve di Sacco - PD)

Nicola Gasparetto (Treviso)

Sakis Themistoclakis (Mestre - VE)

Roberto Valle (Chioggia - VE)



# ANMCO Calabria vento di novità



**G** iulio e Chiara, 25 e 26 anni, sono due giovani calabresi, presenti al Congresso Regionale ANMCO, tenutosi a Catanzaro il 14 ed il 15 Maggio 2018, il loro primo congresso regionale che hanno vissuto in qualità di soci ANMCO a cui hanno partecipato attivamente, confrontandosi addirittura nel Torneo dei Casi Clinici.

Il Torneo dei Casi Clinici, novità nel panorama dei Congressi Regionali ANMCO, nato da una fattiva collaborazione tra il Presidente Regionale Dott. Roberto Ceravolo e la Dott. Fabiana Lucà, Chairperson dell'Area Giovani ANMCO, approda per la prima volta in Calabria con le modalità di una gara tra i migliori casi clinici dedicata agli under 45, inserendosi nel contesto dei profondi cambiamenti che stanno, negli ultimi anni, segnando la nostra Società Scientifica ed a

cui la Calabria sta partecipando ritagliandosi un ruolo attivo. In un contesto fluido, in cui le innovazioni scientifiche dal cuore nazionale di ANMCO e Fondazione per il Tuo Cuore stanno travolgendo ed investendo in maniera capillare tutte le cardiologie del nostro stivale, anche la Calabria sta sperimentando le innovazioni, di cui il Congresso regionale, si è fatto appunto, espressione. Abbandonate le vecchie vesti di congresso tradizionale, il Congresso Regionale ANMCO 2018 è partito quest'anno, per la prima volta, dal cuore delle novità in tema cardiologico, i Documenti di Consenso ANMCO.

Gli ultimi 22 documenti di consenso, creati nella vivace e scoppiettante fucina scientifica dell'ANMCO nel 2015, facendo rifulgere ANMCO di una luce scientifica senza precedenti, sono stati scelti dal Presidente Regionale

Dott. Ceravolo e dal Direttivo Regionale, come main issue del congresso, permettendo ai soci calabresi, non solo di entrare nel vivo, ma addirittura di viverli "live" dal racconto dai padri stessi dei documenti, invitati a illustrarli, a tre anni di distanza per narrarne pro e contro, alla luce delle ulteriori novità scientifiche più recentemente emerse. Grandissimo onore per la platea dei cardiologi calabresi è stato inoltre essere aggiornati sulle novità in tema di epidemiologia e management della fibrillazione atriale direttamente dal Prof. Massimo Michele Gulizia nella lettura sullo Studio Nazionale Multicentrico Blitz AF di cui è il Chairperson e che ha visto il coinvolgimento di alcuni centri cardiologici calabresi. Anche i temi della prevenzione cardiovascolare sono stati trattati nel Congresso Regionale, riflettendo



**Il Torneo dei Casi Clinici, novità assoluta nel panorama dei Congressi Regionali ANMCO, per la prima volta approda in Calabria e nasce dalla collaborazione tra il Dottor Roberto Ceravolo, Presidente Regionale ANMCO Calabria, e la Dott.ssa Fabiana Lucà, Chairperson dell'Area Giovani ANMCO.**

*Da sinistra a destra: Andrea Madeo, Carmelo Massimiliano Rao, Michele Massimo Gulizia, Fabiana Lucà, Angelo Leone (primo classificato), Massimiliano Rizzo, Roberto Ceravolo.*

la partecipazione attiva delle cardiologie calabresi alle principali iniziative promosse dalla Fondazione per il Tuo Cuore, quali il Truck Tour ed il Cuore del Clero, progetti scientifici che uniscono l'alto valore scientifico alla profonda utilità per i cittadini, a cui la Calabria ha aderito rendendosi fautrice della prevenzione cardiovascolare e della lotta contro le malattie cardiache. Di notevole interesse anche le novità in tema di scompenso cardiaco trattate dal Dott. Domenico Gabrielli e gli aggiornamenti sulla terapia dell'ipercolesterolemia illustrati dal Dott. Furio Colivicchi in un simposio

di lipidologia arricchito dalla partecipazione extraregionale della Dott. Giovanna Geraci e del Dott. Carmine Riccio. In linea con il congresso nazionale infine, anche il Regionale Calabria ha potuto vantare una buona percentuale di giovani relatori nel contesto della Faculty Scientifica, elemento caratterizzante l'aria di cambiamento e novità. La vivace ed ampia discussione innescatasi alla fine di ogni sessione ha dato conferma dell'elevato interesse dei partecipanti sui temi trattati. Giovani, documenti di consenso, autorevoli presenze,

addirittura un torneo di casi clinici, in un'ANMCO CALABRIA che sempre di più prende quota partecipando a scenari nazionali in un'ottica di interscambio e di crescita congiunta, in un percorso di crescita esponenziale, in cui la vivacità scientifica che stiamo vivendo è stata ben descritta dalle parole di Chiara e Giulio che alla domanda perché sul perché avessero partecipato a Congresso Regionale ANMCO CALABRIA, hanno risposto *"Per vivere intensamente per due giorni la Cardiologia di cui vorremo fare la nostra professione, senza dover lasciare la nostra regione"*. ♥

DI GIOVANNA DI GIANNUARIO, MILA MENOZZI, ANDREA SANTARELLI, CATERINA CAVAZZA, SAMUELA CARIGI, DANIELE GROSSETO, NICOLETTA CANDIOTTI, LAURA FARNETI, NICOLETTA FRANCO, FEDERICA BALDAZZI, GIANCARLO PIOVACCARI

# La TAVI ha cancellato la valvuloplastica nella stenosi aortica severa?

**L**a stenosi aortica degenerativa è la valvulopatia più frequente nella popolazione ultraottantenne europea. Per molti decenni fino all'avvento delle tecniche percutanee l'unica terapia disponibile, oltre a quella medica, era l'intervento cardiocirurgico di sostituzione protesica. I pazienti ultraottantenni che vengono sottoposti ad intervento cardiocirurgico hanno una sopravvivenza pari a quella della popolazione generale. Nell'ultimo decennio gli interventi di impianto percutaneo della valvola aortica (TAVI: Transcatheter Aortic Valve Implantation) hanno conquistato un ruolo importante e centrale nel trattamento della stenosi aortica del paziente anziano ad alto rischio operatorio, ed attualmente anche nel paziente a rischio intermedio. La TAVI è un'evoluzione tecnologica nata dalla valvuloplastica aortica; fu il Dottor Alain Cribier ad effettuare sia della prima valvuloplastica aortica nel 1986, che il primo intervento di TAVI nel 2002 (Figura 1).

La valvuloplastica è una tecnica semplice ed a basso costo, usata fino al 2002 nel trattamento dei pazienti con stenosi aortica severa non suscettibili di sostituzione valvolare

chirurgica, è stata poi utilizzata negli anni successivi in pazienti con shock cardiogeno o per la palliazione dei sintomi in pazienti troppo fragili per essere sottoposti sia alla chirurgia

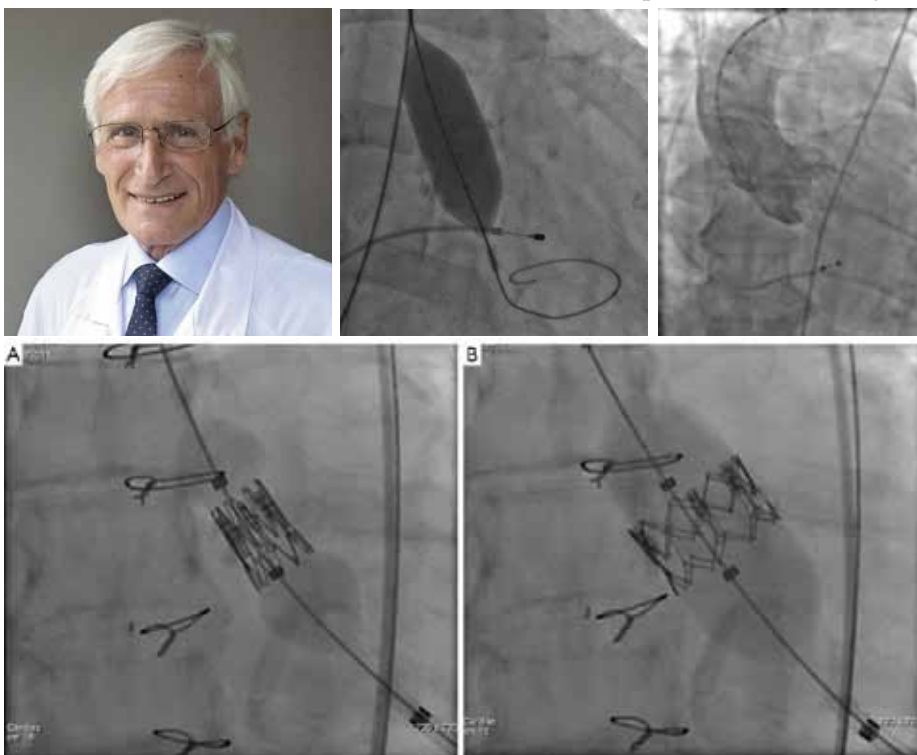
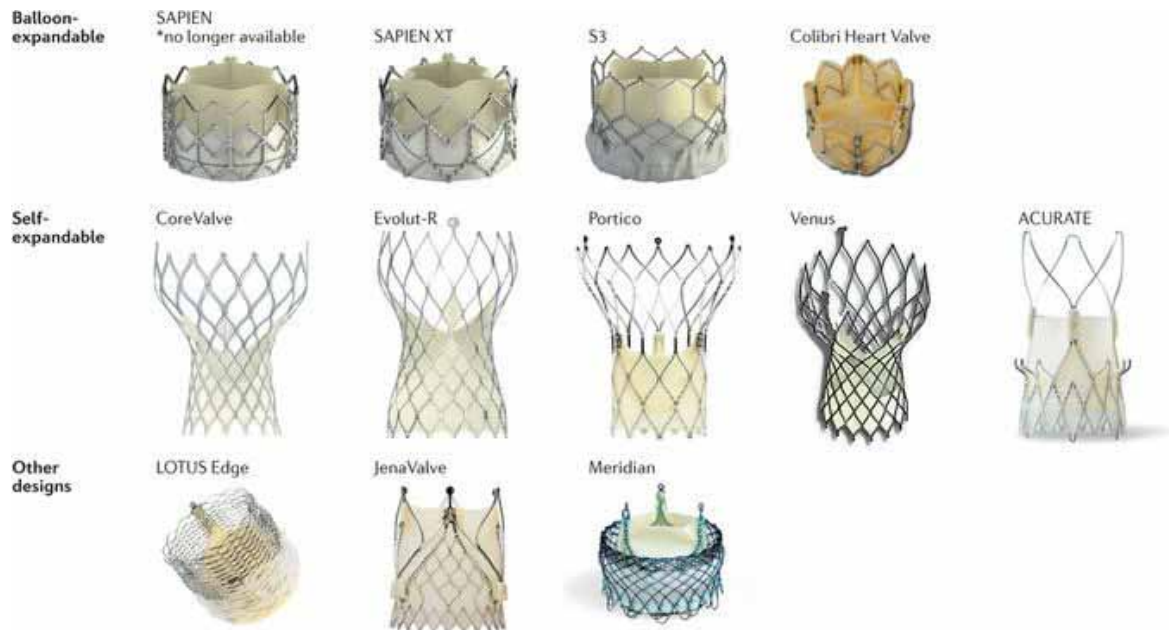
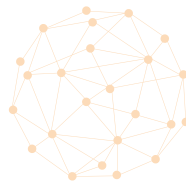


Figura 1



Nature Reviews | Cardiology

Figura 2

convenzionale che alla TAVI. La sua popolarità però è stata offuscata dalla elevata incidenza di restenosi (80% ad un anno), dalla ricorrenza dei sintomi entro i 6-12 mesi, e dall'emergente e crescente uso della TAVI con lo sviluppo di protesi sempre più performanti. Dopo lo studio PARTNER che ha dimostrato l'efficacia rispetto alla chirurgia standard della TAVI, l'impianto di protesi per via percutanea è diventato l'intervento di elezione nei pazienti anziani ad elevato rischio operatorio. I dati presentati dallo studio PARTNER (età media 84 anni, frazione d'ieiezione media 53%) hanno dimostrato che la TAVI è superiore alla terapia medica e riportano una mortalità minore rispetto alla sostituzione valvolare aortica chirurgica (3.4 vs 6.5%) a fronte di un maggior riscontro di eventi cerebro-vascolari precoci (5.5 vs 2.4%). A due anni i due gruppi non mostrano differenze in mortalità (33.9 vs 35%), tuttavia, l'insufficienza paravalvolare è significativamente più frequente nelle TAVI (6.9 vs

0.9%), e anche un'insufficienza aortica residua lieve è associata ad un aumento della mortalità (hazard ratio 2.11). L'outcome sfavorevole è determinato verosimilmente dal fatto che i ventricoli di questi pazienti, diversamente da quelli che di solito sviluppano insufficienza aortica nel tempo, sono ipertrofici e si adattano poco ad un sovraccarico volumetrico, esitando in uno scompenso diastolico. Dai primi studi si sono sviluppati numerosi modelli di protesi aortiche per l'impianto transcatetere (Figura 2), e nuovi studi hanno mostrato l'efficacia di questo tipo di intervento anche nel gruppo di pazienti con stenosi aortiche severe a rischio chirurgico intermedio (Studio SURTAVI). Sebbene inizialmente si ipotizzava che l'utilizzo della TAVI potesse segnare la definitiva scomparsa della valvuloplastica aortica, in realtà essa non è scomparsa anzi rimane un'opzione terapeutica molto valida e il suo campo di utilizzo si è espanso (Tabella 1). L'evoluzione tecnica della TAVI

ha aperto un nuovo campo di utilizzo nell'iter diagnostico e terapeutico complesso del paziente anziano con stenosi aortica severa. Infatti la TAVI ha riqualificato il ruolo della valvuloplastica che è diventata uno step fondamentale nelle scelte dei casi complessi come strumento "ponte" alla migliore scelta terapeutica, per esempio nelle stenosi aortiche basso flusso - basso gradiente con severa disfunzione ventricolare sinistra o nei casi di broncopneumopatia (BPCO) severa. Il numero di procedure di valvuloplastica è paradossalmente aumentato se, alle procedure effettuate come "destination therapy" e come indicazione "ponte", si sommano anche le procedure di dilatazione pre e post-procedurali di TAVI, che servono per ottimizzare l'espansione della protesi. La valvuloplastica mantiene un ruolo indiscusso nel caso di pazienti fragili affetti da stenosi aortica severa e non candidabili a TAVI, per condizioni cliniche scadenti o comorbidità importanti,

INDICAZIONI VALIDE ALLA VALVULOPALSTICA AORTICA (BAV)	
<b>1) Ponte per la decisione terapeutica (Bridge to decision)</b>	BAV come strumento decisionale: “ponte alla decisione terapeutica” per i pazienti da sottoporre a TAVI o sostituzione valvolare aortica, per dirimere il significato reale della valvulopatia ad esempio: nelle stenosi a basso flusso - basso gradiente con severa disfunzione del ventricolo sinistro; e nei pazienti sintomatici con coronaropatia multivasale non critica ad alto rischio; in caso di presenza di copatologia confondente come BPCO severa.
<b>2) Ponte ad intervento cardiaco (Bridge to TAVI o SVA)</b>	BAV come “ponte al trattamento definitivo”, terapia per pazienti emodinamicamente instabili in shock cardiogeno nel setting dell’urgenza da sottoporre successivamente a TAVI o SVA.
<b>3) Ponte a chirurgia non cardiaca</b>	BAV come “ponte per chirurgia non cardiaca” nei pazienti affetti da stenosi aortica severa che richiedono una chirurgia urgente non cardiaca per ridurre il rischio cardiovascolare.
<b>4) Terapia definitiva (destination therapy)</b>	BAV come “terapia definitiva” palliativa per pazienti anziani fragili con stenosi aortica severa, per ridurre la sintomatologia clinica e migliorare la qualità di vita
<b>5) Terapia in situazioni cliniche particolari</b>	BAV nei bambini e nelle donne in gravidanza affetti da stenosi aortica di grado severo come strategia terapeutica per ritardare la sostituzione valvolare all’età più avanzata (possibilmente dopo lo sviluppo) e riuscire a portare a termine la gravidanza senza effetti collaterali per il feto.
<b>6) Pre e Post procedura di TAVI</b>	BAV per ottimizzare il risultato della TAVI dilatazione pre-impianto o dilatazione post-impianto.

Tabella I

nei quali si vuole migliorare la qualità di vita. Non ultimo l'emergente problema delle risorse economiche sanitarie, potrebbe favorire l'utilizzo della valvuloplastica nella popolazione dei pazienti “very elderly” ultranovantenni fragili, nei quali il costo-beneficio di una procedura di

TAVI è ancora da valutare con studi prospettici. Potremmo concludere che nonostante i progressi della TAVI la valvuloplastica non è affatto una terapia superata. L'evoluzione tecnologica porta dei grandi vantaggi e dei miglioramenti utili, ma la tecnica di base rappresenta

sempre un punto di partenza ed uno strumento diagnostico/terapeutico fondamentale che non va mai dimenticato e messo in disuso, anzi spesso può essere l'unica valida alternativa quando “usare la tecnica più semplice è la cosa migliore per il paziente”. ♥



# ANMCO

## Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri

### DOMANDA DI ISCRIZIONE



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

#### DATI ANAGRAFICI

Nome ..... Cognome ..... sesso  M  F

Data di nascita [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Luogo di nascita.....

Indirizzo ..... Città ..... Prov..... CAP [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

Tel./Cell. .... Fax ..... e-mail .....

#### DATI PROFESSIONALI

Ospedale/Reparto .....

Indirizzo .....

Città ..... Prov. [ ] [ ] CAP [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

Tel./Fax ..... e-mail lavoro: .....

Specializzato in Cardiologia:  Sì  No Altre Specializzazioni .....

Appartenente ad **altra Società Scientifica Cardiologica**  Sì  No

Se Sì indicare quale.....

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

#### Tipologia

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

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

Anno di assunzione nella struttura indicata.....

Nome del Primario o facente funzione .....

Nome del Responsabile (per Strutture aggregate) .....

**Ruolo**  Cardiologo  Cardiochirurgo  Medico  
Specificare da quando viene svolto il ruolo indicato [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ]  
mese anno

#### Qualifica

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

In quiescenza

Non di ruolo

## CAMPI DI IMPEGNO PROFESSIONALE Generale (indicarne non più di due)

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

## SONO INTERESSATO ALLA SEGUENTE AREA

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Area Aritmie - AR          | <input type="checkbox"/> Area Emergenza - Urgenza - AEU            | <input type="checkbox"/> Area Management & Qualità - AMQ       |
| <input type="checkbox"/> Area CardioChirurgia - ACH | <input type="checkbox"/> Area Giovani - GIO                        | <input type="checkbox"/> Area Nursing - ANS                    |
| <input type="checkbox"/> Area Cardiolmaging - ACI   | <input type="checkbox"/> Area Malattie del Circolo Polmonare - MCP | <input type="checkbox"/> Area Prevenzione Cardiovascolare - AP |
|   |  | <input type="checkbox"/> Area Scopenso Cardiaco - AS           |

Ai sensi dell'art. 3 dello Statuto ANMCO dichiaro di non volermi iscrivere alla Fondazione "per il Tuo cuore" Heart Care Foundation ONLUS  
**Dichiaro di accettare lo Statuto dell'ANMCO come previsto dall'articolo 4**

Luogo e data ..... Firma .....

### Informativa Privacy (D.Lgs. n. 196/2003 e articoli 6 e 9 del Regolamento UE 679/2016)

L'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri – ANMCO (di seguito, "ANMCO", il "Titolare" o l'"Associazione"), con sede in Firenze, Via La Marmora n. 36, telefono 055-51011, fax 055-5101350 ed email [soci@anmco.it](mailto:soci@anmco.it), in qualità di Titolare del trattamento, ai sensi e per gli effetti dell'articolo 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 (di seguito, il "Codice privacy"), nonché dell'art. 13 del Regolamento UE 679/2016 (di seguito, il "Regolamento privacy"), e successive modificazioni ed integrazioni, raccoglie e successivamente tratta i dati personali<sup>1</sup> dei propri associati (di seguito, l'"Interessato" o l'"Associato").

