

Cardiologia



negli Ospedali

LUGLIO/AGOSTO · SETTEMBRE/OTTOBRE 2018
N° 224 - 225

Rivista dell'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri – ANMCO

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



EVENTO FORMATIVO ANMCO



La cardiologia di precisione

*Tra linee guida, evidenze scientifiche
e sensibilità clinica: come orientarsi negli
scenari clinici complessi*

Ancona

15/16 Novembre 2018

Auditorium Mantovani, "Centro Congressi Accademia"

IT'S ALWAYS

ANMCO

TIME

ANMCO

2019



50



Congresso Nazionale

Associazione Nazionale

Medici Cardiologi Ospedalieri

R I M I N I

1 6 • 1 8

M A G G I O

PALACONGRESSI

INSIEME PER IL CUORE, DA CINQUANT'ANNI

www.anmco.it



Arco di Traiano, Ancona
(II secolo d. C.)

**N. 224-225 luglio/agosto
settembre/ottobre 2018**
Rivista ufficiale dell'Associazione
Nazionale Medici Cardiologi
Ospedalieri

Editor
Manlio Cipriani
Co - Editor
Massimo Imazio
Direttore Responsabile
Mario Chiatto
Comitato di Redazione
Vincenzo Amodéo
Luisa De Gennaro
Mauro Mennuni
Gianfranco Misuraca
Stefano Urbinati
Marisa Varrenti
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 9001:2015**

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



Stampa
Tipografia Il Bandino
Firenze

Progetto grafico e
impaginazione
Valerio Mirannali
Fiesole

EDITORIALE

Editoriale
di Manlio Cipriani

p. 4 **DAL CENTRO STUDI** p. 19

Il punto sugli studi clinici del Centro
Studi ANMCO

DAL PRESIDENTE

L'ANMCO della continuità, della
consapevolezza e dello sviluppo
*di Domenico Gabrielli a nome del Consiglio
Direttivo ANMCO*

p. 6 **DAL CONSIGLIO DIRETTIVO** p. 23

Cronicità in cardiologia: quale ruolo
per ANMCO nella gestione dei nuovi
modelli assistenziali proposti dalle
istituzioni?

Stiamo lavorando per voi e si
preparano grandi sfide...
*di Domenico Gabrielli a nome del Consiglio
Direttivo ANMCO*

p. 7 *di Stefano Domenicucci, Giancarlo Casolo
e Nadia Aspromonte*

DAL SITO WEB p. 28

Dal Sito WEB: Continuità e
Innovazioni future

*di Fortunato Scotto di Uccio e
Giuseppina Maura Francese*

INTERVISTA AL PRESIDENTE DELLA FONDAZIONE PER IL TUO CUORE

A tu per tu con p. 11
il Presidente della Fondazione per
il Tuo cuore, Dott. Michele Massimo
Gulizia
di Fabiana Lucà

DALLE AREE

AREA GIOVANI p. 32

La Vittoria dell'ANMCO: i Giovani
*di Fabiana Lucà a nome del Comitato di
Coordinamento dell'Area Giovani*

DALLA ESC - IL CONGRESSO p. 16
Novità dal Congresso ESC 2018
di Massimo Imazio



AREA MANAGEMENT&QUALITA' p. 35

Indagine sulla consapevolezza
della legge sulla responsabilità
professionale tra i Cardiologi ANMCO
*di Giovanni Gregorio, Luciano Moretti,
Laura Lalla Piccioni, Vincenzo Amodéo,
Stefano Aquilani, Emanuele Carbonieri,
Francesco Vigorito, Domenico Gabrielli*

AREA NURSING

p. 45

La formazione che vuoi... La formazione di cui hai bisogno!

di Sabrina Egman, Doriana Frongillo, Donatella Radini, Roberto Gortan, Rossella Gilardi

AREA SCOMPENSO CARDIACO

p. 47

Ci siamo, ai nastri di partenza l'APP "Cuore Mio" per il paziente affetto da scompenso cardiaco

di Andrea Mortara, Massimo Iacoviello, Attilio Iacovoni, Francesca Macera, Vittorio Palmieri, Daniele Pasqualucci, Ilaria Battistoni, Renata De Maria

DALLE REGIONI**CALABRIA**

p. 54

L'inizio di un nuovo percorso!

di Roberto Ceravolo, Fabiana Lucà e Mario Chiatto a nome del Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Calabria

FRIULI VENEZIA GIULIA

p. 56

Dal coordinamento dell'emergenza alla meraviglia della contrazione dei miociti

di Rosa Pecoraro a nome del Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Friuli Venezia Giulia

**FORUM**

p. 61

Medici o tecnici della salute?

di Gianfranco Misuraca

OSSERVATORIO DI DIRITTO SANITARIO

p. 63

La tutela della privacy in ambito sanitario e l'impatto del Regolamento UE 2016/679

Prima Parte

di Mario Chiatto e Maria Giovanna Murrone

LETTO... E COMMENTATO. ECHI DALLA LETTERATURA INTERNAZIONALE

p. 65

Aspirina 100 mg, il caposaldo della prevenzione cardiovascolare...

Siamo sicuri?

di Leonardo Misuraca

COME ERAVAMO

p. 67

Il cuore a fine Ottocento (1870 - 1900)

di Maurizio Giuseppe Abrignani

**PEDAGOGIA DELLA SALUTE**

p. 71

La formazione di un nuovo professionista della cura

di Giuseppe Trebisacce

VIAGGIO INTORNO AL CUORE

p. 73

Cento anni vissuti con il cuore

di Maria Frigerio

UNO SGUARDO SUL MONDO

p. 76

Cosenza: come la vede Mario Balsano

di Gianfranco Misuraca

**LETTI PER VOI**

p. 78

Come è morto uno dei più grandi scacchisti di tutti i tempi?

di Beatrice Balduzzo

IN MEMORIA DI...

p. 80

Ricordo di Marco Sicuro

di Angelo Sante Bongo



Editoriale

Cari Amici, Colleghi ho ricevuto dal Consiglio Direttivo dell'ANMCO, che ringrazio della stima e della fiducia accordatami, il gradito incarico di Editor della rivista "Cardiologia negli Ospedali". Dividerò questo incarico con Mario Chiatto, Direttore Responsabile, colonna portante dell'ANMCO e di questa rivista ormai da molti anni e con Massimo Imazio in qualità di Co-Editor. Eredito da Guerrino Zuin una rivista che grazie al suo ottimo lavoro è stata in parte rinnovata e migliorata ed è stata soprattutto in grado in questi anni di continuare a rappresentare quel pensiero associativo e di comunità che

l'ANMCO incarna. "Cardiologia negli Ospedali" è prima di tutto una rivista associativa che racconta in 5 numeri annuali la vita dell'ANMCO e dei suoi Associati, narrando di cardiologia clinica, scientifica e quotidiana, di eventi e innovazioni, di esperienze e storie personali, di illustri Colleghi e di Ospedali e Centri all'avanguardia. È una rivista libera, indipendente e forse anche a tratti "leggera" da leggere, ma proprio per questo si lascia volentieri sul proprio comodino o sulla propria scrivania, sorseggiandola con piacere soprattutto se ci si sente partecipi di una comunità e di una società come l'ANMCO. Abbiamo voluto

rinnovare il Comitato di Redazione e introdurre nuove rubriche che abbiamo affidato a vecchi e nuovi collaboratori per mantenere elevato e stimolante il livello editoriale, ma è soprattutto da voi tutti Associati che ci aspettiamo contributi e nuova linfa. Un pensiero di stima e ringraziamento va all'instancabile Redazione, Simonetta Ricci e la collaboratrice Luana Di Fabrizio, che continueranno con noi il loro prezioso lavoro. Dal canto mio prediligo la sintesi, la schiettezza e la narrazione asciutta e senza fronzoli e spero di riuscire a proseguire nel solco ormai storico che la rivista rappresenta per la cardiologia italiana. ♥

LA FOTOGRAFIA

"Colpiti al cuore", 2001

Un particolare emblematico delle torri gemelle del World Trade Center di New York fotografate poche settimane prima dell'attentato dell'11 settembre 2001. Come una vera e propria ferita, un colpo al cuore che non dobbiamo dimenticare

Massimo Ferrari, fotografo

Massimo Ferrari nasce a Milano il 15 aprile 1960. Sciatore appassionato, subito dopo la laurea si dedica allo sport, come preparatore atletico della Nazionale di Sci. Ma verso la fine degli anni ottanta la sua passione per l'armonia delle forme prende una piega più intellettuale e artistica che lo porta verso la fotografia. Inizia così la sua carriera di fotografo come assistente presso gli studi della Condè Nast e al seguito di professionisti della moda e del design.

Esordisce come fotografo a Londra e prosegue poi in Italia, collaborando con testate e brand del fashion, occupandosi, in seguito, anche di design e di arredamento. Attualmente Massimo Ferrari lavora a Milano in uno studio assolutamente unico e particolare, un luminosissimo attico che per questo si è guadagnato il nome di "Studiolight", situato all'interno di una vecchia fabbrica recuperata in zona Tortona.

www.massimoferrari.com

Instagram: [massimoferrari_photo](https://www.instagram.com/massimoferrari_photo)





L'ANMCO della continuità, della consapevolezza e dello sviluppo

Cari Amici e Colleghi
Vi annuncio con entusiasmo che ad Ancona, nei giorni 16 e 17 novembre 2018, si terranno gli Stati Generali della nostra Associazione, che sono gli undicesimi in ordine cronologico e basterebbe questo semplice riscontro temporale a definire l'importanza che hanno da sempre rivestito nella nostra storia associativa. Vista la mia età non più verde e la mia lunga "militanza" in ANMCO ho avuto il privilegio e l'opportunità di partecipare a diverse edizioni, devo dire, con malcelata soddisfazione, che ne sono sempre uscito arricchito dal punto di vista culturale e associativo, rappresentando questo momento di incontro uno dei capisaldi della nostra Associazione, che consente uno scambio di punti di vista e di idee sempre fecondo di significati e di progetti. Abbiamo voluto fortemente questi Stati Generali, a pochi mesi dall'insediamento dei nuovi Consiglio Direttivo e Consiglio Nazionale, perché abbiano il significato di un vero e proprio "briefing" associativo di inizio mandato, mediante il quale confrontarci sulle nostre linee programmatiche, in modo da poter condividere una linea politico-associativa unitaria da perseguire in questo biennio, con le criticità e le



opportunità connesse. Ancora una volta si tratterà di un incontro espressione della "compartecipazione" associativa e di libero confronto tra i nostri Organi, da cui usciremo, come detto, con linee programmatiche condivise e quindi più forti. Nel tempo a disposizione ci confronteremo su molte tematiche e avremo, come al solito, ampio spazio per il dibattito, utile a ottenere riflessioni per noi fondamentali. Gli argomenti di discussione saranno molteplici e sicuramente di rilievo: le novità del 50° Congresso Nazionale, la strada da percorrere con IFC, il ruolo di ANMCO nazionale e delle sezioni regionali, la Centro Servizi ANMCO Società Benefit, la Fondazione "per il Tuo cuore" e la ricerca, il Centro Studi, i progetti

formativi, il futuro della formazione continua. Da non trascurare l'importante problema del percorso ospedaliero della specializzazione in Cardiologia, le "core-competence" in una cardiologia che si evolve, la comunicazione mediante i nostri giornali, il sito Web, le iniziative aperte alla popolazione, l'argomento sempre caldo delle Regioni e delle Aree e delle Task Force con eventuali spunti di novità e di sviluppo. Infine non dimentichiamo la "madre" di tutte le battaglie: provare a incidere sul futuro del SSN interrogandoci sui principali dettati normativi, sulla evoluzione della responsabilità professionale, sulla carenza di cardiologi e come ipotizzarne un superamento, sempre nell'ottica della responsabilità civica che ci contraddistingue e che ci deve portare a cercare un equilibrio fra sostenibilità e appropriatezza. Ci auguriamo di riuscire a sviluppare appieno il leit-motiv di questi Stati Generali e di questo biennio, come espresso nel titolo degli stessi: **L'ANMCO DELLA CONTINUITÀ, DELLA CONSAPEVOLEZZA E DELLO SVILUPPO**. Sempre orgogliosi delle nostre tradizioni e consapevoli della nostra forza associativa. Vi aggiorneremo su quanto si discuterà e deciderà in questi due giorni pieni di stimoli. ♥

Stiamo lavorando per voi e si preparano grandi sfide...

Cari Soci, al termine della breve pausa estiva, necessaria per ricaricare le “pile”, Vi aggiorniamo sulle attività in fieri e sugli sviluppi dei prossimi mesi. Il lavoro del Consiglio Direttivo procede alacre e deciso, sono stati affrontati gli argomenti di volta in volta previsti e con estremo piacere vi segnaliamo che, a margine di discussioni approfondite ma serene, le decisioni sono state sempre prese all’unanimità. Il 19 e 20 luglio abbiamo avuto la prima riunione del Consiglio Nazionale nel corso della quale sono state illustrate le linee programmatiche del biennio in corso e sono state ratificate le proposte di nomine previste da statuto e regolamenti vari. Nel Consiglio Nazionale di luglio sono state presentate alcune delle novità, si è iniziato il corso di formazione per Presidenti Regionali, i Chairperson di Aree e i Referenti delle Task Force, da completare entro l’anno, ed è stata illustrata la necessità che i Presidenti Regionali e i Chairperson dovranno poi farsi carico di una formazione a cascata sui Consigli Direttivi Regionali di competenza e sui Comitati di Coordinamento di Area, in modo da facilitare la consapevolezza associativa di chi compone questi importanti sezioni. Fra le varie

attività svolte, è stata portata a compimento la revisione del Regolamento sui Patrocini, che è stato snellito, per quanto possibile, e che è stato modificato parzialmente nella parte delle caratteristiche per ottenerne la gratuità, nell’ottica di provare a favorire i Soci che lo richiedano, pur mantenendo l’impianto di una risorsa economica che si è dimostrata di entità non disprezzabile per le Regioni ANMCO. Anche in Consiglio Nazionale abbiamo utilizzato la consueta metodologia di lavoro con una attività di gruppo organizzata finalizzata a ottenere: il coinvolgimento di ognuno, la rapidità di esecuzione e lo “sfruttamento” condiviso delle risorse intellettuali di ciascun componente del Consiglio Nazionale. Abbiamo condiviso in sede di Consiglio Nazionale la attenzione alla “spending review”, atteggiamento che ha trovato unanime condivisione.

FIC/IFC: il 26 agosto u.s., nel corso del Congresso ESC a Monaco di Baviera, abbiamo partecipato alla “big picture sullo scompenso cardiaco”, la sessione congiunta della IFC, che ha coinvolto noi e la SIC insieme alla Società Greca e a quella Serba e che è stato un momento di grande approfondimento scientifico e di

estrema soddisfazione per l’elevato livello scientifico dimostrato dalle persone coinvolte per parte ANMCO. Sempre alla ESC si è tenuto una riunione del Consiglio Direttivo della IFC, così da portare a compimento le azioni relative alla revisione dello Statuto già prodotta, il Regolamento per il funzionamento delle Riviste Scientifiche associative, che ci consentirà di superare la attuale fase di prorogatio e le altre tecnicità relative alla Federazione. Procede spedita la definizione degli Stati Generali associativi, dal tema “L’ANMCO della continuità, della consapevolezza e dello sviluppo”, che si terranno ad Ancona dal 16 al 17 novembre prossimi e saranno preceduti, come già comunicatovi, il 15 e 16 novembre sempre ad Ancona, da un’importante sessione scientifica, con partecipazione riservata dietro invito nominativo, focalizzata su: La cardiologia di precisione, fra linee - guida, evidenze scientifiche e sensibilità clinica: come orientarsi negli scenari clinici complessi (argomento che sarà anche il motivo informatore del Congresso 2019). Durante gli Stati Generali potremo approfondire quelli che saranno i temi fondanti di questo biennio e consolidare ancora una volta l’orgoglio di appartenenza che



EVENTO FORMATIVO ANMCO

La cardiologia di precisione

Tra linee guida, evidenze scientifiche e sensibilità clinica: come orientare scenari clinici complessi

Ancona
15/16 Novembre 2018

Auditorium Mantovani, "Centro

Programma	
15 Novembre 2018	
08:00	Registrazione dei partecipanti
08:30	INTRODUZIONE Domenico Gabrielli
	FORUM 1 CARDIOLOGIA DI PRECISIONE: GIUSTO FARMACO ANTICOAGULANTE NEL PAZIENTE COMPLESSO
	PRIMA SESSIONE ASPETTI PECULIARI NELLA GESTIONE DEL PAZIENTE COMPLESSO
09:00	La fragilità del paziente S. Urbani
09:20	L'appropriatezza del dosaggio P. Caldorola
09:40	L'importanza dell'aderenza terapeutica DISCUSSIONE Provocatori V. Amodio, M. Carletti, P. Delise, E. Di Lorenzo, S. Domenicucci
	SECONDA SESSIONE LA SFIDA DELLA COMPLESSITÀ Moderatori A. Capucci, E. Gronda, G. Musumeci
10:50	Il paziente oncologico N. Murea
11:10	Il paziente con embolia polmonare M. Scherillo Lo studio Cope A. P. Maggioni Gli studi Blitz AF M. M. Galizia
11:50	DISCUSSIONE Provocatori G. M. Fracese, A. Giordano, G. Gregorio, L. Parini, P. G. Pino
12:10	Sfursate di riflessione... D. Gabrielli
13:20	LIGHT LUNCH
13:30	FORUM 2 IL PAZIENTE CON CORONAROPATIA E ARTERIOPATIA PERIFERICA
	PRIMA SESSIONE STUDIO COMPASS: UN NUOVO PARADIGMA? Moderatori C. Napolitano, G. P. Perna, S. Valente
14:30	Gestire il rischio cardiovascolare residuo: cosa aggiunge Rivaroxaban ad ASA? F. Colivicchi
14:50	Il beneficio nelle diverse popolazioni di pazienti: il paziente con CAD L. De Luca

Programma	
15 Novembre 2018	16 Novembre 2018
15:10	Il beneficio nelle diverse popolazioni di pazienti: il paziente con PAD A. Murea DISCUSSIONE Provocatori M. Abrignani, L. Aquilanti, D. Frongillo, F. Scoto Di Uccio, M. A. Viccione
15:30	CONCLUSIONI DEL LAVORO DI GRUPPO DELLA PRIMA GIORNATA FORUM 3 GLI ARNI DALLA TEORIA ALLA PRATICA CLINICA, SCENARI CLINICI SEMPRE PIÙ COMPLESSI Moderatori N. Aspromonte, M. Frigerio, M. Parcu
	09:00 Evidenze ed efficacia in base alla esperienza pratica F. G. Olivo
	09:20 Aspetti pratici: titolazione e sicurezza M. Senni
	09:40 Funzione renale: quali alterazioni? G. Di Tanno
16:30	La dose ridotta nel paziente con IR: cosa dice l'esperto R. Rossini
16:50	Il programma Callisto DISCUSSIONE Provocatori M. Carota, M. Imazio, G. Pajes, S. Themistoclakis, M. Vatrano
17:10	HIGHLIGHTS - Forum 1 F. Lucà
18:40	HIGHLIGHTS - Forum 2 S. A. Di Fusco
18:50	Considerazioni conclusive D. Gabrielli
19:00	Lavoro di gruppo in plenaria
20:00	Chiusura dei lavori

ci deve contraddistinguere. Sempre nell'ottica della condivisione e del coinvolgimento dei "quadri" ANMCO, quali espressione della Associazione in ogni sua espressione territoriale e scientifica, i Presidenti Regionali e i Chairperson durante il Consiglio Nazionale di luglio 2018 sono stati chiamati a una "Call for Ideas" per gli Stati Generali, per avere anche i loro suggerimenti sulle tematiche da affrontare. **Congresso 2019:** procede senza indugio la preparazione del programma scientifico del Congresso, dove troveranno ancora più spazio le proposte delle Aree e delle Regioni, oltre che dei Soci. Sappiamo tutti che il prossimo sarà

il 50° per cui dovrà essere, come già detto, rutilante pur nella necessaria sobrietà di un evento congressuale, e scientificamente attrattivo; abbiamo prodotto il primo avviso e la copertina del programma; è stato chiuso il contratto con la agenzia organizzativa, ed è pronto il piano tecnico commerciale proposto alle aziende il 13 settembre; confermo che l'eccellente lavoro svolto negli anni scorsi da Michele Gulizia e dai Consigli Direttivi precedenti ci lascia una eredità impegnativa ma importante, che ci consente di lavorare con tranquillità. Nel corso del prossimo Congresso saranno previste Sessioni Congiunte con ACC e AHA, stante la richiesta

giuntaci da tali prestigiose Società e la presenza di Michele Gulizia, Governor of Italy Chapter dell'ACC, inoltre stiamo prevedendo per le letture della cerimonia inaugurale del Congresso la presenza di prestigiosi ospiti internazionali. Stiamo anche definendo la sede delle prossime edizioni del Congresso, di concerto con il Presidente Designato, Furio Colivicchi, e con tutto il Consiglio Direttivo. Abbiamo appena chiuso la Call for Ideas, che tanta importanza ha per l'Associazione ed il Consiglio Direttivo nella stesura del programma scientifico definitivo, ed è partita la Call for Abstracts, come di consueto, che



Carissimi,

il prossimo Congresso ANMCO, il 50°, come già annunciato, si svolgerà nella sede del Palacongressi di Rimini **dal 16 al 18 maggio 2019**.

Nella scia del successo delle passate edizioni con una partecipazione sempre più numerosa, il Consiglio Direttivo ANMCO si sta impegnando alacremente per proporre un programma scientifico di assoluto rilievo che coniughi, con armonico equilibrio, esperienza e aggiornamento, a conferma del primario ruolo che da sempre la Cardiologia e dunque ANMCO, quale preminente Società Scientifica, svolge a beneficio della classe medica, in particolare cardiologica, con costante attenzione alla crescita scientifico-culturale, in un contesto sociale e sanitario in rapida e continua evoluzione.

Il motivo informatore del Congresso sarà, dal punto di vista scientifico, la **Cardiologia di Precisione** che rappresenta la naturale evoluzione della tendenza sempre più spiccata alla personalizzazione delle cure. Da un punto di vista associativo, il 50° Congresso sarà una manifestazione in linea con l'orgoglio della nostra tradizione nel solco della continuità e dello sviluppo.

Il mio intento è quello di illustrare e presentare al meglio le tante peculiarità dell'edizione 2019. Nella sua complessità scientifico-organizzativa, il Congresso ANMCO verrà caratterizzato da tanti eventi nell'evento: Simposi Congiunti con le maggiori Società Scientifiche internazionali, con Istituzioni Nazionali e Regionali, Letture Magistrali svolte dai più celebri nomi della Cardiologia mondiale e tanti altri ancora. Verrà inoltre riproposto il partecipatissimo Campionato di Refertazione ECG, l'assegnazione dei Premi di Ricerca del Premio Maseri-Florio e Mario Chiatto e delle 2 Borse di Studio intitolate a Vincenzo Masini.

Sono certo che orgogliosi delle nostre tradizioni e consapevoli della nostra forza associativa riusciremo a produrre un prestigiosissimo evento, di richiamo per l'intera classe medica, nazionale e internazionale, che consentirà le più ampie opportunità di visibilità e di azioni promozionali.

Vi aspettiamo numerosissimi a Rimini al **50° Congresso Nazionale di Cardiologia ANMCO!**

Domenico Gabrielli

Presidente ANMCO

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'D. Gabrielli', written in a cursive style.



chiuderà prima del solito per motivi organizzativi legati alla tempistica del Congresso, per cui Vi invito calorosamente a dare i vostri contributi in modo generoso, come al solito, ma nei tempi previsti. Prosegue la fase di elaborazione scientifica e organizzativa di alcune CEN e della revisione della offerta formativa di master; avremo a breve delle novità in merito e speriamo altresì di proporvi al più presto un piano dettagliato di attività. Stiamo procedendo con la valutazione di offerte di convenzione, in vari settori, per i Soci ANMCO, anche in questo caso speriamo di avere a breve interessanti novità.

La Fondazione per il Tuo cuore: la collaborazione prosegue appieno e leggerete da parte del Presidente Michele Gulizia le varie e brillanti attività connesse. Prima di chiudere mi preme segnalarVi con grande orgoglio e soddisfazione associativa il brillante risultato raggiunto dai nostri Giovani all'ESC, infatti abbiamo vinto la First Virtual National Competition della YOUNG Community ESC, grazie a Giuseppe Ciliberti, Stefano Cornara, Claudio Picariello e Filippo Zilio, i quali, oltre a essere premiati con la iscrizione gratuita da parte ESC ad un congresso europeo a loro scelta, otterranno da noi il riconoscimento associativo dell'invito alla parte scientifica e associativa degli Stati Generali di novembre, dove verrà rilasciata loro una pergamena con l'attestazione da parte ANMCO della gratitudine associativa per questo brillante risultato.

Vi saluto cordialmente e ci aggiorniamo al prossimo numero di "Cardiologia negli Ospedali", buona ripresa lavorativa per tutti. ♥



Da Sinistra: Claudio Picariello, Stefano Cornara, Giuseppe Ciliberti e Filippo Zilio

A tu per tu con il Presidente della Fondazione per il Tuo cuore, Dott. Michele Massimo Gulizia

Caro Presidente, in rappresentanza dell'Area Giovani da lei istituita dal 2014, abbiamo il piacere di condividere alcune riflessioni attraverso alcune domande che le porremo.

Da poco più di un anno ricopre la carica di Presidente della Fondazione per il Tuo cuore ed in questo breve arco di tempo, grazie al suo spirito innovativo ed alla sua innata propensione per la ricerca, ha già raggiunto risultati mai realizzati fino ad ora. Quali sono i suoi prossimi progetti?