#### 1. Finalità e modalità del trattamento.

I dati personali dell'Interessato sono trattati nell'ambito dell'attività istituzionale di ANMCO, per il perseguimento delle seguenti finalità:

1. costituzione e successiva gestione del rapporto associativo;
2. adempimenti di carattere fiscale, amministrativo e contabile strettamente connessi al citato rapporto associativo;
3. adempimento di specifici obblighi previsti dalla legge, da un regolamento o dalla normativa comunitaria;
4. invio periodico delle riviste scientifiche e degli altri prodotti editoriali di ANMCO;
5. invio della newsletter dell'Associazione per aggiornare l'Interessato su tutti i progetti, le iniziative, gli eventi promossi dalla medesima in ambito associativo;
6. previo apposito consenso, consentire a enti e associazioni scientifiche nazionali e internazionali, aventi ambiti e finalità analoghe a quelle di ANMCO, l'invio di riviste scientifiche, altri prodotti editoriali ed informazioni inerenti iniziative ed attività ritenute di interesse per l'Associato (anche formative).

Il trattamento dei dati personali avviene, sotto l'autorità del Titolare del trattamento, da parte di soggetti specificamente incaricati, autorizzati ed istruiti al trattamento ai sensi dell'art. 30 del Codice privacy e degli artt. 28 e 29 del Regolamento privacy, mediante strumenti manuali, informatici o telematici, con logiche strettamente correlate alle finalità e comunque in modo da garantire la riservatezza e la sicurezza dei dati personali.

#### 2. Base giuridica del trattamento, natura del conferimento e conseguenze di un eventuale rifiuto, consenso dell'Interessato.

##### 2.1) Finalità di cui al precedente paragrafo 1, punti 1., 2., 3., 4. e 5.

Con riferimento alle finalità di cui al precedente paragrafo 1, punti 1., 2., 3., 4. e 5., il conferimento dei dati personali è obbligatorio e costituisce requisito necessario per la costituzione e la successiva gestione del rapporto associativo; infatti, il mancato conferimento determina l'impossibilità di iscrivere l'Interessato all'Associazione e coinvolgerlo in ogni iniziativa della vita associativa; pertanto, la base giuridica del relativo trattamento è la corretta instaurazione e amministrazione del contratto associativo, ai sensi dell'art. 6, comma 1, lett. b) del Regolamento privacy.

##### 2.2) Finalità di cui al precedente paragrafo 1, punto 6.

Con riferimento alla finalità di cui al precedente paragrafo 1, punto 6., il conferimento è facoltativo e la mancata prestazione del relativo consenso determina solo l'impossibilità di ricevere, da parte di enti e associazioni scientifiche nazionali e internazionali aventi ambiti e finalità analoghe a quelle di ANMCO, informazioni inerenti iniziative ed attività ritenute di interesse per l'Associato (anche formative). Pertanto, la base giuridica del relativo trattamento è l'espresso consenso dell'Interessato, ai sensi dell'art. 6, comma 1, lett. a) del Regolamento privacy.

#### 3. Soggetti o categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati e ambito di comunicazione.

In relazione alle finalità del trattamento sopra indicate, e nei limiti strettamente pertinenti alle medesime, i dati personali dell'Interessato saranno comunicati in Italia, o comunque all'interno o all'esterno della UE, ai seguenti soggetti, ai fini dell'attuazione del rapporto associativo:

- (i) all'Amministrazione finanziaria e ad altre pubbliche Autorità, ove imposto dalla legge o su loro richiesta;
- (ii) agli istituti di credito per le disposizioni di pagamento afferenti la quota sociale;

<sup>1</sup> Ai sensi dell'art. 4 del Regolamento privacy, per "dato personale" si intende: "qualsiasi informazione riguardante una persona fisica identificata o identificabile («interessato»); si considera identificabile la persona fisica che può essere identificata, direttamente o indirettamente, con particolare riferimento a un identificativo come il nome, un numero di identificazione, dati relativi all'ubicazione, un identificativo online o a uno o più elementi caratteristici della sua identità fisica, fisiologica, genetica, psichica, economica, culturale o sociale".



(iii) alle strutture e/o società esterne di cui ANMCO si avvale, preposte allo svolgimento di attività connesse, strumentali o conseguenti alla costituzione e successiva prosecuzione del rapporto associativo (ad esempio, per la spedizione dei programmi congressuali, per le attività formative, per i progetti scientifici, per l'invio in abbonamento delle riviste scientifiche, ecc.);

(iv) ai consulenti esterni (ad esempio, per la gestione degli adempimenti fiscali), se non designati per iscritto Responsabili del trattamento;

(v) alla società Centro Servizi ANMCO S.r.l. Società Benefit e alla Fondazione "per il Tuo cuore" Onlus, quali soggetti facenti parte del mondo ANMCO;

(vi) previo specifico consenso, ad enti e associazioni scientifiche nazionali e internazionali aventi ambiti e finalità analoghe a quelle di ANMCO, per l'invio di informazioni inerenti iniziative ed attività ritenute di interesse per l'Associato (anche formative), sia tramite strumenti automatizzati che attraverso modalità tradizionali di contatto.

I soggetti sopra indicati, ai quali i dati personali dell'Interessato saranno o potranno essere comunicati (in quanto non designati per iscritto Responsabili del trattamento), tratteranno i dati personali in qualità di Titolari del trattamento ai sensi del Codice privacy e del Regolamento privacy, in piena autonomia, essendo estranei all'originario trattamento eseguito dall'Associazione.

Senza il consenso alla comunicazione dei dati personali e dei correlati trattamenti, nei casi in cui esso è richiesto ai sensi del Codice privacy e del Regolamento privacy, non potrebbero essere eseguite quelle operazioni che richiedono tali comunicazioni, con le conseguenze che sono note all'Interessato.

Un elenco dettagliato e costantemente aggiornato di questi soggetti, con la indicazione della rispettive sedi, è sempre disponibile presso la sede legale di ANMCO.

Previo specifico consenso, i dati dell'Interessato potranno essere pubblicati sul sito web dell'Associazione o sulle riviste e/o pubblicazioni scientifiche della stessa, ovvero in occasione di altre iniziative – cartacee o telematiche – strettamente connesse con la partecipazione alla vita associativa. In caso di pubblicazione di immagini e/o fotografie, di volta in volta verrà rilasciata apposita informativa e richiesti specifici liberatoria e consenso.

Qualora i dati dell'Interessato finissero al di fuori della UE, ANMCO si impegna a rispettare tutte le prescrizioni della normativa comunitaria e italiana in materia di trasferimento di dati personali al di fuori del territorio comunitario.

#### **4. Diritti dell'Interessato.**

L'art. 7 del Codice privacy e gli artt. 15 e segg. del Regolamento privacy conferiscono all'Interessato il diritto di ottenere:

- la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile;
- l'indicazione dell'origine dei dati personali, delle finalità e modalità del trattamento, della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici, degli estremi identificativi del titolare;
- l'aggiornamento, rettifica, integrazione, cancellazione, trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge – compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono raccolti o successivamente trattati – l'attestazione che tali operazioni sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si riveli impossibile o comporti un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.

L'Interessato ha inoltre il diritto:

- di revocare in qualsiasi momento il consenso prestato al trattamento dei dati personali (senza pregiudizio della liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca);
- di opporsi, in tutto o in parte, per motivi legittimi, al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
- di opporsi, in tutto o in parte al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale;
- di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali nei casi previsti dal Regolamento privacy.

Per conoscere l'elenco dettagliato e costantemente aggiornato dei soggetti cui i dati personali dell'Interessato possono essere comunicati e per esercitare i diritti di cui all'art. 7 del Codice privacy e gli artt. 15 e segg. del Regolamento privacy, il medesimo può rivolgersi ai recapiti del Titolare del trattamento sopra indicati.

#### **5. Durata del Trattamento**

Fatti salvi gli obblighi di legge ed eccezion fatta per l'ipotesi in cui l'Interessato ha prestato specifico consenso alla pubblicazione dei propri dati personali, quest'ultimi saranno conservati per l'intera durata del rapporto associativo.

### **CONSENSO ai sensi degli articoli 23 e 24 del Codice in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs. n. 196/2003), nonché degli articoli 6 e 9 del Regolamento UE 679/2016**

Letta l'informativa che precede, l'Interessato:

- presta il consenso                       nega il consenso

affinché riceva informazioni inerenti iniziative ed attività (anche formative, incluso l'invio delle riviste dell'associazione) ritenute di suo interesse, da parte di enti e associazioni scientifiche nazionali e internazionali aventi ambiti e finalità analoghe a quelle di ANMCO, sia tramite strumenti automatizzati (ad esempio, newsletter, e-mail, sms, mms, chiamate senza operatore, ecc.) che attraverso modalità tradizionali di contatto (posta cartacea e/o chiamate dirette tramite operatore). Pertanto, il consenso prestato per l'invio delle predette informazioni tramite strumenti automatizzati si estenderà anche alle modalità tradizionali di contatto;

- presta il consenso                       nega il consenso

alla pubblicazione dei propri dati personali, con le modalità rappresentate nell'Informativa. In difetto di consenso, l'Associazione non potrà dare corso alle operazioni che lo richiedono, con le conseguenze che sono note.

Per presa visione ed accettazione

L'Interessato .....





# ANMCO

## Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri

Sede Nazionale - Via La Marmora, 36 - 50121 Firenze  
Tel. 055 510111 - Fax 055 5101350 - e-mail: [aree@anmco.it](mailto:aree@anmco.it)

### AREE ANMCO CHI È INTERESSATO?

Il presente modulo (scaricabile alla pagina [www.anmco.it/pages/entra-in-anmco/aree-anmco/cosa-sono-aree-anmco](http://www.anmco.it/pages/entra-in-anmco/aree-anmco/cosa-sono-aree-anmco) del Sito WEB ANMCO) può essere inviato per posta (Via A. La Marmora, 36 - 50121 Firenze), per fax (**055 5101350**), per e - mail (**aree@anmco.it**)

#### DATI ANAGRAFICI

Nome ..... Cognome .....

Indirizzo .....

Città ..... Prov.   CAP

Tel. /Cell. .... Fax ..... e-mail .....

#### DATI PROFESSIONALI

Denominazione Ospedale .....

Denominazione Struttura .....

Indirizzo .....

Città ..... Prov.   CAP

Tel./Cell. .... Fax ..... e-mail .....

Nome Primario o F.F. ....

Socio ANMCO

Non Socio

Direttore di struttura complessa

Responsabile di struttura semplice

Dirigente

Infermiere

Altro

#### SONO INTERESSATO ALLA SEGUENTE AREA

Area Aritmie - AR

Area Emergenza - Urgenza - AEU

Area Management & Qualità - AMQ

Area CardioChirurgia - ACH

Area Giovani - GIO

Area Nursing - ANS

Area Cardiolmaging - ACI

Area Malattie del Circolo Polmonare - MCP

Area Prevenzione Cardiovascolare - AP

Area Scopenso Cardiaco - AS

#### Informativa Privacy (D.Lgs. n. 196/2003 e articoli 6 e 9 del Regolamento UE 679/2016)

L'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri - ANMCO (di seguito, "ANMCO", il "Titolare" o l'"Associazione"), con sede in Firenze, Via La Marmora n. 36, telefono 055-510111, fax 055-5101350 ed email [soci@anmco.it](mailto:soci@anmco.it), in qualità di Titolare del trattamento, ai sensi e per gli effetti dell'articolo 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 (di seguito, il "Codice privacy"), nonché dell'art. 13 del Regolamento UE 679/2016 (di seguito, il "Regolamento privacy"), e successive modificazioni ed integrazioni, raccoglie e successivamente tratta i dati personali dei propri associati (di seguito, l'"Interessato" o l'"Associato").

#### 1. Finalità e modalità del trattamento.

- I dati personali dell'Interessato sono trattati nell'ambito dell'attività istituzionale di ANMCO, per il perseguimento delle seguenti finalità:
1. costituzione e successiva gestione del rapporto associativo;
  2. adempimenti di carattere fiscale, amministrativo e contabile strettamente connessi al citato rapporto associativo;
  3. adempimento di specifici obblighi previsti dalla legge, da un regolamento o dalla normativa comunitaria;
  4. invio periodico delle riviste scientifiche e degli altri prodotti editoriali di ANMCO;
  5. invio della newsletter dell'Associazione per aggiornare l'Interessato su tutti i progetti, le iniziative, gli eventi promossi dalla medesima in ambito associativo;
  6. previo apposito consenso, consentire a enti e associazioni scientifiche nazionali e internazionali, aventi ambiti e finalità analoghe a quelle di ANMCO, l'invio di riviste scientifiche, altri prodotti editoriali ed informazioni inerenti iniziative ed attività ritenute di interesse per l'Associato (anche formative).

Il trattamento dei dati personali avviene, sotto l'autorità del Titolare del trattamento, da parte di soggetti specificamente incaricati, autorizzati ed istruiti al trattamento ai sensi dell'art. 30 del Codice privacy e degli artt. 28 e 29 del Regolamento privacy, mediante strumenti manuali, informatici o telematici, con logiche strettamente correlate alle finalità e comunque in modo da garantire la riservatezza e la sicurezza dei dati personali.

#### 2. Base giuridica del trattamento, natura del conferimento e conseguenze di un eventuale rifiuto, consenso dell'Interessato.

2.1) Finalità di cui al precedente paragrafo 1, punti 1., 2., 3., 4. e 5.

Con riferimento alle finalità di cui al precedente paragrafo 1, punti 1., 2., 3., 4. e 5., il conferimento dei dati personali è obbligatorio e costituisce requisito necessario per la costituzione e la successiva gestione del rapporto associativo; infatti, il mancato conferimento determina l'impossibilità di iscrivere l'Interessato all'Associazione e coinvolgerlo in ogni iniziativa della vita associativa; pertanto, la base giuridica del relativo trattamento è la corretta instaurazione e amministrazione del contratto associativo, ai sensi dell'art. 6, comma 1, lett. b) del Regolamento privacy.

<sup>1</sup> Ai sensi dell'art. 4 del Regolamento privacy, per "dato personale" si intende: "qualsiasi informazione riguardante una persona fisica identificata o identificabile («interessato»); si considera identificabile la persona fisica che può essere identificata, direttamente o indirettamente, con particolare riferimento a un identificativo come il nome, un numero di identificazione, dati relativi all'ubicazione, un identificativo online o a uno o più elementi caratteristici della sua identità fisica, fisiologica, genetica, psichica, economica, culturale o sociale".

## 2.2) Finalità di cui al precedente paragrafo 1, punto 6.

Con riferimento alla finalità di cui al precedente paragrafo 1, punto 6., il conferimento è facoltativo e la mancata prestazione del relativo consenso determina solo l'impossibilità di ricevere, da parte di enti e associazioni scientifiche nazionali e internazionali aventi ambiti e finalità analoghe a quelle di ANMCO, informazioni inerenti iniziative ed attività ritenute di interesse per l'Associato (anche formative). Pertanto, la base giuridica del relativo trattamento è l'espresso consenso dell'Interessato, ai sensi dell'art. 6, comma 1, lett. a) del Regolamento privacy.

## 3. Soggetti o categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati e ambito di comunicazione.

In relazione alle finalità del trattamento sopra indicate, e nei limiti strettamente pertinenti alle medesime, i dati personali dell'Interessato saranno comunicati in Italia, o comunque all'interno o all'esterno della UE, ai seguenti soggetti, ai fini dell'attuazione del rapporto associativo:

- (i) all'Amministrazione finanziaria e ad altre pubbliche Autorità, ove imposto dalla legge o su loro richiesta;
- (ii) agli istituti di credito per le disposizioni di pagamento afferenti la quota sociale;
- (iii) alle strutture e/o società esterne di cui ANMCO si avvale, preposte allo svolgimento di attività connesse, strumentali o conseguenti alla costituzione e successiva prosecuzione del rapporto associativo (ad esempio, per la spedizione dei programmi congressuali, per le attività formative, per i progetti scientifici, per l'invio in abbonamento delle riviste scientifiche, ecc.);
- (iv) ai consulenti esterni (ad esempio, per la gestione degli adempimenti fiscali), se non designati per iscritto Responsabili del trattamento;
- (v) alla società Centro Servizi ANMCO S.r.l. Società Benefit e alla Fondazione "per il Tuo cuore" Onlus, quali soggetti facenti parte del mondo ANMCO;
- (vi) previo specifico consenso, ad enti e associazioni scientifiche nazionali e internazionali aventi ambiti e finalità analoghe a quelle di ANMCO, per l'invio di informazioni inerenti iniziative ed attività ritenute di interesse per l'Associato (anche formative), sia tramite strumenti automatizzati che attraverso modalità tradizionali di contatto.

I soggetti sopra indicati, ai quali i dati personali dell'Interessato saranno o potranno essere comunicati (in quanto non designati per iscritto Responsabili del trattamento), tratteranno i dati personali in qualità di Titolari del trattamento ai sensi del Codice privacy e del Regolamento privacy, in piena autonomia, essendo estranei all'originario trattamento eseguito dall'Associazione.

Senza il consenso alla comunicazione dei dati personali e dei correlati trattamenti, nei casi in cui esso è richiesto ai sensi del Codice privacy e del Regolamento privacy, non potrebbero essere eseguite quelle operazioni che richiedono tali comunicazioni, con le conseguenze che sono note all'Interessato.

Un elenco dettagliato e costantemente aggiornato di questi soggetti, con la indicazione della rispettive sedi, è sempre disponibile presso la sede legale di ANMCO.

Previo specifico consenso, i dati dell'Interessato potranno essere pubblicati sul sito web dell'Associazione o sulle riviste e/o pubblicazioni scientifiche della stessa, ovvero in occasione di altre iniziative – cartacee o telematiche – strettamente connesse con la partecipazione alla vita associativa. In caso di pubblicazione di immagini e/o fotografie, di volta in volta verrà rilasciata apposita informativa e richiesti specifici liberatoria e consenso.

Qualora i dati dell'Interessato finissero al di fuori della UE, ANMCO si impegna a rispettare tutte le prescrizioni della normativa comunitaria e italiana in materia di trasferimento di dati personali al di fuori del territorio comunitario.

## 4. Diritti dell'Interessato.

L'art. 7 del Codice privacy e gli artt. 15 e segg. del Regolamento privacy conferiscono all'Interessato il diritto di ottenere:

- la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile;
- l'indicazione dell'origine dei dati personali, delle finalità e modalità del trattamento, della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici, degli estremi identificativi del titolare;
- l'aggiornamento, rettifica, integrazione, cancellazione, trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge – compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono raccolti o successivamente trattati – l'attestazione che tali operazioni sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si riveli impossibile o comporti un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.

L'Interessato ha inoltre il diritto:

- di revocare in qualsiasi momento il consenso prestato al trattamento dei dati personali (senza pregiudizio della liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca);
- di opporsi, in tutto o in parte, per motivi legittimi, al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
- di opporsi, in tutto o in parte al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale;
- di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali nei casi previsti dal Regolamento privacy.

Per conoscere l'elenco dettagliato e costantemente aggiornato dei soggetti cui i dati personali dell'Interessato possono essere comunicati e per esercitare i diritti di cui all'art. 7 del Codice privacy e gli artt. 15 e segg. del Regolamento privacy, il medesimo può rivolgersi ai recapiti del Titolare del trattamento sopra indicati.

## 5. Durata del Trattamento

Fatti salvi gli obblighi di legge ed eccezion fatta per l'ipotesi in cui l'Interessato ha prestato specifico consenso alla pubblicazione dei propri dati personali, quest'ultimi saranno conservati per l'intera durata del rapporto associativo.

### **CONSENSO** **ai sensi degli articoli 23 e 24 del Codice in materia di protezione dei dati personali** **(D.Lgs. n. 196/2003), nonché degli articoli 6 e 9 del Regolamento UE 679/2016**

Letta l'informativa che precede, l'Interessato:

- presta il consenso                       nega il consenso

affinché riceva informazioni inerenti iniziative ed attività (anche formative, incluso l'invio delle riviste dell'associazione) ritenute di suo interesse, da parte di enti e associazioni scientifiche nazionali e internazionali aventi ambiti e finalità analoghe a quelle di ANMCO, sia tramite strumenti automatizzati (ad esempio, newsletter, e-mail, sms, mms, chiamate senza operatore, ecc.) che attraverso modalità tradizionali di contatto (posta cartacea e/o chiamate dirette tramite operatore). Pertanto, il consenso prestato per l'invio delle predette informazioni tramite strumenti automatizzati si estenderà anche alle modalità tradizionali di contatto;

- presta il consenso                       nega il consenso

alla pubblicazione dei propri dati personali, con le modalità rappresentate nell'Informativa. In difetto di consenso, l'Associazione non potrà dare corso alle operazioni che lo richiedono, con le conseguenze che sono note.

Per presa visione ed accettazione

L'Interessato .....

# Fellow 2018

NOME	COGNOME	OSPEDALE	REPARTO	CITTA	Prov.
<b>Antonio Francesco</b>	<b>Amico</b>	Ospedale San Giuseppe da Copertino	U.O. di Cardiologia-UTIC	Copertino	LE
<b>Giuseppe</b>	<b>Ciconte</b>	IRCCS Policlinico San Donato	U.O. di Elettrofisiologia ed Aritmologia	San Donato Milanese	MI
<b>Giuseppe</b>	<b>Ciliberti</b>	Ospedali Riuniti	Clinica di Cardiologia e Aritmologia	Ancona	AN
<b>Deborah</b>	<b>Cosmi</b>	Ospedale Gubbio-Gualdo Tadino	U.O. di UTIC e Cardiologia	Gubbio	PG
<b>Renata</b>	<b>De Maria</b>	Azienda Ospedaliera Niguarda Cà Granda	Istituto Fisiologia Clinica CNR	Milano	MI
<b>Alessandro</b>	<b>Di Giorgio</b>	Presidio Ospedaliero San Vincenzo	U.O. Cardiologia UTIC	Taormina	ME
<b>Giovanna</b>	<b>Geraci</b>	AOR Villa Sofia-Cervello P.O. Cervello	U.O. Cardiologia	Palermo	PA
<b>Salvatore</b>	<b>Geraci</b>	Ospedale San Giovanni di Dio	U.O. Emodinamica e Card. Intervent.	Agrigento	AG
<b>Annamaria</b>	<b>Iorio</b>	ASST Papa Giovanni XXIII	Cardiologia 1	Bergamo	BG
<b>Georgette</b>	<b>Khoury</b>	Azienda Ospedaliera Santa Maria	S.C. di Cardiologia	Terni	TR
<b>Angelo</b>	<b>Leone</b>	Ospedale Annunziata	U.O.C. Cardiologia Interventistica	Cosenza	CS
<b>Stefania</b>	<b>Marazia</b>	Ospedale Vito Fazzi	U.O. di Cardiologia	Lecce	LE
<b>Carmine</b>	<b>Riccio</b>	AZ. Ospedaliera S. Anna e S. Sebastiano	Prevenz. e Riabilitazione Cardiopatico	Caserta	CE
<b>Antonino Salvatore</b>	<b>Rubino</b>	Centro Cuore Morgagni	Cardiochirurgia	Pedara	CT
<b>Marco</b>	<b>Sicuro</b>	Ospedale Generale Regionale-PO U. Parini	U.O. Cardiologia e Cure Intensive Card.	Aosta	AO
<b>Stefano</b>	<b>Tolone</b>	Policlinico Città di Pomezia S. Anna	U.O. Cardiologia-UTIC	Pomezia	RM
<b>Giuseppe</b>	<b>Vitale</b>	Osp. Buccheri La Ferla Fatebenefratelli	Cardiologia - UTIC	Palermo	PA
<b>Nicola</b>	<b>Vitulano</b>	Ospedale Miulli	U.O.C. Cardiologia - UTIC	Acquaviva Delle Fonti	BA



# Look in their eyes

Da Milton Packer una lezione di “umanità”

*«I medici che ascoltano adeguatamente le parole dei pazienti sono sempre meno: solo il 22% instaura un rapporto empatico con gli assistiti, il tempo medio di una visita non supera i 9 minuti e già dopo 20 secondi il racconto del paziente viene interrotto dalle domande del dottore, che per due terzi del colloquio tiene gli occhi incollati al pc o al proprio smartphone anziché verso la persona che ha davanti».*

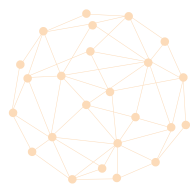
Queste notizie sono tratte da un report del Congresso della Società Italiana di Medicina Interna di qualche anno fa. A rileggerle, conservano intatto il loro simbolico significato, a conferma di quanto si sente ripetere, spesso anche come un mantra, intorno alla “deumanizzazione delle cure”, alla medicina rapida, ipertecnologica che ormai occupa uno spazio sempre più ampio, eccetera, eccetera. Non è il caso di ritornare sul duplice effetto della tecnologia medica, che allontana ed avvicina nello stesso tempo, o sulla complessità di una realtà clinica che stenta a conciliare congruità quantitativa con la qualità delle cure. Non posso nascondere però un dubbio: cioè che alcune di queste riflessioni alla fine provengono prevalentemente da una generazione che ancora stenta a sintonizzarsi con la rivoluzione digitalica-comunicativa che ha radicalmente modificato il nostro agire professionale, rimanendo a volte sterilmente e con nostalgia legata ad un “paternalistico”



*Sammy Davis Jr. interprete del brano "When I look in your eyes"*

approccio verso il paziente, che si rivelava per certi versi, piuttosto generico. Ma anche il Paziente però, come quasi tutti e tutto, è cambiato negli ultimi decenni. Nelle sue richieste, nelle priorità, nelle aspettative e nelle modalità di relazionarsi dal punto di vista comunicativo con il medico (vedi uso smodato di sms, e-mail, foto di esami, ecc.), nell'essere diventato anche lui “im-paziente”. Comunque sia, al di là di ogni buona o cattiva organizzazione sanitaria, il nostro Paziente, nonostante tutto, non andrebbe mai “perso di vista”! Giorni fa, tra le tante news-trash mail che si ricevono su tematiche mediche, ne ho notato una, un

attimo prima che automaticamente cliccassi “elimina”, che mi ha indennizzato di tutte le altre ricevute e cestinate. Conteneva una breve nota di Milton Packer, noto opinion-leader mondiale dello Scopenso Cardiaco, uno dei principal investigator del PARADIGM - HF, che riportava le sue riflessioni dopo una visita medica a cui si era sottoposto di recente. Un episodio accaduto in un ambulatorio a circa 10.000 Km di distanza, in una realtà sanitaria per molti versi diversa dalla nostra, e che riguardava un grande e famoso cardiologo americano. Leggendo mi è invece sembrato che raccontasse di una visita effettuata in Italia, nel mio Ospedale, che stesse parlando di tanti, anche di me ... (o, peggio, che io stesso potessi essere al suo posto)! Piccole storie o dettagli personali, che quando affrontante in maniera sapientemente semplice e diretta, diventano immediatamente universali. L'esperienza raccontata da Milton Packer è on-line con le considerazioni iniziali, e merita a mio avviso una maggiore diffusione, almeno nel nostro ambito cardiologico. Ripropongo il testo in originale e con traduzione a fronte. Senza ulteriori commenti perché la storia “parla da sola”. Di questa possibilità ringrazio Guerrino Zuin per la sua sensibilità e condivisione. Buona lettura e soprattutto... occhio al Paziente!



## When You Talk to Patients, Do You Look at Them or at a Computer?

Milton Packer wonders whether some physicians are healers or replicants.

*I recently saw a prominent physician for a medical problem. She was highly regarded in her field, and it took a while to get an appointment. I really wanted to hear her opinion of my illness. At my appointed time, I was led to an exam room, and shortly thereafter, she entered, introduced herself and promptly sat before a computer screen. While staring constantly at the screen, she went rapidly through a series of questions, which constituted her superficial effort to take a history of my illness. We talked for about 5 minutes. And I noticed that - during this entire time - she never made eye contact with me. I really tried to engage her in the particular details of my complaints, but I didn't succeed. After she had finished filling out the fields on the computer screen, she told me that she was ordering some tests. I told her that I already had had many of them. So she suggested a few that I had not had. After about the 10th minute or so, I sensed that the appointment was drawing to a close, even though she had not actually asked me many relevant questions about my illness. After decades of practice, I am really good at presenting a medical history, but this time, I never got much of a chance to do so. I felt I was running out of time, so I pressed her for an opinion. "What do you think is going on?" Her eyes remained transfixed on the screen. She said she didn't know, but would run some tests. I asked: "Are you going to examine me?" As she continued to hammer at the computer keyboard, she responded: No need to do that. Her answer to my final questions: We'll see when the tests come back. After the 13th minute, she finally looked at me again - to say goodbye. Total eye contact during the entire medical appointment was less than 60 seconds. A lot transpired during those 60 seconds of eye contact. She looked in my direction, but she was actually looking past me. In contrast, I made sure to look into her eyes, and was saddened by what I saw. There was no emotion, no connection, no empathy. She was going through the motions, and doing it as fast as she possibly could. Most important of all (to her), she documented that she did everything right. As she was about to leave, I put out my hand to thank her, but she didn't seem comfortable shaking my hand in return. She quickly left the room. I was told to return to the front desk, and I made my way there slowly, remembering a time when physicians routinely made eye contact with patients during the entire medical visit. In the past, the best part of being a physician was walking into a room, greeting a new patient along with a family member, pulling up a stool, and engaging in an opportunity to listen to a story and solve a problem. Every patient's story was totally unique, and I relished the nuances of each tale. Sometimes the expression in a patient's eyes revealed more than what they actually said. But*

Recentemente sono stato visitato da un famoso medico per un problema medico personale. Era una dottoressa molto nota nel suo campo e per me non fu facile riuscire ad avere un appuntamento in tempi brevi. Ci tenevo comunque ad avere una sua opinione sui miei disturbi. Al momento dell'appuntamento venni accompagnato nella stanza per la visita e dopo poco, lei entrò, si presentò, si sedette alla sua scrivania, ed immediatamente accese il computer. Mentre fissava lo schermo, mi fece rapidamente una serie di domande: in pratica era il suo modo piuttosto superficiale di raccogliere la mia anamnesi. Parlammo per circa 5'. Notai che, durante tutto il tempo, non instaurava alcun contatto con me, in pratica non mi guardava mai negli occhi. Tentai di coinvolgerla nei dettagli dei miei fastidi, senza successo. Dopo che completò di riempire lo schema al computer, mi informò che avrebbe avuto bisogno di una serie di esami. Le risposi che la maggior parte di questi gli avevo già effettuati, ma lei mi raccomandò di eseguirli tutti. Dopo circa 10' ebbi la sensazione che la mia visita stesse per concludersi, sebbene la dottoressa non mi avesse ancora chiesto alcune notizie per me rilevanti sulla malattia. Dopo decenni di attività clinica, penso di essere ormai in grado di saper sintetizzare una storia clinica, ma in quest'occasione non me ne fu data neanche l'opportunità di dimostrarlo. Avvertivo che il tempo era ormai agli sgoccioli così la pressai per avere una sua opinione. "Cosa pensi che mi stia accadendo?" chiesi mentre i suoi occhi restavano ipnotizzati dallo schermo del computer. Mi rispose, guardando sempre lo schermo, che non lo aveva ancora capito e che aveva bisogno dell'esito degli esami che mi aveva richiesto.

Chiesi: "Hai bisogno di visitarmi?". Mentre continuava a fissare lo schermo mi rispose che non era necessario, e che ne avremmo riparlatto quando sarei tornato con l'esito degli esami. Dopo 13' finalmente mi guardò per salutarmi. Il tempo totale in cui ebbi la sensazione, durante l'intera visita, che ci fosse stato un contatto visivo tra di noi, fu per meno di 60". Durante questi 60" mi sono accorto che lei guardava in effetti nella mia direzione, ma è come se in realtà guardasse oltre me. Da parte mia, ero certo di guardarla negli occhi mi avilivo di non essere ricambiato. Non avvertivo alcuna emozione, nessuna "connessione", nessuna empatia tra di noi. Sembrava che agisse meccanicamente, nel modo più rapido possibile. La cosa più importante per lei sembrava che fosse quella di documentare quello che faceva, nella maniera più completa e veloce. Appena si mosse per uscire, allungai

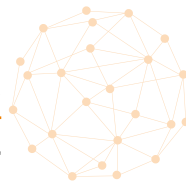


Frank Sinatra interprete, tra gli altri brani celebri, di "Stars in your eyes"

*regardless, the ongoing eye contact with someone who trusted you was exhilarating. And not just for me. After most visits, I am certain I helped the patient more by listening, talking, and making eye contact with them than from any prescriptions I would write. Those days have vanished for many practices. Many physicians are pressed to maintain a very tight schedule. Often, the time it takes to document a visit is longer than the actual time that is spent with a patient. Physicians are not paid for the documentation, so it is most efficient to merge the patient interaction and the documentation into the same time period. The result: documentation wins, and the patient loses. Some physicians solve this problem by hiring a "scribe." A scribe can be another healthcare professional or simply a recorder of conversations. But good scribes are hard to find, and they need to be paid. Many healthcare systems have concluded that physicians should perform the functions of a scribe. It is very cost-effective, but it is horribly dehumanizing. And it ensures that physicians are not spending most of their time practicing their skills. With my medical visit complete, I arrived at the front desk, and the receptionist asked me about my follow-up appointment. "When will the doctor see you again?". It was a curious question, and it made me think about my interactions during the appointment. And I kept wondering. When did she see me the first time?*

la mano per ringraziarla, ma mi sembrò a disagio anche nello stringermi la mano. Poi rapidamente lasciò la sala della visita. Ritornai lentamente al desk di ricevimento ricordando quando una volta i medici solitamente, durante tutta la visita, instauravano un contatto con i pazienti guardandoli negli occhi. Un tempo la cosa più importante dell'essere medico era attendere nella stanza la visita di un nuovo paziente con i suoi familiari, sedersi accanto su uno sgabello e sforzarsi di ascoltare la sua storia, cercando di risolvere il suo problema. Ogni singola storia riferita dal paziente era sempre unica e si ci si rendeva conto delle minime differenze e variazioni di ogni specifica anamnesi. A volte l'espressione degli occhi, lo sguardo del paziente rivelava più di tante parole che essi raccontavano. Ma a prescindere, il contatto visivo con qualcuno che ha fiducia in te è fondamentale, e non solo per me. Dopo tante visite sono convinto di aver aiutato i miei pazienti più ascoltandoli, parlando con loro e creando un contatto tra i nostri occhi, che tramite tutte le prescrizioni che ho scritto. I tempi attuali hanno cambiato molte abitudini. Molti medici sono molto pressati nel mantenere programmi ed obiettivi sempre più rigidi. Spesso il tempo che si impiega a documentare una visita è più lungo di quello che si impiega a visitare o intrattenersi con il paziente. I medici non sono pagati per svolgere attività burocratica, così tendono a risparmiare tempo, visitando il paziente e documentando la visita nello stesso tempo, con il risultato che la documentazione vince, ed il paziente perde. Alcuni medici hanno risolto la questione, assumendo un proprio segretario-"scriba." Costui può essere una ulteriore figura professionale nel mondo sanitario o un semplice dattilografo-registratore di conversazioni. Ma esperti e capaci "scriba" sono difficili da trovare, ed in più devono essere pagati. Diverse Organizzazioni Sanitarie hanno quindi realizzato che i medici potrebbero svolgere anche tale funzione. In fondo è sicuramente cost-effective, ma orribilmente disumanizzante, oltre a provocare il fatto che i medici hanno meno tempo per dedicarsi alle loro competenze ed esprimere le loro capacità cliniche. Completata la mia visita, raggiunsi nuovamente il desk del ricevimento. La segretaria mi chiese di fissare il nuovo prossimo appuntamento di follow-up, chiedendomi: "Quando la dottoressa la rivedrà di nuovo?" "La domanda mi è suonata strana ..., inducendomi ad un'ultima riflessione sul tipo di interazione creatasi con la dottoressa... Così continuavo a chiedermi: "Ma la dottoressa, quando mi ha visto la prima volta?"





# La responsabilità medica nel lavoro di equipe

**C**ome l'esperienza dimostra, sempre più spesso l'attività medica viene ad essere svolta non più "in solitaria", ma in maniera sinergica e coordinata tra più professionisti, ciascuno dei quali apporta il proprio contributo e le proprie specifiche competenze. Un simile modus operandi certamente comporta la possibilità di fornire risposte maggiormente accurate e attente alle specificità del caso concreto, ma contemporaneamente, ed in maniera altrettanto indubbia, espone anche i singoli operatori che, contemporaneamente o in maniera successiva, si occupano di un determinato caso clinico a profili di responsabilità per l'ipotesi di esito infausto o comunque non rispondente alle aspettative del paziente per fatti magari loro non direttamente attribuibili. Oggi esamineremo proprio tale argomento e vedremo se e qual è la soluzione che viene data a questo "spinoso" problema.

**Nelle nostre conversazioni ci siamo ormai abituati a prendere in considerazione due fonti principali**

**che intervengono a disciplinare, dal punto di vista del diritto, le questioni giuridiche controverse: la legge e le sentenze. È presente in questo caso una legge alla quale fare riferimento?**

La premessa dalla quale occorre muovere è che questa tematica ha visto e vede tutt'oggi nei giudici penali i principali autori della necessaria opera di sistemazione: nel codice penale troviamo disposizioni che regolano il concorso di persone nel delitto, ma non sono specificamente dedicate alla materia della responsabilità medica d'equipe. Ecco perché è particolarmente importante in tale settore l'attività giudiziale ed in particolare quella svolta nel settore penale. Sono proprio i giudici penali, infatti, ad affrontare la questione della responsabilità di ciascun componente dell'equipe medico-chirurgica, onde affermarne o meno la responsabilità nel caso in cui si abbia uno svolgimento patologico della relazione che si instaura tra medico e paziente.

**In assenza di specifiche disposizioni legislative, esistono "punti fermi"**

**dai quali prendere le mosse?**

Nonostante i distinguo che necessariamente caratterizzano le pronunce giurisprudenziali che sono determinati dalle specificità dei casi concreti affrontati, senz'altro costituisce principio consolidato quello del controllo reciproco.

**Cosa si intende con questa espressione?**

Tale formula indica la necessità di rimodulare, ridisegnare, potremmo dire, l'obbligo di diligenza che grava su ciascun componente dell'equipe medica. In particolare, il principio del controllo reciproco comporta che l'obbligo di diligenza concerne non solo le specifiche mansioni affidate al singolo operatore, ma anche il controllo per l'appunto sull'operato e sugli errori altrui che siano evidenti e non settoriali, in quanto tali rilevabili con l'ausilio delle comuni conoscenze del professionista medio.

**Questo significa quindi che non ci si può limitare ad occuparsi della propria specifica mansione, del proprio singolo incarico?**

È proprio così: come affermano



numerose sentenze, allorché agiscono in equipe, le responsabilità – omissive e commissive – dei sanitari non risultano limitate dalle distinte incombenze specialistiche di riferimento, dovendo ognuno riscontrare l'altrui attività, realizzata al fine comune di consentire la buona riuscita del trattamento sanitario.

Significativamente si parla di “corresponsabilità integrata” la quale impedisce l'attribuzione di un valore esimente, ai fini penali, ad ogni atto di delega di funzioni fra professionisti: in tal senso il carattere plurale della responsabilità d'equipe costituisce una ulteriore specifica garanzia per il paziente sottoposto al trattamento terapeutico.