I risultati raggiunti non sono solamente miei, ma della Fondazione per il Tuo cuore perché nascono da un lavoro di gruppo, in particolare dall'impegno del Professor Maseri che mi ha preceduto nella qualità di Presidente della Fondazione e che ringrazio ancora una volta per la stima con la quale mi ha conferito prima l'incarico di Consigliere Delegato per la Ricerca e poi per avermi indicato come suo successore. Questa sua indicazione, successivamente ratificata dal voto del Consiglio Direttivo e dal



Il Dott. Andrea Madeo, il Presidente della Fondazione per il Tuo cuore, Dott. Michele Massimo Gulizia, e la Dott.ssa Fabiana Lucà, Chairperson dell'Area Giovani ANMCO

Consiglio Nazionale, pur essendo un gesto moralmente formale, ha rivestito per me un'importanza sostanziale rappresentando un'attestazione dell'affetto e della stima che ci lega. Sento molto il peso e la responsabilità della carica conferitami, per la quale mi sento profondamente onorato per ciò che ANMCO e Fondazione rappresentano nell'immaginario collettivo di

chi ha studiato Cardiologia. Nei quattro anni in cui ho lavorato per la Fondazione, prima come Consigliere Delegato per la Ricerca e poi come Presidente, mi sono dedicato, sin dal primo giorno, alla ristrutturazione della Fondazione, proprio come ho fatto con ANMCO, per rendere più fruibile il contatto dei Soci con la Segreteria Generale e con il Centro Studi (attivamente condotto dal Dott. Aldo Maggioni). L'obiettivo che mi sono prefissato, traendo profitto dall'esperienza maturata in questi ultimi 4 anni con l'analisi di alcune criticità prospettate dalla base ANMCO, è stato quello di ottenere che all'interno della Fondazione fossero concepiti e si finalizzassero svariati e innovativi studi clinici, apportando una linfa vitale scientifica ed economica che si era cristallizzata negli ultimi 6-7 anni, permettendo alla Fondazione non solo di incrementare il budget economico per gli studi, ma anche il numero degli studi stessi e l'impact factor che pregevolmente quest'anno abbiamo raggiunto al 31/12/2017 con un valore record di 1.087,151, mai registrato dalla Fondazione



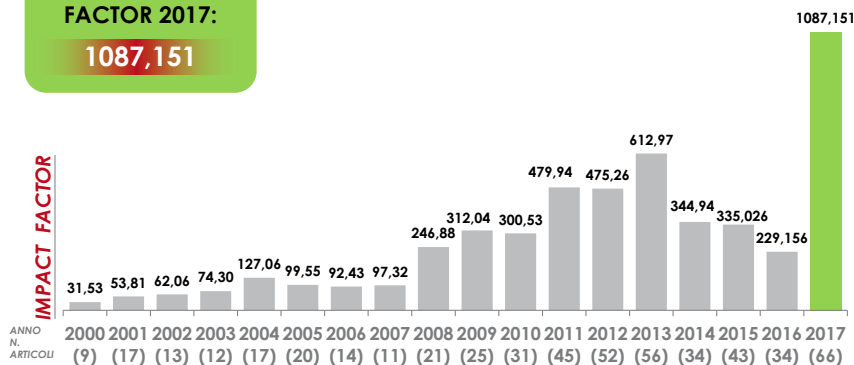
Fondazione per il Tuo cuore – HCF Onlus
Centro Studi ANMCO

Pubblicazioni scientifiche: Impact Factor

CONFRONTO DAL 2000 al 2017

IMPACT
FACTOR 2017:

1087,151



per il Tuo cuore né, credo, da nessun altro centro di ricerca in ambito cardiovascolare. Il progetto principale che mi propongo di portare avanti è l'affermazione della Fondazione come Ente di Ricerca a tutti gli effetti. In quest'ottica ci siamo candidati per le iniziative del Ministero della Salute riuscendo a classificarci nella triade degli Enti Consulenti del Ministero della Salute ed a partecipare ad una serie di bandi per i quali solo pochissimi altri hanno potuto presentare progetti articolati così come abbiamo fatto noi. Questo è un altro aspetto importante che credo sia necessario continuare propedeuticamente a proporre. **Negli ultimi tempi abbiamo sentito parlare della Consulta delle Società Cardiologiche. Può spiegarci di cosa si tratta?**

Ritengo che il nostro fiore all'occhiello sia la condivisione senza presunzione e la grande

capacità di aggregare persone e società scientifiche attorno a progetti scientifici e organizzativi concreti in area cardiovascolare. Sono particolarmente orgoglioso di essere riuscito a creare, nell'ottobre 2017 e in accordo con il Consiglio Direttivo ANMCO, le condizioni per la realizzazione della Consulta delle Società Cardiologiche, un comitato strategico della Fondazione in aggiunta a quello già creato in precedenza dal Professor Maseri e che già vedeva al suo interno grandi professionalità come Eugene Braunwald e Marc Pfeffer. Abbiamo invitato ben 10 tra le maggiori società scientifiche presenti nell'ambito cardiologico italiano ad entrare all'interno di questo Gruppo di Lavoro della Fondazione ottenendo il loro consenso allo scopo di condividere con noi un percorso formativo, educativo e scientifico che ci permetta di stare al passo coi tempi, discutendo ed

organizzando attività culturali di enorme pregio per la cardiologia italiana.

Da anni impegnato nella realizzazione di Banca del Cuore, progetto da Lei ideato e portato avanti, ha offerto una concreta possibilità di Screening Cardiovascolare ai cittadini italiani riservando loro anche l'inestimabile opportunità di "mettere il cuore in cassaforte" tramite la "BancomHeart", fino ad arrivare ad una diffusione capillare sul territorio nazionale tramite il Truck Tour, progetto unico e senza precedenti, di elevatissimo impatto scientifico e sociale. Come ha avuto l'intuizione di un'iniziativa che concili la prevenzione cardiovascolare con la raccolta di dati epidemiologici su larga scala, di così alto valore sia per la popolazione che per la ricerca scientifica?

Doveva nascere in Italia, già da diversi anni, il passaporto della salute, la cosiddetta "carta della salute" e cioè una "carta di identità del malato" che contenesse anche dati sanitari. Di fatto invece, allo stato attuale, la tessera sanitaria italiana fornisce solo dati identificativi quali il codice fiscale. Il germe della Banca del Cuore nasce da lontano, nel 2001 nel contesto dell'UOC di Cardiologia dell'Ospedale San Luigi di Catania che per prima ho diretto. Il progetto inizialmente si chiamava Progetto SSN, per analogia al Sistema Sanitario Nazionale e da qui l'intuizione di una card abilitata all'accesso online che potesse contenere non solo dati strumentali, ma soprattutto dati clinici e laboratoristici di utilità pratica per

un paziente, che potessero rendersi fruibili in qualsiasi parte del mondo ed in qualsiasi momento, una sorta di cartella sanitaria del paziente. Il primo “contenitore digitale” di elettrocardiogrammi e di dati clinici e cardiologici. Questo mi ha ispirato a creare la “Banca del Cuore”, progetto ad oggi unico nella sua ideazione e soprattutto nella sua realizzazione, che ci ha permesso di screenare oltre 39.000 cittadini italiani, dal dicembre 2015 ad oggi. **Lo screening cardiologico e la prevenzione cardiovascolare sono stati anche il tema del progetto il “Cuore del Clero”, iniziativa fino ad oggi senza precedenti sul territorio nazionale ed internazionale e di enorme impatto sociale e culturale. Come pensa che i risultati di questa iniziativa possano inserirsi nel panorama epidemiologico?**

Il Cuore del Clero è un’emanazione di Banca del Cuore, applicata ad una comunità di circa 5.000 ecclesiastici. Grazie al contributo di Cattolica Assicurazioni e al sostegno dell’Istituto Diocesano per il Sostentamento del Clero e della CEI, Conferenza Episcopale Italiana, stiamo effettuando screening cardiologici gratuiti in circa 50 Diocesi italiane per fare il punto sullo stato del sistema cardiovascolare di una coorte di popolazione di sesso maschile, conducente uno stile di vita morigerato, allo scopo di fotografare l’attuale stato di salute del Clero Italiano. Il progetto Banca del Cuore, viceversa, sta fornendo importanti risposte sull’impatto sociale e culturale delle patologie cardiovascolari per molteplici motivi. In primo luogo è

un’iniziativa che avvicina i cittadini italiani alla prevenzione svolgendosi non solo nelle cardiologie italiane “aperte” che aderiscono all’iniziativa, ma soprattutto nelle piazze italiane in cui da circa 2 anni il Truck Tour ha luogo, creando un vero e proprio “assalto alla diligenza”. Il Truck infatti ad ogni tappa viene assediato da cittadini estremamente grati, che si sentono “coccolati” e che si sottopongono a uno screening cardiovascolare gratuito, completo di informazioni su scolarità, stato sociale, stili di vita, consumi ed abitudini alimentari, di elettrocardiogramma, rilievo pressorio, parametri metabolici che comprendono l’assetto glucidico, lipidico ed anche l’uricemia, consentendo di connotare in una vera e propria cartella clinica il profilo di rischio cardiovascolare del singolo soggetto. Abbiamo pertanto fotografato la reale incidenza di malattie cardiovascolari in Italia, quali fibrillazione atriale, ipertensione arteriosa e scompenso cardiaco (per citarne solo alcune), ed i risultati epidemiologici non hanno tardato ad arrivare. Dati eclatanti sono stati la rilevazione, nei maschi giovani, tra i 18 e i 40 anni, di un’incidenza di fibrillazione atriale circa 4 volte maggiore rispetto al dato di incidenza ad oggi noto in letteratura, come il riscontro di un’incidenza di scompenso cardiaco che supera l’1.2 % nella medesima popolazione studiata. Altro dato considerevole è stato il rilievo di valori di colesterolo ben superiori a 70 mg/dl (considerato cut-off) in oltre l’ottanta per cento di soggetti a rischio cardiovascolare molto

elevato. I risultati scientifici ottenuti da questo progetto ripagano delle energie spese in termini di risorse umane, dedizione ed impegno profuso nella realizzazione del progetto stesso.

ANMCO è diventata negli ultimi anni una vera e propria “fucina”, fulcro della Ricerca Cardiologica italiana, come dimostra la corposa produzione di documenti di consenso societari ed intersocietari, di cui Lei è in gran parte il Coordinatore, e di una serie di Studi Nazionali di cui è in molti casi il Chairman.

Dove trova l’ispirazione per ideare Studi Clinici di così alto profilo scientifico e con ricadute così importanti nella pratica clinica?

Mi considero un cardiologo come gli altri, forse un po’ più curioso rispetto ad altri, che dorme poco la notte nel tentativo di trovare una risposta ai tanti quesiti della pratica clinica quotidiana e di applicare in maniera sistematica quello che la Based Evidence Medicine ci consente di constatare ogni giorno. Tradurre le ipotesi di lavoro in studi o in documenti di consenso è una fase successiva che nasce dalla determinazione di pensare e di riuscire ad aggregare e di far colloquiare persone, gruppi di studio e società scientifiche che in precedenza non avevano compiuto passi di questo genere, riuscendo ad avvicinare tra loro non solo professionalità, società ed enti, ma soprattutto cardiologi, internisti, e specialisti di altri settori che condividessero un unico ideale. Quale ideale? Lo sforzo comune per dedicarsi alla scrittura di pagine di carattere scientifico che possano



aiutare nella comprensione del percorso diagnostico e terapeutico più adeguato per ciascuna singola patologia, che nasce dalla necessità di definire i percorsi più brevi per giungere ad una diagnosi di ragionevole certezza delle patologie, individuando il processo di management terapeutico più adeguato in un momento in cui le risorse scarseggiano e non ci si può permettere una diagnostica indiscriminata.

Quali sono, tra gli studi più recenti da Lei promossi, quelli da cui si aspetta i maggiori risultati?

Sinceramente da tutti. Non ho un progetto preferito rispetto agli altri. Il Blitz Atrial Fibrillation mi ha particolarmente appassionato, il Blitz Heart Failure ha rappresentato una scommessa a cui ho molto creduto e che ha condotto a risultati importanti. Trovo appassionanti studi come il Blitz Cholesterol e il mio ultimo nato: il Blitz-AF Cancer che coinvolgerà pazienti e Centri cardiologici di tutta Europa. E ancora tanti altri documenti di consenso, sono più di 30 ormai, tra cui quello sulla DAPT, incentrato sulla durata della terapia antiaggregante a lungo termine che ha recentemente visto la sua pubblicazione sul Giornale Italiano di Cardiologia e sull'European Heart Journal Supplement, e quello appena partito sulla "Terapia anticoagulante nel tromboembolismo venoso e nella fibrillazione atriale del paziente con cancro".

Tra gli innumerevoli progetti ideati e realizzati nel corso della Sua Presidenza Nazionale ANMCO

non possiamo non menzionare il Master di II livello di "Clinical Competence in Insufficienza Cardiaca". Rispondendo ad un crescente bisogno formativo nel campo dello Scompenso Cardiaco, con questo Master si è reso promotore attivo della diffusione della cultura cardiologica in Italia. Quale ruolo ha la formazione post laurea nella crescita professionale e culturale dei cardiologi ospedalieri?

Sono fermamente convinto che la formazione rivesta un ruolo fondamentale. Ormai da molti anni ANMCO porta avanti progetti in tal senso occupandosi dell'aggiornamento culturale e scientifico dei nostri associati e non solo, rivolgendosi a tutti i cardiologi ospedalieri, come pure la Fondazione per il Tuo cuore, da sempre impegnata nel settore formazione e precipuamente sui programmi di awareness, volti a sviluppare la consapevolezza da parte del cittadino. Dopo la realizzazione della Clinical Competence in Terapia Intensiva Coronarica, l'idea di un Master sullo Scompenso Cardiaco è nata da un'azione sinergica tra me, allora Presidente ANMCO, e la Dott.ssa Nadia Aspromonte, all'epoca Chairperson dell'Area Scompenso Cardiaco. Abbiamo creato grazie alla collaborazione eccellente con il Prof. Gianfranco Gensini, illustre luminare del panorama cardiologico italiano, una interazione attiva con il Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica dell'Università di Firenze con il quale abbiamo stilato un protocollo

di intesa che va avanti ormai da oltre due anni consentendo la realizzazione di questi due master di II livello. Il Master sullo Scompenso Cardiaco, notevolmente partecipato nello scorso anno, ha visto raddoppiare i suoi iscritti quest'anno con un impegno che ha permesso di portare all'interno dell'Università le migliori eccellenze cardiologiche dei soci ANMCO individuati come tutor del master per l'insegnamento di lezioni teorico - pratiche.

Una curiosità: al Mediterranean Cardiology Meeting da Lei organizzato, è ormai ospite fisso il più noto personaggio della Comunità Scientifica Cardiologica Mondiale, il maestro sui cui libri abbiamo studiato tutti noi, il Prof. Eugene Braunwald, regalando a tutti i partecipanti l'enorme emozione di vederlo dal vivo. All'ultima edizione congressuale la Sua lettura magistrale sullo Scompenso Cardiaco ha richiamato un'audience di partecipanti pari a 3 volte la capacità dell'enorme sala congressuale. Come ricorda l'emozione di aver ospitato a Catania una simile personalità?

Devo dire che il Prof. Eugene Braunwald fa parte del Comitato Scientifico del Mediterranean Cardiology Meeting dal primo anno in cui l'organizzai nel lontano 2003, benché non abbia partecipato a due edizioni per concomitanti impegni e per la venerabile età. Ospitarlo è per me sempre una forte emozione, considero la sua partecipazione al meeting un dono per me e per tutti i partecipanti per l'enorme arricchimento trasmesso dalle

sue letture. È un enorme piacere godere della sua conoscenza che mette a disposizione della comunità cardiologica partecipante ad MCM ed è un orgoglio che ciò si verifichi nella mia terra. Abbiamo vissuto momenti particolarmente intensi come quando, nel 2017, abbiamo rischiato il crollo del palco per la moltitudine di gente che si è riversata contemporaneamente dagli spalti per ottenere la foto con il professore, momento esaltante e di grande commozione anche per lui. Ogni volta che ci incontriamo ricordiamo con piacere questo momento, così come l'essere stato informalmente a cena con il Consiglio Direttivo ANMCO a Catania insieme a sua moglie e di aver vissuto e partecipato lo spirito e il feeling di una comunità cardiologica, quale è il mondo ANMCO, che riesce a fare scienza e formazione, ma con un tratto umano ed etico caratterizzante.

Ricoprendo la prestigiosa carica di Governor dell'Italy Chapter dell'American College of Cardiology si è reso promotore di iniziative di rilievo internazionale come la Jeopardy Game Session nel contesto del 48° e del 49° Congresso Nazionale ANMCO e dell'ACC Congress 2018 offrendo ai giovani vincitori l'opportunità non solo di partecipare al convegno americano ma addirittura di rappresentare la squadra italiana. Auspica per i giovani un maggior coinvolgimento nei percorsi scientifici internazionali quali quelli dell'ESC e dell'ACC? Ha in serbo altre sorprese?

La carica di Governor dell'Italy Chapter dell'ACC è una carica di

servizio che mi è stata affidata dalla Federazione Italiana di Cardiologia quando era in essere e che continuo a servire con grande impulso soprattutto per cercare di traghettare nei giovani il rapporto con i Fellow in training dell'American College of Cardiology e della Società Europea di Cardiologia. Non a caso siamo riusciti a concretizzare, grazie al vostro impegno di Area Giovani e della vostra infaticabile Chairperson - Fabiana Lucà - una presenza attiva all'interno dell'ESC che ha fatto sì che quest'anno 25 dei nostri giovani cardiologi siano stati ospiti all'ESC, integrando i soci dell'Area Giovani nel contesto dei Cardiologists of Tomorrow dell'ESC e dei Fellow in Training dell'ACC. Aver avuto l'orgoglio di creare e di portare una squadra di italiani con il supporto del Pennsylvania Chapter alla competizione più importante di giovani cardiologi a livello internazionale sicuramente fa onore alla Cardiologia dell'ANMCO ed alla Cardiologia Universitaria che ha contribuito con la partecipazione di due cardiologi. Mi permetta di aggiungere che mi sento profondamente appagato e felice per aver supportato l'Area Giovani nella scelta dei 4 giovani cardiologi che hanno partecipato alla 1st National Virtual Competition dello Young Group al recente Congresso ESC. Questi giovani cardiologi, che stimo e apprezzo personalmente, hanno dimostrato la propria superiorità scientifica e culturale classificandosi al primo posto, sbaragliando tutte le altre squadre, compresa la Germania che giocava in casa.

Lei rappresenta un importante modello da seguire per noi giovani cardiologi. Qual è il suo consiglio per il prosieguo della nostra carriera?

Io non mi sento un modello per i giovani cardiologi, mi considero semplicemente un cardiologo che ha puntato tanto su questa disciplina, che è molto innamorato della Cardiologia e che si è impegnato in prima persona, in modo importante, investendo soprattutto con l'anima e con il cuore. Al raggiungimento dei risultati contribuisce poi, come sempre nella vita, anche l'intervento delle circostanze fortuite. Posso dire quello che dico sempre alle mie figlie: non si può pensare di realizzare qualcosa destinata a lasciare un segno, senza sacrificio personale. L'impegno giornaliero quotidiano, le ore di lavoro che spesso non finiscono mai, il sacrificio del sabato, della domenica e la rinuncia a tanti momenti di svago sono gli ingredienti fondamentali per ottenere qualcosa e per far sì che delle idee che inizialmente potrebbero apparire pindariche, diventino alla fine concrete e si realizzino. Lo riscontro a tutti i livelli: chi non si impegna e non fa sacrifici, sperando di ottenere risultati senza approfondire un impegno personale, non riesce a raggiungere gli obiettivi prefissati e se ottiene dei risultati, questi finiscono per rivelarsi effimeri. Al contrario i giovani che si impegnano e fanno un po' di sacrifici alla fine arrivano alla meta. Forse anche io ero uno di quelli. ♥



Novità dal Congresso ESC 2018



A distanza di quasi due mesi dalla chiusura del Congresso ESC 2018 che si è tenuto a Monaco di Baviera dal 25 al 29 agosto 2018 tracciamo un bilancio del Congresso ed evidenziamo le principali novità. Il Congresso ha avuto 32.859 iscritti ed è ormai da alcuni anni il maggior congresso cardiologico di rilievo internazionale con la partecipazione di iscritti provenienti da ben 156 differenti nazioni. In 5 giorni sono stati presentati 4.500 abstract, 92 late breaking clinical study con 17 nuovi trial clinici, 6 aggiornamenti su trial clinici, 20 registri e le nuove linee guida ESC. I principali studi presentati al Congresso ESC 2018 sono

rappresentati da:

- MARINER
- CAMELLIA-TIMI 61
- ARRIVE
- ASCEND
- High STEACS
- MITRA FR
- POET (uno studio sull'endocardite infettiva con un possibile impatto sulla pratica clinica)
- ATTR-ACT
- SCOT-HEART

Lo Studio MARINER ha valutato l'utilizzo di una profilassi antitrombotica estesa con rivaroxaban 10 mg o placebo per 45 giorni in oltre 12.000 pazienti ad alto rischio di tromboembolismo venoso alla dimissione per malattia cronica. Lo studio randomizzato



I numeri del Congresso ESC 2018 Monaco di Baviera 25-29 Agosto 2018

- 32.859 iscritti da 156 differenti nazioni
- 4.500 abstract
- 92 "late breaking" clinical studies
- 17 nuovi trial clinici
- 6 aggiornamenti di trial clinici
- 20 registri
- 5 nuove linee guida ESC: sincope, ipertensione arteriosa, nuova definizione universale di infarto miocardico, rivascolarizzazione miocardica e malattie cardiovascolari in gravidanza

in doppio cieco e pubblicato sul NEJM non ha evidenziato una significativa riduzione degli eventi tromboembolici venosi o della mortalità ad essi correlata. Lo Studio CAMELLIA-TIMI 61, anch'esso pubblicato sul NEJM, ha arruolato 12.000 pazienti obesi con malattia aterosclerotica cardiovascolare o più fattori di rischio CV a ricevere lorcaserina (un inibitore selettivo della serotina capace di ridurre l'appetito) 10mg x 2/die o placebo per valutarne l'efficacia e la sicurezza CV. Ad un follow-up di oltre 3 anni il farmaco si è dimostrato sicuro ed ha portato ad una riduzione di peso di almeno il 5% in oltre il 38% dei trattati. Lo Studio ARRIVE è stato disegnato per valutare l'impatto della somministrazione quotidiana di aspirina sull'insorgenza di eventi cardiovascolari e sanguinamenti in una popolazione a rischio moderato (definito come rischio del 20-30% di primo evento cardiovascolare in 10 anni). Un totale di 12.546 pazienti sani provenienti da Gran Bretagna, Polonia, Germania, Italia, Irlanda, Spagna e Stati Uniti sono stati randomizzati a ricevere 100 mg die di aspirina o placebo. Dopo un follow up medio di 60 mesi, nell'analisi intention-to-treat (ITT) l'endpoint primario (la prima insorgenza di morte cardiovascolare, infarto del miocardio, angina instabile, ictus, attacco ischemico transitorio) è stato raggiunto in 269 pazienti (4,29%) del gruppo aspirina vs 281 (4,48%) del gruppo placebo (HR 0,96 95% CI da 0,81 a 1,13 p=0.60). Come commentato dal principale ricercatore, il

trattamento con aspirina 100 mg non ha ridotto l'insorgenza di eventi cardiovascolari maggiori in questo studio. Ciononostante, si sono registrati un numero minore di eventi cardiovascolari rispetto a quanto atteso, il che definisce la popolazione di questo studio come un gruppo a basso rischio cardiovascolare. Nello Studio ASCEND gli integratori a base di olio di pesce contenenti Omega 3 e l'aspirina non sono risultati efficaci nel prevenire l'insorgere di infarto del miocardio o ictus nei soggetti diabetici. Nello Studio High STEACS sono stati reclutati 48.282 pazienti con sospetta sindrome coronarica acuta provenienti da 10 Ospedali scozzesi, i quali sono stati sottoposti ad un esame standard per la misurazione dei livelli di troponina e un test ad alta sensibilità al momento dell'arrivo in pronto soccorso e successivamente, 6 o 12 ore dopo. Il trial mostra che l'introduzione di un test della troponina cardiaca ad alta sensibilità, con una soglia fissata al 99esimo percentile, aumenta il numero di diagnosi di infarto del miocardio ma non si associa a una riduzione degli infarti miocardici ricorrenti o delle morti cardiovascolari a un anno. Lo Studio MITRA-FR è uno studio multicentrico francese che ha randomizzato i pazienti con insufficienza mitralica grave secondaria nel contesto di uno scompenso cardiaco con FE ridotta (tra 15 e 40%) a ricevere un trattamento percutaneo con MitraClip o solo terapia medica. Ad un anno non si sono registrate differenze significative

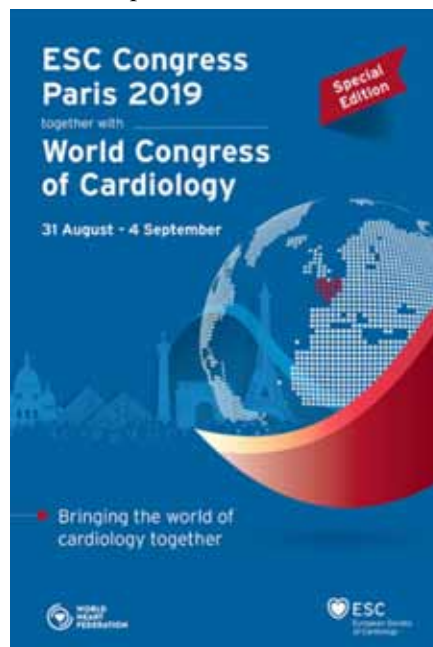
di mortalità o ospedalizzazioni per scompenso. Lo Studio POET ha valutato la possibilità di utilizzare la terapia antibiotica orale per ridurre i tempi di ospedalizzazione dell'endocardite infettiva. Lo studio ha infatti indagato la possibilità di somministrare in forma orale, e quindi non necessariamente in un contesto ospedaliero, parte degli antibiotici necessari a combattere l'infezione. In particolare, dopo 10 giorni di trattamento con antibiotici somministrati per via endovenosa, 400 pazienti sono stati randomizzati per ricevere una terapia antibiotica orale (dopo dimissioni) o restare in Ospedale e continuare quella per endovena. Al termine del trattamento, i soggetti sono stati seguiti per 6 mesi. L'endpoint composito – costituito da mortalità per tutte le cause, chirurgia cardiaca non programmata, eventi embolici e recidiva dell'infezione – è stato riscontrato nel 10,5% dei pazienti, senza differenze significative tra i due gruppi. Il protocollo che prevedeva la somministrazione orale nella seconda parte della terapia antibiotica si è quindi dimostrato non inferiore, in termini di efficacia di sicurezza, rispetto a quello standard. Lo Studio ATTR-ACT ha evidenziato che è finalmente disponibile un trattamento efficace per la cardiomiopatia amiloidotica correlata alla transtiretina. Lo studio ha randomizzato 441 pazienti di 48 centri in 13 Paesi a tafamidis 80 mg die, tafamidis 20 mg die, o placebo per 30 mesi. Nei due gruppi tafamidis – indipendentemente dal dosaggio – si è registrata una riduzione significativa dei decessi (29,5% vs 42,9%) e dei ricoveri per



patologie cardiovascolari (52,3% vs 60,5%) rispetto al gruppo placebo ($p=0.0006$). Migliorata anche la qualità di vita e sensibilmente rallentato il declino delle performance fisiche. Tafamidis agisce stabilizzando la transtiretina, prevenendo la formazione di fibre amiloidi, e nell'UE è approvata per la polineuropatia familiare amiloide da transtiretina. Lo Studio SCOT-HEART ha valutato in modo prospettico due diverse strategie di comportamento nell'angina stabile dimostrando la possibilità di ridurre mortalità ed infarto cardiaco non fatale se si esegue una coroTC che consentirebbe una migliore intensificazione della terapia medica senza determinare un maggior numero di angiografie coronariche e rivascolarizzazioni. Le nuove Linee Guida ESC 2018 presentate al congresso hanno riguardato i seguenti temi:

- Sincope (Eur Heart J. 2018 Jun 1;39(21):1883-1948).
- Ipertensione arteriosa (Eur Heart J. 2018 Sep 1;39(33):3021-3104).
- Quarta definizione universale di infarto miocardico (Eur Heart J. 2018 Aug 25. doi: 10.1093/eurheartj/ehy462).
- Rivascolarizzazione miocardica (Eur Heart J. 2018 Aug 25.

brevemente trattati nei prossimi numeri della rubrica. I materiali relativi al Congresso ESC 2018 sono disponibili online (<https://www.escardio.org/Congresses-&Events/ESC-Congress>) per tutti i membri ESC. Sono disponibili le daily news, video, diapositive ed abstract.



Il prossimo Congresso ESC si terrà al Parigi dal 31 agosto al 4 settembre 2019 e sarà congiunto al Congresso Mondiale di Cardiologia. Il Congresso si svolgerà al nuovo Centro Congressi di Parigi a soli 15 minuti dalla torre Eiffel. ♥

doi: 10.1093/eurheartj/ehy394. [Epub ahead of print].

- Malattie cardiovascolari in gravidanza (Eur Heart J. 2018 Sep 7;39(34):3165-3241). I messaggi chiave delle Linee Guida ESC 2018 verranno

Bibliografia

- Spyropoulos AC, et al. MARINER Investigators. Rivaroxaban for Thromboprophylaxis after Hospitalization for Medical Illness. N Engl J Med. 2018 Aug 26. doi: 10.1056/NEJMoa1805090. [Epub ahead of print].
- Bohula EA, et al. CAMELLIA-TIMI 61 Steering Committee and Investigators. Cardiovascular Safety of Lorcaserin in Overweight or Obese Patients. N Engl J Med. 2018 Aug 26. doi: 10.1056/NEJMoa1808721. [Epub ahead of print].
- Gaziano JM, et al. ARRIVE Executive Committee. Use of aspirin to reduce risk of initial vascular events in patients at moderate risk of cardiovascular disease (ARRIVE): a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. Lancet. 2018 Aug 24. pii: S0140-6736(18)31924-X. doi: 10.1016/S0140-6736(18)31924-X. [Epub ahead of print].
- ASCEND Study Collaborative Group. Effects of Aspirin for Primary Prevention in Persons with Diabetes Mellitus. N Engl J Med. 2018 Aug 26. doi: 10.1056/NEJMoa1804988. [Epub ahead of print].
- Shah ASV, et al. High-STEACS Investigators. High-sensitivity troponin in the evaluation of patients with suspected acute coronary syndrome: a stepped-wedge, cluster-randomised controlled trial. Lancet. 2018 Aug 24. pii: S0140-6736(18)31923-8. doi: 10.1016/S0140-6736(18)31923-8. [Epub ahead of print].
- Obadia JF, et al. MITRA-FR Investigators. Percutaneous Repair or Medical Treatment for Secondary Mitral Regurgitation. N Engl J Med. 2018 Aug 27. doi: 10.1056/NEJMoa1805374. [Epub ahead of print] PubMed PMID: 30145927.
- Iversen K, et al. Partial Oral versus Intravenous Antibiotic Treatment of Endocarditis. N Engl J Med. 2018 Aug 28. doi: 10.1056/NEJMoa1808312. [Epub ahead of print].
- Maurer MS, et al. ATTR-ACT Study Investigators. Tafamidis Treatment for Patients with Transthyretin Amyloid Cardiomyopathy. N Engl J Med. 2018 Sep 13;379(11):1007-1016. doi: 10.1056/NEJMoa1805689. Epub 2018 Aug 27.
- SCOT-HEART Investigators, Coronary CT Angiography and 5-Year Risk of Myocardial Infarction. N Engl J Med. 2018 Sep 6;379(10):924-933. doi: 10.1056/NEJMoa1805971. Epub 2018 Aug 25.



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	
GISSI Outliers CAPIRE (osservazionale)	11	800	544	5 anni	chiuso	Newsletter
COMPASS in collaborazione con Population Health Research Institute, Hamilton	22 (608)	1.100 (27.400)	1.072 (27.402)	Event driven	chiuso	
COMPASS-LTOLE	14 (389)	NA	173 (8.430)	Fino a un max di 3 anni	In corso	
HPS3-REVEAL In collaborazione con Oxford University	26 (444)	1.820 (30.000)	1.660 (30.624)	Event driven	chiuso	
HPS3-REVEAL PTFU	26 (444)	NA	1.660 (30.624)	2 anni	chiuso	
ISCHEMIA In collaborazione con New York University	14 (351)	378 (5.000-6.000)	146 + 62 CKD (5.179 + 777 CKD)	Fino a 31-12-2018	chiuso	
DYDA 2 Trial In collaborazione con Associazione Medici Diabetologi	15	186	188	48 settimane	chiuso	
COLCOT In collaborazione con il Montreal Health Institute	19 (164)	750 (4.500)	539 (4.746)	Event driven	in corso	
POSTER (osservazionale) In collaborazione con Fondazione SISA (Società Italiana per lo studio dell'Arteriosclerosi)	82	6.000	5.412	No follow-up	in corso	
BLITZ-HF (osservazionale)	123	1 ^a fase 2.500	4.213	1 anno	chiuso	
		2 ^a fase 2.500	3.356	1 anno		
Registro G-CHF (osservazionale)	9 (264)	750 (25.000 circa)	304 (19.191)	24 mesi	In corso	
COPE (osservazionale)	105	5.000	383	30 giorni	In corso	

■ 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



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
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

FOCUS ON

Studio BLITZ-HF

Steering Committee: M.G. Gulizia (Chairman); A. Di Lenarda (Co-Chairman); F. Oliva (Co-Chairman); N. Aspromonte; G. Di Tano, A. Mortara.

Lo studio BLITZ-HF, ha come obiettivo principale quello di migliorare il livello di aderenza alle raccomandazioni delle attuali linee guida ESC sia nei pazienti con AHF che CHF inclusi nei centri partecipanti ed è organizzato in 4 step:

- 1) arruolamento (Blitz-HF Prima Fase) per un periodo di tre mesi;
- 2) IM di formazione ai Ricercatori sulla base dei dati della Prima fase;
- 3) ulteriore periodo di arruolamento (Blitz-HF Terza

Fase) di tre mesi, cui poteva partecipare solo chi aveva ammesso pazienti nella Prima Fase;
4) follow-up a 6 e 12 mesi dei pazienti inclusi nella Prima e Terza Fase.

Ai Centri che completeranno tutti e 4 gli step, con il vincolo di ammettere almeno 30 pazienti in entrambe le fasi di arruolamento, partecipare agli IM di Formazione, ottenere una completezza al follow-up a 12 mesi di oltre il 95% per entrambe le fasi, sarà rilasciata la Certificazione Blitz-HF.

Le due fasi di arruolamento si sono svolte nei periodi marzo-agosto 2017 (non tutti i Centri sono stati attivati assieme) e gennaio-aprile 2018, producendo i seguenti risultati: 4213 pazienti nella Prima

Fase (83.8 CHF e 16.3% AHF) da 123 Centri; 3356 nella Terza Fase (72.4% CHF e 27.6% AHF) da 106 Centri. Considerando i 106 Centri che hanno arruolato in entrambe le fasi, la popolazione della Prima Fase si riduce a 3921 pazienti (84.1% CHF e 17.9% AHF).
In occasione del 49° Congresso Nazionale ANMCO è stato presentato il confronto tra i dati basali preliminari della Prima e Terza Fase. È in corso sia la risoluzione delle ultime queries sui dati basali che la registrazione del follow-up dei pazienti da parte dei Centri partecipanti. Il follow-up a 12 mesi si concluderà per l'ultimo paziente ad aprile 2019. ♥



Domenico Gabrielli

PRESIDENTE

DOMENICO GABRIELLI

Direttore U.O. di Cardiologia
Ospedale Civile Augusto Murri
Via Augusto Murri, 9 - 63900 Fermo
Tel. 0734/625432 - Fax 0734/6252388
presidente_1820@anmco.it



Pasquale Caldarola

VICE-PRESIDENTE

PASQUALE CALDAROLA

Direttore - Cardiologia-UTIC
Ospedale San Paolo
Via Caposcardicchio, 1 - 70123 Bari
Tel. 080/5843491 - Fax 080/5843433
pascald@libero.it



Adriano Murrone

VICE-PRESIDENTE

ADRIANO MURRONE

Direttore U.O.C. Cardiologia-UTIC
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



Andrea Di Lenarda

PAST-PRESIDENT

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



Furio Colivicchi

PRESIDENTE DESIGNATO

FURIO COLIVICCHI

Direttore Facente Funzione U.O.C.
Cardiologia
Presidio Ospedaliero San Filippo Neri
ASL Roma 1
Via Giovanni Martinotti, 20 - 00135 Roma
Tel. 06/33062294 - Fax 06/33062489
segreteria.colivicchi@gmail.com



Serafina Valente

SEGRETARIO GENERALE

SERAFINA VALENTE

Direttore U.O.C. Cardiologia Ospedaliera
AOU Senese Ospedale S. Maria alle Scotte
Viale Mario Bracci, 13 - 53100 Siena
Tel. 0577/585721 - Fax 0577/585339
seravalente@gmail.com



Loris Roncon

TESORIERE

LORIS RONCON

Direttore U.O.C. Cardiologia
Ospedale Santa Maria della Misericordia
Viale Tre Martiri, 140 - 45100 Rovigo
Tel. 0425/393286
roncon.loris@gmail.com



Vincenzo Amodeo

CONSIGLIERE

VINCENZO AMODEO

Direttore F.F. - U.O. di Cardiologia
Ospedale santa Maria degli Ungheresi
Via Montegrappa - 89024 Polistena (RC)
Tel. 0966/942279-942281 - Fax 0966/943706
enzoamodeo55@libero.it



Giuseppina Maura Francese

CONSIGLIERE

GIUSEPPINA MAURA FRANCESE

Dirigente Medico - U.O.C. di Cardiologia
Ospedale Garibaldi-Nesima - Azienda Rilievo Nazionale e Alta Specializzazione "Garibaldi"
Via Palermo, 610 - 95122 Catania
Tel. 095/7598506 - Fax 095/7598522
maurafrancese@virgilio.it



Nadia Aspromonte

CONSIGLIERE

NADIA ASPROMONTE

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



Massimo Imazio

CONSIGLIERE

MASSIMO IMAZIO

Dirigente Medico - Cardiologia - A.O.U.
Città della Salute e della Scienza
Corso Bramante, 88 - 10126 Torino
Tel. 011/6335538
massimo_imazio@yahoo.it



Manlio Cipriani

CONSIGLIERE

MANLIO CIPRIANI

Dirigente Medico - Cardiologia 2
Insufficienza Cardiaca e Trapianti
Dipartimento Cardiotoracovascolare
"A. De Gasperis"
ASST Grande Ospedale Metropolitano
Niguarda-Ca' Grande
Piazza Ospedale Maggiore, 3 - 20162 Milano
Tel. 02/64442569 - Fax 02/64447791
manlio.cipriani@ospedaleniguarda.it



Fortunato Scotto di Uccio

CONSIGLIERE

FORTUNATO SCOTTO DI UCCIO

Dirigente Medico
Cardiologia-UTIC-Emodinamica
Ospedale del Mare
Via Enrico Russo - 80147 Napoli
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 - Fax 010/8498317
stefano.domenicucci@asl3.liguria.it



Stefano Urbinati

CONSIGLIERE

STEFANO URBINATI

Direttore U.O. di Cardiologia
Ospedale Bellaria
Via Altura, 3 - 40139 Bologna
Tel. 051/6225241 - Fax 051/6225725
stefano.urbinati@ausl.bo.it

Cronicità in Cardiologia: quali opportunità per la Cardiologia?

Cronicità in Cardiologia: quale ruolo per ANMCO nella gestione dei nuovi modelli assistenziali proposti dalle istituzioni?

Presa in carico dei pazienti con cardiopatia cronica. Problema vecchio o nuovo?

Il progressivo miglioramento del trattamento delle fasi acute di malattia ne ha significativamente ridotto la mortalità ma ha contestualmente incrementato la prevalenza di patologie croniche che, secondo i dati del CENSIS, riguarda attualmente circa il 38% della popolazione residente in Italia. Lo

scompenso cardiaco rappresenta la principale cronicità cardiologica e comporta notevoli implicazioni economiche e importanti ricadute organizzative ed operative per la Cardiologia ospedaliera.

Il Piano Nazionale e i piani regionali della Cronicità

Il Piano Nazionale della Cronicità⁽¹⁾ ha stabilito nuove regole per la

gestione operativa delle principali patologie croniche con la finalità di ridurre i costi migliorandone nel contempo l'appropriatezza. Sulla base di tale normativa ed anche di comprensibili esigenze di bilancio diverse regioni italiane hanno elaborato piani di gestione delle cronicità ad hoc le cui principali novità sono rappresentate da:

Lo scompenso cardiaco rappresenta la principale cronicità cardiologica e comporta notevoli implicazioni economiche e importanti ricadute organizzative ed operative per la Cardiologia ospedaliera. Il Piano Nazionale della Cronicità e la successiva elaborazione dei piani regionali per la gestione delle cronicità rappresentano una sfida organizzativa per la Cardiologia ospedaliera su cui l'ANMCO può e deve poter incidere in modo fattivo.



Tabella 1.
Chronic Related Groups (CReG)

Sistema di classificazione delle malattie croniche, in categorie (ca. 250 classi):

- clinicamente significative
- omogenee per assorbimento di risorse sanitarie
- che tengono conto della comorbidità

Prevede una remunerazione forfettaria della presa in carico dei pazienti

Ruolo del Gestore del CReG:

- Responsabile del governo clinico e debito informativo
- Gestisce il Piano Assistenziale Individuale (PAI)
- Offre servizi 24 h/365 gg (apparecchiature, farmaci, trasporti, telemedicina)
- Provvede e coordina i Case Manager e gestisce i dati sanitari
- Garantisce la qualità del servizio

Scelta del Gestore

- Prima fase: medico di medicina generale (MMG)
- Seconda fase: Unità Complessa Cure Primarie (UCCP), Casa della Salute, Presidi Ospedalieri Territoriali, RSA, ecc
- Terza fase: qualunque soggetto erogatore che garantisce il servizio CReG e ne ha i requisiti

Mauro Agnello, Direzione Generale Salute Regione Lombardia, 2014

applicazione di specifici codici per il riconoscimento clinico e amministrativo delle cronicità, i cosiddetti Chronic Related Groups (CReG) (Tabella 1), la creazione di uno specifico Piano di Assistenza Individuale (PAI) per ciascuna cronicità, la possibilità di attribuire - a seconda dell'orientamento delle diverse regioni - la organizzazione e controllo del PAI a soggetti pubblici o privati definiti Gestori. I CReG riconoscono attualmente circa 250 classi di cronicità che

tengono conto dell'omogeneità di assorbimento di risorse e delle comorbidità, prevedendo una remunerazione forfettaria per la presa in carico dei pazienti. Al Gestore del CReG sono attribuite responsabilità di governo clinico, di garanzia di erogazione del PAI con adeguati standard di qualità, di controllo dei dati sanitari. Il Piano Nazionale della Cronicità prevede la possibilità di graduare la implementazione di gestione delle cronicità partendo dai medici di

medicina generale fino a soggetti gestori non necessariamente coinvolti in modo istituzionale nel Servizio Sanitario Nazionale.

Modelli di gestione regionale della cronicità

A titolo esemplificativo, sintetizziamo di seguito alcuni differenti modelli di gestione regionale delle cronicità. La Regione Lombardia, con la Delibera N. 6164 del 30 gennaio 2017⁽²⁾, ha emanato precise indicazioni per la gestione delle cronicità, distinguendone 5 diverse Classi in base alla loro prevalenza e ai bisogni assistenziali (Tabella 2). La proposta di un modello di gestione della cronicità basato sull'applicazione del PAI è stata preceduta da uno studio pilota che ha coinvolto 484 medici di medicina generale operanti in 5

La rivoluzione copernicana della gestione della cronicità in Italia richiede adeguate competenze organizzative per garantire appropriata assistenza ai pazienti e riconosciute competenze ai Cardiologi ospedalieri

	N° Pazienti/ Utenti	DOMANDA	BISOGNI	PERTINENZA PREVALENTE
Livello 1	150.000	Fragilità clinica e/o funzionale con bisogni prevalenti di tipo ospedaliero, residenziale, assistenziale a domicilio	Integrazione dei percorsi ospedale/domicilio/riabilitazione/sociosanitario	Struttura di erogazione Strutture sanitarie e socio sanitarie pubbliche e private accreditate
Livello 2	1.300.000	Cronicità poli-patologica con prevalenti bisogni extra-ospedalieri, ad alta richiesta di accessi ambulatoriali integrati/ <i>frequent users</i> e fragilità sociosanitarie di grado moderato	Coordinamento e promozione del percorso di terapia (prevalentemente farmacologica e di supporto psicologico - educativo) e gestione proattiva del <i>follow-up</i> (più visite ed esami all'anno)	Struttura di erogazione e MMG Strutture sanitarie e socio sanitarie pubbliche e private accreditate MMG in associazione
Livello 3	1.900.000	Cronicità in fase iniziale, prevalentemente mono-patologica e fragilità sociosanitarie in fase iniziale, a richiesta medio- bassa di accessi ambulatoriali integrati e/o domiciliari / <i>frequent users</i>	Garanzia di percorsi ambulatoriali riservati/di favore e controllo e promozione dell'aderenza terapeutica	Territorio (MMG proattivo)
Livello 4	3.000.000	Soggetti 'non cronici' che usano i servizi in modo sporadico (prime visite/accessi ambulatoriali veri)	Accessibilità a tutte le Agende ambulatoriali disponibili sul territorio	Territorio (MMG)
Livello 5	3.500.000	Soggetti che non usano i servizi, ma sono comunque potenziali utenti sporadici	Sono solo 'potenziali utenti'	Territorio (MMG)

*Tabella 2. Piano Regionale della Cronicità in Lombardia
Prevalenza e bisogni assistenziali dei pazienti cronici*

ASL della regione per un totale di 103.986 pazienti cronici di cui 61.901 effettivamente arruolati. Questa tipologia di gestione, basata sui CReG e sul PAI, rispetto a quella "tradizionale" ha prodotto una significativa riduzione della necessità di ricoveri ospedalieri o dell'invio in pronto soccorso (Figura 1). La Regione Lombardia ha successivamente emesso un bando per il riconoscimento dei possibili **Gestori dei PAI**, all'inizio fortemente contrastato dalle associazioni scientifiche e sigle sindacali dei medici di medicina generale, potenzialmente relegati

ad un ruolo di "informati" sulla evoluzione della patologia cronica gestita da operatori riconosciuti come gestori: la delibera della Regione Lombardia specifica in tal senso che *"il Gestore, qualora diverso dal Medico di Medicina Generale (MMG), lo informa dell'avvenuta presa in carico del suo assistito e del relativo PAI consultabile in qualsiasi momento tramite il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE); il Medico di Medicina Generale può eventualmente integrare il PAI, provvedendo a darne informativa al Gestore, ma non modificarlo essendo la responsabilità del PAI in capo al Gestore"*. A seguito del rigetto dei

diversi ricorsi presentati in sede legale dalla medicina generale della Lombardia (in data 15 settembre 2017 il TAR ha respinto la legittimità dei diversi ricorsi presentati da altrettante sigle sindacali di medicina generale), numerosi medici di medicina generale di questa regione si sono organizzati in cooperative per la gestione dei diversi PAI nei pazienti affetti da patologie croniche. Nell'ambito di questo modello operativo e per le Classi clinicamente meno impegnative di cronicità, il ruolo delle strutture pubbliche viene per lo più sottinteso o non citato, mentre se ne riconosce la funzione per le fasi clinicamente più gravi o in presenza di temporanea instabilità clinica (Tabella 2). Questo può comportare un elemento di



	Coorte CReG - Arruolabili	Coorte CReG - Arruolati	Non arruolabili (MMG non CReG)
3-Scompensati	10,816 (10.40)	6,080 (9.82)	48,492 (10.14)
4-BPCO	5,964 (5.74)	3,502 (5.66)	27,922 (5.84)
5-Cardio-vascolopatici	25,646 (24.66)	15,547 (25.12)	117,248 (24.53)
6-Insufficienza renale	683 (0.66)	342 (0.55)	3,355 (0.70)
7-Diabete ID	1,546 (1.49)	771 (1.25)	8,109 (1.70)

Outcome: rischio di accesso in PS

3-Scompensati	0.90	0.87, 0.92	<0.001
4-BPCO	0.88	0.84, 0.91	<0.001
5-Cardio-vascolopatici	0.91	0.90, 0.93	<0.001
6-Insufficienza renale	1.11	0.98, 1.26	0.099
7-Diabete ID	0.84	0.77, 0.92	<0.001

Outcome: rischio di ricovero

3-Scompensati	0.82	0.79, 0.85	<0.001
4-BPCO	0.88	0.84, 0.93	<0.001
5-Cardio-vascolopatici	0.89	0.86, 0.91	<0.001
6-Insufficienza renale	0.99	0.83, 1.17	0.907
7-Diabete ID	0.75	0.66, 0.86	<0.001

Figura 1. Sperimentazione dei CReG in 5 ASL Regione Lombardia (484 MMG, 2013)

discontinuità assistenziale e di non adeguata integrazione tra Ospedale e Territorio se si tiene conto del possibile coinvolgimento di gestori non necessariamente rappresentati dalla medicina generale. Di converso, la gestione della cronicità in Emilia Romagna attribuisce maggiore valenza alle istituzioni sanitarie pubbliche: si fa maggiore riferimento ai distretti socio-sanitari, alle strutture ambulatoriali delle ASL e alla medicina generale in un contesto che appare più vicino a quello attuale. Viene considerato l'intervento di erogatori privati

che fanno tuttavia maggiore riferimento alle strutture sanitarie pubbliche. In Toscana da molti anni la Medicina Generale ha attuato un progetto di sanità di iniziativa in collaborazione con la Regione che riguarda, tra le altre cronicità, anche lo scompenso cardiaco. Nel nuovo accordo con la Medicina Generale la gestione delle cronicità avverrà in modo differenziato a seconda della complessità clinica del paziente: da un lato con PAI per i pazienti più complessi, dall'altro con programmi di sanità d'iniziativa più generali quali i PDTA. La

Medicina Generale si sta quindi organizzando per svolgere un ruolo preminente nella gestione della cronicità nell'ambito dei diversi possibili scenari di applicazione del Piano di Cronicità (AFT, Case della Salute), candidandosi al ruolo di centri di responsabilità, governo della domanda e gestione del percorso assistenziale. Uno scenario simile si sta configurando anche nella Regione Lazio con un disegno organizzativo che prevede un modello unico e uniforme di Unità di Cure Primarie con copertura assistenziale nei giorni festivi e prefestivi e gestione strutturata delle cronicità attraverso l'attivazione del fascicolo sanitario elettronico e del profilo sanitario sintetico redatto dal Medico di Medicina Generale.