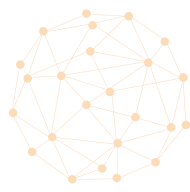
**Questo significa che viene quindi in rilievo una specie di responsabilità oggettiva, che insorge per il solo fatto di far parte dell'equipe nel caso si verifichi un evento dannoso?**

Ebbene no: anche in questo – e solo apparentemente potrebbe sembrare una contraddizione – la giurisprudenza introduce dei distinguo. Sarebbe profondamente errato ed ingiusto configurare una sorta di responsabilità “di posizione”: e proprio per tale ragione, numerose sentenze impongono, coerentemente ai principi generali, un accertamento attento del fatto onde individuare gli specifici profili di responsabilità. È in tale ottica che interviene un duplice limite. Per un verso ed in via preliminare occorre, infatti, un accertamento del caso concreto. Non può affermarsi la responsabilità, ed in particolare quella penale, di ciascun componente di una equipe medica, sulla base del solo accertamento di un errore diagnostico genericamente attribuito alla equipe nel suo complesso. Al contrario, occorre valutare le

concrete mansioni di ciascun componente e verificare, sempre in concreto, i limiti dell'operato di ognuno. Per altro verso, a circoscrivere l'esigibilità di tale controllo interviene il c.d. principio dell'affidamento.

**Cosa si intende per principio dell'affidamento?**

La giurisprudenza riconosce che, allorché si sia in presenza di interventi in cui i ruoli e i compiti di ciascun operatore sono nettamente distinti, può rispondere dell'errore o dell'omissione solo colui che abbia in quel momento la direzione dell'intervento o che abbia commesso un errore riferibile alla sua specifica competenza medica. Non si può infatti né trasformare l'onere di vigilanza in un obbligo generalizzato di costante raccomandazione al rispetto delle regole cautelari e di invasione negli spazi di competenza altrui, né invocare il diverso principio per



cui ogni sanitario è tenuto a vigilare sulla correttezza dell'attività altrui allorché non si sia in presenza di errori evidenti e non settoriali, rispetto ai quali sono insufficienti le comuni conoscenze scientifiche del professionista medio.

**Queste considerazioni suscitano in me curiosità rispetto a due soggetti che, nell'equipe, si trovano in posizione assolutamente speculare: mi riferisco al capo del gruppo e al sottoposto. Come si atteggiavano nei loro confronti tali principi?**

Ebbene, quanto al primo soggetto da te menzionato, occorre ricordare che il capo equipe riveste un ruolo particolare, essendo egli titolare di una posizione di garanzia. Con questa espressione nel diritto penale si intende l'obbligo giuridico di impedire un evento lesivo, che si traduce, concretamente, o nell'obbligo di preservare determinati beni da possibili pericoli che, a prescindere dalla relativa fonte, possono minacciarne l'integrità ovvero nel "neutralizzare" determinate fonti di pericolo. Proprio in ragione della posizione di garanzia rivestita, la giurisprudenza sancisce che il capo equipe è tenuto a dirigere e a coordinare l'attività svolta dagli altri medici, sia pure specialisti in altre discipline, controllandone la correttezza e ponendo rimedio, ove necessario, ad errori altrui. Anche in tale caso interviene come limite quello per cui tali errori devono essere evidenti e non settoriali o comunque rientranti nella sua sfera di conoscenza e, come tali, emendabili con l'ausilio delle

comuni conoscenze scientifiche del professionista medio.

**La responsabilità del capo equipe peraltro non si arresta alla sola fase dell'intervento propriamente considerato, vero?**

Esattamente. Anche rispetto alla fase post operatoria permangono incombenze sul capo equipe che dovrà predisporre tutte le misure atte a contenere eventuali rischi anche successivamente all'esecuzione dell'intervento.

**Cosa invece dell'aiuto o di coloro che in genere siano in posizione gerarchicamente subordinata?**

Il punto dal quale muovere è la non invocabilità, onde escludere profili di responsabilità, della "sola" posizione gerarchicamente subordinata eventualmente ricoperta. A tale fine, pur non essendo richieste forme sacramentali, è invece necessario che il secondo o il subordinato manifesti espressamente il proprio dissenso. Sempre necessaria la valutazione dell'apporto causale della condotta del singolo, laddove il subordinato non intervenga per controllare o impedire una scelta terapeutica oggettivamente sbagliata, è ravvisabile in capo allo stesso una colpa omissiva e, quindi, conseguente responsabilità. Pur tuttavia, in senso parzialmente diverso, non mancano sentenze che escludono la possibilità di dissentire e più in generale profili di responsabilità in capo ad altri soggetti per l'ipotesi di intervento chirurgico eseguito direttamente dal primario, e a questi manualmente attribuibile,

rispetto al quale i suoi collaboratori non possono interferire in modo efficace.

**Finora abbiamo esaminato l'ipotesi di lavoro di equipe "contestuale", potremmo definirlo. Tutti sappiamo però che la pluralità di competenze e di professionisti chiamati ad esprimersi su di un caso può anche essere "successiva" da un punto di vista cronologico. In questo caso, quali sono i possibili profili di responsabilità sul medico che intervenga successivamente, magari sulla base di una diagnosi non corretta?**

Anche in questo caso occorre particolare prudenza da parte del medico che è chiamato a valutare la correttezza della diagnosi formulata e del piano terapeutico proposto, non potendosi invocare ad eventuale discolta la valutazione operata da altro professionista e attuata in modo acritico. Emerge quindi un quadro complesso che consente di riconoscere nel lavoro di equipe di certo una opportunità per il paziente ed anche per i medici coinvolti che potranno avvantaggiarsi delle specifiche, rispettive competenze. La pluralità di partecipanti comporta ed esige tuttavia anche un surplus di attenzione: in un'ottica di protezione del paziente, la settorialità delle competenze non si traduce e non può tradursi in indifferenza o piana adesione rispetto all'altrui operato, che deve essere oggetto di accorta valutazione. ♥

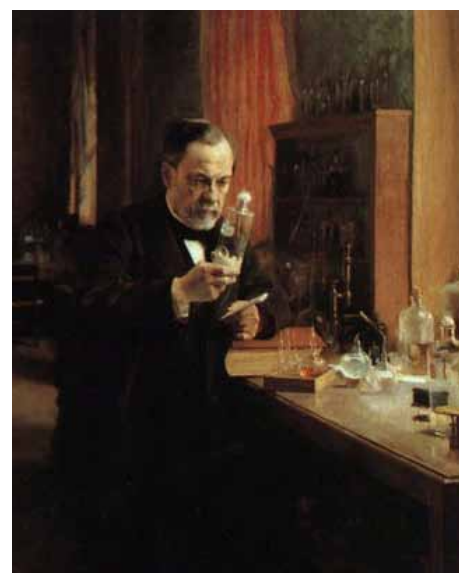


# Il cuore a metà Ottocento (1830 - 1870)

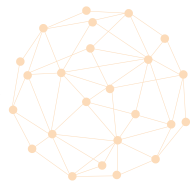
A metà dell'ottocento furono poste le basi della medicina moderna, costituendo un patrimonio inestimabile di scoperte e conoscenze scientifiche. I progressi della biochimica consentono di quantificare le malattie misurando i parametri biologici. Johann L. Schönlein incoraggia i suoi studenti ad adottare i metodi chimici analitici per riconoscere una patologia. Gerardus Johannes individua le proteine (1832). Anselme Payen scopre il primo enzima, la diastasi (1833). Felice Ambrosioni rileva per primo l'iperglicemia nei diabetici (1835). Theodor Schwann isola la pepsina (1836). Pierre Rayer (1839) studia il sedimento urinario classificando i cristalli e le cellule epiteliali ed ematiche. Nel 1840 Berzelius riconosce nel sangue albumina, globulina, fibrina ed ematina, e Jean B. Biot dosa con precisione il glucosio nell'urina. Nel 1841 Justus Liebig pubblica *La chimica organica applicata alla fisiologia animale ed alla patologia* e Johann F. Simon *l'Handbuch der Angewandten Medizinischen Chemie*

(che descrive anche i cilindri urinari). Nasce il primo laboratorio di analisi chimico-cliniche presso il Julius hospital di Würzburg e viene coniato il termine Patologia Clinica. Bence Jones scopre l'omonima proteina urinaria (1847). Hermann von Fehling realizza (1848) il primo test titrimetrico per la determinazione del glucosio nell'urina, che rimarrà in uso fino a metà 900. Nel 1852 Liebig annuncia un *mezzo pronto onde riconoscere la presenza dello zucchero in un liquido qualunque, anche d'origine animale*, composto da estratto di fiele di bue e acido solforico, e Johann F. Heller prepara l'omonimo test per la ricerca della proteinuria. Claude Bernard isola per la prima volta dal fegato il glicogeno (1856). August Kekulé e Archibald Couper scoprono (1858) che gli atomi di carbonio possono legarsi fra loro formando anche lunghe catene, illustrando le formule di struttura di moltissime molecole organiche, come l'alcool etilico, individuato dal chimico russo Aleksandr M. Butlerov. Il chimico olandese Jacobus H. Vant'Hoff propone la

struttura tetraedrica dell'atomo di carbonio. Nel 1861 **Louis Pasteur** introduce i termini aerobico ed anaerobico, descrivendo la crescita di lieviti e il relativo utilizzo di zuccheri in presenza o meno di ossigeno. Gaetano Primavera pubblica il primo *Manuale di chimica clinica* (Napoli, 1868) e



Louis Pasteur (Dole, 27 dicembre 1822 - Marnes-la-Coquette, 28 settembre 1895)  
Louis Pasteur nel suo laboratorio, Albert Edelfelt (1885)



Friedrich Miescher descrive gli acidi nucleici (1869). In campo anatomico i progressi principali sono in embriologia (nel 1845 Robert Remark descrive ecto-, endo- e mesoderma) e nelle cardiopatie congenite: Roger descrive il difetto del setto interventricolare e Fallot l'omonima tetralogia. **Johannes E. Purkinje** descrive nel 1839 le omonime fibre.

Le nuove scoperte dell'osservazione microscopica sono applicate alla fisiopatologia. Il botanico e istologo tedesco Mathias J. Schleiden (1804 - 1881) dimostra che i tessuti vegetali sono costituiti da cellule,



Jan Evangelista Purkyně (Libochovice, 17 dicembre 1787 – Praga, 28 luglio 1869)

che crescono con modificazioni del loro nucleo e si riproducono secondo meccanismi chimico-fisici. Theodor Schwann scopre la cellula nucleata anche nel tessuto animale (1839): nasce la teoria cellulare come unità biologica elementare,

pietra miliare del progresso medico. **Rudolf Virchow** fu la figura di maggior spicco in questo settore. Nel suo famoso trattato *Die Cellularpathologie* (1858) afferma che le cellule derivano solo da altre cellule (*omnia cellula a cellula*) e in esse si possono riscontrare le lesioni delle malattie (così come Morgagni localizzava la malattia negli organi e Bichat nei tessuti). Fondatore dell'istopatologia, descrive trombosi



Rudolf Ludwig Karl Virchow (Swidwin, 13 ottobre 1821 – Berlino, 5 settembre 1902)

(ancora oggi mantiene la sua validità la cosiddetta "triade di Virchow") ed embolia, coniandone i termini, e suggerisce che i lipidi della placca ateromatosa derivano dall'insudazione del plasma dalla parete arteriosa. Friedrich G.J. Henle pubblica il primo trattato di anatomia microscopica (1840). Nel 1868 Paul Langerhans descrive le omonime insulae pancreatiche e Giulio Bizzozzero scopre la funzione ematopoietica del midollo osseo. Nel campo delle malattie infettive, all'inizio della seconda metà

dell'800 il concetto di contagio era ancora completamente sconosciuto. L'aiuto ostetrico ungherese Ignàc F. Semmelweis (1818-1865) notò che la mortalità per febbre puerperale fra le donne che partorivano nella Maternità dell'Ospizio Generale di Vienna era molto più elevata rispetto a quelle che lo facevano a casa o nelle divisioni tenute da infermiere ostetriche. Ritenendo che probabilmente i responsabili erano i medici e gli studenti di medicina che visitavano senza guanti le donne, spesso dopo aver eseguito esami autoptici, li obbligò a lavarsi le mani tra una visita e l'altra col cloruro di calcio. Con poche eccezioni, la medicina dell'epoca lo accusò di ciarlataneria; fu perseguitato e morì in una clinica psichiatrica. La sua intuizione, fondamentale nella storia della medicina, è il paradigma del passaggio definitivo dalla medicina artigianale a quella contemporanea, basata sul metodo scientifico. Agostino Bassi (1835) anticipa la teoria microbica delle malattie dimostrando che un fungo parassita è la causa di una malattia del baco da seta. Si susseguono le descrizioni di nuovi microorganismi. Nel 1849 esce il libro di Schönlein *Allgemeine und specielle pathologie und therapie*, che per la prima volta imputa le malattie infettive ad agenti patogeni. Nel 1865 Pasteur brevetta la "pastorizzazione". Sarà lui a formulare nel 1870, insieme a Robert Koch, la teoria microbica delle malattie.

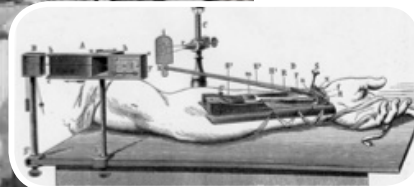
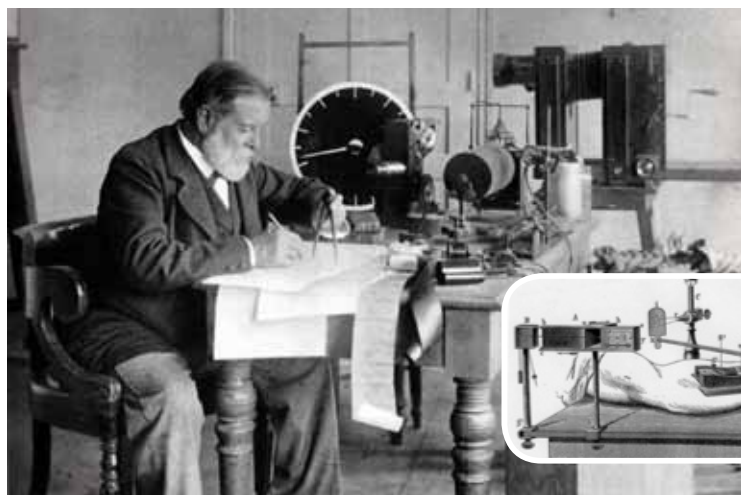
Il cardiologo e fisiologo francese **Claude Bernard**, che distinse il diabete insipido da quello mellito, e scoprì la glicogenesi epatica e i



*Claude Bernard (Villefranche-sur-Saône, 12 luglio 1813 – Parigi, 10 febbraio 1878) Léon-Augustin Lhermitte, Claude Bernard con i suoi allievi, 1889, Académie nationale de médecine*

collegamenti tra sistema nervoso centrale e simpatico, nel suo *Introduction a l'etude de la médecine expérimentale* (1865), afferma i medici, soprattutto in ambito del cuore, eseguono esperimenti terapeutici ogni giorno, essendo certamente un dovere

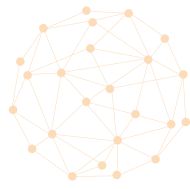
*e un diritto del medico l'eseguire un esperimento sull'uomo, sempre che ciò possa salvargli la vita, curarlo o dargli beneficio, infatti il principio della moralità medica e chirurgica sta nell'evitare esperimenti sull'uomo potenzialmente pericolosi per un dato*



*Étienne Jules Marey (Beaune, 5 marzo 1830 – Parigi, 15 maggio 1904)*

*individuo, persino se il risultato potrebbe essere altamente vantaggioso per la scienza e definitivo per la salute degli altri. In conclusione, l'interesse esclusivo del singolo paziente non è preclusivo, comunque, di un profitto generale per la scienza. In questa, una delle più grandi opere mediche, che faceva giustizia delle infondate teorie filosofiche, per asserire che solo la paziente osservazione e l'obiettiva sperimentazione possono fornire i dati necessari al progresso scientifico, seme fecondo del pensiero razionale moderno, Bernard stabilisce i tre principi fondamentali della medicina attiva: fisiologia, patologia e terapia. Formula la teoria del *milieu intérieur*, focalizzando il rapporto tra esseri viventi e ambiente e anticipando di 50 anni ciò che Cannon definirà omeostasi.*

Negli Stati Uniti Henry Bowditch organizza a Harvard il primo laboratorio moderno di cardiologia, influenzato dall'insegnamento del giovane erudito Rolley Dungleson, fondatore della Virginia University e autore dell'*Human Cardiology* (1832). Un altro gigante della medicina è il creatore della cardiologia sperimentale, Etienne J. Marey, che ideò il metodo della registrazione grafica dei fenomeni cardiocircolatori: *un fenomeno può considerarsi ben conosciuto solo se si può registrare graficamente.* Collega una serie di rilevatori, come la capsula che porta il suo nome, capaci di raccogliere le variazioni di pressione e volume, registrati sia all'esterno dell'organismo, sia effettuando un cateterismo cardiaco negli animali, a uno stilo, che a sua volta lascia traccia delle sue oscillazioni su una



carta affumicata posta su un cilindro rotante, mosso da un meccanismo a molla. Marey contribuisce a un'altra fondamentale conquista della cardiologia, la misurazione della pressione arteriosa. Dopo gli esperimenti cruenti di Hales e Poiseuille, Herrison e Viedrot capirono che si poteva dedurre la misura della pressione dentro un'arteria applicando una contropressione esterna, fino a sopprimere il battito a valle, come confermato dal chirurgo Faivre nel 1856. Lo sfigmografo, come si chiamò, era ancora ingombrante e di nessuna utilità pratica. Marey lo perfeziona, consentendo di rilevare grafici attendibili delle variazioni pressorie. Osservò così la relazione inversamente proporzionale che lega la pressione arteriosa alla frequenza cardiaca: col diminuire della prima aumenta la seconda, e viceversa. Altre branche della scienza avanzano: nel 1842 Doppler descrive l'effetto omonimo e Carl Ludwig scopre che l'urina si forma per il processo di filtrazione del sangue ad opera del rene; nel 1844 esce a Parigi il *Traité des phénomènes electro-physiologiques* di Carlo Matteucci; nel 1866 l'abate Gregor J. Mendel pubblica i risultati dei suoi esperimenti sui piselli, formulando le leggi sulla trasmissione dei caratteri ereditari (è l'origine della genetica), e nel 1870 Walther Flemming descrive il processo mitotico. Vengono studiati i meccanismi patogenetici del cuore polmonare

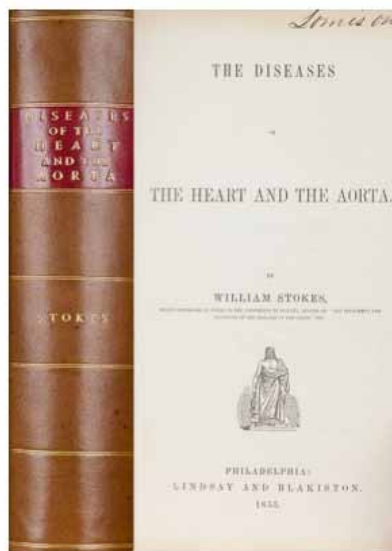
da broncopatia e i rapporti tra ipertrofia e dilatazione. **Antonio G. Testa**, autore del primo trattato cardiologico italiano moderno (*Delle malattie del cuore*, 1831), scriveva: *se, tuttavia, l'espansione dei polmoni e la loro attitudine a ricevere la normale quantità di sangue sono ridotte, è inevitabile un certo ritardo nello svuotamento del cuore destro*. **C. Williams** delineava la nozione dell'ipereccitabilità bronchiale nelle cardiopatie: *la congestione polmonare e l'eccessiva iperemia della mucosa bronchiale possono evocare la contrazione spasmodica della muscolatura bronchiale. Nel primo caso a causa dello stimolo rappresentato dall'accumulo di sangue, nel secondo per l'ipersensibilità della mucosa stessa; di conseguenza, l'esercizio fisico intenso e le malattie cardiache possono talvolta dare origine ad accessi asmatici (Patologia e diagnosi delle malattie del polmone e del cuore, 1839)*. Anche **Francesco Roncati** scriveva: *L'enfisema polmonare può impedire la circolazione venosa e lo scarico del cuore destro per la via dell'arteria polmonare. L'ostacolo alla circolazione è in parte diretto per occlusione di molti capillari da rarefazione parenchimale, in parte indiretto per mancanza dell'aiuto dato dagli alterni, validi movimenti di inspirazione ed espirazione (Malattie del polmone e del cuore, 1864)*. **Réné J.H. Bertin**, esponente della grande scuola parigina della prima metà dell'800, si rese conto che la dilatazione indeboliva la potenza contrattile del cuore (*le fibre miocardiche perdono in potenza*