Possibili criticità nell'applicazione del Piano Cronicità

Ad oggi solo parte delle regioni italiane ha approntato un Piano della Cronicità Regionale ed è possibile che si evidenzino orientamenti operativi diversi da quelli sopra riportati a titolo esemplificativo. Sono tuttavia ipotizzabili alcune principali criticità nella loro applicazione: per quanto riguarda la Cardiologia, una possibile generalizzazione dell'assistenza al paziente con scompenso cardiaco affidata a gestori profit accreditati sulla base di criteri di offerta economica

che potrebbero non risultare adeguatamente rispondenti a criteri di personalizzazione dell'assistenza e di medicina di precisione. Ci si chiede inoltre quali saranno le modalità di verifica di aderenza alle Linee Guida e raccomandazioni delle Società Scientifiche sulla gestione dello scompenso cardiaco e delle sue

a salvaguardia dell'efficacia ed efficienza di tali percorsi, del continuo loro aggiornamento in accordo con la rapida evoluzione diagnostica e terapeutica nello scompenso cardiaco. La divulgazione e aggiornamento di appositi documenti di consenso⁽³⁾ e l'attivazione di percorsi formativi specifici, quali il Master sullo

percorsi assistenziali ed elevato senso etico e professionale, non devono trascurare le fasi di cronicità dello scompenso ma considerarle parte importante di un percorso assistenziale che li veda coordinatori culturali e gestori attivi delle fasi più delicate di malattia. Ci piace concludere citando quanto espresso da Gilberto Gentili sul numero di Sole 24 ore Sanità del 17 luglio: *“Nella presa in carico della cronicità la funzione di leadership non può essere svolta in maniera continuativa della stessa persona: può e deve essere una leadership a geometria variabile ascrivibile alle fasi della malattia, cioè preclinica, clinica, terminale”*⁽⁴⁾. A tale proposito non è pensabile che la nostra Associazione non svolga un ruolo di indirizzo strategico nei confronti dei modelli sanitari delle Regioni su una problematica così importante quale lo scompenso cardiaco. ♥

Conoscere le nuove regole del gioco può aiutare i giovani Cardiologi di oggi ad affrontare da protagonisti la gestione della cronicità del domani

frequenti comorbidità. Le possibili differenze tra i programmi regionali mettono in dubbio lo stesso spirito ispiratore del Servizio Sanitario Nazionale e l'applicazione di una vera rete integrata e condivisa di cura che è invece alla base dell'assistenza a pazienti la cui patologia alterna fasi di relativa stabilità a fasi che clinicamente necessitano di ricovero ospedaliero. L'applicazione di budget predefiniti, potenzialmente gestibili da soggetti privati, rende necessario un attento controllo della qualità dei percorsi di assistenza che solo i soggetti sanitari pubblici o accreditati possono svolgere in sintonia con i medici di medicina generale; in questo l'ANMCO può e deve svolgere un ruolo cruciale

Scompenso Cardiaco promosso dall'ANMCO, oltre alla funzione di certificare la formazione del personale sanitario - medico ed infermieristico - alla gestione clinica di una patologia complessa, devono rappresentare un mezzo importante per stimolare una visione critica e costruttiva sui modelli organizzativi extra-ospedalieri oggi proposti nelle varie regioni e sulle iniziative che possono rafforzare rapporti di reciproci scambi con le istituzioni regionali per garantirne un'adeguata qualità. I colleghi Cardiologi più giovani che nel mondo ANMCO si stanno distinguendo per costruttivo entusiasmo, notevole preparazione culturale, elaborazione di proposte concrete per il miglioramento dei

Bibliografia

- 1) Ministero della Salute, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria. Piano Nazionale della Cronicità, 15 settembre 2016.
- 2) Giunta Regionale della Lombardia, Delibera 6164 del 30 gennaio 2017.
- 3) Aspromonte N. et al. Documento di Consenso ANMCO/SIC. La Rete Cardiologica per la cura del malato con scompenso cardiaco: organizzazione dell'assistenza ambulatoriale. G Ital Cardiol 2016.
- 4) Gentili G. Cronicità, nella gestione del paziente vincono la «leadership connettiva» e la presa in carico innovativa. Sole 24 Ore Sanità, 17 luglio 2018.



Continuità e Innovazioni future

Il WEB, ad oggi, è uno strumento imprescindibile all'interno di una strategia di comunicazione aziendale efficace e performante. La strada giusta per utilizzare internet in modo strategico è quello di sfruttarne le potenzialità tramite una comunicazione integrata, puntando a coinvolgere i nuovi Soci ANMCO e aggiornare chi conosce già i canali istituzionali. Partendo da questi presupposti possiamo dire che il nostro Sito WEB, ha già subito una prima opera di innovazione nel biennio 2014 - 2016 sotto la guida del Dott. Gianfranco Alunni e successivamente altri cambiamenti sono stati realizzati nel biennio 2016 - 2018, appena conclusi, dalla Dott.ssa Giovanna Geraci e dal Dott. Guerrino Zuin. Ed è proprio grazie al loro impegno ed intuizione, ai quali siamo molto riconoscenti, che nella nuova versione del Sito WEB ANMCO si è notato una serie di cambiamenti nella Home Page: facile accesso ai Documenti di Consenso, agli Atti del Congresso Nazionale, ma soprattutto ampio spazio alle sezioni dedicate alle Aree, alle Task Force e alle Regioni che puntualmente hanno vivacizzato il nostro Sito. Inoltre sono state create delle nuove sezioni fra cui quella dedicata alle Top News, alle Linee Guida, alle Survey. Nel mese di agosto è stata formalizzata la composizione della Commissione per il Sito WEB per il nuovo biennio 2018 - 2020, così

come definito in sede di Consiglio Direttivo, nel corso della riunione del 19 e 20 luglio scorsi. Sono stati nominati: il Dott. Fortunato Scotto di Uccio in qualità di Editor e la Dott.ssa Giuseppina Maura Francese in qualità di Co - Editor del Sito WEB, mentre quali componenti della Commissione per il Sito WEB sono stati individuati i Dottori Nadia Aspromonte, Marco Di Maio, Stefano Domenicucci, Annamaria Iorio, Christos Katsanos, Fabiana Lucà, Giuseppe Modugno e Francesco Vigorito. Il nostro obiettivo è quello di portare avanti tutte le iniziative già avviate dai colleghi che ci hanno preceduto ma anche di arricchire il nostro Sito con delle novità che hanno l'obiettivo di rendere ancora più interattivo questo mezzo di comunicazione. Le statistiche del Sito WEB ANMCO sono già decisamente soddisfacenti, ma il nostro compito sarà anche quello di attestarle su valori ancora più lusinghieri. I dati raccolti nel semestre 1 marzo/31 agosto 2018 indicano: 70.911 accessi; 291.768

pagine viste; 125.149 utenti (Figure 1 - 4). Al momento si stanno ipotizzando delle proposte con lo scopo di ampliare l'Home Page e lo spazio dedicato ad Aree, Task Force e Regioni, implementazione della Bacheca e, perché no, intensificare l'uso di Facebook e Twitter per far conoscere in tempo reale ai tanti colleghi quelle che sono le attività dell'ANMCO. Tutto ciò si potrà realizzare grazie al sostegno ed instancabile lavoro giornaliero del Dipartimento Comunicazione&Cultura ANMCO, guidato da Simonetta Ricci con la collaborazione di Luana Di Fabrizio, ma anche grazie al supporto tecnico dello Staff di CnC. Concludiamo ricordando che il Sito WEB è un bene per tutta la comunità dell'ANMCO e pertanto invitiamo tutti i Soci a collaborare vivacemente alle varie iniziative, ma di essere anche propositivi, perché: *<<La perseveranza è ciò che rende l'impossibile possibile, il possibile probabile e il probabile certo>>*
Daive Nicola.
 Buon lavoro a tutti. ♥

Report dal 01/03/18 al 31/08/18
70.911: accessi
291.768: pagine viste
125.149: utenti*

**Fonte Google Analytics - https://analytics.google.com/analytics/web/#/report/visitors-overview/a52491568w91804846p95559016/_u.date00=20180301&_u.date01=20180831&overview-graphOptions.selected=analytics.nthMonth*

Figura 1

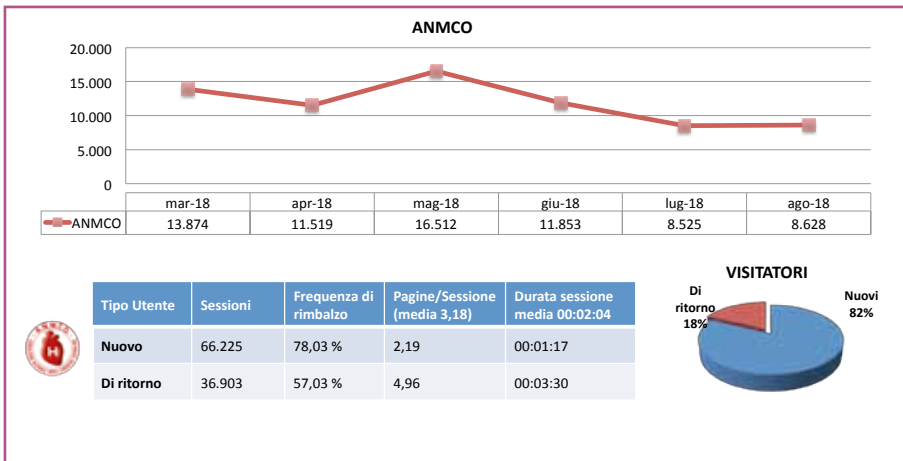


Figura 2
Accessi dal 01/03/18 al 31/08/18



Figura 3
Pagine viste dal 01/03/18 al 31/08/18

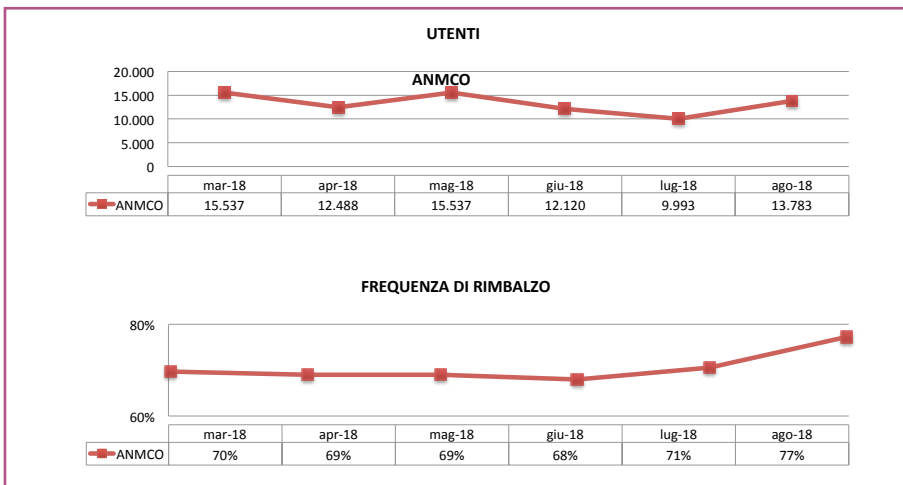


Figura 4
Utenti dal 01/03/18 al 31/08/18



AREA ARITMIE

Chairperson

Achille Giardina (Cagliari)

Co - Chairperson

Massimo Zecchin (Trieste)

Comitato di Coordinamento

Raimondo Calvanese (Napoli)

Mauro Raimondo Serafino Pisano (Sassari)

Alessio Poggi (Teramo)

Pietro Rossi (Roma)

www.anmco.it/pages/entra-in-anmco/aree-anmco/area-aritmie



AREA CARDIOCHIRURGIA

Chairperson

Leonardo Patanè (Pedara - CT)

Co - Chairperson

Marco Di Eusanio (Ancona)

Comitato di Coordinamento

Antonio Miceli (Milano)

Andrea Montalto (Roma)

Antonino Salvatore Rubino (Napoli)

Carlo Savini (Bologna)

www.anmco.it/pages/entra-in-anmco/aree-anmco/area-cardiochirurgia



AREA CARDIOIMAGING

Chairperson

Paolo Giuseppe Pino (Roma)

Co - Chairperson

Antonella Maurizia Moreo (Milano)

Comitato di Coordinamento

Erika Bertella (Cremona)

Marco Campana (Brescia)

Benedetta Carla De Chiara (Milano)

Vincenzo Guido (Ostia Lido - RM)

www.anmco.it/pages/entra-in-anmco/aree-anmco/area-cardioimaging



AREA EMERGENZA - URGENZA

Chairperson

Emilio Di Lorenzo (Avellino)

Co - Chairperson

Roberta Rossini (Cuneo)

Comitato di Coordinamento

Giorgio Caretta (La Spezia)

Chiara Fraccaro (Padova)

Claudio Larosa (Andria - BT)

Daniela Lina (Parma)

www.anmco.it/pages/entra-in-anmco/aree-anmco/area-emergenza-urgenza



AREA GIOVANI

Chairperson

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



AREA MALATTIE DEL CIRCOLO POLMONARE

Chairperson ad interim

Marco Vatrano (Catanzaro)
Co - Chairperson
 Marco Vatrano (Catanzaro)

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

Comitato di Coordinamento

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



AREA NURSING

Chairperson Medico ad interim

Doriana Frongillo (Frascati - RM)
Co - Chairperson Medico ad interim
 Doriana Frongillo (Frascati - RM)

Comitato di Coordinamento

Vincenzo Amodeo (Polistena - RC)
 Stefano Aquilani (Roma)
 Emanuele Carbonieri (Bussolengo - VR)
 Francesco Vigorito (Salerno)
www.anmco.it/pages/entra-in-anmco/aree-anmco/area-management-qualita



Chairperson Infermiera

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

Comitato di Coordinamento

Patrizia Ansaloni (Bologna)
 Benedetta Arena (Messina)
 Roberto Gortan (Palmanova - UD)
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)



AREA SCOMPENSO CARDIACO

Chairperson

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

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

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



La Vittoria dell'ANMCO: i Giovani

Quando l'adrenalina scorre veloce nel circolo ematico, e la situazione contingente richiede una velocità di flusso dei pensieri talmente elevata da arrivare dalla corteccia ai motoneuroni in un guizzo immediato, mentre il cuore

batte all'impazzata pompando entusiasmo, un indescrivibile brivido pervade fino all'ultimo muscolo e si è avventi nel vortice dell'azione ai limiti delle proprie possibilità. In questo clima elettrizzante hanno giocato i partecipanti della *Jeopardy Game*

Session approvata al Congresso Nazionale ANMCO nel 2017 grazie all'azione del *Governor dell'Italy Chapter dell'American College of Cardiology*, Dott. Michele Massimo Gulizia, che ha importato direttamente dagli USA questa importante novità dedicata ai



Da sinistra - I vincitori della 2° Jeopardy Game Session 2018 al 49° Congresso Nazionale ANMCO: Dario Pellegrini, Raffaele Abete, Monica Verdoia, Coordinatrice della Jeopardy Game Session, Fabiana Lucà, Chairperson Area Giovani e Coordinatrice della Jeopardy Game Session, Stefania Angela Di Fusco, Co - Chairperson Area Giovani e Coordinatrice della Jeopardy Game Session, Filippo Zilio.



Da sinistra - I vincitori della 1° National Virtual Competition dell'ESC: Filippo Zilio, Claudio Picariello, Fabiana Lucà, Chairperson Area Giovani, Stefania Angela Di Fusco, Co - Chairperson Area Giovani, Giuseppe Ciliberti, Stefano Cornara

più giovani, una game session del tutto analoga a quella che si svolge annualmente in America all'ACC Congress e che al Congresso Nazionale ANMCO è aperta a chiunque abbia voglia di mettersi in gioco, con il solo requisito dell'età. Ai giovani vincitori della *Jeopardy* che per due anni consecutivi si sono sfidati sui temi più disparati e complessi della Cardiologia è stato riservato l'ambitissimo premio: partecipare gratuitamente al congresso dell'ACC e rappresentare la squadra italiana negli USA con l'obiettivo di diventare campioni mondiali (nel 2017: Raffaele Abete, Dario Pellegrini, Domenico Sirico - nel 2018: Raffaele Abete, Dario Pellegrini, Filippo Zilio)

(Figura 1). Oltre alle opportunità americane, ai giovani Soci ANMCO vengono offerte dal 2015 delle *Free Registration* per l'ESC Congress, grazie al costante lavoro di mediazione dell'Area Giovani nel contesto internazionale della *Young Community* della Società Europea di Cardiologia. Quest'anno in un'ottica interamente meritocratica sono stati selezionati, tra i Soci under 35, gli autori dei migliori *abstract* inviati al Congresso Nazionale ANMCO e ben 23 giovani sono stati così premiati, sulla base del punteggio numerico ottenuto dalla revisione anonima dei revisori dell'*abstract* stesso, con la partecipazione gratuita al Congresso Europeo di Cardiologia.

I vincitori di quest'anno sono stati: Alberto Aimo, Giuseppe Ciconte, Gaetano Citarelli, Concetta Di Nora, Giuseppe Galati, Sara Giannuzzi, Francesco Notaristefano, Andrea Pozzi, Veronica Spadotto, Filippo Zilio, Giuseppe Ciliberti, Stefano Mameli, Nicola Vitulano, Noemi Bruno, Stefano Tolone, Rita Leonarda Musci, Stefano Poli, Cecilia D'agostini, Francesco Negri, Claudio Picariello, Stefano Cornara, Massimo Mapelli, Francesco Cortese. Tutti i giovani Soci ANMCO che fossero presenti all'ESC, sono stati poi invitati a partecipare, tramite una massiva mail inviata dal Chairperson dell'Area Giovani (in cui veniva specificato che la partecipazione



sarebbe stata garantita ai primi che avessero risposto all'e-mail) alla First Virtual Competition ESC una speciale gara su casi clinici virtuali. Quindici *European Young Team* in rappresentanza di tutte le nazioni europee hanno testato la propria capacità di concentrazione e competenze clinico-decisionali in una simulazione d'emergenza sul lettino virtuale di un malato cardiologico critico, utilizzando un tavolo virtuale che offriva l'opportunità di raccogliere l'anamnesi direttamente dal paziente, di eseguire un vero e proprio esame obiettivo e di richiedere esami ematochimici o strumentali, per poi impostare la terapia e verificare l'esito del caso clinico. Provenienti da differenti città e con alle spalle un differente bagaglio culturale e di esperienza clinica, i rappresentanti della squadra italiana ANMCO, Giuseppe Ciliberti (Ancona), Stefano Cornara (Pavia), Claudio Picariello (Rovigo) e Filippo Zillo (Trento), quest'ultimo già vincitore pochi mesi prima anche della Jeopardy, (Figura 2) si sono incontrati per la prima volta a Monaco di Baviera ed in un clima che si è rivelato sin da subito di grande affiatamento, hanno gareggiato fianco a fianco vivendo un'esperienza straordinaria coronata dall'enorme soddisfazione finale di classificarsi primi in Europa. Claudio Picariello al termine della gara ha dichiarato: *«Ho accettato con piacere ed entusiasmo la proposta di partecipare alla 1° Virtual Competition dell'ESC... Un plauso particolare va a Fabiana Lucà, Chairperson dell'Area Giovani*

ANMCO e all'ESC Young Community per l'impeccabile organizzazione». Giuseppe Ciliberti ha invece raccontato così questa straordinaria avventura: *«Ho avuto la possibilità di partecipare a questo prestigioso evento grazie al sostegno di Fabiana Lucà e dell'Area Giovani, ed ho così avuto l'onore di far parte del team ITALIA/ANMCO in una competizione internazionale tra squadre provenienti da tutta Europa che si sono sfidate nella gestione di casi clinici virtuali. Classificarci su un totale di 15 squadre in finale e battere i bravissimi colleghi di Germania e Estonia è stato davvero gratificante...».* Il lavoro di squadra tra i partecipanti si è rivelato l'ingrediente principale di una gara intensa ed emozionante tra giovani ed agguerriti Cardiologi di nazionalità diverse che ha condotto alla vittoria l'ANMCO. Alla luce di questi ulteriori importanti risultati si delinea con chiarezza, a tre anni e mezzo dalla sua nascita, la riconferma della valenza dell'intuizione del Presidente dell'epoca Michele Gulizia, di creare un'Area la cui main mission fosse coinvolgere le nuove generazioni di Cardiologi nei percorsi societari, garantendo la possibilità di partecipazione e di visibilità scientifica a chiunque avesse voglia, capacità, dedizione e spirito di sacrificio nel prestare la propria azione societaria nella gloriosa Associazione Nazionale dei Cardiologi ospedalieri e nella Fondazione per il Tuo cuore poiché, come ha detto Paulo Coelho *«è la forza che ci guida verso la vittoria finale».* ♥

DI GIOVANNI GREGORIO, LUCIANO MORETTI, LAURA LALLA PICCIONI,
VINCENZO AMODEO, STEFANO AQUILANI, EMANUELE CARBONIERI,
FRANCESCO VIGORITO, DOMENICO GABRIELLI

Indagine sulla consapevolezza della legge sulla responsabilità professionale tra i Cardiologi ANMCO

REGIONE DI LAVORO.....

SESSO
 MASCHIO
 FEMMINA

ETÀ

ANNI DI LAUREA.....
 ANNI DI SERVIZIO.....

POSIZIONE:
 DIRETTORE S.C.
 DIRIGENTE STRUTTURA SEMPLICE
 DIRIGENTE MEDICO

CAMPI DI ATTIVITÀ:
 CARDIOLOGIA CLINICA
 TERAPIA INTENSIVA
 DIAGNOSTICA NON INVASIVA
 CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA
 ELETTROSTIMOLAZIONE
 ARITMOLOGIA INTERVENTISTICA
 ALTRO.....

CONOSCI LA LEGGE 8 marzo 2017, n. 24 Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie.
 (GU n. 64 del 17-3-2017)

NO SI

HAI LETTO E/O CONSULTATO LA LEGGE 8 marzo 2017, n. 24 Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie.
 (GU n. 64 del 17-3-2017)

NO
 SI

Nel caso di risposta affermativa il cardiologo veniva invitato a compilare un test con domande a risposta multipla teso a verificare la conoscenza della legge 24/2017.
 Alla fine del questionario venivano poste le seguenti domande.

A – Complessivamente della legge 8 marzo 2017, n. 24:
 dai un giudizio negativo
 dai un giudizio positivo
 dai un giudizio positivo, ma ritieni la legge migliorabile
 non sei in grado di esprimere un giudizio

B – Ritieni che le Società Scientifiche e l'ANMCO in particolare debbano promuovere iniziative formative sulla legge 8 marzo 2017, n. 24:
 NO
 SI

Tabella I
Scheda per la indagine sulla consapevolezza della
Legge sulla responsabilità professionale tra i cardiologi ANMCO

L'Area Management & Qualità dell'ANMCO, tra il maggio e il luglio 2018, ha effettuato una Survey sulla Consapevolezza della Legge sulla responsabilità professionale tra i Cardiologi ANMCO. La metodologia utilizzata è stata quella della somministrazione, in forma anonima, di una Scheda di rilevazione contenente dati anagrafici e professionali unitamente ad un questionario, teso a verificare la conoscenza della legge 24/2017 (Tabella I). Hanno partecipato alla indagine 420 Cardiologi (297 maschi - 70.7% - e 123 femmine - 29.3%) (Figura 1), distribuiti nelle 20 regioni italiane, così come indicato nella Tabella II. L'anzianità di laurea dei partecipanti è di 27.8 + 12.8 anni, quella di servizio di 23.5 + 11.8 anni. Per quanto riguarda la posizione organizzativa il 13.1% è rappresentato da Direttori di Struttura Complessa, il 16.9% è rappresentato da Dirigenti Responsabili di Struttura Semplice ed il 71% da Dirigenti medici senza responsabilità di Struttura.



Regione	M	F	MF
Piemonte	23	16	39
Valle d'Aosta	3	0	3
Lombardia	35	22	57
Trentino Alto Adige	9	1	10
Veneto	29	10	39
Friuli Venezia Giulia	6	4	10
Liguria	3	7	10
Emilia Romagna	21	6	27
Nord	129	66	195
Toscana	13	10	23
Umbria	2	5	7
Marche	6	5	11
Lazio	28	11	39
Abruzzo	9	3	12
Centro	58	34	92
Molise	0	2	2
Campania	29	5	34
Puglia	30	4	34
Basilicata	3	0	3
Calabria	7	2	9
Sicilia	34	5	39
Sardegna	7	5	12
Sud	110	23	133
Italia	297	123	420

Tabella II - Consapevolezza della Legge 24/2017. Distribuzione per Regione.

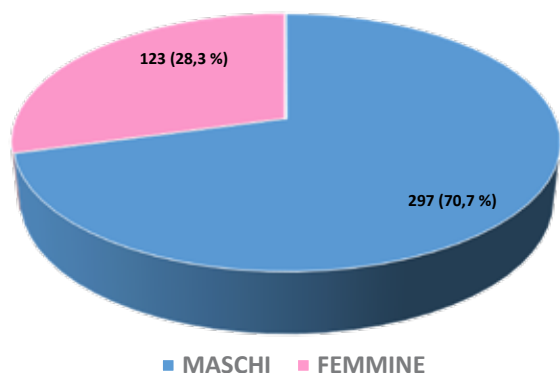


Figura 1 - Survey "Indagine sulla consapevolezza della Legge sulla responsabilità professionale tra i cardiologi ANMCO" Legge 8.3.2017, n. 24

ANNI DI SERVIZIO	CONOSCE LA LEGGE	HA LETTO LA LEGGE
DA 1 A 10	28,2	4,2
DA 11 A 20	35,3	10,8
DA 21 A 30	46,0	19,4
DA 31 A 40	47,4	25,3
Oltre 40	42,9	35,7
TUTTI	40,5	17,1

Tabella III - Consapevolezza della Legge 24/2017. Distribuzione per anzianità di servizio (Valori percentuali)

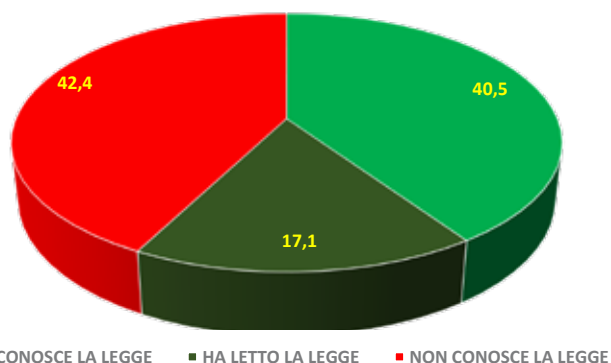


Figura 2 - Conoscenza della Legge 24/2017 - Valori percentuale

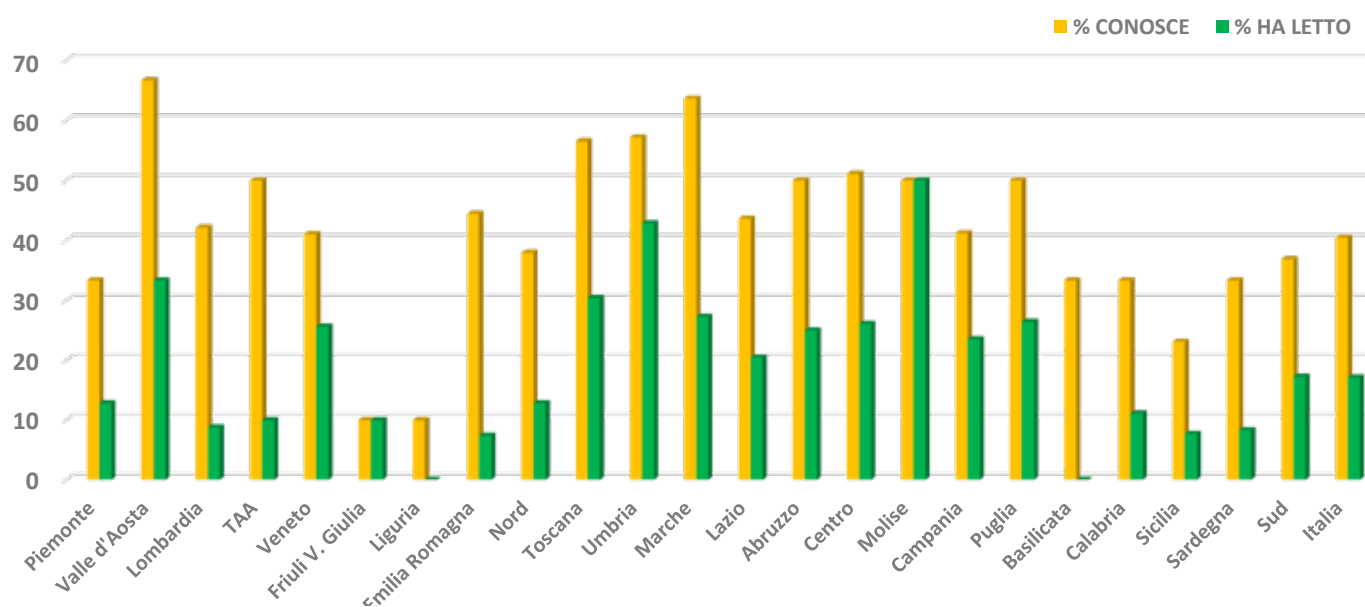


Figura 3 - Consapevolezza della Legge 24/2017 - Distribuzione per Regione

Per quanto riguarda il campo di attività il 46,9% dichiara come campo preminente di attività la Cardiologia clinica, il 13,5% la diagnostica cardiologica non invasiva, il 13% la Cardiologia interventistica, il 12,6% la terapia intensiva, l'8% la elettrostimolazione, il 2,8% la aritmologia interventistica, il 2,8% altro. Per quanto riguarda i risultati il 40,5% dei partecipanti alla Survey conosce la legge 24/2017, il 17,1% la ha letta, a fronte del 42,4 % che dichiara di non conoscere la legge (Figura 2).

Consapevolezza della Legge 24/2017. Distribuzione per Regione.

Il grado di consapevolezza della Legge 24/2017, viene espressa dalla percentuale di Cardiologi che conosce la legge (40,5% in media nazionale, 37,9% al nord, 51,1%

al centro e 36,8% al sud e isole, minimo in Friuli Venezia Giulia - 10% - e massimo in Val d'Aosta - 66,7%) o che ha letto la legge tra coloro che la conoscono (il 17,1% in media nazionale, il 12,8% al nord, il 26,1% al centro e il 17,3% al sud e isole con minimo in Sicilia - 7,7% - e massimo in Molise - 50%) (Figura 3).

Consapevolezza della Legge 24/2017. Distribuzione per sesso.

Il 40,5% dei Cardiologi conosce la legge. Più specificatamente la legge 24/2017 è conosciuta dal 46,1% dei maschi e dal 26,8% delle femmine. Il 17,1% dei Cardiologi ha letto la legge. Più specificatamente ha letto la legge 24/2017 20,5% dei maschi e l'8,9% delle femmine.

Consapevolezza della Legge 24/2017. Distribuzione per anzianità di servizio.

L'andamento della conoscenza della legge mostra un caratteristico gradiente con il crescere della anzianità di servizio. Man mano che cresce la anzianità di servizio aumenta la percentuale di soggetti che conosce o ha letto la legge (Tabella III).

Consapevolezza della Legge 24/2017. Distribuzione per posizione organizzativa.

La percentuale di soggetti che conosce la legge 24/2017 o che ha letto la stessa ha un caratteristico gradiente dal Dirigente senza responsabilità di struttura a quello con responsabilità di struttura semplice e al Direttore di struttura complessa (Tabella IV).



POSIZIONE	CONOSCE LA LEGGE	HA LETTO LA LEGGE
DIRETTORE S.C.	61,8	41,8
DIRIGENTE S.S.	53,7	20,9
DIRIGENTE SENZA STRUTTURA	33,6	11,7

Tabella IV - Consapevolezza della Legge 24/2017. Distribuzione per posizione organizzativa (Valori percentuali)

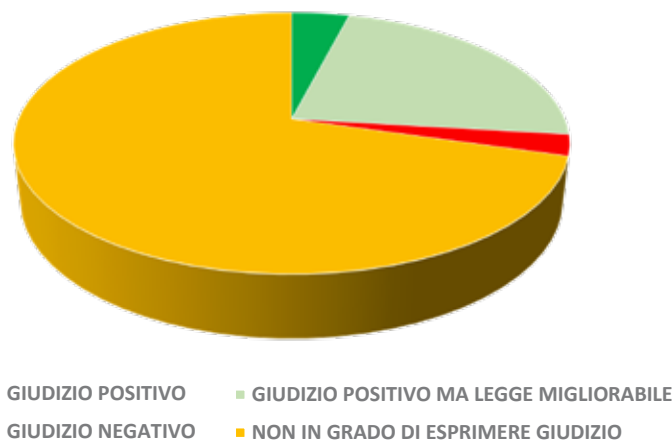


Figura 4 - Valutazione della Legge 24/2017

Valutazione della Legge 24/2017.

Dei 420 Cardiologi che hanno partecipato alla Survey:

- il **4% esprime un giudizio positivo**; di questi il 35.3% è rappresentato da Direttori di Struttura Complessa ed il 64.7% da Dirigenti medici senza responsabilità di struttura.
- Il **22.9% esprime un giudizio positivo ma ritiene la legge migliorabile**. Di questi il 14.6%

è rappresentato da Direttori di struttura complessa, il 14.6% da Dirigenti responsabili di struttura semplice ed il 70.8% da Dirigenti senza responsabilità di Struttura.

- Il **2.6% esprime un giudizio negativo**. Di questi il 9.1% è Direttore di Struttura Complessa, l'81.8% è Dirigente senza responsabilità di Struttura.
- Il **70,5% ritiene di non poter esprimere un giudizio**. Di questi l'11.5% è Direttore di

Struttura Complessa, il 17.4% è Dirigente responsabile di Struttura Semplice, il 71.2% è Dirigente senza responsabilità di Struttura (Figura 4). Il 96.7% dei Cardiologi che hanno partecipato alla Survey ritiene che le società scientifiche e l'ANMCO in particolare debbano promuovere iniziative formative volte a diffondere la conoscenza della legge 24/2017.♥



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/iscriversi-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. Lo Statuto dell'ANMCO è consultabile alla pagina 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.

DATI ANAGRAFICI

Nome Cognome sesso M F

Data di nascita Luogo di nascita.....

Indirizzo Città Prov.....CAP

Tel./Cell. Faxe-mail

DATI PROFESSIONALI

Ospedale/Reparto

Indirizzo

Città Prov. CAP

Tel./Faxe-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

- Divisione di Cardiologia
- Servizio di Cardiologia autonomo con posti letto
- Servizio di Cardiologia autonomo senza posti letto
- Divisione Medicina
- Ambulatorio
- Divisione di Cardiochirurgia
- Servizio di Cardiologia aggregato con posti letto
- Servizio di Cardiologia aggregato senza posti letto
- CNR
- 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

- Direttore di dipartimento
- Direttore di struttura complessa
- Ricercatore
- Ambulatoriale
- Direttore Generale
- Responsabile di struttura semplice
- Borsista
- Libero professionista
- Direttore Sanitario
- Dirigente Medico
- Specializzando
- 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, 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 personali¹ 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;

¹ 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 51011 - Fax 055 5101350 - e-mail: 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 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.

- | | | |
|---|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Socio ANMCO | <input type="checkbox"/> Non Socio | <input type="checkbox"/> Direttore di struttura complessa |
| <input type="checkbox"/> Responsabile di struttura semplice | <input type="checkbox"/> Dirigente | <input type="checkbox"/> Infermiere <input type="checkbox"/> Altro |

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 Scompensio 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 055-51011, fax 055-5101350 ed email aree@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 di coloro che intendono manifestare il proprio interesse (di seguito, l'"Interessato") ad una o più aree ANMCO (di seguito, le "Aree").

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. raccolta e archiviazione delle preferenze in materia di Aree;
2. adempimento di specifici obblighi previsti dalla legge, da un regolamento o dalla normativa comunitaria;
3. invio periodico della documentazione ANMCO su tutti i progetti, le iniziative e gli eventi promossi dalla medesima in relazione alle Aree prescelte.

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.

Con riferimento alle finalità di cui al precedente paragrafo 1, punti 1., 2. e 3., il conferimento dei dati personali è obbligatorio e costituisce requisito necessario per ricevere la documentazione richiesta; infatti, il mancato conferimento determina l'impossibilità per l'Interessato di ricevere tutte le informazioni afferenti le Aree prescelte, ai sensi dell'art. 6, comma 1, lett. b) del Regolamento privacy.

¹Ai 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".

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 della UE, ai seguenti soggetti, ai fini dell'attuazione del rapporto associativo:

- (i) alle pubbliche Autorità, ove imposto dalla legge o su loro richiesta;
- (ii) alle strutture e/o società esterne di cui ANMCO si avvale, preposte allo svolgimento di attività connesse, strumentali o conseguenti all'assolvimento della richiesta dell'Interessato di ricevere la documentazione afferenti le Aree prescelte (ad esempio, per la spedizione di detto materiale, ecc.);
- (iii) 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.

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.

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 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, i dati personali dell'Interessato saranno conservati per la durata necessaria a soddisfare la sua volontà di manifestare la propria preferenza in materia di Aree.

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

La formazione che vuoi... La formazione di cui hai bisogno!

I professionisti della salute hanno bisogno di una formazione utile e funzionale alla loro quotidiana attività accanto ai malati e ai loro famigliari

Ci sono due ragioni principali che ci hanno spinto a condurre un'analisi dei bisogni: in primo luogo, individuare attività formative specifiche di interesse degli infermieri, in secondo luogo, acquisire informazioni per giustificare gli impegni della formazione. Gli obiettivi che l'Area Nursing si era prefissa nella valutazione dei bisogni erano:

- rilevare ciò che davvero gli infermieri sentivano come bisogno per sé e per i malati;
- progettare una formazione sulla base delle priorità espresse;

È importante sottolineare che i "bisogni formativi" possono essere: a) espressi b) impliciti c) latenti. Si deduce che i bisogni formativi possono nascere dall'esigenza/ necessità di risolvere problemi reali ovvero derivare da desideri di miglioramento professionale o dal bisogno di colmare insoddisfazioni personali. Il nostro progetto, per essere efficace ed efficiente, voleva essere coerente con gli obiettivi definiti, il tempo a disposizione, le risorse impiegate e incidere positivamente sulle performance. L'analisi dei bisogni formativi è il processo che porta all'individuazione della differenza tra ciò che si sa e ciò che si

dovrebbe sapere per migliorare la qualità dell'assistenza, al fine di programmare interventi che possano colmare tale differenza. È bene precisare che con l'espressione "analisi bisogni formativi" si intende la capacità che hanno i professionisti, inseriti in una organizzazione, di evidenziare le problematiche comuni affrontabili anche con gli strumenti della formazione continua e dell'aggiornamento tecnico-scientifico. La radice dell'analisi dei bisogni formativi è la gap analysis; questa è una valutazione del divario tra le conoscenze, abilità e atteggiamenti che i professionisti attualmente possiedono e le conoscenze, le abilità e le attitudini di cui hanno bisogno per soddisfare le necessità di salute dei malati e delle loro famiglie. È stato redatto un questionario con due domande chiuse e una aperta, che è stato distribuito durante i congressi nazionali e attraverso la rete territoriale dei referenti regionali dell'Area Nursing. I questionari ad oggi raccolti sono 1011. Sono state conteggiate e analizzate le risposte raccolte che a seguire riportiamo. La prima domanda chiedeva quanto segue.

Ritieni utile, per la tua formazione, la partecipazione ad eventi che

approfondiscano:

- Aspetti tecnico professionali,
- Aspetti organizzativi trasversali e di processo,
- Aspetti generali inerenti gli esiti.

Questo quesito andava ad indagare gli obiettivi formativi previsti dal sistema ECM nazionale e ha condotto ai risultati illustrati nel grafico 1, nel quale il 58% degli infermieri ritengono prioritario per la loro formazione affrontare aspetti tecnico professionali. Ciò è estremamente significativo di un interesse forte verso il soddisfacimento dei bisogni assistenziali dei malati, che indirizza i colleghi alla ricerca di una formazione clinico assistenziale. La seconda domanda era volta ad identificare quale, fra le differenti



Grafico 1



modalità formative, fosse ritenuta più funzionale alle esigenze degli operatori sanitari, e chiedeva quanto segue.

Ritiene utile, per la sua formazione, la partecipazione ad eventi quali:

- Convegni e congressi,
- Seminari monotematici,
- Corsi multiprofessionali,
- FAD,
- Webinar.

La terza domanda lasciava liberi di esprimere gli interlocutori, infatti abbiamo chiesto loro di indicarci quali sono gli ambiti specifici in cui sentono un bisogno di formazione. In modo molto coerente rispetto alle risposte forniteci ai quesiti precedenti i colleghi hanno elencato alcune tematiche, quali: cardiologia interventistica, acquisire conoscenze su protocolli

delle peculiarità dell'adulto, sintetizzate da Knowles:

1. Il concetto di sé.
2. L'esperienza dell'adulto può costituire la base per l'apprendimento.
3. La disponibilità ad apprendere è collegata alla percezione dell'importanza di quanto acquisito per il lavoro o ruolo sociale.
4. L'adulto deve vedere immediatamente l'applicabilità di quanto acquisito e collegarlo alla performance.
5. La motivazione all'apprendimento deriva da fattori interni piuttosto che esterni.

Di conseguenza, la formazione deve diventare "un aiuto non autoritario" per l'apprendimento, il cui scopo deve essere quello di individuare il significato delle esperienze. Questi assiomi dell'andragogia, dalle risposte raccolte dal nostro questionario, sembrano ben interiorizzate dagli infermieri, che sono capaci di individuare i loro bisogni formativi coerentemente con quella che è la loro quotidianità: dare risposte di salute ai cittadini! La formazione è una leva efficace per migliorare la qualità del Sistema Sanitario, nonostante ciò, l'istruzione e le iniziative di formazione non rappresentano sempre una priorità.

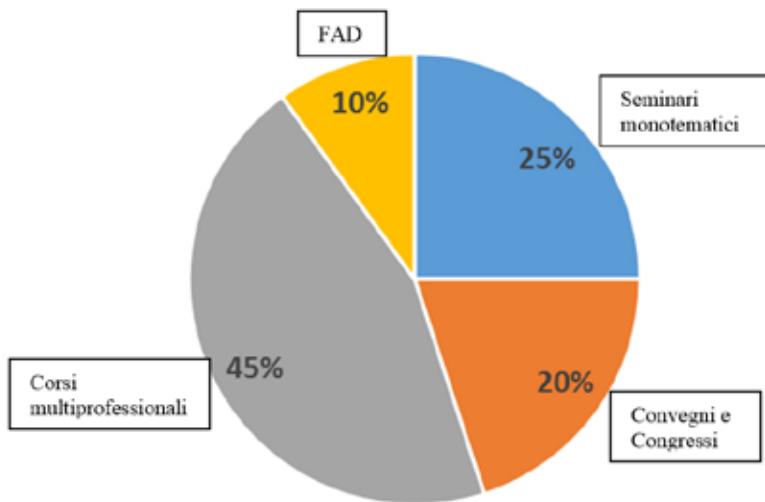


Grafico 2

Il 45% ha optato per la partecipazione a corsi multiprofessionali, prediligendo quindi, oltre al confronto fra le diverse professionalità, come nella pratica clinica quotidiana, anche durante la formazione, eventi con un rapporto diretto con i docenti/istruttori e durante i quali vi sia la possibilità di approfondire le tematiche trattate. L'esiguo 10% delle preferenze assegnate alla formazione a distanza fanno desumere come la mancanza di contatto con i formatori venga visto come un limite e non come un'opportunità data dalla facilità di accesso e di fruizione.

gestionali infermieristici, interpretazione ECG, prevenzione secondaria, protocolli, diffusione e standardizzazione di competenze teorico pratiche, corsi ECM e registro nazionale infermieri specializzati di area cardiologica, delirium, gestione emergenza intraospedaliera, rischio clinico, NIV, aspetti legali, etica e deontologia. I risultati sono stati importanti, sia per la numerosità del campione, che rende i dati realistici e attendibili, sia per la coerenza delle risposte acquisite. Essendo la formazione rivolta ad adulti, l'approccio scelto è quello andragogico, in considerazione

**«L'educazione è l'arma più potente che puoi usare per cambiare il mondo»
Nelson Mandela**

DI ANDREA MORTARA, MASSIMO IACOVIELLO, ATTILIO IACOVONI, FRANCESCA MACERA,
VITTORIO PALMIERI, DANIELE PASQUALUCCI, ILARIA BATTISTONI, RENATA DE MARIA

Ci siamo, ai nastri di partenza l'APP "Cuore Mio" per il paziente affetto da scompenso cardiaco

Uno strumento facile e pratico per la gestione domiciliare di questa complessa malattia a breve scaricabile per IOS e Android

Lo Scompenso Cardiaco (SC) è una sindrome complessa che si associa ad una elevata mortalità e al rischio di numerose ospedalizzazioni. Non è infrequente osservare come la cura sia spesso frammentaria con l'intervento di diversi specialisti che comunicano con difficoltà fra di loro e ancora di più con i Medici di Medicina Generale. I numerosi documenti del paziente sono spesso disordinati e molti degli esami e degli accertamenti eseguiti spesso difficili da reperire e consultare. La politerapia è la norma, perché il trattamento ottimale dello SC si fonda su un almeno 3 classi farmacologiche cardine e deve includere anche le patologie cardiache all'origine della sindrome come la cardiopatia ischemica, le valvulopatie o l'ipertensione. Lo SC si associa poi spesso a numerose comorbidità come il diabete, l'insufficienza renale, l'anemia e la BPCO. I pazienti affetti da SC sono in

maggioranza anziani, spesso affetti da pluripatologie e deficit sensoriali e cognitivi. Una lunga e complessa lista di farmaci con una diversa periodicità giornaliera è difficile da ricordare e spesso il paziente non riesce a seguirla, a volte anche se supportato adeguatamente dalla famiglia. La scarsa aderenza agli schemi terapeutici preparati dai medici rappresenta oggi una delle cause più frequenti di instabilità della malattia e della necessità di ricovero in Ospedale; gli interventi invece atti a migliorare questa aderenza si associano ad una significativa riduzione degli eventi. È stato dimostrato che nello SC oltre metà delle instabilizzazioni e dei ricoveri ospedalieri potrebbero essere prevenuti se fossero messi in atto dei sistemi atti a migliorare l'aderenza alla terapia. L'APP "Cuore Mio" progettata dai membri dell'Area Scompenso Cardiaco si propone di affrontare questi problemi, partendo dal rilievo della diffusione ormai universale

nel nostro paese, anche in fasce d'età avanzata e in categorie a minor alfabetizzazione tecnologica, dello smartphone. "Cuore Mio" è stata pensata soprattutto per il paziente, con una struttura e con un linguaggio semplice, e rappresenta uno strumento potenzialmente formidabile di supporto all'autogestione dello SC, alla comunicazione paziente-medico e alla relazione fra i diversi medici che hanno in cura il paziente.

Come funziona questa APP?

"Cuore Mio" può essere installata su tutti i normali Smartphone presenti sul mercato con sistema operativo sia IOS che Android. Va ricordato che oggi anche la popolazione più anziana possiede spesso un telefono di questo tipo (o lo possiede un familiare stretto che ha preso il ruolo di caregiver) e in poco tempo può padroneggiare questa tecnologia. "Cuore Mio" rappresenta un archivio elettronico personale, che consente al paziente



AREA SCOMPENSO CARDIACO



Figura 1

di raccogliere tutti i dati clinici e strumentali relativi alla malattia, e al tempo stesso da supporto per il monitoraggio dei parametri vitali, per la corretta assunzione della terapia farmacologica e promemoria per gli appuntamenti di follow-up.

Quali sono gli obiettivi della APP "Cuore Mio"?

Essa si propone: a) di migliorare la consapevolezza del paziente sulla

propria situazione clinica, b) di promuovere l'autogestione della malattia orientando il paziente al ricorso tempestivo alle cure mediche per il trattamento precoce delle riacutizzazioni, c) di facilitare la continuità delle cure perché tutti i dati e le informazioni sulla malattia sono facilmente disponibili e consultabili, ma soprattutto d) migliorare l'aderenza alla terapia farmacologica.

Come è strutturata "Cuore Mio"

La pagina iniziale è costituita dal diario clinico che mostra settimanalmente come il paziente si appropria alla APP e se svolge quanto previsto per il controllo della sua malattia e per la corretta aderenza allo schema terapeutico. La APP è strutturata in diverse sezioni selezionabili da un menu a tendina

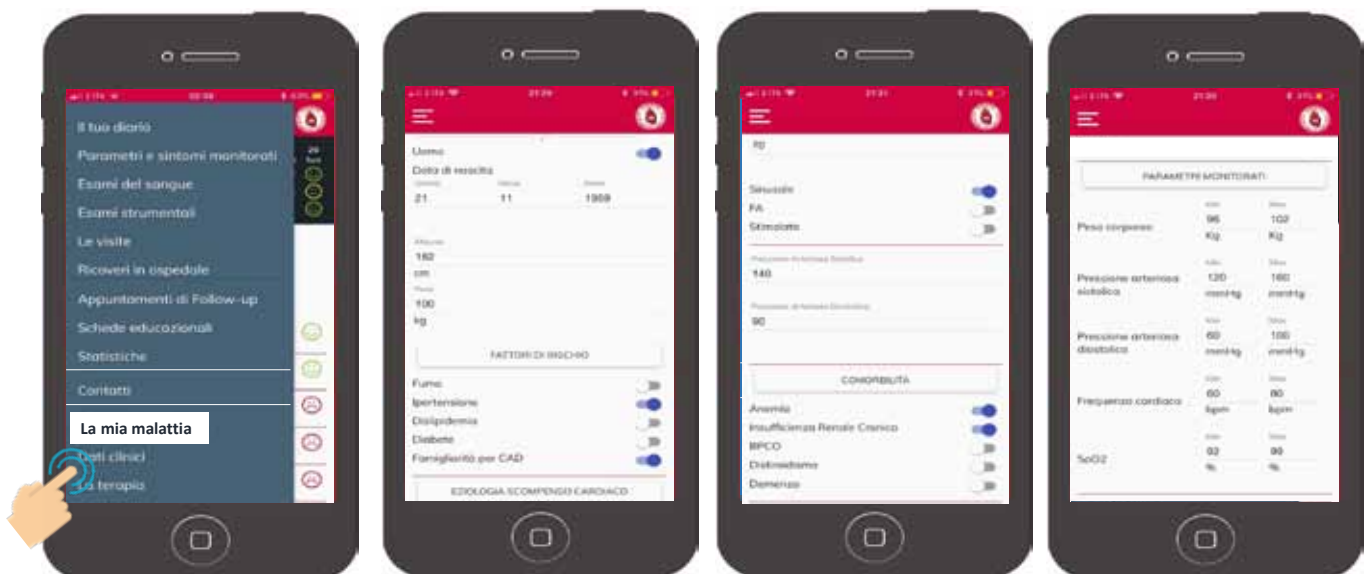


Figura 2



Figura 3

sulla pagina iniziale dello schermo dello smartphone (Figura 1).

1) **I dati clinici e la terapia**

farmacologica: è la sezione che va compilata per prima dopo avere scaricato la app sul cellulare, meglio se con l'aiuto del medico o dell'infermiere, e prevede a) informazioni cliniche relative alla malattia del paziente (Eziologia, cl NYHA, FdR, LVEF, Comorbilità, Presenza di device etc), b) range di oscillazione delle variabili che verranno monitorate durante il follow-up (Figura 2), c) schema terapeutico dei farmaci cardiologici prescritti con posologia e orari di assunzione (Figura 3). La restante terapia è inserita allegando una foto dello schema terapeutico.

2) **Parametri vitali da monitorare:** il paziente può inserire secondo una periodicità prefissata i valori di peso, frequenza cardiaca, pressione arteriosa, saturazione di ossigeno, che la APP restituisce in visualizzazione grafica per la verifica di stabilità della malattia (Figura 4).

3) **Esami di laboratorio:** il paziente

può inserire i risultati degli esami richiesti per il monitoraggio dello SC o delle comorbilità quali insufficienza renale, diabete, anemia. Come nel caso degli esami anche l'andamento nel tempo dei principali esami può essere rappresentato graficamente permettendo un giudizio più efficace ad esempio sull'andamento della terapia.

4) **Referti di esami strumentali e visite ambulatoriali** che vengono allegati come fotografie dal paziente (Figura 5).

5) **Statistiche.** In questa sezione sono visualizzabili i grafici dei parametri monitorati, degli esami del sangue e della aderenza alla terapia.

L'aderenza alla terapia farmacologica

Uno dei punti di forza della APP "Cuore Mio" è il controllo che può esercitare sulla assunzione della terapia da parte del paziente. Questo percorso avviene in 3 fasi: 1° fase) Il paziente riceve un messaggio visivo e sonoro sullo

schermo del telefono che è ora di assumere i farmaci.

2° fase) Cliccando sul messaggio il paziente apre lo schema della terapia da assumere a quell'ora. Il paziente deve attivamente spegnere il messaggio per evitarne la ripetizione.

3° fase) Dopo l'assunzione delle terapie deve mettere un tag sui farmaci assunti. Il completamento della operazione genera una faccina (emoticon) verde sul diario. A fine giornata appare visibile tutto lo schema con le varie fasce orarie e la rappresentazione della aderenza del paziente (Figura 6). L'aderenza terapeutica viene riassunta sulla schermata principale con il simbolismo semaforico in relazione all'assunzione di oltre 90% delle dosi prescritte (verde), fra 70% e 90% (giallo) e meno di 70% (rosso).

Feed-back per il paziente

L'APP genera due tipi di messaggi automatici, che forniscono ai pazienti indicazioni personalizzate basate sul loro stato clinico e sui



AREA SCOMPENSO CARDIACO



Figura 4



Figura 5



Figura 6

progressi raggiunti:

a) Feedback motivazionali. A questo scopo “Cuore Mio” utilizza emoticon e il simbolismo verde-giallo-rosso come ricordato prima. Per esempio la faccina rossa si accompagna ad un breve messaggio motivazionale sulla possibilità di migliorare l’autogestione e di rivolgersi al medico di medicina generale o al cardiologo per aiuto e consiglio. La faccina verde conferma al paziente che ha tenuto un comportamento corretto e lo incoraggia. Sulla schermata principale del telefono, il diario del paziente, è sempre visibile una serie di emoticon colorate relative all’andamento dell’ultima settimana ad esempio in termini di esecuzione del monitoraggio e di aderenza alla terapia.

b) Messaggi di tipo informativo. Questo tipo di messaggi impiega grafici dell’andamento dei parametri vitali e dell’assunzione della terapia ed è collegato a soglie di allarme predefinite dal medico

sulla base della situazione clinica individuale. Alla corretta assunzione della terapia prescritta sono ad esempio collegati sia messaggi informativi che motivazionali. Il paziente può in qualunque momento controllare lo schema terapeutico e rivederlo con il medico.