*quel che guadagnano in estensione*) e descrisse il processo dell'ipertrofia cardiaca come *lento, tardivo e cronico* e ad impatto prognostico minore. Altri autori ritennero il processo dell'ipertrofia come compensatorio e non deleterio. **Dominic J. Corrigan** scriveva: *the muscle fibers of the heart thickened and strengthened because the heart needed more power. What is seen in the arm of blacksmiths, in the legs of dancers, is also seen in the heart. In proportion as the walls are thickened, its contractile power augments (Edinburgh Med Surg J, 1832)*. Secondo Francois Aran, nelle valvulopatie il cuore, per affrontare il maggior carico di lavoro, aumenta le sue fibre (*Manuale pratico delle malattie del cuore e dei grandi vasi, 1843*). Il cardiologo e fisiologo americano **Austin Flint**, nel suo *Diseases of the Heart* (1870), scriveva: *hypertrophy can protect against the deleterious effects of dilatation. At length, hypertrophy reaches a point beyond which it cannot advance... from this period the progressive enlargement is due to augmentation of the cavities... According to this view, hypertrophy becomes an important conservative provision, first, against over-accumulation of blood, and second, against the more serious form of dilatation*. In clinica si cominciò a distinguere tra sintomatologia, che si occupava degli effetti soggettivi delle malattie, e semiologia, lo studio dei segni oggettivi (pulsazioni, atti respiratori, temperatura), iniziandoli a misurare; si esaminava il malato

secondo metodiche precise, in ordine anatomico (sistema testa-piedi) o fisiologico (apparato per apparato); si affacciava infine anche la diagnostica differenziale. Josef von Škoda (famoso per le sue diagnosi brillanti e rapide e l'abilità nella percussione e principale esponente del nichilismo terapeutico, che proponeva, come trattamento di elezione davanti a molte malattie, di astenersi da qualsiasi intervento terapeutico, lasciando che l'organismo si riparasse da solo o con diete appropriate) e Karl von Rokitansky fondano la Neue Wiener Medizin Schule. Il francese **Jean B. Bouillaud**, fautore del trattamento delle cardiopatie con la digitale, che definì *oppio del cuore*, e studioso, insieme a Pierre Potain, dei suoni e dei ritmi cardiaci, nel suo *Traité*

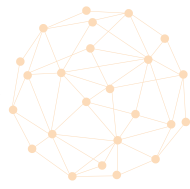
*clinique des maladies du coeur* (1835) stabilisce i rapporti tra reumatismo articolare acuto ed endocardite. **William Stokes**, professore di Medicina a Dublino, sosteneva che *fra le cause dell'asma cardiaco va annoverato anche lo stringimento dell'orifizio mitrale... non è improbabile inoltre che un orifizio dilatato con valvole insufficienti possa produrre lo stesso ordine di sintomi (Malattie del cuore e dell'aorta, 1857)*. Stokes aggiunge le sue osservazioni sulla sincope a quelle di Morgagni e Adams: *permanently slow pulse [and] cerebral attacks of an apoplectic nature, though not followed by paralysis, [is] a very curious and... special combination of symptoms (Dublin Quart J Med Sci, 1846)*, e descrive anche lo scompenso cardiaco: *The respiration, always short, becomes hurried and laborious on the slightest exertion or*

*mental emotion... Incapable of lying down, he is seen, even for months, either reclining in the semi-erect posture supported by pillows, or sitting with the trunk bent forward and the elbows or fore-arms resting on the drawn-up knees*. Sullo stesso argomento così si esprime **James Hope**, uno dei più importanti cardiologi inglesi, nel suo *Treatise on the Diseases of the Heart and Great Vessels (1832)*: *With eyes widely expanded and starting, nostrils dilated, and the head thrown back at every inspiration, he casts around a hurried, distracted look of horror, of anguish, of supplication... For a few hours - perhaps only for a few minutes - he tastes an interval of delicious respite... At length, after reiterated recurrences of the same attacks, the muscles of respiration, subdued by the efforts of which the instinct of self-preservation alone renders them capable, participate in the general exhaustion, and refuse to perform their function. The patient gasps, sinks, and expires*. Costantine Paul perfeziona ulteriormente l'auscultazione di Laennec costruendo il fonendoscopio come lo conosciamo, con due tubi di caucciù, una campana dotata di membrana e due auricolari, **Leon Bouveret** descrive la tachicardia parossistica, Thomas Addison, il fondatore dell'endocrinologia, descrive il morbo omonimo (*On disease of the suprarenal capsule, 1855*) e Maurizio Raynaud descrive la malattia omonima (1862). In questo clima di fermento scientifico anche gli ospedali si trasformano



William Stokes (Dublino, 1 ottobre 1804 - 10 gennaio 1878)





in strutture assistenziali migliori grazie all'ingresso dei laboratori per le indagini chimiche e delle sale operatorie. I nuovi ospedali, come il Policlinico Umberto I di Roma progettato da Guido Baccelli, dovevano seguire le regole dell'igiene e dell'ingegneria ospedaliera. Florence Nightingale organizza un gruppo di infermiere per curare i feriti durante la guerra di Crimea (1854): nasce la professione infermieristica. Nello stesso anno il Dittatore Luigi C. Farini riorganizza l'intero sistema sanitario emiliano-romagnolo stabilendo che *per ciascun genere di infermità sia predisposto adatto e apposito luogo di cura* e che un paziente, anche privo di mezzi di sussistenza, sia comunque accolto in ospedale. Nel 1867, a Parigi, si tiene il Primo Congresso Internazionale di Medicina. In terapia, veniva raccomandato il riposo assoluto per i pazienti con scompenso cardiaco: *If the dilatation... [has] reached a certain degree, and so far as to induce a morbid dyspnoea, the disease has a marked tendency to increase, unless the circulation be maintained in a state of complete repose* (J. Hope); anche F. Aran concordava in caso di dispnea la circolazione doveva essere tenuta tranquilla con una vita quieta. J. Roussel crea il primo apparecchio pratico per trasfusioni, il Transfusor (1867), presentandolo a numerose Università, Società mediche e governi. Si ritornò ancora, purtroppo, alla trasfusione di sangue animale, specie di agnello, per il trattamento della tubercolosi polmonare, che divenne addirittura

una moda. Il chirurgo e autore di fiabe Wolkmann coniò una frase calzante: *Tre pecore prendono parte alla trasfusione di sangue di pecora: una, cui si toglie il sangue, la seconda, che si lascia sottoporre a trasfusione, e infine una terza, che esegue la trasfusione*. Il salasso è ancora molto diffuso per lo scompenso cardiaco e per altre patologie: le statistiche francesi nel 1833 parlano di importazioni di 41,5 milioni di sanguisughe. Nel 1840 Henry Clutterbuck, membro del Royal College of Physicians, dichiara: *bloodletting is a remedy hardly possible to estimate too highly... It is the least equivocal of remedies: its good effects, when properly administered, are, in most cases, so immediate and striking...* Si sviluppano i primi farmaci di sintesi: la codeina, estratta da Robiquet (1832) dall'oppio grezzo (Papaver Setigerum), impiegata nella terapia delle affezioni respiratorie, e una formulazione instabile di acido acetilsalicilico derivata dalla corteccia della betulla, sintetizzata dal chimico francese Charles F. Gerhardt (1835). Nel 1852 l'ortopedico francese Charles G. Pravaz costruisce la prima siringa ipodermica con ago cavo. Nascono molte industrie farmaceutiche: Bayer AG (1862), Hoechst (1863), Basf, Schering (1857) Boehringer & Sohene (1859) in Germania; Ciba & Geigy (1862), Sandoz e Hoffman-La Roche in Svizzera, C. Pfizer & Co (1849) e Squibb (1856) negli Stati Uniti, Farmitalia Carlo Erba (1852) a Milano. In elettrofisiologia, Walshe sostiene (1862) l'importanza

della stimolazione faradica dei nervi simpatici cardiaci per il trattamento dell'arresto cardiaco. La chirurgia inizia a conquistare una maggiore dignità con l'introduzione dell'asepsi e dell'anestesia, termine suggerito nel 1846 dal medico e poeta Oliver W. Holmes, riprendendolo dai testi greci, per significare insensibilità al dolore. Questo aveva sempre limitato l'azione dei chirurghi, tanto che il paziente doveva essere immobilizzato da aiutanti robusti, poiché l'uso dell'alcol, dell'oppio, della radice di mandragora o delle spugne soporifere non era sufficiente. Vennero introdotte sostanze gassose come il cloroformio (1831), l'etere (1842) e i cosiddetti gas esilaranti (protossido d'azoto, 1844), che aprirono nuove frontiere al progresso della chirurgia. Pasteur raccomanda di sterilizzare tutto quanto avesse contatto con pratiche chirurgiche. Bernardino Larghi a Vercelli fa uso del nitrato d'argento nelle ferite (1842) e Sir Joseph Lister introduce il disinfettante fenolo (1865). Un chirurgo toracico tedesco, Sauerbruch, nel 1831, si era trovato ad intervenire, nel corso di un intervento per una sospetta cisti polmonare, su un aneurisma della parete del ventricolo destro, correggendolo egregiamente. Tuttavia uno dei più grandi chirurghi dell'800, Billroth, affermava ancora, dogmaticamente *“il chirurgo che osasse suturare una ferita del cuore perderebbe il rispetto dei suoi colleghi”*. ♥



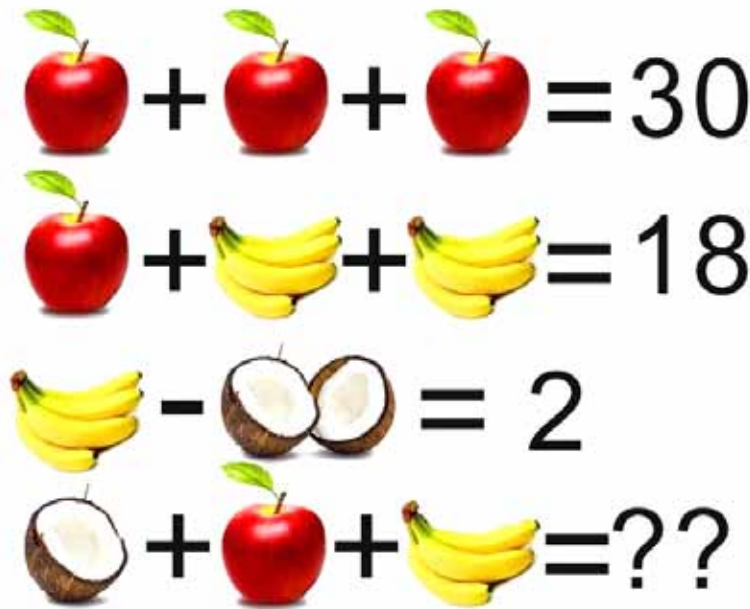
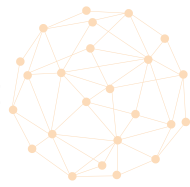
# Il cruciverba più difficile del mondo

## Introduzione

L'arte di incrociare delle parole in orizzontale e in verticale, è molto antica e risale almeno al tempo degli Egizi. L'idea di legare ogni parola da incasellare a una precisa definizione è, invece, frutto della fantasia di un enigmista italiano, Giuseppe Airoidi, che nel 1890 pubblicò un primo prototipo di parole incrociate. Ma l'invenzione del gioco del cruciverba, come viene inteso oggi, è attribuita al giornalista statunitense Arthur Wynne, che nel 1913 ebbe la geniale idea di inserire delle spaziature negli schemi (le attuali caselle nere), in modo da rendere più ampie le loro dimensioni e più flessibile la loro composizione. Secondo attendibili sondaggi, attualmente il cruciverba è il passatempo più conosciuto e praticato, in assoluto, in tutto il mondo occidentale. Gli enigmisti più intransigenti, però, non lo amano molto, in quanto a loro parere, il relativo procedimento risolutivo non richiede alcun tipo di ragionamento, ma solo uno sforzo mnemonico. A parte il fatto

che la memoria è una componente fondamentale dell'intelligenza, per riuscire a completare lo schema di un cruciverba non banale, in genere è necessario elaborare diverse considerazioni logiche. In assoluto, comunque, è sempre possibile trasformare una qualsiasi potenziale definizione in un piccolo enigma da risolvere. Esasperando quest'ultima considerazione, verso la fine degli anni '80, ho pensato di mettere a punto una versione particolarmente ostica di questo gioco, elaborando tutte le definizioni in forma ambigua e fuorviante (e selezionando anche diversi termini da inserire nello schema, poco conosciuti...). In ogni caso, allo scopo di ridurre al minimo le probabilità di ottenere soluzioni plausibili, non coincidenti con quella ufficiale, ho preso presto l'abitudine di proporre il gioco, mettendo a punto degli schemi particolari, nei quali passa sempre, per ciascuna casella bianca, sia una parola orizzontale, sia una verticale (in pratica, ho eliminato completamente la presenza di

eventuali caselle bianche isolate). In particolare, dal 1994, ogni estate, attraverso vari canali di diffusione, ne propongo una nuova versione, bandendo una gara aperta a tutti, per la ricerca della relativa soluzione esatta. Negli ultimi anni, è aumentato sensibilmente il numero delle persone che riescono a trovarla, nei tempi stabiliti (circa due mesi). Per cimentarsi nella risoluzione di questo singolare gioco, è opportuno procedere con calma e metodicità. Soprattutto, è sconsigliabile provare a ricavare le parole da inserire, interpretando direttamente le relative definizioni; in questo modo si corre il rischio di cadere in qualche tranello e di ritrovarsi, così, in una situazione inestricabile. È preferibile, invece (rovesciando l'approccio), cercare di individuare, ogni volta, tutte le parole che potrebbero essere collocate in un determinato punto e, tra queste, scegliere quella che risponde meglio alla definizione data. Comunque, per effettuare una ricerca del genere, è estremamente più produttivo lavorare in gruppo.



### Esempi di definizioni

Per dare un'idea dello spirito sadico con cui è composto questo genere di cruciverba, riporto alcune definizioni, proposte negli anni scorsi. Accanto a ciascuna di esse, tra parentesi, è indicato il relativo numero di lettere da inserire.

- a) Moto popolare (2)
- b) Le iniziali di Eleanor Rigby (2)
- c) Mi segue di due posti (3)
- d) Avere capito tutto al contrario (4)
- e) Primati da non convalidare (5)
- f) Tema di grande coinvolgimento (7)
- g) Cima che dà origine a un piano (8)
- h) Restò in casa (9)
- i) Riesce a produrre olio da puro alcol di vino (9)
- j) Un castello di falsità storiche (11)
- k) Insegna priva di supporti stabili (19)
- l) Materia da Premio Nobel (19)

### Soluzioni

- a) MV è la sigla di una moto della Agusta, molto popolare.
- b) AH sono le lettere iniziali del testo di Eleanor Rigby la popolare canzone dei Beatles («Ah, look at all the lonely people...»).
- c) CSI è il nome italiano della quattordicesima lettera dell'alfabeto

greco; di conseguenza segue di due posti la «mi», che è la dodicesima.

d) DARE è un verbo che, interpretato (capito) tutto al contrario, finisce per assumere il significato di: «avere».

e) SIMIE è una variante disusata (da non convalidare) di «scimmie» (primati).

f) PSICOSI è un termine che significa anche: «paura (tema) collettiva (di grande coinvolgimento)».

g) IDEATORE è il termine con cui si indica una persona di talento (cima) che mette a punto un progetto (che dà origine a un piano).

h) CARESTOSA è una parola che può ottenersi inserendo le lettere di «restò», dentro (in) quelle di «casa»: ca-restò-sa.

i) TELESTICO è il nome del meccanismo linguistico che consente di formare una parola, utilizzando le lettere finali di altre parole, lette una di seguito all'altra; quindi, in particolare, riesce a produrre «olio» da «puro alcol di vino» (purO – alcoL – dI – vinO – OLIO).

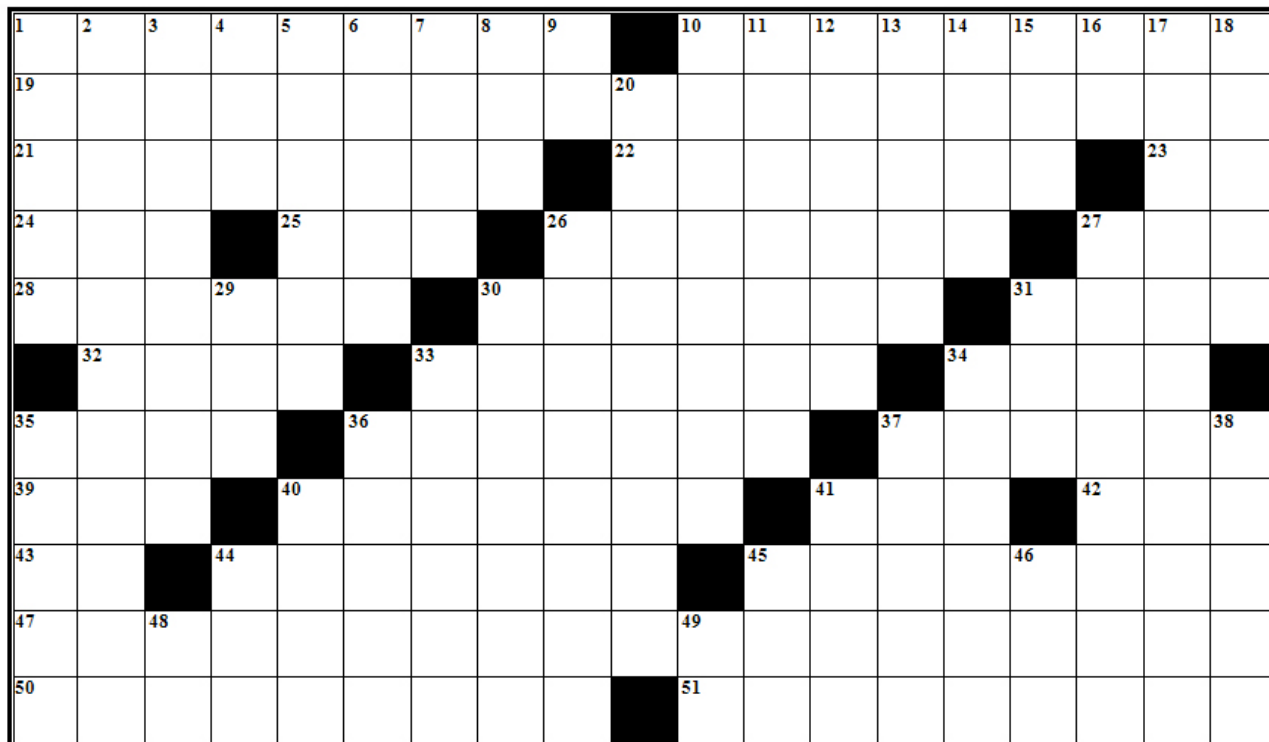
j) NYMPHENBURG è il nome di un castello bavarese che, secondo alcune ricostruzioni poco attendibili (falsità storiche), sarebbe stato sede di un trattato tra Carlo Alberto e la Francia.

k) PRECARIA DELLA SCUOLA è la locuzione con cui si definisce una donna che svolge un'attività didattica (insegna), senza possedere garanzie contrattuali (priva di stabilità).

l) PROPYLENE ISOTATTICO è il nome del materiale (materia), la cui invenzione contribuì a far assegnare allo scienziato italiano, Giulio Natta, il Premio Nobel per la Chimica, nel 1963.

Per fornire una visione concreta dell'impostazione di questo cruciverba, al di là di tante chiacchiere, riporto la versione dello scorso anno, completa di soluzione (e di doverosi chiarimenti). ♥

## IL CRUCIVERBA PIÙ DIFFICILE DEL MONDO di Ennio Peres – Edizione 2017



**ORIZZONTALI:** 1. Una conoscenza di circa 110 anni – 10. Realizza un bel Calcio... d'Angola – 19. Voleva sopprimere la Speranza di Olimpia – 21. Quando si ripresenta un determinato giorno – 22. Frode di stampo antico – 23. Avvio d'impresa – 24. Io, di questi tempi – 25. È comune in Estonia – 26. Parteggiò per i Parti – 27. Ente specializzato nel riciclaggio dei fondi neri – 28. A senso, sono irrisorie – 30. Il noto complesso degli schiaffi – 31. A livello di voce sentita in giro, è grave per una donna – 32. Gente greca, nata da una pietra – 33. Segnale di gola inglese – 34. Alimenta il Tago – 35. Russo, eletto da Dio – 36. Relativo a un organismo vitale, coperto di fango – 37. Qui bisogna prestare attenzione a una mancanza di attenzione – 39. Spinge al peccato gli uomini, privi di senso della misura – 40. Guerriero gallo, dalle origini incerte – 41. È questo, tra i suoi successi – 42. Adduttore di corrente di Volta – 43. Non sostiene più una causa efficiente – 44. Ora, dunque, non più – 45. Produce chitarre di Zucchero – 47. Appuntamento volante, per puro piacere – 50. Non più veritiero – 51. Inguine invecchiato.

**VERTICALI:** 1. Prolunga d'un cellulare, che regge a grande distanza – 2. Leggi realtà interessanti – 3. Compiere molestie sensoriali – 4. Riesce a comprendere varie parlate asiatiche, a monosillabi – 5. Un sito storico, veramente agli antipodi... – 6. Acqua malgascia – 7. Canale di diffusione locale, avviato sotto una buona Stella – 8. Contribuì a causare molto rumore per nulla, verso la fine del XVI secolo – 9. Anticipa una data ufficiale – 10. Ponderoso corso di Geografia, basato su fonti non ben definite – 11. Papalina con una cresta robusta – 12. Ente territoriale filippino di prima classe – 13. Uno scambio in latino – 14. Rilevante forma cosmetica – 15. Canta prevalentemente in Sol levante – 16. Un impero di Pitti – 17. Lo è periodo analoghi di quella leggendo – 18. Esponente di una lega, duro ma fragile – 20. Questo vocabolo non si può guardare... – 26. Baronato irregolare, a Botanica – 27. Raramente è evasiva – 29. L'ebreo errante – 30. Esclusivo palazzo, dove avvengono cose turche... – 31. Una flessione di comodo – 33. Giustizia irrealista – 34. Staccati dal proprio contenuto – 35. Insieme di classi di istituti inferiori, in India – 36. Nido delle Filippine – 37. Una pianta di ginepro in corso – 38. Può dirsi solo in finlandese – 40. Il fulcro di tutti i moti rivoluzionari nel nostro sistema – 41. Una margarina familiare in Inghilterra – 44. Compendia una progettazione informatica – 45. Il cerchio alla testa, tipico delle donne inglesi – 46. Dotazione che consente di vedere al buio – 48. Irreale reale d'Irlanda – 49. Così termina questa improba impresa.



# Corso di Enigmistica

Tecniche e segreti per ideare e risolvere rebus,  
anagrammi, cruciverba e altri giochi di parole

di **Ennio Peres**  
(Carocci editore)

Come l'attività fisica è fondamentale per tenere in forma il corpo, così un'adeguata ginnastica cerebrale è indispensabile per mantenere sveglia e agile la mente. I giochi enigmistici possiedono la caratteristica peculiare di stimolare il ragionamento e di offrire perciò un proficuo addestramento cerebrale. Sono inoltre estremamente funzionali, perché il divertimento e la soddisfazione che

*Ennio Peres, nato a Milano il 1° dicembre 1945 (ma residente a Roma, dalla nascita...), è considerato uno dei più autorevoli esperti di giochi della mente, in Italia. Ex professore di Informatica e di Matematica, è autore di oltre quaranta libri di argomento ludico e scientifico, nonché ideatore di giochi in scatola e radiotelevisivi. Ha collaborato e continua a collaborare con vari giornali e riviste; in particolare, su linus cura dal 1995 la rubrica Scherzi da Peres. Ha ricevuto numerosi premi e riconoscimenti, tra i quali:*

procurano a chi li risolve inducono una forte motivazione a continuare a esercitarsi. Questo libro fornisce le nozioni basilari per acquistare confidenza con i più significativi giochi di parole enigmistici (oltre ad alcuni prettamente linguistici), non solo per cominciare a praticarli con disinvoltura, ma anche per cimentarsi nella loro ideazione.

- 1990: Premio Ancora d'argento, come autore del libro *Rebus* (Stampa Alternativa)
- 1998: Premio Gradara Ludens, come personaggio extraludico dell'anno.
- 2006: Premio Personalità ludica dell'anno 2005;
- 2008: Trofeo ARI (Associazione Rebusistica Italiana), per la duplice immagine di autore e divulgatore dell'arte del Rebus.

# “Cuor di leone”

## Il coraggio attraverso la visione dello Yoga

“Non ci può essere esperienza se non c'è radicamento”

sagge parole sostenute da Maria Zambarano filosofa e saggista spagnola contemporanea, che ci portano a cogliere l'errore comune di considerare l'esperienza attraverso l'accadimento di eventi quotidiani. Per poter trasformare l'accaduto in qualche cosa di esperienziale è necessario avere la volontà e il coraggio di vivere ogni momento presente. L'etimologia del sostantivo coraggio deriva dal latino cor, cordis, il cuore. Nell'immaginario comune avere un cuore forte, un “cuor di leone” è sinonimo di coraggio.

Quanto coraggio e quanto cuore serve al nostro quotidiano?

Noi operatori, che ogni giorno incontriamo le fragilità e le vulnerabilità dei nostri pazienti, facciamo i conti con il nostro coraggio?

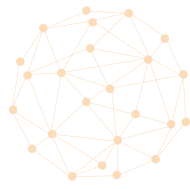
Il coraggio è un atteggiamento che non si configura al significato dell'essere impavidi; si realizza attraverso la capacità di affrontare



ogni momento per quello che è, e lo si esprime cercando di uscire dalla nostra comfort zone. La capacità di essere adeguati, di ponderare tutto ciò che accade e di saper accogliere con presenza quanto si manifesta, delinea fermezza e coraggio. Vedere il presente con coraggio talvolta significa leggere la realtà con occhi diversi, senza far prevalere l'intelletto nella comprensione e l'emotività nella compassione. Fare esperienza di coraggio richiede una mente ferma, che sappia unire

sapienza ed azione. La capacità di affrontare e affrontarsi richiede tempo, fiducia e pazienza.

Lo Yoga offre una conoscenza antica, che ha lo scopo di fornire un supporto importante attraverso un percorso che porta equilibrio tra corpo e mente, tra sé individuale e sé universale. Consente di accrescere la consapevolezza e l'accoglienza, lavora sulla capacità di controllare e fortificare il corpo attraverso l'acquisizione delle forme (asana), impegna il praticante a gestire il respiro potenziando la capacità ventilatoria e l'elasticità polmonare. Le tecniche di meditazione che guidano la pratica yogica hanno lo scopo di portare il praticante a trovare calma nella mente, a creare il vuoto necessario per silenziare il rumore caotico a cui sono sottoposti i pensieri. La cultura dello Yoga permette di entrare nelle forme condividendone il simbolismo e il messaggio che queste racchiudono, e di costruire una condizione di equilibrio fisico e mentale che transita dalla capacità di controllare il respiro, il prana,



inteso come il substrato vitale che sostiene l'energia necessaria a vivere. In uno dei testi ritenuti più significativi nella cultura yogica, la Baghavat Gita, si narra di un virtuoso guerriero, Arjuna, che si appresta a scendere sul campo di una battaglia sanguinosa nella quale i suoi avversari sono i componenti della sua stessa famiglia. L'eroe è preso dallo sconforto e dal dubbio, e per convincerlo della necessaria

accettare la sua condizione, talvolta i limiti fisici e mentali. La perseveranza, la costanza, la dedizione, sono condizioni che permettono di raggiungere un obiettivo graduale. Spesso il praticante di Yoga interpreta il raggiungimento dell'obiettivo il solo allenamento e la capacità di esprimersi in una performance posturale, di fatto l'ambizione andrebbe ampliata a tutti gli

testo "Yoga Sutra" il saggio Patañjali (400 a.C.) indica con i termini yama e niyama rispettivamente il codice sociale e il codice personale, che sono fondamento degli otto stadi, hanga che consentono di affrontare un percorso di crescita. Abhaya, assenza di paura, la sicurezza, è l'ultimo dei cinque niyama, o osservanze, che vengono identificate. I precetti indicati a colui che inizia il percorso dello

**«Un giorno la paura bussò alla porta, il coraggio si alzò e andò ad aprire e vide che non c'era nessuno»**

**M. L. King**

azione interviene la divinità, che lo convince ad accettare il suo dharma. Il dharma può essere interpretato come "il modo in cui le cose sono", è un principio di fondamento della realtà, senza distorsioni, è l'accettazione di un ordine superiore, l'adeguamento ad un criterio naturale che decide che "così deve essere". Nella Bagavath Gita l'eroe non può deferire dal suo dharma, e la sua azione deve essere sganciata dai frutti che questa genera. L'insegnamento contenuto parte proprio dalla correlazione tra coraggio e cuore nobile, tra l'agire con la consapevolezza di un bene superiore a quello che può essere l'aspettativa di ottenere un successo. Colui che si appresta ad abbracciare la pratica dello Yoga deve poter



involucro, i kosha, che compongono l'essere da quello più grossolano, il corpo, a quello più profondo, quello chiamato corpo causale. Una mente ferma e presente permette di andare dal disperso al particolare. L'antica cultura yogica affronta in molti testi il concetto della dedizione, dell'equanimità. Nel

Yoga permettono di ambire ad una condizione di quiete, che deriva dalla consapevolezza e dall'accettazione della verità. L'ego non è solo un limite all'armonia interiore, è anche una barriera solida alla libertà di potersi esprimere. Mettere il "cuore in pace" significa accettare la realtà e abbandonarsi ad essa con consapevolezza attiva, senza che l'aspettativa nei confronti dei risultati delle azioni sovrasti l'intenzione delle azioni stesse: questo significa essere dei veri guerrieri! Il supporto che la visione dello Yoga fornisce è quella di agire in equilibrio e in onestà, con conoscenza e con l'umiltà di riconoscere che anche noi abbiamo bisogno di sostenere e di comprendere il nostro coraggio. ♥



# Una maglia per l'Algeria

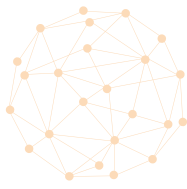
## Lo sport nel cuore della storia

**E**siste un legame, un tratto comune, una sinergia tra il fumetto e il Calcio? I balloon dei fumetti e i palloni da calcio hanno forme diverse, la lettura è un'esperienza individuale mentre le partite di pallone si vivono collettivamente, in squadra, inoltre quando chiudi l'ultima pagina di un volume non puoi dire a te stesso se dopo averlo letto hai vinto, perso o pareggiato, mentre quando l'arbitro diffonde il triplice fischio finale ci sarà sempre un punteggio a definire l'andamento della gara. Tante differenze, eppure... Eppure calcio e fumetto hanno, alla base del proprio DNA, della propria più intima natura, un elemento che li rende più simili che dissimili: raccontano storie nascoste dentro altre storie. Dietro un supereroe in calzamaglia e mantello che salva il mondo c'è sempre qualcosa di più, un piano di lettura nascosto o suggerito, così come quando ventidue giocatori scendono in campo, tra un gol e una parata, tra un passaggio e un fuorigioco, in quel rettangolo di terra vivono le storie di ventidue uomini, dei tifosi che assistono, della città che ospita la sfida, in un crocevia di intenti ed eventi. Ogni momento che trascende l'individualità, non



è mai una sola storia. Ciò avviene perché fumetto e calcio sono due realtà "popolari", legate al popolo, alla gente, alla quotidianità e pertanto alla società in cui viviamo. E così come leggendo la storia del fumetto dalle sue origini possiamo ritrovarci la storia dell'uomo (dai primi fumetti pensati per una popolazione semianalfabeta nell'America dell'inizio del '900, ad esempio, fino alla rivoluzione del graphic journalism), allo stesso modo analizzando la storia del calcio mondiale, capiamo quanto questo sport abbia influenzato uomini, popoli e anche intere nazioni... come l'Algeria. È esattamente una storia dentro la Storia quella raccontata attraverso il linguaggio dell'arte sequenziale, del fumetto, nell'affascinante volume "Una maglia per l'Algeria", pubblicato da ReNoir Comics, sceneggiato da Bertrand Galic e Kris e disegnato di Javi Rey. Una storia complessa, di coraggio e sacrificio, di passione e contraddizioni, di lotta, impegno, rivoluzione e, come sempre quando gli uomini si scontrano al di fuori di un campo da calcio, di guerra. È complessa la storia dell'Algeria e lo diviene ancora di più quando, tra il 1830 e il 1847, la Francia, forte del suo



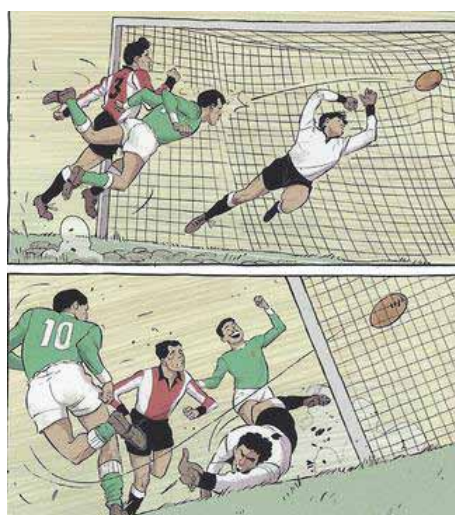
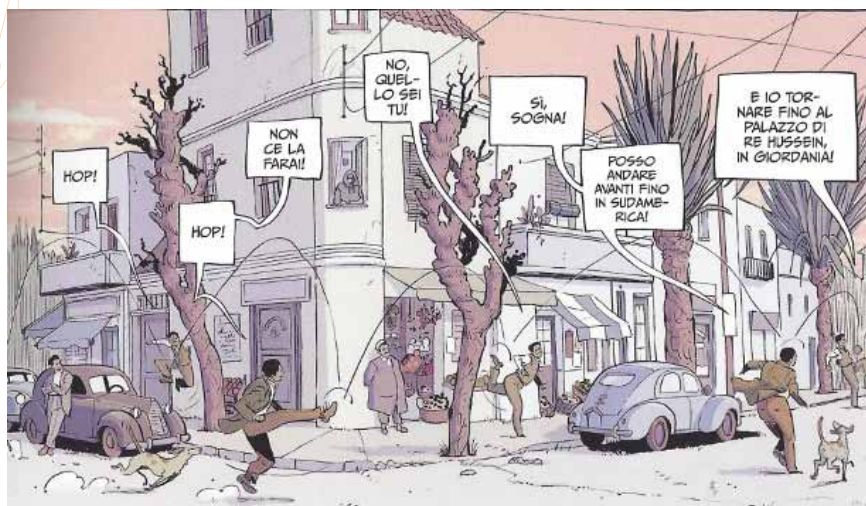


desiderio di espansione coloniale, la conquista. Fra le colonie, l'Algeria occupa un posto a parte. Come si legge nel ricco apparato storico-redazionale all'interno del volume, lo statuto dell'Algeria differisce da quello dei suoi vicini sotto protettorato (Marocco e Tunisia) e dai territori dell'Africa Nera. L'art. 109 della Costituzione francese del 1948 la rende, a tutti gli effetti, territorio francese, i suoi abitanti sono considerati francesi, fatta eccezione per gli indigeni, ovvero per le popolazioni musulmane e, inizialmente, ebrei, le quali sono sottoposte al Codice dell'indigenato, altamente discriminatorio. Sarà questa una delle fonti da cui sgorgherà la necessità di indipendenza, che porterà ad una sanguinosa guerra

civile che durerà decenni. Tra i vari gruppi indipendentisti sarà il più strutturato e radicale F.N.L. (Fronte di liberazione nazionale), alla guida dell'Esercito di Liberazione Nazionale (A.L.N) ad imporsi come unico leader della guerra d'indipendenza. Una guerra che, tuttavia, viene abilmente minimizzata dallo stato francese, nonostante conti già migliaia di morti, al fine di non coinvolgere l'opinione pubblica. Il F.N.L. sente il bisogno di mettere in campo una mossa mediatica

che possa smuovere le coscienze del popolo francese, unire quello algerino e dare alle rivendicazioni visibilità a livello mondiale. Quale strumento migliore del calcio, per ottenere questo risultato? A metà degli anni '50 sono una trentina i giocatori algerini a militare nelle squadre di Francia. Tra questi, uno dei più rappresentativi è Rachid Mekhloufi, che nel 1957 vince con l'A.S. Saint-Étienne il campionato di calcio, altra grande soddisfazione dopo la convocazione in nazionale nel 1956. Mekhloufi, e molti dei suoi compagni giocatori di origine algerina, sognano il mondiale del 1958 in Svezia, da disputare con la maglia francese. Nell'edizione precedente, nel 1954, in Svizzera, la Francia è stata eliminata al primo turno e desidera riscattarsi, anche grazie ai suoi campioni algerini. Tuttavia né Mekhloufi né i suoi compagni giocheranno quel mondiale (che per la cronaca vedrà la Francia sconfitta in semifinale dal Brasile 5 a 2). La notte tra il 13 e il 14 aprile 1958, a pochi mesi dai mondiali, il F.N.L. metterà in atto il suo piano di sensibilizzazione, permettendo a 12 calciatori professionisti francesi di origine algerina di abbandonare clandestinamente il territorio

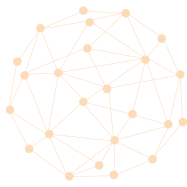




francese, rifugiandosi gradualmente a Tunisi. Lì nascerà la Nazionale di calcio Algerina del F.N.L., formata da giocatori accomunati da una terra d'origine, ma di fatto senza una patria riconosciuta. La formazione inizierà un lungo tour mondiale, durato quasi tre anni, durante il quale, giocherà con club e nazionali di diversi stati, disputando 83 match, segnando 349 gol e subendone 119, ma soprattutto portando alla ribalta mondiale il tema dell'indipendenza algerina, nel mentre sul suolo della madre patria gli scontri continuavano ad essere violenti. I giocatori della nazionale F.N.L. di fatto rinunciarono alla propria carriera, ad un mondiale, ad

un lungo periodo di serenità, in funzione dell'amore per la propria terra e del desiderio di indipendenza, ma riusciranno in un'impresa titanica. Diedero uno scatto, quasi calcistico, ad un processo di pace che gli accordi di Evian, il 18 marzo 1962 sigleranno, portando all'indipendenza dell'Algeria nel luglio dello stesso anno. Mekholoufi tornerà a giocare, ben accolto dai suoi compagni e dal pubblico degli stadi, nel dicembre dell'anno dell'indipendenza. Purtroppo, nonostante le decine di migliaia di morti, nonostante il conseguimento della libertà dalla presenza francese, l'Algeria vivrà ancora un lungo periodo tumultuoso, ma quella... è un'altra

storia. Il fumetto pubblicato da ReNoir racconta, con disincantato realismo e nostalgica poesia, questa grande avventura, questo pezzo di Storia del mondo che è anche una grande storia di calcio ed un'appassionante storia di uomini, i quali scegliendo di lottare per l'indipendenza del proprio popolo, rinunciando ad un futuro certo per un presente che era tutto ancora da scrivere, hanno dimostrato che il più grande esercizio del proprio diritto alla libertà, a volte, si concretizza nella volontaria rinuncia ad esso. E per compiere tali scelte, prima di essere grandi calciatori, si deve essere grandi uomini. ♥



# Carlo Martines nel ricordo di un collega

**C**redo ci sia un filo sotterraneo, segreto che lega le persone per tutta la vita anche se per lunghi tratti sembra interrotto. E' quanto è successo tra me e Carlo Martines. Indimenticabile il nostro primo incontro. Siamo nell'autunno del 1960 in occasione della mia iniziazione alla vita universitaria costituita da una cena "offerta" dalle matricole a un gruppo di studenti anziani, durante la quale le matricole venivano sottoposte a burle, provocazioni boccaccesche, scherzi di vario genere. La "cerimonia" si concludeva con il rilascio del "papiro" (una pergamena A4 piegata accuratamente in 4, con un bollo fittizio all'incrocio dei 4 angoli, vidimata dal "Pontefice Massimo", nel mio caso Carlo Martines) che costituiva una specie di lasciapassare testimonianza dell'avvenuto pagamento, con la speranza che altri studenti (quelli con più di due "bolli" cioè anni di università) che presidiavano l'ingresso alle aule universitarie non potessero pretendere pagamenti ulteriori o sottoporci a qualche angheria talora sfociante in vere manifestazioni di bullismo antelittera. Anche se le posizioni mia e di



Carlo in quella circostanza erano diametralmente opposte (io ero uno sprovveduto, provinciale borsista del Collegio Mazza, Carlo era invece a pochi giorni dalla laurea in medicina e da un brillante inserimento nello staff medico della Casa Reale di Re Idris di Libia) tuttavia i tratti essenziali della sua personalità: autorevolezza, equilibrio, attitudine al comando, pacatezza, saggezza sono rimasti impressi nella mia memoria anche se non avemmo più occasione di incontrarci sino al 1970 quando costretto a lasciare la Libia "grazie" all'avvento di Gheddafi fece ritorno a Padova. Nei decenni successivi le occasioni di collaborazione, incontro e convivialità sono state molteplici e frequenti correlate alla nostra comune attività di Primari di

Cardiologia, all'inserimento attivo negli organismi rappresentativi dell'ANMCO e del Rotary International.