La valutazione dell’APP

È stato programmato che dopo la sua approvazione seguirà una fase di valutazione pilota per confermare usabilità, accettabilità e gradimento dei pazienti, aderenza all’inserimento quotidiano dei dati, revisione del tempo medico di inserimento dati e valore aggiunto percepito da parte dei medici. Una volta conclusa e positivamente valutata questa fase pilota secondo le procedure della nostra società scientifica, “Cuore Mio” potrà essere resa disponibile all’interno degli APP Store per essere scaricata. L’obiettivo è che sia disponibile entro la fine dell’anno. ♥

L’Area Scompensio Cardiaco informa che è disponibile sul Sito WEB ANMCO la mappa dei Centri Scompensio italiani distribuiti per regione. Siccome è estremamente importante mantenere aggiornata questa mappa, invitiamo tutti coloro che rilevano errori di dati, o l’assenza del proprio centro di comunicarlo al Dipartimento Comunicazione&Cultura ANMCO (aree@anmco.it) che provvederà alla modifica sul Sito WEB.



Cosimo Napoletano

ABRUZZO

Presidente

Cosimo Napoletano - Teramo

Consiglieri

Carlo Alberto Capparuccia - Chieti

Vincenzo Cicchitti - Lanciano (CH)

Massimo Di Marco - Pescara

Daniele Forlani - Pescara

Alberto Lavorgna - Teramo

Maurizio Porfirio - L'aquila

Francesco Santarelli - Teramo

Gianluca Tomassoni - Teramo



Serena Rakar

FRIULI VENEZIA GIULIA

Presidente

Serena Rakar - Trieste

Consiglieri

Maria Grazia Baldin - Palmanova (UD)

Marzia De Biasio - Udine

Gerardina Lardieri - Gorizia

Elvira Loiudice - Pordenone

Cristina Lutman - Udine

Carmine Mazzone - Trieste

Rosa Pecoraro - Pordenone

Alberto Roman Pognuz - Tolmezzo (UD)



Giacinto Calculli

BASILICATA

Presidente

Giacinto Calculli - Matera

Consiglieri

Maria Antonella Ciccarone - Matera

Salvatore Gubelli - Melfi (PZ)

Pasqualino Innelli - Potenza

Maria Giuseppina Veglia - Matera



Giuseppe Pajes

LAZIO

Presidente

Giuseppe Pajes - Albano Laziale (RM)

Consiglieri

Stefano Aquilani - Roma

Alessandro Danesi - Roma

Silvio Fedele - Roma

Paride Giannantoni - Roma

Fabio Menghini - Roma

Giovanni Pulignano - Roma

Vittoria Rizzello - Roma

Luigi Sommariva - Viterbo



Roberto Ceravolo

CALABRIA

Presidente

Roberto Ceravolo - Lamezia Terme (CZ)

Consiglieri

Caterina Patrizia Ceruso - Reggio Calabria

Cosima Cloro - Cosenza

Nicola Cosentino - Cariati (CS)

Alfredo De Nardo - Vibo Valentia

Eduardo Scotti - Catanzaro

Antonio Sulla - Crotona



Marco Botta

LIGURIA

Presidente

Marco Botta - Savona

Consiglieri

Daniele Bertoli - Sarzana (SP)

Giorgio Caretta - La Spezia

Martino Cheli - Genova

Piero Clavario - Arenzano (GE)

Vered Gil Ad - Genova

Francesco Mainardi - Genova

Katia Paonessa - Pietra Ligure (SV)

Federico Ariel Sanchez - Sanremo (IM)



Cesare Baldi

CAMPANIA

Presidente

Cesare Baldi - Salerno

Consiglieri

Roberta Ancona - Pozzuoli (NA)

Luigi Di Lorenzo - Sessa Aurunca (CE)

Dario Formigli - Benevento

Alfredo Madrid - Napoli

Raffaele Merenda - Napoli

Vittorio Palmieri - Avellino

Fabio Pastore - Eboli (SA)

Pasquale Spadaro - Napoli



Giuseppe Di Tano

LOMBARDIA

Presidente

Giuseppe Di Tano - Cremona

Consiglieri

Roberto Bonatti - San Fermo della

Battaglia (CO)

Benedetta Carla De Chiara - Milano

Oreste Carlo Febo - Rivolta D'Adda (CR)

Luca Angelo Ferri - Lecco

Luigi Fiocca - Bergamo

Attilio Iacovoni - Bergamo

Daniele Nassiacos - Saronno (VA)

Simona Pierini - Cinisello Balsamo (MI)



Gabriele Guardigli

EMILIA ROMAGNA

Presidente

Gabriele Guardigli - Ferrara

Consiglieri

Daniela Aschieri - Castel San Giovanni

(PC)

Samuela Carigi - Rimini

Maria Alberta Cattabiani - Parma

Rossella Ferrara - Imola (BO)

Francesco Manca - Reggio Emilia

Andrea Pozzati - Bazzano (BO)

Giulia Ricci Lucchi - Ravenna

Stefano Tondi - Modena



Luigi Aquilanti

MARCHE

Presidente

Luigi Aquilanti - Ancona
Consiglieri
 Luca Angelini - Ancona
 Manuela Benvenuto - Fermo
 Umberto Berrettini - Camerino (MC)
 Giovanni Bersigotti - Pesaro
 Alessandro D'Alfonso - Ancona
 Gianserafino Gregori - Ascoli Piceno
 Christos Katsanos - Macerata
 Stefano Moretti - Ancona



Marina Angela Viccione

MOLISE

Presidente

Marina Angela Viccione - Isernia
Consiglieri
 Fiorella Caranci - Isernia
 Carlo Olivieri - Isernia
 Roberto Petescia - Isernia
 Annalisa Vile - Campobasso



Federico Nardi

PIEMONTE E VALLE D'AOSTA

Presidente

Federico Nardi - Casale Monferrato (AL)
Consiglieri
 Carlo Budano - Torino
 Enrica Conte - Cuneo
 Pierfranco Dellavesa - Borgomanero (NO)
 Barbara Maria Teresa Mabritto - Torino
 Sergio Macciò - Vercelli
 Adriana Ravera - Ivrea (TO)
 Ferdinando Varbella - Rivoli (TO)
 Matteo Vercellino - Alessandria



Massimo Grimaldi

PUGLIA

Presidente

Massimo Grimaldi (Acquaviva delle Fonti - BA)
Consiglieri
 Maria Cuonzo - Bari-Carbonara
 Valeria Galetta - Taranto
 Rocco Lagioia - Cassano delle Murge (BA)
 Alessandro Maggi - San Severo (FG)
 Antonia Mannarini - Bari
 Stefania Marazia - Lecce
 Angelo Raffaele Mascolo - Barletta
 Eugenio Vilei - Scorrano (LE)



Marco Corda

SARDEGNA

Presidente

Marco Corda - Cagliari
Consiglieri
 Stefania Corda - Cagliari
 Silvia Denti - Olbia
 Franca Farina - Alghero (SS)
 Franca Maria Liggi - Oristano
 Alessandra Lorenzoni - Carbonia
 Fabio Orrù - San Gavino Monreale (VS)
 Nadia Sanna - Cagliari
 Francesco Uras - Sassari



Giovanna Geraci

SICILIA

Presidente

Giovanna Geraci - Palermo
Consiglieri
 Alessandro Carbonaro - Catania
 Maria Letizia Cavarra - Catania
 Alessandro Di Giorgio - Taormina (ME)
 Salvatore Di Rosa - Agrigento
 Michele Gabriele - Mazara del Vallo (TP)
 Antonietta Ledda - Palermo
 Sebastiano Lumera - Vittoria (RG)
 Gianfranco Muscio - Siracusa



Giancarlo Casolo

TOSCANA

Presidente

Giancarlo Casolo - Lido di Camaiore (LU)
Consiglieri
 Maria Laura Canale - Lido di Camaiore (LU)
 Francesco De Sensi - Grosseto
 Giovanna Giannotti - Pescia (PT)
 Gabriele Grippo - Prato
 Alessandro Iadanza - Siena
 Stefano Lunghetti - Siena
 Luca Segreti - Pisa
 Carlotta Sorini Dini - Livorno



Edoardo Bonsante

TRENTINO ALTO ADIGE

Presidente

Edoardo Bonsante - Bolzano
Consiglieri
 Annalisa Bertoldi - Pergine Valsugana (TN)
 Elisa Morra - Merano (BZ)
 Rupert Paulmichl - Merano (BZ)
 Filippo Zilio - Trento



Gianfranco Alunni

UMBRIA

Presidente

Gianfranco Alunni - Assisi (PG)
Consiglieri
 Emilia Biscottini - Foligno (PG)
 Deborah Cosmi - Gubbio (PG)
 Raffaele De Cristofaro - Orvieto (TR)
 Georgette Khoury - Terni
 Rosanna Lauciello - Assisi (PG)
 Silvia Norgiolini - Città di Castello (PG)



Sakis Themistoclakis

VENETO

Presidente

Sakis Themistoclakis - Mestre (VE)
Consiglieri
 Enrico Bacchiega - Vicenza
 Francesco Bacchion - Monselice (PD)
 Sergio Cozzi - Santorso (VI)
 Alessandra Cristofaletti - Bussolengo (VR)
 Enrico Franceschini Grisolia - Belluno
 Nicola Gasparetto - Treviso
 Claudio Picariello - Rovigo
 Roberto Valle - Chioggia (VE)



L'inizio di un nuovo percorso



I componenti del Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Calabria. Da Sinistra: Alfredo De Nardo, Antonio Sulla, Nicola Cosentino, Caterina Ceruso, Roberto Ceravolo, Cosima Cloro, Eduardo Scotti

«Abbiamo tutti dentro un mondo di cose: ciascuno un suo mondo di cose! E come possiamo intenderci, signore, se nelle parole ch'io dico metto il senso e il valore delle cose come sono dentro di me; mentre chi le ascolta, inevitabilmente le assume col senso e col valore che hanno per sé, del mondo com'egli l'ha dentro?» scriveva Luigi Pirandello in “Sei personaggi in cerca d'autore”, anticipando e riassumendo il lavoro ed il pensiero di ANMCO Calabria, guidata dal Dott. Roberto Ceravolo, Direttore della Cardiologia di Lamezia Terme, instancabile Presidente Regionale alla guida di un appassionato e intraprendente Consiglio Direttivo Regionale costituito dai sei Consiglieri (Caterina Patrizia Ceruso - A.O. Bianchi Melacrino Morelli - P.O. Riuniti, Reggio Calabria; Cosima Cloro - Ospedale Annunziata

- Cosenza; Nicola Cosentino - CAPT di Cariati - Cosenza; Alfredo De Nardo - Ospedale Civile G. Jazzolino - Vibo Valentia; Eduardo Scotti - Ospedale Civile Pugliese - Catanzaro; Antonio Sulla - Ospedale Civile San Giovanni di Dio - Crotona). Parole trasudanti pragmaticità e sensibilità, che veicolano emozioni sono quelle delle linee programmatiche di ANMCO Calabria 2018-2020. Un programma intenso e pregnante ma altrettanto immediato basato soprattutto sulla riscoperta di un'ANMCO quale tradizione culturale e nel contempo innovazione scientifica. Risvegliare il senso di appartenenza e suscitare l'orgoglio societario incoraggiando nuove iscrizioni ed invogliando a regolarizzare le quote sociali è uno dei punti cardine del programma. Elemento evolutivo

di rilievo oltre che di connessione con ANMCO Nazionale degli ultimi anni, nel rispetto della tradizione e dell'essenziale ruolo dei Soci senior, i giovani rappresentano un'importante scommessa del Presidente Regionale che, già dal biennio precedente, adotta una politica di coinvolgimento attivo e capillare dei giovani calabresi nelle attività scientifiche creando fermento ed interesse da parte delle nuove leve verso l'associazione, con un notevole aumento del numero di giovani iscritti. Un atteggiamento premiante attestato dalla nascita di gruppi di lavoro quali “ANMCO Ultrà”, costituito da giovani Soci, da una politica che incentiva proposte di studi regionali, survey e protocolli di ricerca, confermato dalla stretta collaborazione con l'Area Giovani nazionale, nella persona

del Chairperson, Dott.ssa Fabiana Lucà. Ad avvalorare il percorso di apertura sin qui delineato, si inserisce la collaborazione con le Società Cardiologiche di settore quali SIEC ed AIAC che, in una gradazione tonale, si propone di soddisfare i bisogni culturali dei Soci in maniera trasversale, per poi espandersi e arrotondarsi in obiettivi più lineari e icastici, quali la realizzazione di un'indagine conoscitiva sulle realtà cardiologiche in Calabria, al fine di ottenere una istantanea real-time e l'organizzazione di incontri itineranti formativi accreditati, monotematici per la Calabria, con l'attivo coinvolgimento della base dei Soci. In un'ottica di stratificazione dei diversi piani costitutivi del programma, particolarmente significativa è sia la focalizzazione sul mondo femminile con eventi formativi sulla Cardiologia by Gender, con il coinvolgimento precipuo delle donne ANMCO e dell'Associazione Donne Medico della Regione, sia l'inserimento del Cardionursing, in linea con l'implementazione delle competenze cardiologiche della classe infermieristica. Le nuove linee programmatiche sviluppano con maggiore perspicuità la tematica della prevenzione cardiovascolare. Per fronteggiare il profondo bisogno di una "salute per tutti" della popolazione calabrese, e con la vibrante voglia di ispirarsi ai principi della Fondazione per il Tuo cuore e del suo Presidente Dott. Michele Massimo Gulizia, la Calabria si apre al più grande progetto di prevenzione cardiovascolare ad oggi mai esistito, Banca del Cuore, con la partecipazione tutto l'anno

alle Cardiologie Aperte attestata dal numero sempre crescente di BancomHeart erogate gratuitamente ai cittadini, e con la presenza tra le tappe del Truck Tour di Lamezia Terme, Reggio Calabria e Cosenza, città onorate ed orgogliose di essere partecipi in Calabria di un fenomeno unico al mondo che, con forte dinamicità, sta modificando la visione tradizionale delle conoscenze epidemiologiche cardiovascolari italiane. Ad enfatizzare gli indici di espressività e comunicatività regionale che caratterizzano questo nuovo nucleo direttivo calabrese, la nascita dell'Ufficio Stampa costituito dal Presidente Regionale Dott. Roberto Ceravolo affiancato dal Dott. Mario Chiato e dalla Dott.ssa Fabiana Lucà, novità senza precedenti finalizzata a privilegiare l'azione societaria con il

valore delle parole ed a comunicare memorie, fantasie e desideri di ANMCO Calabria. Previsti infine, sulla scia dell'apprezzatissimo Pizz'ANMCO del 2017, altri eventi aggreganti di maggior vaghezza volti alla riconferma dei legami interpersonali e del consociativismo nell'ottica dell'unità regionale. Un programma che vede la Calabria attivamente impegnata nel prossimo biennio anche nei percorsi nazionali proposti dal nuovo Consiglio Direttivo e dal nuovo Presidente ANMCO, Dott. Domenico Gabrielli, in un clima di lavoro in armonia. Tutto questo insomma e molto di più che non vogliamo ancora anticipare! *«Non lo disse ad alta voce perché sapeva che a dirle, le cose belle non succedono».* Ernest Hemingway, "Il vecchio e il mare". ♥

Da sinistra: C. Massimiliano Rao, Fabiana Lucà, Enzo Ciconte e Giuseppe Valiante



Da sinistra: Andrea Madeo, Roberto Ceravolo, Angelo Leone, C. Massimiliano Rao, Antonio Butera, Massimiliano Rizzo



DALLE REGIONI - FRIULI VENEZIA GIULIA

DI ROSA PECORARO

A NOME DEL CONSIGLIO DIRETTIVO REGIONALE ANMCO FRIULI VENEZIA GIULIA



Il nuovo Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Friuli Venezia Giulia
ha aperto la sua attività in sedi professionalmente stimolanti

Dal coordinamento dell'emergenza alla meraviglia della contrazione dei miociti

Esperienza del Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Friuli Venezia Giulia



Laboratorio dell'ICGEB di Trieste



Tessuto cardiaco ingegnerizzato composto da cellule di derivazione cardiaca, in particolare cardiomiociti

Avvio entusiasta ed originale per l'ANMCO Friuli Venezia Giulia: le due prime riunioni del nuovo Consiglio Direttivo Regionale, guidato dalla Dott.ssa Serena Rakar (Trieste), hanno infatti avuto luogo in due sedi di particolare interesse sanitario e scientifico, con numerosi stimoli e suggestioni. L'obiettivo di integrare gli incontri con la conoscenza delle realtà organizzative e scientifiche presenti in Regione è stato raccolto e perseguito con entusiasmo da parte di tutti i componenti. La prima riunione è stata preceduta da una visita alla Sala Operativa Regionale Emergenza Sanitaria (SORES), guidata dal suo Direttore

Dott. Vittorio Antonaglia. Essa ha sede in un punto geograficamente ed operativamente strategico della nostra regione, la palazzina della Protezione Civile di Palmanova (Udine), dove, a partire dall'aprile 2017, vengono convogliate tutte le chiamate precedentemente gestite dalle 4 Centrali Operative Provinciali del 118. La SORES è parte integrante del sistema di emergenza facente capo al Numero Unico di Emergenza 112 ed è stata fortemente voluta per dare le medesime opportunità a tutti i cittadini, attraverso il coordinamento delle risorse: dopo l'identificazione e la localizzazione del chiamante, la richiesta di soccorso viene

codificata per gravità e si procede all'invio dei mezzi di soccorso più appropriati e all'individuazione della sede ospedaliera più idonea alla ricezione del caso. Un investimento complessivo di 5 milioni di euro, una pianta organica attuale composta da 40 operatori - tra cui un direttore medico, un dirigente medico, un responsabile infermieristico e 36 infermieri - che coordinano 46 ambulanze e 4 automediche di giorno (e rispettivamente 36 e 6 di notte), una media di 600 chiamate di soccorso e 350 missioni svolte al giorno sul territorio. Gli operatori lavorano in una sala strutturata in isole, una per le operazioni di risposta alle chiamate di soccorso e una di gestione e invio delle missioni. I tempi di risposta sono notevolmente ridotti grazie al sistema di acquisizione della scheda contatto fornita dal Nue 112, che consente la localizzazione del chiamante e la sua individuazione e ne considera immediatamente l'appropriatezza. Un primo risultato importante di



Esperienza del Consiglio Direttivo Regionale in visita pre-riunione organizzativa alla Sala Operativa Regionale Emergenza Sanitaria (SORES, Palmanova) e al Laboratorio di Cardiologia Molecolare dell'International Centre for Genetic Engineering and Biotechnology (ICGEB, Trieste)



L'International Centre for Genetic Engineering and Biotechnology (ICGEB) di Trieste

questa nuova gestione dell'emergenza è stato l'elevato grado di impiego delle Istruzioni Pre Arrivo (IPA) nei casi di arresto cardiaco, ossia delle indicazioni telefoniche alla rianimazione cardio-polmonare da parte degli operatori della centrale al chiamante, applicate in oltre il 90 % dei casi (contro lo storico 15 %). Ciò consente di ridurre sensibilmente i tempi di ripresa della circolazione spontanea (ROSC). Dopo la visita alla Centrale il Consiglio Direttivo Regionale ha avviato il primo consiglio in una sala messa a disposizione della Protezione Civile, inaugurando così il proprio impegno in un ambito quanto mai significativo, simbolo

di centralità e coordinamento regionale. Per il secondo incontro del CD, è stata scelta come sede l'International Centre for Genetic Engineering and Biotechnology (ICGEB), presso l'Area di Ricerca di Padriciano di Trieste. L'ICGEB è un'organizzazione internazionale, intergovernativa, che opera da 30 anni nel Sistema delle Nazioni Unite nel campo della genetica molecolare e delle biotecnologie. Abbiamo avuto l'onore di essere introdotti nella storia e nell'attività del Centro direttamente dal Direttore Generale dell'organizzazione, che è un medico e ricercatore triestino, il Prof. Mauro Giacca. L'ICGEB opera con più di 500 ricercatori, provenienti da 38 paesi

diversi, in 3 paesi: Trieste (Italia), sede della Direzione Generale del Centro, New Delhi (India) e Cape Town (Sudafrica). Concepito quale centro di eccellenza per la ricerca e la formazione, esso conta sul sostegno di oltre 60 Paesi, consentendo agli scienziati delle nazioni in via di sviluppo di operare a contatto con i migliori esperti del mondo nei diversi settori delle scienze della vita. Il finanziamento istituzionale arriva direttamente dai governi (quello italiano erogato dal Ministero degli Affari Esteri), mentre quello generato come supporto a specifici progetti di ricerca proviene da agenzie governative, industrie private e fondazioni senza scopo di lucro per

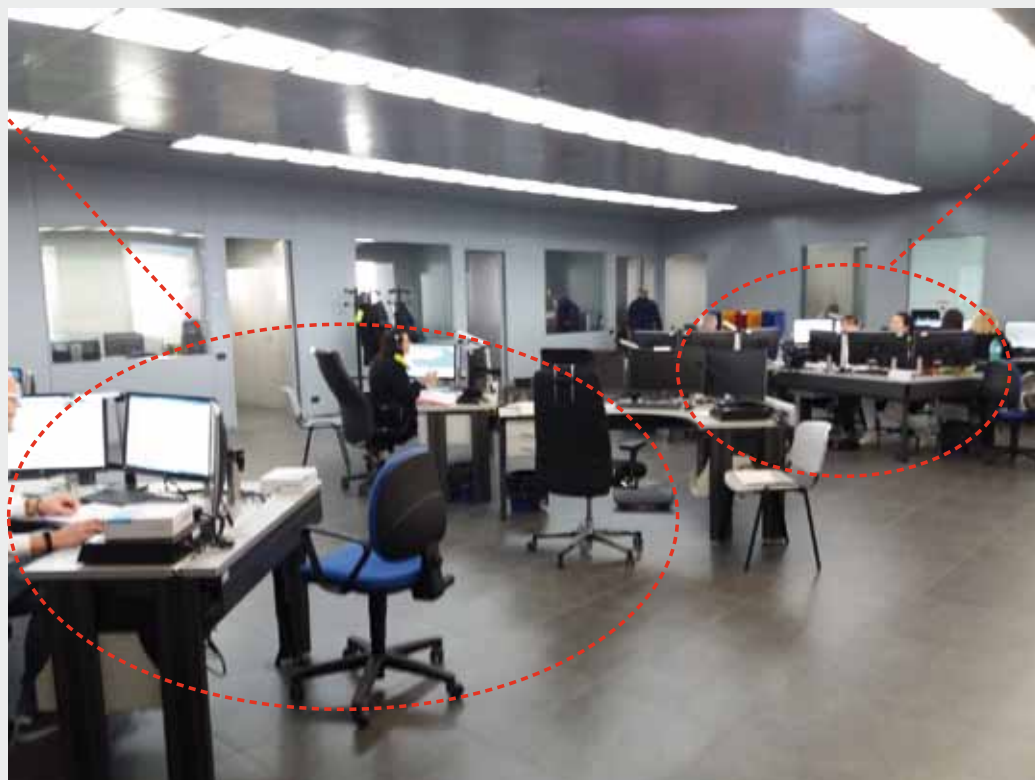
la ricerca in ambito biomedico. Nella sede di Trieste operano 18 gruppi di ricerca, prevalentemente in ambito biomedico, con progetti sulle malattie cardiovascolari (sviluppo di nuovi farmaci biotecnologici per l'infarto del miocardio e lo scompenso cardiaco), neurodegenerative (meccanismi molecolari responsabili dello sviluppo delle demenze e della SLA) e infettive (papillomavirus umano, HIV/AIDS, dengue). Altri gruppi si occupano di immunologia e dello sviluppo di nuove terapie basate sulla terapia genica con virus modificati, sui microRNA o sulle cellule staminali. La sede di New Delhi ospita 25 gruppi di ricerca e svolge principalmente studi per lo sviluppo di nuovi sistemi diagnostici e vaccini contro la malaria, l'epatite

e il dengue, e studi avanzati nel campo delle biotecnologie agrarie e biocarburanti. A Cape Town più di 60 ricercatori si occupano prevalentemente dello studio delle malattie infettive (HIV/AIDS e malaria) e malattie non trasmissibili (cancro). In questi 30 anni di attività sono stati pubblicati oltre 2.800 paper su riviste scientifiche internazionali, sono state attribuite a giovani scienziati circa 1.420 borse di studio della durata di 3-4 anni (finalizzate al raggiungimento del titolo PhD/dottore di ricerca internazionale o al Post-doc/ricerca post dottorato in collaborazione con prestigiose università), sono stati organizzati meeting o corsi con la partecipazione di oltre 1.200 persone/anno, sono stati finanziati

oltre 400 progetti di ricerca nei paesi in via di sviluppo per più di 17 milioni di euro, sono stati creati circa 70 brevetti e fatti circa 80 accordi per il trasferimento di tecnologia all'impresa. Lezioni, meeting, corsi e seminari organizzati dall'ICGEB sono distribuiti gratuitamente da iTunes, con più di 11 mila utenti ogni mese dai vari Paesi del mondo. Dopo questa introduzione abbiamo avuto il privilegio di poterci addentrare in alcuni laboratori e "spiarne" l'attività, scortati dalla presenza e dalle spiegazioni del Dott. Francesco Loffredo, Assegnista di Ricerca in Malattie dell'Apparato Cardiovascolare presso l'Università degli Studi di Trieste e Responsabile del Laboratorio di Cardiologia Molecolare