Ciò ha contribuito a ravvivare, non solo in me, la sua immagine di persona equilibrata, intelligente, schietta, determinata, rapida nell'azione, scevra da banalità nel contempo dotata di senso dell'umor, di arguzia, di sorridente, bonaria ironia.

Per concludere, un esempio della sua generosità e passione per lo sviluppo della cardiologia ospedaliera: pochi mesi prima della sua scomparsa, quando le preoccupazioni erano certamente altre, ha dimostrato il suo interesse per la rivitalizzazione del Collegio dei Primari di Cardiologia del Veneto, sodalizio di cui fu nel 2001 tra i fondatori e Rettore per un biennio, che annovera tra i propri iscritti anche i primari "quiescenti" nella convinzione che costoro possano mettere a disposizione il proprio patrimonio di esperienza e di conoscenze privo di qualsiasi condizionamento con la esclusiva finalità di meglio raccordare l'attività dei medici con quella dei pubblici decisori nell'interesse dei pazienti.

Pietro Zonzin

# Carlo Martines nel ricordo di una allieva

**C**arlo Martines è stato il primo Primario con cui ho lavorato. Ho un ricordo nitido e preciso di Lui e della sua personalità. Faceva parte di quel gruppo di galantuomini del secolo scorso caratterizzati da una educazione basata su principi del dovere, del rispetto, della dignità, con una grande cultura umanistica ed una esperienza di vita di chi ha vissuto nelle difficoltà tipiche di quella generazione.

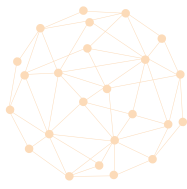
Carlo Martines era un cardiologo clinico: anamnesi, esame obiettivo elettrocardiogramma erano gli strumenti che utilizzava per valutare il paziente. Sapeva interpretare correttamente uno studio emodinamico ed un ecocardiogramma, pur non avendoli mai eseguiti come operatore.

Il senso clinico e la grande esperienza era ciò che utilizzava con maestria per curare i pazienti. Per la parte diagnostica si avvaleva della competenza dei collaboratori che Lui stesso aveva scelto ed in cui riponeva la massima fiducia. Ma il suo compito di Primario andava dalla cura del paziente al complesso ruolo di gestire un reparto. Al suo arrivo in Italia, nei primi anni 70, ha lavorato presso l'Ospedale



di Piove di Sacco, dapprima come aiuto nel reparto di geriatria e successivamente come Primario di Cardiologia di un Servizio ambulatoriale sino all'apertura dell' Unità Coronarica nell'Ottobre del 1994. Dotato di una grande autorevolezza che gli proveniva dalla sicurezza e dalla capacità di cogliere immediatamente gli aspetti caratteriali ed umorali dei suoi collaboratori, sapeva creare un clima di rispetto e confidenza che rendeva piacevole e interessante il proprio lavoro. Capace di cogliere le inclinazioni dei suoi collaboratori e di "sfruttarle al meglio" era in grado di valorizzare al meglio medici ed infermieri. Oltre la serietà e il rigore, lo ricordo per il senso dell'umorismo che utilizzava per creare un clima sereno in reparto. Da Noi pretendeva la massima serietà, disponibilità ed impegno ma era sempre disponibile al dialogo e al confronto. Con Lui era possibile confidarsi o chiedere un consiglio riconoscendogli saggezza e buonsenso.

Elisabetta Garelli



# In ricordo del Prof. Paolo Rossi L'intervista di Angelo Sante Bongo apparsa sul numero 142 di Cardiologia negli Ospedali



ALLO SPECCHIO

## *Intervista al Prof. Paolo Rossi*

di ANGELO SANTE BONGO

### **Come è nata in lei la passione per la Cardiologia?**

La mia passione, intesa come interesse "forte", per la Cardiologia ha presentato un incremento graduale ad andamento esponenziale in funzione delle progressive conoscenze che acquisivo nel campo. Tale passione si è tuttavia innestata su una scelta fondamentale previa che è stata alla base ed ha condizionato tutto il mio cammino di uomo.

### **Quindi lei sostiene che prima ancora di approdare alla cardiologia, come interesse precipuo, ha fatto altre scelte in campo medico?**

No la scelta fondamentale previa cui mi riferisco si configura prima di intraprendere lo studio della medicina e l'unico termine che può descriverla è "la vocazione ad essere medico". La vocazione è davvero una chiamata imperio-

sa che nasce nella coscienza senza che si possa percepire l'origine e la provenienza.

Durante una pausa estiva a Pergola (PS), stavo sfogliando il libro nuovo di scienze della scuola media e m'imbattei in una tavola anatomica del corpo umano di cui ancora ho presente le figure a colori. Cominciai a leggere le scarse notizie presenti nel libro e decisi in modo risoluto che avrei fatto il medico. In parallelo si maturava il mio senso religioso ma la vocazione ad essere medico prevalse sempre su ogni altra cosa.

Al secondo anno del liceo classico scoprii il mio amore per la filosofia e fui particolarmente attratto dal pensiero lineare di san Tommaso che mi ha sempre accompagnato anche se lo studio della medicina ha poi assorbito il 95% delle mie energie. Ero e sono quello che in gergo scolastico si chiama *secchione*.

### Ha svolto altre attività mediche prima di approdare alla Cardiologia?

Una breve esperienza post-laurea, siamo nel 1951, come sostituto del medico condotto di un paesino delle Marche. Per 10 anni ho acquisito esperienza in medicina interna prestando la mia opera in corsia e nel laboratorio di elettrocardiografia, con turni di guardia di 24 ore, come assistente volontario (senza stipendio) nell'Istituto di Patologia Speciale Medica dell'Università di Roma al Policlinico Umberto I; dove rimasi fino al conseguimento della libera docenza. La sera mi guadagnavo da vivere come medico convenzionato dell'INAM con 1200 assistiti.

Una utilissima parentesi americana tra gli anni '59 e '60, conquistata sul campo nel modo seguente. Senza ricorrere ad intermediari perché non ne conoscevo, sottoposi ad una serie di Ospedali statunitensi alcuni progetti di ricerca sul circolo coronarico del cane, corredando il tutto con un curriculum nel quale già figuravano oltre 40 pubblicazioni in elettrocardiografia clinica, terapia dell'ipertensione, ballistografia quantitativa, arteriosclerosi polmonare da serotonina nel coniglio e nel ratto. Ricevetti molte offerte di lavoro remunerato; scelsi quella di Samuel Bellett come Research Fellow in Cardiology nel Cardiological Department del Philadelphia General Hospital diretto dal Dott. Samuel Bellett in Philadelphia Pa.

Qui, prestavo le consulenze cardiologiche sui pazienti ricoverati, le visite in un ambulatorio di cardiologia agli abitanti dei sobborghi quasi tutti di razza nera, leggevo gli elettrocardiogrammi nella Heart Station e lavoravo ai miei progetti di ricerca sperimentale. Questi si svilupparono in due sedi:

- Il primo in un laboratorio assegnatomi dall'Ospedale, e concernente l'arteriosclerosi coronarica prodotta nel cane con prolungate infusioni intra-aortiche di 5-idrossitriptamina (serotonina). I risultati furono oggetto di una comunicazione (l'unica accettata in quell'anno, tra quelle inviate da Samuel Bellett) e poi pubblicati per esteso su *Circulation Research* 1961;9:436-40.
- La seconda ricerca fu condotta nel laboratorio del Pharmacology Institute della Pennsylvania University e riguardava la valutazione quantitativa degli effetti della nicotina sul flusso coronarico nel cane con insufficienza coronarica provocata da una progressiva costrizione della coronaria discendente anteriore (*Annals of N. Y. Academy of Sciences* 1960;90:317-26).

Al termine del mandato, mi offrirono la direzione della Heart Station e la cittadinanza americana con rito abbreviato presso il Senato Americano, ma io declinai. Morivo di nostalgia per l'Italia e preferii rientrare, pur essendo un disoccupato di 33 anni.

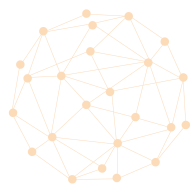
Appena tornato, vinsi il primo concorso post-

bellico degli Ospedali Riuniti di Roma ed entrai come aiuto cardiologo effettivo nella divisione di Cardiologia dell'Ospedale San Camillo diretta dal Prof. Vittorio Puddu. Ricordo che il mio concorso si tinse di giallo poiché gli ospedalieri che occupavano i 4 posti con il titolo di aiuto incaricato, ostacolarono come potevano l'ingresso negli Ospedali Riuniti di concorrenti provenienti dall'Università. Il Prof. Bufano, presidente della commissione di esame, pretese che scrivessi direttamente le mie risposte alle prove orali per evitare le previste manipolazioni sulla graduatoria finale.

### Cosa ricorda con più piacere degli anni della sua attività ospedaliera?

Sono un po' restio a spolverare il passato perché si corre sempre il rischio di voler apparire quello che non si è o peggio dei nostalgici. Spero che non sia il mio caso e rispondo con piacere a questa domanda. Fui assunto nel novembre del 1962. La divisione cardiologica era allora ubicata al piano terra del vecchio padiglione Cisalpino con due grandi corsie per le donne e per gli uomini, poche stanze frappede, un vecchio poligrafo. La gestione dei pazienti era come quella della vecchia medicina, e senza un grande amore per il malato. Non esisteva alcun interesse alla ricerca e allo studio approfondito dei problemi cardiologici. Mi tuffai instancabile nel lavoro con la mia solita grinta, ero entusiasta dei progressi scientifici che si stavano facendo negli Stati Uniti. Tra i tanti ricordi dei dieci anni vissuti al San Camillo di Roma emergono due realizzazioni che mi sembra doveroso menzionare:

- La prima riguarda la stimolazione elettrica cardiaca iniziata nel 1964 sia quella temporanea nell'infarto miocardico acuto che quella definitiva con l'impianto di pacemaker VVI con catetere endocardico.
- La seconda riguarda l'avvio della prima unità coronarica in Italia, iniziato nel 1965 con una gestazione che merita di essere riportata. Nel settembre 1965 partecipai alla prima edizione di una settimana di ottimo insegnamento teorico-pratico sulla terapia intensiva coronarica organizzata e diretta dal Prof. Oliver in Edimburgo per conto dell'OMS. Era presente un altro italiano il Dott. Ranzi aiuto cardiologo al Niguarda di Milano, poi primario a Lecco e mancato prematuramente. Al San Camillo di Roma le condizioni per la istituzione di una unità coronarica apparivano per così dire fallimentari in partenza: • le direzioni amministrativa e sanitaria latitanti e sorde, • il primario era molto occupato come segretario della Società Internazionale di Cardiologia e dedito alle ricerche epidemiologiche multicentrica of the "Seven Country Study", anche se guardava con simpatia alla mia iniziativa e vedendomi molto impegnato mi diceva con fare bonario: "ma chi glielo fa fare?", • i colleghi più anziani seguivano un



ritmo di lavoro che terminava verso le 11 e non erano disponibili ad una collaborazione,

- le infermiere erano generiche senza alcuna preparazione specialistica,
- non esistevano ambienti né attrezzature predisposte né fondi disponibili.

Allora procedetti su diversi fronti: 1) galvanizzai i medici più giovani, assistenti di ruolo e volontari, e le infermiere sulla nuova terapia dell'infarto miocardico acuto che allora era tesa soprattutto al ricovero precoce, alla prevenzione della morte cardiaca aritmica e dello scompenso cardiaco; 2) indussi la OTE a darmi in usufrutto, sulla mia responsabilità personale, la centralina e tre monitor che feci posizionare in una stanza con tre posti letto separati da tende; 3) convinsi i medici a suddividersi gli orari di presenza in modo da assicurare una presenza continuata volontaria senza remunerazione (procurai loro i pasti finché non si ottenne dalla Direzione Sanitaria l'autorizzazione ad usufruire della mensa ospedaliera); 4) facevo lezioni di elettrocardiografia e di terapia intensiva alle infermiere che condensai poi in un libretto rosso, risultato molto utile anche per le infermiere delle generazioni successive; 5) avviai una campagna di stampa sui giornali di Roma per informare, istruire e sensibilizzare la popolazione al ricovero precoce in unità coronarica. I risultati complessivi furono buoni da molti punti di vista perché suscitavano l'interesse dell'autorità politica e si provvide alla costruzione di una nuova unità coronarica con sette posti letto, infermiera dedicata e stanza per l'elettrostimolazione cardiaca.

#### **Cosa non rimpiange?**

Non rimpiango di avere lasciato Roma.

#### **Come è nata la Cardiologia di Novara che Lei ha fondato?**

Il lavoro svolto nell'unità coronarica di Roma aveva accresciuto il nostro prestigio nel Paese tra i cardiologi e tra la gente. Partecipavo a molti convegni per presentare i risultati del nostro lavoro.

Molti colleghi ci venivano a trovare per acquisire esperienza sia nella terapia intensiva che nella elettrostimolazione. Su questo punto mi sovvienne il ricordo drammatico di una esperienza per me inedita. Alla presenza di tre colleghi ospiti facevo una dimostrazione dell'impianto di un pacemaker. Mentre stavo operando un paziente ricoverato per disturbi lipotimici, si verificò un arresto cardiaco. Il catetere si fermò a livello dell'atrio destro e risultò essere inutile ogni tentativo di farlo procedere. La completa paralisi del circolo ematico rendeva inerte l'elettrocattetero e del tutto insensibile ai miei tentativi di spingerlo verso la tricuspide. Il cuore sullo schermo appariva immobile, mi trovavo al cospetto della morte e provai un attimo di panico. Allora pregai uno degli astanti di eseguire un massaggio cardiaco rispettando il

più possibile la sterilità del campo operatorio. Durante il massaggio cardiaco esterno fu possibile fare avanzare il catetere fino alla punta del ventricolo destro e ristabilire la ripresa del battito cardiaco con la stimolazione procedendo al completamento dell'intervento, che giunse a buon fine senza complicazioni.

Improvvisamente nel 1971 mi fu tolta la conduzione dell'unità coronarica che fu assegnata all'altra divisione. Mi sentii tradito.

I primi di agosto del 1972 ricevetti la telefonata di un collega che non conoscevo il quale senza preamboli mi disse "sono il Prof. Gambigliani Zoccoli, vuoi venire a Novara?" Credevo che si trattasse di partecipare ad un convegno, ma poi chiari e aggiunte "come primario cardiologo". Non avevo mai sentito parlare di Novara e del suo grande ospedale, che pur essendo il secondo del Piemonte era privo di ogni struttura cardiologica. Dopo 2 giorni incontrai il presidente dell'Ospedale e i membri del consiglio di amministrazione in un ristorante fuori della città ed illustrai loro come doveva essere costruita, strutturata e organizzata una moderna divisione di cardiologia. La mia visione risultò essere molto diversa e ben lontana da quella dell'Amministrazione, che aveva seguito i consigli dei primari medici e per me del tutto inadeguata. Al termine, il presidente mi disse: "Lei sarà il nostro candidato". Dopo avere ottenuto il pieno assenso di Cecilia, la cui presenza con me a Novara e la vicinanza con i tre bambini erano per me irrinunciabili, il 20 agosto presi servizio come incaricato. Il reparto una ex-medicina e trasformata in divisione di Cardiologia, era condotto da aiuti anziani ed era dotato soltanto di un elettrocardiografo. Cominciai ad eseguire la visita quotidiana di tutti i ricoverati correggendo anamnesi ed esame obiettivo e le impostazioni diagnostiche e terapeutiche. Aprii un ambulatorio per gli esterni. Presentai in tempi brevi un progetto dettagliato che prevedeva: una unità coronarica di 2ª generazione, tutti i laboratori necessari per la diagnostica cardiologica invasiva e non invasiva, gli ambienti corrispettivi che avrebbero dovuto essere ubicati in un altro piano del padiglione completamente da ristrutturare, gli apparecchi necessari e l'impiantistica (non conosciuta dai tecnici dell'ospedale) che ne consentisse il corretto funzionamento. Nella successione degli eventi ricordo alcuni episodi che in certo qual modo sono stati cruciali o determinanti per lo sviluppo e la crescita della Cardiologia a Novara:

- Nel settembre del '72 impiantai il primo pacemaker trovando ospitalità nella sala operatoria della chirurgia pediatrica perché dotata di un amplificatore di brillantezza. Al termine dell'impianto incontrai nel cortile il presidente e alcuni consiglieri che aspettavano ansiosi l'esito dell'intervento. Se fosse andato male mi sarei giocato il posto.

- I primi giorni di dicembre mi svegliai molto presto con un presentimento, lo telefonai all'ing. Carlo Antonimi, un manager intelligente e audace, dicendo che se non avesse trovato subito il modo di comperare tutte l'apparecchiature accendendo un prestito in leasing, più tardi non ci saremmo più riusciti. Il consiglio sanitario di allora ostacolava in tut-



**Il Prof. Rossi con i colleghi cardiologi dell'University Hospital Madre Teresa Università di Tirana, Albania, 1996**

ti i modi la realizzazione del progetto. Il presidente mi ascoltò e acquistammo tutte le apparecchiature poco prima che scoppiasse la crisi petrolifera nel gennaio 1973 che fece come è ben noto impennare tutti i costi.

- Il pacemaker che modifica la frequenza di stimolazione del cuore guidato dalla frequenza respiratoria, da me suggerito, è stato realizzato dalle tecnologie Biomediche di Bologna. Al primo impianto di questo tipo di protesi del tutto nuova sulla scena internazionale (1983), sono seguiti una serie di studi, originali, di valutazione funzionale di fisiopatologia cardio-respiratoria che stimolarono i colleghi più giovani allo studio e alla ricerca scientifica contribuendo ad elevare il livello culturale di tutto il reparto.

#### **Quale è stata l'importanza dell'ANMCO per lei?**

Partecipai alla vita dell'ANMCO con molta passione fin da suoi esordi sulla scena nazionale. Anche se non viene mai ricordato, a me sembra importante per la sua storia e come premessa al suo sviluppo, il primo Congresso organizzativo dell'ANMCO che si tenne a Montecatini nel 1964. Il primo presidente fu il Prof. Vittorio Puddu, affiancato con molta efficienza dal Prof. Giorgio A. Feruglio, vicepresidente, la vera anima e forza propulsiva della nascente associazione.

L'assemblea generale a Montecatini fu animata da accessi dibattiti ai quali partecipai (polemizzando con calore anche con il mio primario) affiancato e appoggiato dal Dott. Michele Lombardi, primario cardiologo di Lucca. Dalla platea di questa assemblea si ottenne: 1) la prima di-

stinzione statutaria delle due anime costitutive dell'ANMCO, quella sindacale che prevarrà nei primi anni, quella culturale che, da necessario supporto alla prima inizialmente, è diventata poi giustamente predominante negli anni successivi; 2) questa distinzione ebbe come conseguenza la istituzione di una vicepresidenza sindacale e una culturale; 3) un Consiglio Nazionale eletto con l'ufficio di presidenza dall'assemblea; 4) la istituzione dell'ANMCO regionale con il proprio delegato e consiglio regionale (fu una mia precisa proposta che ricordo con molta soddisfazione).