Sala Operativa Regionale Emergenze Sanitarie

ZONA
OPERAZIONI
CHIAMATE

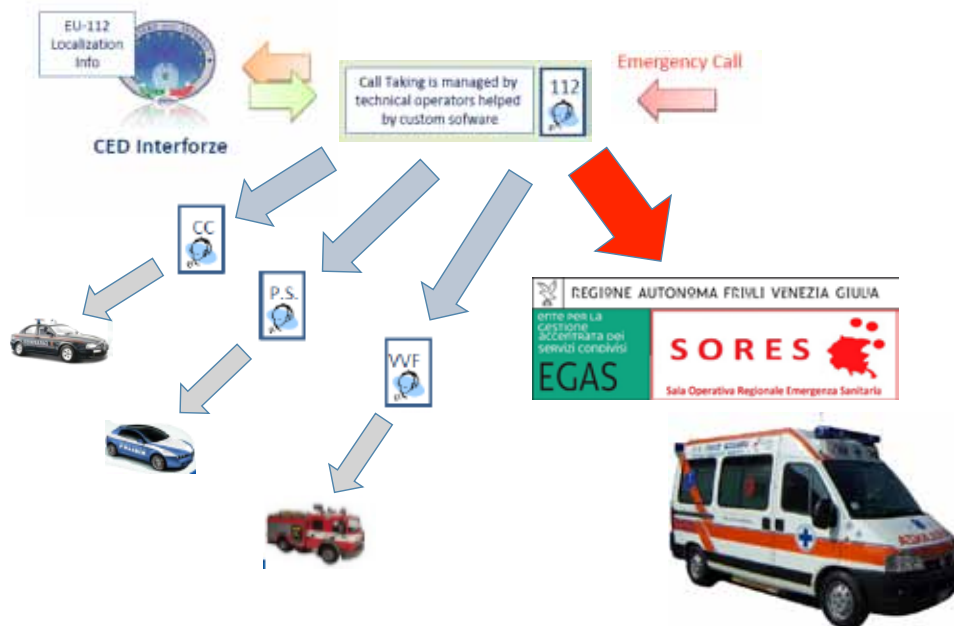


ZONA
OPERAZIONI
MEZZI E
RISORSE



dell'ICGEB, il cui interesse si concentra sui meccanismi molecolari che determinano le malattie cardiovascolari e sullo sviluppo di nuove strategie di approccio a problematiche cliniche, con particolare attenzione all'identificazione dei fattori circolanti che regolano l'invecchiamento cellulare e l'ipertrofia. Tra macchinari complessi e sofisticate metodiche biotecnologiche abbiamo potuto osservare da vicino la dimostrazione di una recente acquisizione del gruppo di studio: la coltura in vitro di miotici, che si organizzano spontaneamente in reti o sincizi funzionali in grado di contrarsi. Sotto lo sguardo stupefatto di Cardiologi abituati a conoscere il cuore attraverso gli strumenti consueti di studio (l'obiettività, l'ECG, l'ecocardio ecc.) dallo schermo del microscopio quelle piccole cellule si muovevano... spontaneamente! La meraviglia della contrazione cardiaca, alla base del nostro lavoro, era sotto il nostro sguardo incredulo. A seguire la riunione del Consiglio Direttivo, in una sala messi cortesemente a disposizione dalla Direzione Generale dell'ICGEB. Complimenti al meraviglioso studio del Gruppo di Cardiologia Molecolare e di tutto l'ICGEB. Complimenti al quotidiano impegno della Centrale Operativa Regionale e di tutti gli operatori sanitari sul territorio. Ora il Consiglio Direttivo può proseguire il proprio lavoro con molto entusiasmo e conservando un pizzico di meraviglia e di stupore degli occhi di un bambino che vede il nuovo. Buon lavoro a tutti noi! ♥

Localizzazione chiamata e passaggio scheda contatto



Un primo risultato importante di questa nuova gestione dell'emergenza è stato l'elevato grado di impiego delle Istruzioni Pre Arrivo (IPA) nei casi di arresto cardiaco, applicate in oltre il 90 % dei casi (contro lo storico 15 %) Ciò consente di ridurre sensibilmente i tempi di ROSC

All' ICGEB di Trieste operano 18 gruppi di ricerca, prevalentemente in ambito biomedico, con progetti sulle malattie cardiovascolari (sviluppo di nuovi farmaci biotecnologici per l'infarto del miocardio e lo scompenso cardiaco), neurodegenerative (meccanismi molecolari responsabili dello sviluppo delle demenze e della SLA) e infettive



Medici o tecnici della salute?

Come eravamo, come siamo, come dovremmo essere

Esiste una cesura tra la medicina del passato e quella attuale? Due articoli apparsi sui numeri 221 e 222 di “Cardiologia negli Ospedali”, a firma di Pietro Russo e Giuseppe Di Tano, mi hanno indotto a ripensare il mio lavoro di medico, adesso che, per l’inesorabile passare del tempo, lascio l’ospedale. Ho avuto la fortuna di vivere la professione in una fase di passaggio da una medicina con risorse tecnologiche limitate, ad una ipertecnologica e iperconnessa, ed ho avuto, tra l’altro, la possibilità di guardare questo passaggio da posizioni funzionali diverse, spesso antitetiche: medico di famiglia per sette anni in un piccolo centro della Calabria, con minuscoli insediamenti abitativi in contrade di montagna, e successivamente cardiologo nel più grande ospedale della mia regione, con attività rivolta per la maggior parte del tempo alla terapia delle cardiopatie acute e dello scompenso cardiaco severo. Il dottor Russo, guardando al passato, si chiede “*Il medico chi era costui?*”, e ci restituisce la figura di un “*sacerdote che celebra la liturgia della salute attraverso il rito della guarigione*”, contrapposto al medico di oggi, che “*diventa un semplice esecutore di diagnosi e terapie preconfezionate e contenute in rigidi protocolli*”, al di fuori dei quali il margine discrezionale è limitato, pena possibili controversie giudiziarie. Pietro Russo celebra con

nostalgia *il rito della guarigione*. Ma quanto pesava l’intervento del medico e della medicina curativa sugli esiti di patologie quali lo stroke, l’infarto del miocardio, l’embolia polmonare, i tumori, e quanto accurate erano le diagnosi? Se è vero che l’attesa di vita è aumentata in maniera sbalorditiva negli ultimi anni e che patologie un tempo gravissime sono oggi guaribili o comunque controllabili, non possiamo rimpiangere troppo quel tempo. Sì, allora il medico entrava nella vita delle persone, le curava quando possibile e, se capace di stabilire un rapporto di empatia, accompagnava il paziente e la sua famiglia nelle varie fasi della malattia, trasmettendo fiducia in ipotesi di guarigione o, nel caso di patologie senza speranza, la certezza di aver fatto il possibile fino alla resa. Non è poco, ma oggi non sarebbe abbastanza.

Giuseppe di Tano evidenzia l’altra faccia della medaglia: quella del medico “moderno” iperconnesso e ipertecnologico, che opera in un ambito di medicina avanzata (gli USA) e svolge la sua visita senza incrociare lo sguardo e “l’anima” del paziente dal quale pretende solo una serie di dati (vorremmo dire numeri), attraverso i quali risolvere un’equazione diagnostico-terapeutica. A rendere ancora più significativa la vicenda è il fatto che

chi racconta l’episodio (da paziente) è uno dei padri della medicina basata sull’evidenza. Le cose non sembrano essere molto diverse da noi se, come riporta Di Tano, un documento della Società Italiana di Medicina Interna riferisce che “*i medici che ascoltano i 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 della visita tiene gli occhi incollati al pc o allo smartphone anziché verso la persona che ha davanti*”. Da una parte quindi la medicina “antica”, molto empatica e poco accurata, dall’altra la medicina moderna, tecnologica, accurata, ma poco empatica. Sono sicuro che se con il metodo delle “interviste impossibili” della nostra mitica radio, chiedessimo di scegliere a pazienti del passato, la maggior parte di essi opterebbe per il modello di medicina moderna perché, come diceva il mio amico e maestro Franco Plastina, al malato fa piacere la pacca sulla spalla, ma vuole soprattutto ricevere una diagnosi che sia la più accurata possibile e una terapia efficace che sappia farlo guarire. Dobbiamo quindi rassegnarci al modello di medico che ha come interlocutore diretto lo schermo e rischia di fare del medico un tecnico della salute? Sicuramente no, anche



perché una medicina di questo tipo non piace ai pazienti e apre spazi a forme di medicina alternativa che trovano sempre più credito nei nostri sistemi sanitari, USA compresi, dove, come riportato alcuni anni fa sulla rivista di geopolitica *Internazionale*, i centri di medicina alternativa sono sempre più numerosi, alcuni sono legati a importanti istituzioni, alcuni ricevono finanziamenti dal NIH. Un successo attribuito al diverso atteggiamento del malato che quando ricorre a pratiche non *alternative* è più disponibile ad accettare regole di vita e comportamenti in grado di migliorare lo stato di salute, o comunque modificarne la percezione. Un successo che sta portando la medicina ufficiale degli USA a riflettere sulle modalità di approccio al paziente e alla malattia e genera discussioni che arrivano a chiedersi se sia utile pregare con i pazienti (*Should Physicians Pray with Patients? MEDSCAPE, 20 giugno 2018*). La sfida che abbiamo davanti è dunque quella di mantenere dritta la barra su una pratica clinica basata sulla EBM, ma di reinserire nella nostra pratica quotidiana elementi che erano propri della medicina del passato e che i progressi della medicina moderna ci fanno ritenere superati. Tra questi la capacità di saper parlare e ascoltare il malato per fargli accettare programmi diagnostico terapeutici a volte complessi e disporlo ad applicare norme di buona condotta di vita, che possono condizionare l'andamento di una malattia e favorire la riuscita delle cure, anche quelle più complesse e Hi-tech. Ma per far questo è necessario passare dalle parole ai fatti e individuare strumenti che consentano una correzione di rotta.

1. Il corso di studi di medicina. La comunicazione medica è un argomento trascurato nel curriculum di uno studente e la qualità del rapporto tra medico e paziente, che deve necessariamente passare attraverso le parole, è affidata solo alla capacità e sensibilità individuali. I giovani dovrebbero essere indirizzati a svolgere la loro professione sviluppando la capacità di dialogo con i malati attraverso una formazione specifica affidata ad esperti, per invertire la tendenza registrata negli ultimi anni che vede gli studenti di medicina ottenere punteggi sempre più bassi nei test di empatia.

2. Le aziende sanitarie devono essere spinte a privilegiare la qualità che deve sostituirsi, come obiettivo primario, alla quantità. Se, come abbiamo letto nel documento della Società di Medicina Interna, le visite durano in media 9 minuti, abbiamo rinunciato sicuramente all'ascolto. Se ne era accorto Nanni Moretti che, in *Caro Diario*, diceva che *"i medici sanno parlare, ma non sanno ascoltare"*, e non ascoltare va contro l'insegnamento fondamentale dei nostri anni di università e l'esperienza clinica che indica nell'anamnesi personale e familiare il presupposto per una diagnosi corretta e per una adeguata impostazione del follow-up.

3. È necessario alleggerire il carico burocratico che grava oggi sui medici che, oltre alla attività di corsia, di ricerca (quando possibile) e alla redazione del documento clinico fondamentale, la lettera di dimissione, sono costretti a redigere ricette elettroniche, piani terapeutici, certificati di malattia, compilazione SDO, spesso senza ausilio di personale amministrativo. ♥

“Sacerdote che celebra la liturgia della salute attraverso il rito della guarigione” o “semplice esecutore di diagnosi e terapie preconfezionate e contenute in rigidi protocolli”?

«I medici sanno parlare, ma non sanno ascoltare»

Nanni Moretti
in "Caro Diario"



La tutela della privacy in ambito sanitario e l'impatto del Regolamento UE 2016/679

Prima Parte

Più di una volta, nel corso delle nostre conversazioni, abbiamo ricordato come il rapporto paziente-medico sia cambiato nel corso del tempo: non più “oggetto” e mero destinatario di scelte terapeutiche assunte dal medico in forza del suo sapere scientifico, non “accessibile” da parte del profano, il paziente è ora al contrario considerato uno dei due soggetti di quella che viene definita come alleanza terapeutica, in quanto tale parte attiva del percorso di cura. Abbiamo assistito alla valorizzazione e tutela della complessiva dignità dell'uomo il che ha determinato una maggiore rilevanza non solo della “qualità” delle prestazioni rese dal professionista sanitario, ma anche e soprattutto, secondo quanto vedremo da qui a breve, di aspetti che coinvolgono profili più intimi, per così dire, della persona.

Mi viene in mente la tematica relativa all'autodeterminazione ed al consenso informato.

Esattamente. Ne abbiamo già parlato ed abbiamo visto come l'emersione di tali valori e di tali esigenze abbia arricchito il contenuto della relazione terapeutica. In questa stessa ottica si inserisce anche l'argomento del quale parleremo oggi e che riguarda la tutela della privacy, o riservatezza, della persona. Si tratta di questione che ovviamente non investe il solo rapporto paziente-medico/paziente-struttura sanitaria, ma, come sperimentiamo quotidianamente, ogni aspetto della vita di ciascuno e che proprio in questi giorni è di grandissima attualità a seguito dell'adozione del d.lgs. n. 101 del 10 agosto 2018, attuativo del Regolamento europeo 2016/679.

Si tratta di un tema molto sentito da noi medici. Come procederemo in questa nostra conversazione?

Direi, al solito, di iniziare con l'illustrare le nozioni generali e la disciplina previgente, per poi verificare se e quali novità abbia apportato la regolamentazione europea nello specifico settore di nostro interesse.

Iniziamo allora con il dire che cosa è la riservatezza?

La riservatezza – più usualmente definita con il termine inglese “privacy” – è uno dei diritti della personalità di recente emersione che la giurisprudenza, anche in assenza di un'espressa previsione normativa nel nostro ordinamento, ha ritenuto di ravvisare tra i diritti inviolabili dell'uomo la cui tutela è contenuta nell'art. 2 della nostra Costituzione. Tale diritto ha peraltro ricevuto esplicito riconoscimento in importanti



testi, che già più volte abbiamo menzionato, quali la Dichiarazione universale dei diritti dell'Uomo, nonché la Convenzione Europea dei Diritti dell'Uomo e la Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea. In tutti questi testi legislativi, il diritto alla riservatezza è configurato come diritto all'intimità, al rispetto della propria vita privata e familiare, che viene posta al riparo da ingiustificate ingerenze esterne, anche delle autorità pubbliche. Solo la sussistenza di particolari esigenze, quali la tutela della sicurezza nazionale, la difesa dell'ordine pubblico o la prevenzione dei reati, ad esempio, o, per quanto ci riguarda, la protezione della salute, giustificano limitazioni di tale diritto che, con parole efficaci, è stato definito come il "diritto ad essere lasciati soli".

Come si coniuga tale diritto con le "informazioni" che di noi stessi forniamo? Come immaginerai, si tratta di una domanda fondamentale, specie per noi medici che quotidianamente ci confrontiamo con aspetti molto intimi di ogni paziente.

Si tratta di una domanda che tocca il centro nevralgico della tematica e che giustamente mette in risalto le difficoltà che si incontrano nel voler preservare la propria riservatezza a fronte della necessaria "condivisione" di informazioni anche molto importanti e delicate. Proprio per trovare una soluzione a tale fondamentale quesito – destinato ad assumere una importanza sempre maggiore, anche in ragione della presenza di tecnologie che determinano un'estrema facilità nella diffusione di informazioni personali – che già nel 2003 era stato adottato il d.lgs. 30 giugno 2003, n. 196, contenente il c.d. Codice della privacy, anch'esso attuativo di direttive comunitarie.

Vogliamo ricordare cosa stabiliva?

Certamente. Il nodo focale del Codice – probabilmente nella consapevolezza della impossibilità della diffusione e condivisione di informazioni personali (e pensiamo che nei primi anni 2000 fenomeni quali i social network e l'e-commerce erano agli albori) – è costituito dall'approntare una politica di particolare attenzione nel c.d. trattamento dei dati personali.

Cosa sono i dati personali?

Per dato personale si intende, come dice lo stesso decreto legislativo e come ha poi precisato la giurisprudenza, qualsiasi informazione che consenta di identificare, anche indirettamente, una determinata persona fisica. Proprio per tale ragione, il legislatore impone che il trattamento di tali informazioni – ossia il complesso delle operazioni di raccolta, conservazione, elaborazione, utilizzo ed altro – avvenga nel rispetto dei diritti e delle libertà fondamentali, nonché della dignità dell'interessato, ossia della persona fisica alla quale i dati personali si riferiscono.

Ci sono regole tramite le quali viene data attuazione in modo più dettagliato a questi principi?

Absolutamente. Il Codice prevede che il soggetto debba essere reso edotto delle finalità e modalità del trattamento cui i dati sono destinati, tramite la c.d. informativa, e che il trattamento stesso sia consentito solo previo consenso espresso dell'interessato. Questi, peraltro, una volta prestato il consenso, resta pur sempre titolare di una serie di diritti rispetto alle proprie informazioni personali in relazione alle quali può esercitare il diritto di accesso, nonché il diritto di rettifica: può infatti tanto ottenere conferma da chiunque della eventuale detenzione di dati personali che lo riguardano e in caso affermativo ottenerne la comunicazione in forma

intelligibile, nonché chiedere ed ottenere da chi detenga informazioni personali di aggiornare, rettificare ovvero integrare i dati che lo riguardano.

Ovviamente non tutte le informazioni personali che ci riguardano hanno la stessa "importanza". Penso in questo senso alla presenza, anche sui moduli che noi medici utilizziamo, della dicitura dati sensibili: si tratta anche in questo caso di una previsione del Codice della privacy?

Osservazione correttissima. È stato lo stesso legislatore ad individuare una particolare categoria, quella dei c.d. dati sensibili che includono – oltre ai dati idonei a rivelare l'origine etnica, le convinzioni religiose, filosofiche, politiche o di altro genere nonché l'adesione a organizzazioni politiche o sindacali – anche e soprattutto per quanto ci interessa lo stato di salute dell'interessato. Sono definiti dati sensibili proprio in quanto attengono agli aspetti più intimi della vita di ognuno di noi e sono oggetto, nell'ambito della relazione tra paziente e medico, nonché con la stessa struttura sanitaria, di particolare attenzione. Proprio di tale specifico aspetto dovremo ora parlare, ma temo che abuserei eccessivamente non solo del tempo e dello spazio a nostra disposizione, ma anche e soprattutto della pazienza tua e dei nostri amici lettori. Proprio per questo, proporrei di rinviare ad un successivo incontro per esaminare come si attui la tutela della privacy in ambito sanitario quale rilevanza abbia assunto il nuovo, recente regolamento.

Direi proprio di sì. Al prossimo incontro allora! ♥



Revisione critica dei principali trial sull'aspirina in prevenzione primaria

Aspirina 100 mg, il caposaldo della prevenzione cardiovascolare... Siamo sicuri?

L'utilizzo di una dose fissa di aspirina ha efficacia limitata
nella prevenzione primaria L'aggiustamento della dose in base al peso corporeo
riduce l'incidenza di eventi cardiovascolari

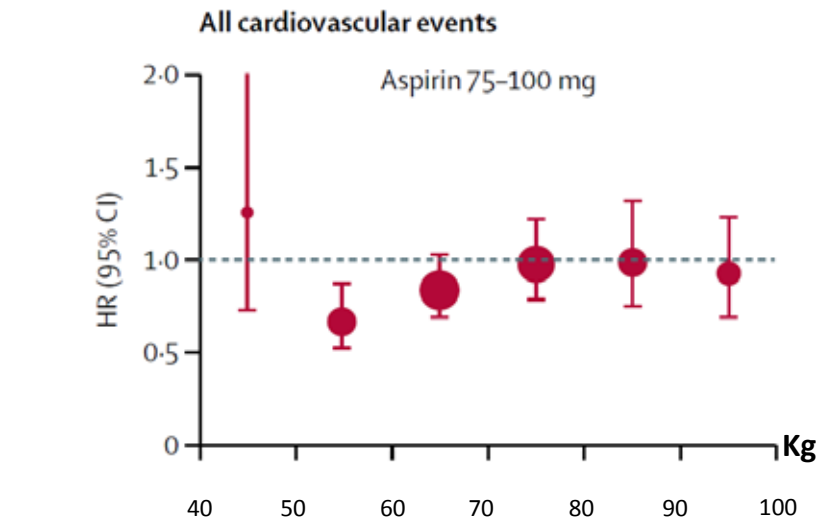
L'aspirina è uno dei farmaci più prescritti in ambito cardiovascolare ed è considerata una certezza nella prevenzione farmacologica. A luglio 2018 è apparsa su *"The Lancet"* una revisione dei maggiori trial riguardanti l'aspirina in prevenzione primaria, che rischia di oscurare seriamente il mito dei 100 mg/die. Gli Autori del lavoro (Rothwell P. et al, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31133-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31133-4)) si sono presi la briga di rivedere i dati di quasi 120.000 pazienti che assumevano acido acetilsalicilico in prevenzione primaria, chiedendosi se l'efficacia del dosaggio comunemente utilizzato di 75-100 mg/die sia dipendente dal peso corporeo oppure no. Ebbene, tale dosaggio è risultato efficace solo nel gruppo di soggetti con peso corporeo compreso tra 50 e 69 Kg, con beneficio molto limitato dai 70 Kg in su. Nei pazienti con peso inferiore a 50

Kg, invece, l'assunzione giornaliera di 75-100 mg addirittura aumenta la mortalità totale e l'incidenza di morte cardiaca improvvisa. Per contro, l'aggiustamento del dosaggio in base alla fascia di peso corporeo consentirebbe di abbassare drasticamente l'incidenza di eventi cardiovascolari. L'approccio di "un dosaggio per tutti" (*"one dose fits all approach"*), scrivono gli Autori anglosassoni) pare dunque essere perdente. Le motivazioni di tutto ciò sono di tipo farmacodinamico e farmacocinetico: 1) l'obesità e l'aumento dell'indice di massa corporea (BMI) si associano ad aumentata attivazione piastrinica e maggiore immissione in circolo di piastrine "fresche", tendenti ad aggregare; 2) l'aspirina ingerita è in parte inattivata mediante de-acetilazione, prevalentemente a livello della parete intestinale e del fegato e dunque, quanto più sono rappresentati questi tessuti, tanto

minore sarà la biodisponibilità di farmaco nella circolazione sistemica. L'ipotesi della ridotta biodisponibilità è supportata dalla minore efficacia delle formulazioni *"enteric-coated"* e di quelle a lento rilascio nei soggetti che pesano più di 70 Kg. Nella pratica clinica, noi siamo abituati ad aggiustare il dosaggio degli agenti trombolitici e antiplastrinici endovenosi (inibitori della gpIIb/IIIa), mentre utilizziamo dosi fisse di antiplastrinici orali (aspirina e inibitori del recettore P2Y12). Gli Autori della revisione fanno alcune considerazioni condivisibili e con implicazioni cliniche pesanti. Primo: dato che l'efficacia del basso dosaggio (75-100 mg) è variabile in base alla fascia di peso cui appartiene il soggetto (< 50, 50-69, >69 Kg), i trial di confronto aspirina *vs.* altri agenti antitrombotici dovrebbero essere disegnati con stratificazione in base al peso corporeo, mentre finora l'approccio utilizzato è stato in gran



parte dei casi quello di “una dose per tutti”. Secondo: nella fascia di peso > 69 Kg, l’assunzione giornaliera di 75-100 mg di ASA è risultata inefficace, in prevenzione primaria, nell’80 % degli uomini e nel 50% delle donne. Viene da pensare ai tanti pazienti ai quali prescriviamo 100 mg/die di ASA che pesano più di 69 Kg: stando a questi dati, riduciamo il rischio di infarto e ictus solo in 1/5 degli uomini e in metà delle donne. Terzo: l’efficacia può ridursi ulteriormente utilizzando le formulazioni gastroprotette, per cui vanno valutati i benefici di una aumentata gastroprotezione *vs.* una minore protezione cardiovascolare. Quarto: dati non ancora pubblicati mostrano che la doppia terapia antiaggregante (ASA 100 mg + inibitore di P2Y12) è più efficace della sola ASA 100 mg nella prevenzione secondaria dello stroke nella fascia di peso > 70 Kg: non sappiamo però se una uguale efficacia preventiva possa essere raggiunta semplicemente utilizzando la sola aspirina a dosaggio maggiore. Quinto: l’*hazard ratio* (vedi Figura) è nettamente a sfavore dei 75-100 mg nei soggetti che pesano meno di 50 Kg (fenotipo maggiormente rappresentato in Asia). Semplificando all’estremo, potremmo somministrare 75-100 mg/die nella categoria 50-69 Kg, 50 mg/die in quella < 50 Kg, e 325 mg/die dai 70 Kg in su. Ovviamente tale affermazione deve essere ampiamente validata. L’evidenza di interazione tra dosaggio e peso corporeo è supportata dall’effetto dell’aspirina sul rischio a lungo termine di cancro del colon-retto: al pari del rischio cardiovascolare, l’efficacia preventiva di 75-100 mg è pressoché nulla se il



peso corporeo supera i 70 Kg, mentre il rischio di sviluppare un cancro dello stomaco o del colon aumenta se il peso corporeo è inferiore a 50 Kg. Quest’ultimo dato non sembra

(NCT00135226, pazienti diabetici), ARRIVE (NCT00501059, soggetti a rischio cardiovascolare aumentato), ASPREE (NCT01038583, soggetti

L’obesità si associa ad aumentata attivazione piastrinica, con ridotta inibizione della COX-1 da parte di bassi dosaggi di aspirina (75-100 mg)

L’aspirina 100 mg riduce gli eventi cardiovascolari nella fascia di peso 50-69 Kg, ha effetto debole nei soggetti che pesano più di 70 Kg, è dannosa nei sottopeso (<50 Kg)

conseguenza di una maggiore incidenza di sanguinamenti, che rendono più precoce la diagnosi, ma di una reale accelerazione della crescita di tumori preesistenti da parte dei metaboliti dell’aspirina, la cui clearance è ridotta nei soggetti con basso peso corporeo, soprattutto se di età avanzata. Aspettiamo con ansia la pubblicazione di tre trial sull’aspirina in prevenzione primaria, i cui risultati definitivi sono attesi per quest’anno: ASCEND

ultrasettantenni). Per ARRIVE è prevista una sotto analisi di efficacia stratificata in base al peso corporeo. In conclusione, possiamo affermare con certezza che l’approccio di “una dose per tutti”, con il quale è stata studiata l’aspirina negli studi di prevenzione cardiovascolare, è inadeguato. Dopo aver letto questo lavoro, personalmente prescriverei l’aspirina meno “allegrementemente”, il dubbio ormai si è insinuato... ♥



Piccola storia della Medicina Cardiovascolare

Il cuore a fine Ottocento (1870-1900)

Parte prima

Gli ultimi decenni del secolo XIX furono di grande importanza per la medicina. In Francia ed in Germania si sviluppa la **biochimica**. Iniziano gli studi sulle vitamine e si pongono le basi della dietetica moderna. Nel 1875 L. Landois riferisce come unendo siero e globuli rossi provenienti da animali diversi si ottengono reazioni di emolisi o di agglutinazione. Nel 1876 Hammaster scopre il fibrinogeno. Nel 1896 G. Cori descrive il ciclo dei pentoso-fosfati e S.P.L. Sørensen introduce il concetto di *tampone e esponente ione idrogeno* (il *pH*). L'anno dopo Cesare Serono pubblica il *Manuale di analisi chimica, clinica, fisiopatologica e igienica*. Nel 1890 W.O. Atwater sviluppa le sue ricerche sul ricambio energetico ed esegue ricerche calorimetriche sulle

sostanze alimentari. Tutto ciò ebbe come conseguenza pratica l'uso di numerosi metodi di laboratorio per la determinazione delle sostanze chimiche nei liquidi biologici. Nel 1874 G.H. Esbach propone un apparecchio per misurare dell'albumina nelle urine. Il primo kit diagnostico commerciale, costruito nel 1878 da W.R. Gowers per la determinazione dell'emoglobina, compara visivamente campioni di sangue diluito con un calibratore colorato corrispondente ad una soluzione di sangue normale. Nel 1882 Fano costruisce un apparecchio per valutare la densità del sangue. Nel 1883 J.G. Kyeldahl propone un metodo per la determinazione dell'azotemia e G. Oliver le *urinary test papers*, strisce di carta imbevute di reattivi per la ricerca di albumina

e glucosio nelle urine. Nel 1885 Carl Lieberman mette a punto il primo metodo per la determinazione del colesterolo, ulteriormente migliorato da Hans Burchard quattro anni più tardi. Nel 1886 Max Jaffé misura la creatininemia col metodo al picrato alcalino. Nel 1888 C. Desaga, costruisce il primo ureometro. Nel 1892 Hedin utilizza per primo una centrifuga per determinare l'ematocrito. Nel 1894 H. Sähli, nel suo *Manuale dei metodi clinici d'esame* propone un valido strumento per dosare l'emoglobina. Nel 1894 la VES è effettuata per la prima volta da E.F. Biernacky. Nel 1897 Kraus descrive la reazione di immunoprecipitazione. Si assiste a una vera e propria esplosione della **microbiologia**. Nel 1875 F.J. Cohn propone nell'*Ueber Bacterien, die kleinsten lebenden*

L'identificazione dei microrganismi responsabili delle principali malattie infettive a fine Ottocento

- **Lebbra** (Gherard H. Hansen, 1873)
- **Gonorrea** (Alber Neisser, 1879)
- **Tubercolosi** (Robert Koch, 1880)
- **Tifo** (Koch e Karl J. Eberth, 1880),
- **Malaria** (Alphonse Laveran, 1880)
- **Difterite** (Klebs e Loeffler, 1883)
- **Tetano** (Nicolayer, 1884)
- **Brucellosi** (Bruce, 1887)
- **Filariosi** (Joseph Bancroft e Otto Wucherer, 1887)
- **Meningite** (Anton Weichselbaum, 1887)
- **Peste** (Alexander Yersin e Shibasaburo Kitasato, 1894)
- **Shigellosi** (Koyoshi Shiga, 1898)
- **Toxoplasmosi** (Charles L.A. Laveran, 1900).