Sotto la presidenza di Giorgio Feruglio feci il vicepresidente sindacale forse per due legislature, comunque di scarso rilievo all'ombra di un presidente molto attivo intraprendente e più abile nei rapporti politici del sottoscritto.

A Novara mi accorsi dell'importanza dell'ANMCO regionale. Negli anni '80 si stava elaborando la programmazione regionale della sanità piemontese seguendo una concezione tutta sovietica che tendeva ad annullare il significato della terapia intensiva coronarica e a consacrare Torino come unico centro di riferimento. Cercai di parlare con l'assessore alla sanità che non volle esplicitamente ricevermi.

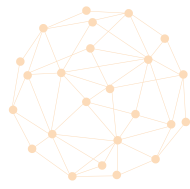
Allora chiamai a raccolta i cardiologi del Piemonte, responsabili dei servizi o divisioni ospedaliere, prospettando loro la necessità e l'urgenza di elaborare un nostro piano regionale per la difesa della cardiologia. Eletto delegato regionale dell'ANMCO, ho preparato e discusso il piano per la cardiologia, approvato poi dalla nostra assemblea regionale.

Il piano dell'ANMCO piemontese prevedeva la istituzione dell'unità coronarica anche nei servizi con relativo adeguamento degli organici come previsto dalla legge nazionale, tre poli di cardiocirurgia Torino, Novara e Alessandria, un pronto soccorso cardiologico sul territorio. Come rappresentante sindacale dei cardiologi ospedalieri piemontesi fui infine ricevuto a Palazzo e potei presentare il nostro piano all'assessore della sanità. Il piano dell'ANMCO fu accettato e inserito nella programmazione della Regione Piemonte e infine anche realizzato. Ciò permise a Novara di ricevere il finanziamento per la divisione di Cardiocirurgia completa e bene funzionante da molti anni.

#### **Cosa ricorda degli anni di direzione del Giornale Italiano di Cardiologia?**

Mi ha occupato dal 1981 al 1984. È stata una esperienza memorabile. Dovemmo superare un certo provincialismo previo, e ridimensionare la prepotenza dell'editore di allora. Il compito primario fu la introduzione di nuovi criteri di selezione scientifica dei lavori inviati per la pubblicazione che fossero subordinati al doppio parere vincolante degli esperti. Questi ricevevano il testo scritto (in cieco del nome degli Autori) che doveva essere esaminato sia sul piano formale che sulla giustezza delle ipotesi,





**Il Prof. Rossi con alcuni bambini cerebrali e una suora della carità di Madre Teresa di Calcutta a Scutari nel 2002**

sulla adeguatezza del metodo e della raccolta dei risultati, sulla validità della elaborazione statistica e della loro interpretazione. Il comitato di redazione fu esemplare, controllava che il lavoro dei referee fosse svolto coscientemente; si discuteva tutti insieme sulla differenza delle opinioni e alla fine si decideva collegialmente sulla pubblicazione o meno.

**Ci racconti di altre sue esperienze editoriali e del suo impegno nello studio dell'etica e della filosofia.**

"L'Informazione Cardiologica" è uscita nel 1979 come periodico che copriva e occupa uno spazio dell'aggiornamento scientifico non ancora sostituito. Ne curo anche ora la redazione e la stampa (tralasciate temporaneamente nel quadriennio 81-84), con molto impegno. È un lavoro stimolante per due motivi. Innanzitutto mi obbliga ad un aggiornamento continuo di cultura cardiologica che traduco in editoriali ed aggiornamenti per il cardiologo pratico. In secondo luogo mi ha concesso uno spazio di riflessione per il medico, di natura etica-filosofica o spirituale, forse unica nel suo genere tra i giornali di medicina. Da qualche anno è diventato anche un giornale pubblicato su internet nel sito:

[www.foliacardiologica.it](http://www.foliacardiologica.it)

L'ultima mia riflessione filosofica si presenta con il titolo: "Crisi della Ragione o Crisi della Fede?". È ancora inedita e mi auguro possa essere ospitata in queste pagine.

**Lei ha accennato alla vocazione di "essere medico". Nella sua estesa esperienza ha tradotto coerentemente l'essere nel "fare il medico", posso chiederle se ritiene di avere ormai esaurito il suo compito?**

È una domanda delicata che mi introduce in un territorio affascinante. Nessun uomo esaurisce i suoi compiti fintantoché conserva energia e capacità adeguate. Si tratta innanzi tutto di distinguere se si guarda ai propri compiti con l'egoismo e l'egocentrismo che sono sempre in

agguato nella nostra razionalità oppure si cerca di esperirli con lo spirito del dono e dell'amore. Soltanto nella seconda condizione si è in grado di superare certi passaggi epocali che caratterizzano in modo più o meno manifesto la vita di ogni uomo. Il brusco e inopinato pensionamento dall'Ospedale, eseguito nel modo più inurbano che si possa immaginare alla scadenza esatta del 65° anno, mi ha provocato una breve sindrome da astinenza per la improvvisa privazione del lavoro ospedaliero. Tuttavia, mentre conservavo l'attività abituale extra-ospedaliera, una precisa serie di eventi (che evito di descrivere nei dettagli storici) mi ha condotto a svolgere un compito stupendo al di là di ogni aspettativa.

Infatti, dal 1994 esercito la professione anche in Albania nella Casa delle Suore della Carità della Beata Madre Teresa di Calcutta. Tra le diverse loro Case, di Tirana, di Scutari, quella che rimane il mio punto di riferimento privilegiato è la Casa di Puka che si trova al nord sulle montagne verso il Kosovo. Qui le persone molto povere giungono dai villaggi camminando parecchie ore in sentieri scoscesi percorribili solo con i fuoristrada. Ogni persona riceve ciò di cui ha bisogno. Cibo per i più poveri. Medicine per i problemi cardiovascolari o internisti. I soggetti che necessitano di elettrostimolazione vengono inviati o portati all'University Hospital di Tirana in cui mi recavo fino a 4 anni fa per impiantare pacemaker bicamerale che procuravo dall'Italia; oggi mi sostituisce in tutto ciò con maggiore efficienza il Dott. Eraldo Occhetta aiuto cardiologo ed elettrofisiologo dell'Ospedale Maggiore di Novara.

I bambini con cardiopatie congenite da operare vengono inviati e ospitati in Italia insieme alla madre, da don Carlo Zaccaro con i mezzi forniti dalla Fondazione Madonnina del Grappa di Firenze. Gli adulti con indicazione ad intervento sul cuore, una volta ottenuto il visto, si ricoverano in qualche ospedale italiano. Alle attività strettamente mediche si aggiungono conversazioni in inglese di natura teologica molto desiderate dalle Suore della Carità. Invece, agli adulti svolgo lezioni di etica con l'ausilio di un traduttore dall'italiano in albanese (lingua per me troppo difficile).

Ma il bello di tutto ciò non si trova nell'azione umanitaria, né nell'utilità arrecata a qualcuno o in certi risultati terapeutici anche se molto buoni, ma consiste essenzialmente nell'avere scoperto e nel perseguire la via che consente la contemplazione del Volto di Gesù in ogni persona sofferente. L'azione umanitaria si trasforma per questa via in carità che è il nostro amore a Dio riversato sull'uomo. Scoprire in tal modo il volto di Cristo Signore genera la gioia spirituale più genuina, inattaccabile dalle tarme del mondo purché sia sempre alimentata dalla preghiera e dal sacrificio che siano fondati sulla vera fede. (P.R.)

14. INCI è la sigla di International Nomenclature of Cosmetic Ingredients, una denominazione internazionale utilizzata per rilevare (*rilevante*) i diversi ingredienti presenti all'interno di un prodotto cosmetico (*forma cosmetica*) [2].

15. ACO è il nome di una cantante nipponica, che *canta prevalentemente in Giappone (Sol levante)* [2].

16. CE è il nome di un *impero dell'antica popolazione dei Pitti*, stanziata nell'attuale Scozia nordorientale, fino al X secolo [2].

17. ASINTATTICI è un aggettivo che indica a periodi privi di sintassi, come: «*lo è periodi analogo di quella leggenda*» [3].

18. OSMIO è il nome di un metallo nobile, *duro ma fragile*, che si usa in alcune leghe con il platino e l'iridio (*esponente di una lega*) [2].

20. OBROBRO è un termine riguardante qualcosa che, per la propria bruttezza, offende il senso estetico (*per carità, questo non si può proprio guardare...*) [3].

26. ABROTANO è il nome di una pianta erbacea delle Composite (argomento di *Botanica*), che si può ottenere anagrammando la parola «*baronato*» (scritta in forma *irregolare*) [3].

27. ELUSORIA è un sinonimo raro (si usa *raramente*) di «*evasiva*» [3].

29. GOI è un termine ebraico che significa: «non ebreo»; quindi, sarebbe sbagliato (*errante*) interpretarlo come: «*ebreo*» [3].

30. IHLAMUR è il nome di una residenza imperiale (*palazzo esclusivo*), che sorge a Istanbul, in Turchia (*dove avvengono cose turche...*) [2].

31. AGI è il plurale (*una flessione*) del termine: «*agio*» (*comodo*) [3].

33. TEMIDE (Temi) è il nome della dea greca (*irreale*) della *Giustizia* [3].

34. AVULSI è un termine che significa (si rivela dal *proprio contenuto*): «*staccati*» [3].

35. YADAV è un termine utilizzato in *India*, per indicare un insieme di caste (*classi*) non d'élite (*di istituti inferiori*) [2].

36. PUGAD è un vocabolo delle *Filippine* che significa: «*nido*» [1].

37. SOLU è il nome corso della «*pianta di ginepro*» [1].

38. AINOVA è un termine *finlandese* che significa (*può dirsi*): «*solo*» [2].

40. SGR A è la sigla di «*Sagittario A\**», una sorgente di onde radio, luminosa e molto compatta, posta al centro della *Via Lattea (il fulcro di tutti i moti rivoluzionari nel nostro sistema)* [2].

41. MARG è un termine *familiare*, in uso in *Inghilterra*, per indicare la *margarina* [1].

44. OOD è la sigla (un termine che *compudia* le lettere) di «*Object-oriented design*», una tecnica di progettazione del software (*una progettazione informatica*) [2].

45. BUN è un termine inglese che significa: «*crocchia*» (*il cerchio alla testa, tipico delle donne*) [1].

46. ATN è la sigla di una strumentazione ottica (*dotazione*) che *consente di vedere nel buio* [1].

48. IR è il nome di un leggendario (*irreale*) re (*irreale*) d'*Irlanda* [2].

49. TA sono le ultime lettere (*termina così*) della parola «*sgobbatata*» (*improba impresa*).

## FONTE DI RIFERIMENTO

[1] Informazioni rintracciate su Internet, utilizzando il motore di ricerca *Google*.

[2] *Wikipedia*, l'Enciclopedia libera (<http://it.wikipedia.org>).

[3] Nicola Zingarelli, *lo Zingarelli 2018 – Vocabolario della lingua italiana*, Zanichelli, Bologna 2017

[4] Gino Castaldo (a cura di) *Il Dizionario della Canzone Italiana*, Armando Curcio, Roma 1990.

[5] Giuseppe Ragazzini, *il Ragazzini 2018 – Dizionario Inglese Italiano / Italiano Inglese*, Zanichelli, Bologna 2017.

[6] Secundi Santé e Giovanna Schepisi – *Dizionario Spagnolo Italiano / Italiano Spagnolo*, Zanichelli, Bologna 2005.

[7] Edigeo (a cura di), *Enciclopedia Zanichelli*, Zanichelli, Bologna 2007.

[8] Ferruccio Calonghi, *Dizionario della Lingua Latina*, Rosenberg & Sellier, Torino 1954.

33. THROATY è un termine (*segnale inglese* che significa: «gutturale, di gola» [5].
34. AGUA è un termine spagnolo che significa «acqua» (che, quindi, *alimenta* anche il Tago) [6].
35. YARI è un nome *russo* di uomo, che significa «eletto da Dio» [2].
36. PELOBIO è un aggettivo che qualifica un *organismo* acquatico (*vitale*) vivente nel fango (*coperto di fango*) [3].
37. SVISTA è un termine che significa: «errore dovuto a una mancanza di attenzione»; e qui *bisogna prestare attenzione* a questo... [3].
39. ATE è il nome della dea greca che *spinge* gli uomini al peccato della tracotanza, rendendoli *privi di senso della misura* [7].
40. SUMATRA è la denominazione di una razza di *gallo* combattente (*guerriero*), *dalle origini incerte*, che prende il nome dall'omonima isola dell'Asia Sud-Orientale. [2].
41. MOU (Erica) è lo pseudonimo di Erica Musci una giovane cantautrice italiana, che tra i suoi successi, annovera un album intitolato «E» [2].
42. OTI è il nome di un affluente (*aduttore di corrente*) del fiume Volta, nell'Africa Occidentale [2].
43. DI è una preposizione semplice che, solo in forma arcaica (*non più*), *sostiene* il complemento di *causa efficiente* [3].
44. OGGIMAI è un avverbio di tempo che, solo in forma arcaica (*non più*), può essere interpretato come: «ora, dunque» [3].
45. BALLARIN (Andrea) è il nome di un *littorio* italiano che *produce* le *chitarre* di alcuni noti musicisti italiani e internazionali, tra i quali, *Zuccherò* [2].
47. AVIORADUNO TURISTICO è la definizione di un raduno di mezzi aerei (*appuntamento volante*), a scopo amatoriale (*per puro piacere*) [3].
50. VERDADERO è un aggettivo che, solo in forma arcaica (*non più*), può essere interpretato come: «veritiero, verace» [3].
51. ANGINAIA è un sinonimo arcaico (*invecchiato*) di: «*ingwine*» [3].

## VERTICALI

1. AXONE è il nome del prolungamento della cellula nervosa (*prolunga d'un cellulare*) che *mantiene a grande distanza* la propria individualità [3].
2. LEGISLATIVE è un aggettivo che qualifica *realità* riguardanti (*interessanti*) delle *leggi* [3].
3. ANNOIARE è un verbo che significa: «provocare noia, fastidio, molestia» (*compiere molestie sensoriali*) [3].
4. TAI (o thai) è un gruppo linguistico che ingloba (*riesce a comprendere*) *varie parlate monosillabiche* (*a monosillabi*), espresse dalle popolazioni mongoloide dell'Indocina (*asiatiche*). 5. AWANUI è il nome di un porto fluviale (*un sito*) *storico* della Nuova Zelanda (*veramente agli antipodi...*) [2].
6. RANOE è una parola della lingua *malgascia*, che significa: «*acqua*» [1].
7. IRNO è il nome di un piccolo fiume (*canale di diffusione locale*), che nasce dalle pendici del Monte Stella (*avviato sotto una buona Stella*) [2].
8. ERO (o Hero) è il nome di un personaggio centrale della commedia «*Molto rumore per nulla*», scritta da William Shakespeare, *verso la fine del XVI secolo* [2].
9. LI è un articolo determinativo plurale che può premettere (*anticipa*) l'indicazione di una *data*, specialmente se di natura *ufficiale* [3].
10. ARAGUAVA è il nome di uno dei più grandi fiumi del Brasile (*ponderoso corso di Geografia*), le cui *fonti non sono ben definite*, a causa del gran numero dei suoi affluenti [7].
11. SPRATTO è il nome di un pesce osseo marino, detto anche «*Papalina*» e caratterizzato dalla presenza di una *cresta robusta* di squame sul ventre [7].
12. AROROR è il nome di una municipalità (*ente territoriale*) di prima classe delle Filippine (*filippino*) [2].
13. VICIS è un termine *latino* che significa «*scambio*» [8].

**SOLUZIONE**

18	A	T	A	R	I	E	L	A	S	A	V	I	A	C	A	O
17																
16																
15																
14																
13																
12																
11																
10																
9																
8																
7																
6																
5																
4																
3																
2																
19																
21																
22																
23																
24																
25																
26																
27																
28																
29																
30																
31																
32																
33																
34																
35																
36																
37																
38																
39																
40																
41																
42																
43																
44																
45																
46																
47																
48																
49																
50																

**ALCUNI DOVEROSI CHIARIMENTI**

**ORIZZONTALI**

1. ALTARIEL (Galdor) è il nome di un Elfo della notte di *110 anni* che, nel tempo, è diventato sinonimo di «*conoscenza*», nel videogioco di azione, «*World of Warcraft*» [1].
10. AS AVIAÇÃO è la denominazione dell'«*Atletico Sport Aviagão*», una squadra di *Calcio dell'Angola*, che *realizza un bel gioco d'azione* [2].
19. XENA WARRIOR PRINCESS è il nome della protagonista dell'omonima serie televisiva, statunitense (di ambientazione fantasy mitologico, prodotta dal 1995 al 2001), che *voleva sopprimere Speranza*, la figlia della propria amica *Olimpia*, avendo saputo che era stata generata dal dio malvagio Dahak [2].
21. OGNI ANNO è *quando si ripresenta un determinato giorno* (tranne il 29 febbraio...). [3].
22. BAROCCO è un termine arcaico (di *stampo antico*), sinonimo di «*ftode*» [3].
23. IM è la coppia di lettere che danno inizio (avvio) alla parola «*impresa*».
24. NIO è il nome attuale (di *questi tempi*) dell'isola greca di «*Io*», sul mar Egeo [2].
25. NŌO è un *comune dell'Estonia*, nella contea di Tartumaa [2].
26. ABGAR II è stato un sovrano siriano, nel 64 a.C., si schierò con la Repubblica romana, ma che, successivamente, nel 53 a.C., decise di passare dalla parte dei Parti (*parteggio per i Parti*) [2].
27. ENI è la sigla dell'Ente Nazionale Idrocarburi, *specializzato nella riconversione (riciclaggio) dei materiali di estrazione petrolifera (fondi neri)* [7].
28. ESIGUE è un termine che significa (a senso): «*irrisorie*» [3].
30. I BRUTOS è il nome di un *complesso comico-musicale*, molto *noto negli anni '50 e '60*, i cui componenti si prendevano sistematicamente a *schiaffi* [4].
31. ALTO è sinonimo (a *livello*) di «*contralto*», una *voce da cantante (sentita in giro)*, femminile (per una *donna*) di registro più *grave* [3].
32. LAOI è il nome attribuito alla *gente greca, nata dalla pietra*, secondo una leggenda mitologica, per iniziativa di Deucalione e Pirra, dopo un diluvio che aveva distrutto la stirpe umana [2].



**5xMille**



**Il 5xMille  
moltiplica  
il Tuo  
cuore**



**SOSTIENI LA RICERCA  
SULLE MALATTIE CARDIOVASCOLARI**

**Dona il 5xMille alla Fondazione  
per il Tuo cuore - HCF Onlus:  
indica il codice fiscale **94070130482**  
nella dichiarazione dei redditi.**

**Non ti costa nulla e fa del bene a tanti cuori,  
grandi e piccoli.**



**I  5xMille**  
codice fiscale  
**94070130482**

[www.periltuocuore.it](http://www.periltuocuore.it)

**METTI IL CUORE  
IN CASSAFORTE!**



**BANCA  
DEL  
CUORE**

LA TUA SALUTE CARDIOVASCOLARE:  
AL SICURO E SEMPRE ACCESSIBILE

**CAMPAGNA NAZIONALE  
DI PREVENZIONE  
CARDIOVASCOLARE**

**TRUCK TOUR BANCA DEL CUORE 2018**

**APRILE**

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

**MAGGIO**

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

**GIUGNO**

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

**LUGLIO**

D	L	M	M	G	V	S	D	L	M	M	G	V	S	D
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
LAMEZIA TERME														

**AGOSTO**

M	G	V	S	D	L	M	M	G	V	S	D	L	M
18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
RIMINI MEETING SALUTE													

**SETTEMBRE**

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

**OTTOBRE**

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

**NOVEMBRE**

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



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

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

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

# METTI IL CUORE IN CASSAFORTE!



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

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

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

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

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

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



## PROTEGGI IL TUO CUORE

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

Michele Massimo Gulizia  
Presidente Fondazione per il Tuo cuore



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

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

**BANCA DEL CUORE**