Hypertrophy is a compensatory and beneficial condition, in fact, nature's effort to meet a difficulty. Dilatation is the direct opposite of hypertrophy, inasmuch as it impairs the efficiency of the cardiac pump

Wesen una nuova classificazione dei microorganismi (per la prima volta viene usato il termine *bacillo*). Grazie allo sviluppo delle tecniche microscopiche, di coltura (W. Hesse utilizza l'agar e nel 1887 entrano in uso le capsule di vetro di R.J. Petri), di colorazione (nel 1884 H.C. Gram prepara l'omologo colorante per i batteri, differenziandoli in gram-positivi e gram-negativi) e sierologiche (viene dimostrata l'agglutinazione dei batteri con antisieri specifici), vennero scoperti i microorganismi responsabili di numerose malattie infettive. Koch, in particolare, prepara la tubercolina e formula, nel *Die Aetiologie der Tuberkulose* (1884) i suoi 4 postulati per provare che un determinato microorganismo è responsabile di una specifica malattia. Iniziano anche gli studi su virus e batteri.

Le tecniche microscopiche, di colorazione (nel 1896 Luigi Daddi utilizza il colorante Sudan III per i lipidi) e di conservazione (nel 1890 F. Blum introduce la conservazione dei tessuti con formalina) sempre più potenti consentono grandi sviluppi sia teorici sia pratici all'**istocitologia**. Nel 1872 l'esame emocromocitometrico

viene reso semplice da Malassenz. Nel 1878 C. Weigert colora le sostanze nucleari con l'ematossilina; Vierordt, inoltre, evidenzia i filamenti di fibrina. Elie Metchnikoff descrive nel 1879 il ruolo dei leucociti nel controllo delle infezioni e nel 1884 il meccanismo della fagocitosi. Nel 1882 W. Flemming descrive la divisione cellulare e il ruolo dei cromosomi, introducendo i termini *mitosi* e *cromatina*. Nel 1883 Giulio Bizzozero individua il *terzo elemento morfologico* del sangue: le piastrine, mentre Hayem descrive l'occlusione di una vena mesenterica a causa di un blocco emostatico in una rana. Nel 1888 il termine cromosoma è introdotto da Waldeyer. Nel 1889 T. Boveri dimostra che il materiale genetico è localizzato nel nucleo cellulare e Limburg ipotizza il Fattore Stabilizzante per la Fibrina. Nel 1895 Bürker propone l'omonima camera per il conteggio degli eritrociti, ancora in uso. In campo **fisiopatologico**, nel 1891 Maurice Arthus, dimostra il ruolo fondamentale del calcio nei processi coagulativi. Nel 1892 Richard Pfeiffer identifica l'endotossina che provoca lo shock e nel 1900 Eugene L. Opie dimostra la relazione tra degenerazione delle isole di Langerhans e diabete.

In cardiologia numerosi studi sono condotti da autori anglosassoni sull'**ipertrofia e la dilatazione cardiaca**; essi per lo più identificano la prima come risposta autoprotettiva del cuore che, ad un certo punto, evolve in dilatazione e scompenso cardiaco. Eccone alcuni esempi:

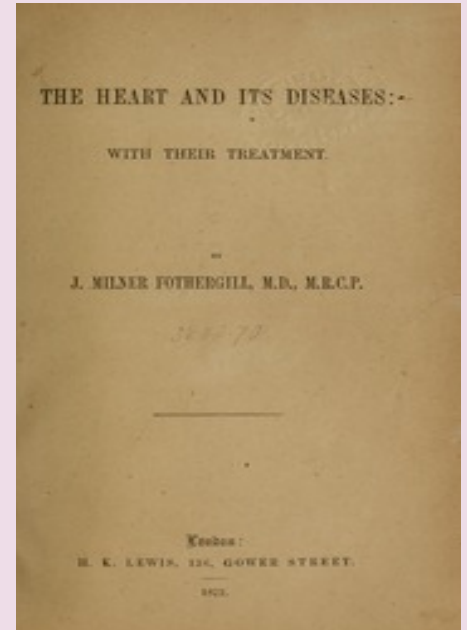
Hypertrophy which always occurs wherever a portion of the heart has been called upon to perform work beyond its normal capacity, may exist for many

years, and the individual still continue to have relatively good health, but in the end it certainly leads to a so-called catastrophe through some of its sequels, which are of themselves full of danger to the patient (Leopold Schroetter, Ziemssen's Practice of Medicine, 1876). *Hypertrophy is a compensatory and beneficial condition, in fact, nature's effort to meet a difficulty. Dilatation is the direct opposite of hypertrophy, inasmuch as it impairs the efficiency of the cardiac pump; although dilatation is usually bad, in regurgitant valvular lesions dilatation of the cavity behind the affected orifice is beneficial, providing that it is just sufficient to accommodate the blood which is regurgitated at each systole* (Byrom Bramwell, Diseases of the Heart and Thoracic Aorta, 1884). *It has frequently been said that the heart hypertrophies in order to establish a sort of compensation. This view would be correct if the hypertrophy remained stationary; but experience has shown that the excess of work imposed upon the heart finally deteriorates its fibres* (Constantin Paul, Diseases of the Heart, 1884). Sarà il grande William Osler, nel suo *The Principles and Practice of Medicine* (1892), a identificare il continuum della risposta cardiaca al sovraccarico. In questi anni si sviluppano importanti **tecniche diagnostiche**. Il primo apparecchio adatto all'uso clinico per rilevare grafici delle variazioni della pressione e dei polsi, ispirato agli esperimenti di Marey, fu ideato da Von Bash nel 1880 e migliorato successivamente da Potain, ma restava molto ingombrante e difficile da usare. Nel 1886 Riva-Rocci, utilizzando semplici oggetti (un calamaio, del mercurio, una camera d'aria di bicicletta), ideò lo sfigmomanometro moderno,

This view would be correct if the hypertrophy remained stationary; but experience has shown that the excess of work imposed upon the heart finally deteriorates its fibres

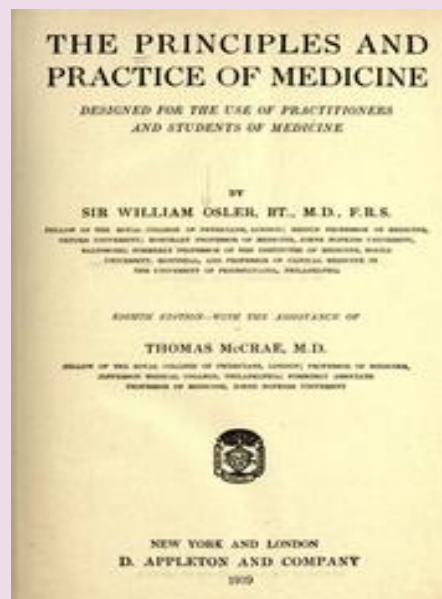
che misurava solo la pressione arteriosa sistolica, ma, per le piccole dimensioni, poteva entrare in sala operatoria o nelle guardie mediche. L'8 novembre 1895 il fisico tedesco Wilhelm K. Roentgen (Premio Nobel per la fisica nel 1901) scoprì che i raggi emanati da un tubo catodico potevano attraversare lo scheletro e impressionare una lastra fotografica e denominò questa radiazione elettromagnetica raggi X (dal simbolo matematico usato per i valori ignoti);

John Milton Fothergill (11 April 1841 – 28 June 1888)

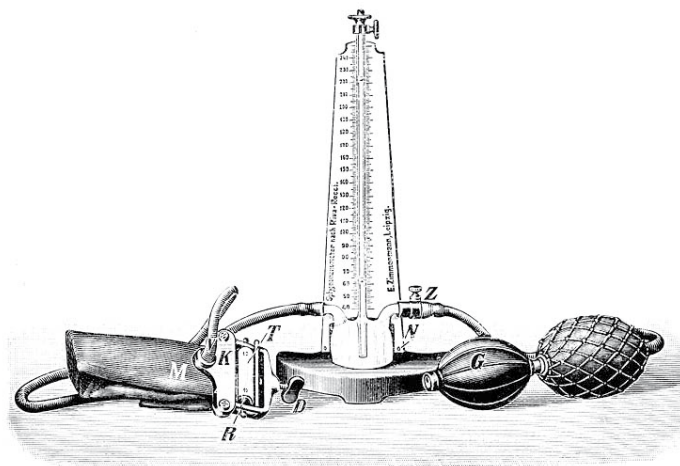


Hypertrophy, by adding to the heart's power, tends to maintain itself, while dilatation tends downwards. In obstruction, without any increase in the distending force, as in aortic stenosis, there is pure hypertrophy, usually without dilatation. With increase in the distending force as in aortic insufficiency, hypertrophy is always combined with dilatation of the cardiac chambers

Sir William Osler (Bond head, 12 luglio 1849 – Oxford, 29 dicembre 1919)



1. **Development:** depends on the nature of the underlying abnormality;
2. **Full compensation:** allows the heart's vigor to meet the increased hemodynamic demand (adaptive hypertrophy);
3. **Broken compensation:** can result in acute dilatation (pulmonary edema), but more commonly evolves slowly as result of degeneration and weakening of the heart muscle.



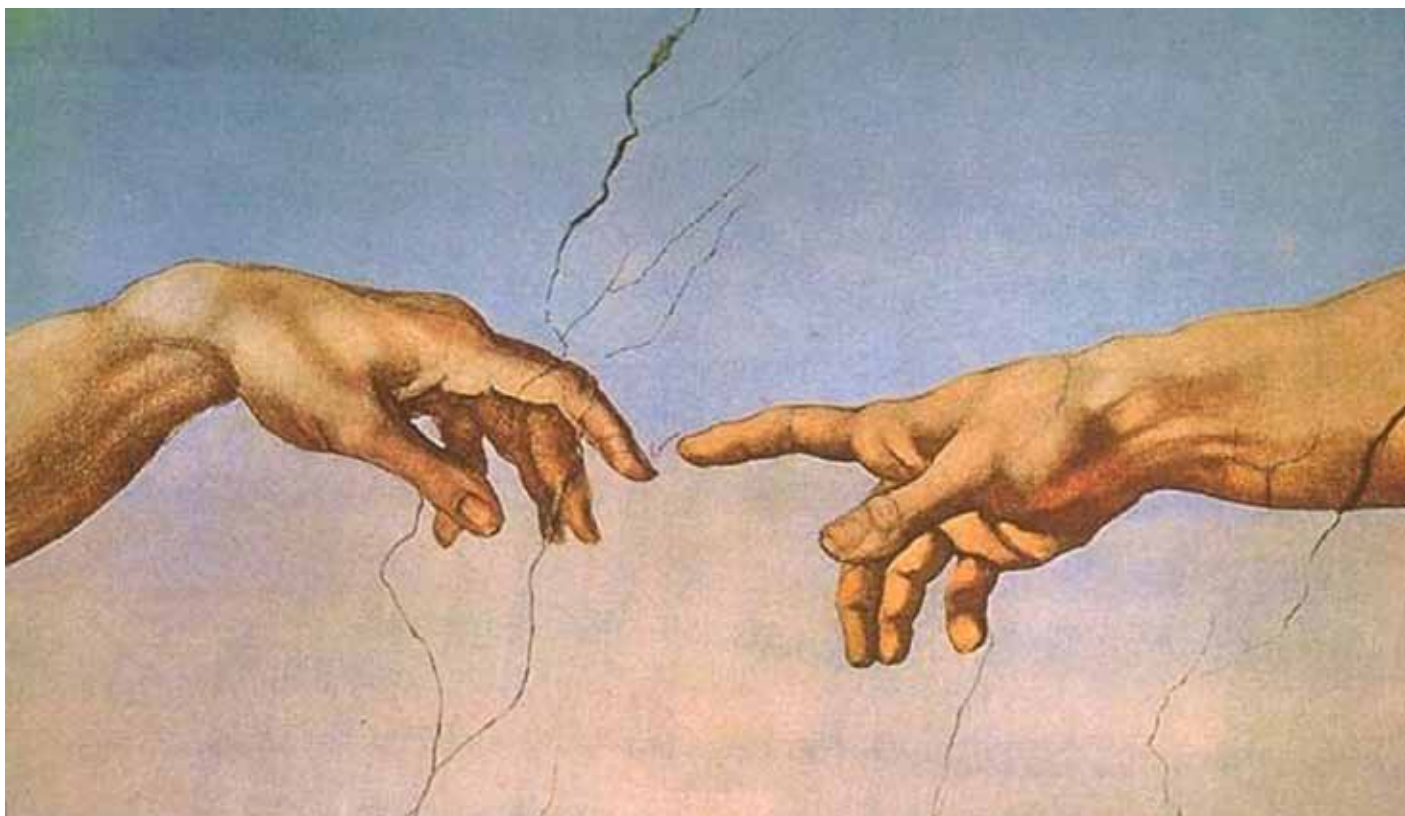
Scipione Riva Rocci (Almese, 7 agosto 1863 – Rapallo, 15 marzo 1937)

nasce la diagnostica per immagini, anche per opera di M. Pupin che, un anno dopo, utilizza per questo scopo i raggi X. Nel 1897 Marie Sklodowska chiama *radioattività* i raggi emanati dall'uranio e l'anno dopo, insieme al marito Pierre Curie scopre il radio. Nel 1877 Lord Rayleigh espone, nel

trattato *La teoria del suono* i principi fisici fondamentali delle onde sonore, della trasmissione e della rifrazione. Nel 1880 i fratelli Curie scoprono l'effetto piezoelettrico, che verrà utilizzato per la generazione di ultrasuoni negli apparecchi sonografici e, poi, ecografici. ♥



Una nuova frontiera di ricerca La Pedagogia della Salute La formazione di un nuovo professionista della cura



Tra gli intensi processi interdisciplinari che caratterizzano lo sviluppo dei saperi nella società contemporanea particolarmente significativo è il rapporto che si è andato realizzando negli ultimi decenni tra l'ambito pedagogico-educativo e quello

medico-sanitario, grazie alla centralità che i due ambiti riservano al tema dell'Uomo e delle sue modalità di "essere nel mondo". A favorire tale rapporto ha indubbiamente contribuito il nuovo concetto di salute, solennemente affermato dall'Organizzazione mondiale

della Sanità, all'indomani della sua costituzione (1946). Secondo l'Autorità internazionale, in questo sostenuta da una nutrita letteratura sulla teoria della felicità (*happiness*) e su quella del benessere (*well-being*), la salute non è semplicemente l'assenza di malattia o infermità,



ma è “uno stato di benessere fisico, psichico e sociale”. Tale nuovo concetto di salute ha messo in crisi la vecchia concezione della medicina clinica e curativa, ormai incapace di rispondere alla pressante domanda sociale di salute, a favore di una medicina decisamente orientata alla prevenzione, all’interno di una visione olistica e integrale del problema che chiama in causa, in termini di responsabilità e di consapevolezza etica, singoli individui e istituzioni sociali pubbliche e private. Ne consegue un deciso superamento della correlativa vecchia formazione dell’operatore sanitario, tutta incentrata su una epistemologia positivista della pratica medica, intesa come “progettazione” finalizzata al superamento di situazioni problematiche attraverso apparati cognitivi accreditati e definiti in forma protocollare, a favore di una prospettiva pedagogica che fa di esso un professionista riflessivo, capace di muoversi attraverso diversi *setting* di conoscenza complessi e mutevoli e di costruire un pensiero consapevole rapportato al contesto; un professionista che sappia dare valore all’esperienza vitale del suo agire professionale e che, seppur abituato a riconoscere e a risolvere la malattia nelle forme delle evidenze mediche,

sappia rapportarsi positivamente con il paziente che ha di fronte e comprendere quanto l’esperienza della di lui malattia s’intrecci con il senso complessivo della sua vita.

La formazione del professionista della salute e della cura

La formazione al *Medical professionalism* non è, dunque, riducibile ad una professionalità medica, come comunemente si è portati ad intendere, ma riguarda una competenza globale, che renda capaci di operare scelte professionalmente competenti e di riconoscere la profonda inquietudine che la responsabilità del compito attiva, secondo la prospettiva delle *Medical Humanities*. Più esplicitamente, non si tratta di ridurre l’azione professionale ad una sequenza lineare di attività, costituite da unità separate e ripetibili, quanto piuttosto di concentrare la formazione in un processo di operazioni per così dire “reticolare”, nel quale la competenza riflessiva sulle proprie azioni va molto al di là dell’*expertise* necessaria per svolgere il ruolo. Si tratta, cioè, di un “compito” e di un “impegno” di responsabilità nei riguardi, non solo dell’altro, ma anche di se stesso, del proprio sapere e della propria formazione. La professione

della salute e della cura ha sempre più bisogno di appropriarsi di una “epistemologia della pratica riflessiva” e di una formazione alla cura (*to care*) che sappia guardare agli interrogativi di senso posti al professionista da un sapere della pratica che agisce su un terreno instabile e spesso controverso. L’obiettivo del nuovo campo disciplinare, dunque, è quello di formare professionisti della salute e della cura capaci di riflessività, poiché - come scrive Giorgio Cosmacini - “i problemi medici non sono solo questioni di scienza e di tecnica, ma anche di saggezza, riguardo alla capacità di formulare giudizi e di dare indirizzi, spesso in condizioni non facili, nonché di prendere e proporre decisioni, spesso in condizioni difficili”. In tale direzione agiscono i molti gruppi di ricerca, formati da medici e pedagogisti, che nel corso degli ultimi anni si sono costituiti focalizzando la loro attività sulla “domanda pedagogica” posta dalla formazione di futuri medici e professionisti della salute e della cura nelle facoltà universitarie e nei contesti di lavoro. Di questo nuovo fronte della medicina la Rivista fa bene ad interessarsi, aprendo uno spazio alla collaborazione di quanti hanno riflessioni da proporre ed esperienze da raccontare. ♥



Si avvicina il centesimo compleanno di Fausto Rovelli, una ricorrenza importante per la Cardiologia italiana

Cento anni vissuti con il cuore

Il De Gasperis Cardio Center invita i colleghi e gli amici dell'ANMCO a scrivere insieme un biglietto di auguri molto speciale

Qualche mese fa ho segnalato via mail al Professor Fausto Rovelli, primario emerito di Cardiologia presso l'Ospedale Niguarda e mio maestro, la pubblicazione su *Circulation* dei risultati di un Registro multicentrico lombardo sulle miocarditi acute, organizzato dall'ANMCO regionale e coordinato presso il De Gasperis

Cardio Center. Neanche due giorni, e il Professore mi telefona per congratularsi, entusiasta del successo del suo Centro e della sua Associazione. Forse siamo in pochi, tra i Cardiologi, a conoscere e ricordare Fausto Rovelli, il che potrebbe non sembrare così strano, se si tiene conto che dopo il pensionamento Rovelli ha continuato

a coltivare la professione e la cultura, ma si è via via allontanato dalla scena pubblica. Comunque, non ha smesso di pensare a noi. Il 10 novembre prossimo Fausto Rovelli compirà cento anni: sarebbe bello se la Cardiologia italiana, e in particolare l'ANMCO, associazione che Rovelli ha contribuito a fondare e per la quale mostra sempre interesse e affezione,



Il Prof. Fausto Rovelli con il Dott. F. Turazza e il Dott. B. Carù



Il Prof. Fausto Rovelli con Maria Frigerio

preparasse per il suo centesimo compleanno un biglietto d'auguri molto speciale, fatto dei pensieri o anche solo delle firme di tante persone. Sarebbe bello se fossimo in tanti: quelli che, come me (e come gli

amici Salvatore Pirelli e Maurizio Ferratini, che lo presentano come pioniere della Cardiologia sul numero di settembre del *"Giornale Italiano di Cardiologia"*³⁾, hanno avuto la fortuna di lavorare con lui; quelli

Il 10 novembre p.v. Fausto Rovelli, primario emerito di Cardiologia all'Ospedale Niguarda di Milano, figura di spicco nella storia della Cardiologia, compirà cento anni. I colleghi del Centro De Gasperis invitano a fargli pervenire gli auguri e i ringraziamenti dell'intera comunità cardiologica italiana

che sono cresciuti nel suo Ospedale, e si sono formati presso quel Centro De Gasperis che la sua lungimiranza (e, con lui, quella di Renato Donatelli prima e di Alessandro Pellegrini poi) aveva realizzato mettendo assieme, dal principio, Cardiologia e Cardiochirurgia; quelli, e sono davvero tanti, che, almeno una volta nella loro vita professionale, hanno partecipato al Convegno che il De Gasperis organizza da più di mezzo secolo, nel mese di settembre, a Milano, evento (inizialmente Corso di aggiornamento) ideato da Rovelli e da Donatelli "per fare qualcosa di nuovo, qualcosa di diverso...", come Rovelli stesso racconta nell'intervista di due anni fa², in occasione della 50° edizione del Convegno (Figura 1); quelli che hanno collaborato a uno o più degli Studi GISSI, e ripercorrendone la storia hanno scoperto che molto di quello che sappiamo sull'infarto acuto e sul trattamento dell'infarto acuto vede le sue origini in uno studio condotto nei primi anni '80 presso la quasi totalità delle Cardiologie italiane, in ospedali grandi e piccoli, nato da un'idea di Fausto Rovelli e realizzato grazie alla sinergia con l'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri³⁻⁵; tutti quelli, insomma, che per una ragione o per un'altra riconoscono il contributo di Fausto Rovelli alla comunità medica e cardiologica italiana; sarebbe bello se fossimo in tanti, dicevo, a trovare il tempo di fargli sapere che ci ricordiamo di lui. Intendiamoci, bando ai sentimentalismi: certo non si può definire Rovelli un "sentimentale". (Tra parentesi: non essere sentimentali non significa non provare sentimenti. Ma nel nostro

**Il Centro De Gasperis dell’Ospedale Niguarda di Milano
invita i Cardiologi italiani a fare tutti insieme gli auguri al Prof. Fausto Rovelli,
che compirà 100 anni il prossimo 10 novembre**

lavoro, che potremmo sinteticamente definire di scienza e di servizio, tenere in ombra i sentimenti ci aiuta a focalizzare l’attenzione sul suo oggetto, il suo fine reale.) Nel caso di Rovelli, la sua costante tensione verso “qualcosa di nuovo, qualcosa di diverso” non è mai fine a se stessa (o, peggio, orientata a fini commerciali), ma sempre animata da un senso profondo del valore universale e sociale della medicina: portare le cure migliori vicino a tutti i pazienti, portare il progresso della cultura vicino a tutti i medici, avvicinare teoria e realtà, ricerca e pratica clinica, per migliorare la salute di tutti. Accetto volentieri l’ospitalità concessami da questo Giornale (il cui Direttore Responsabile, Mario Chiato, non dimentichiamolo, è, a mia conoscenza, tra i pochissimi colleghi che, consapevoli di aver a loro volta ricevuto, in termini di opportunità di visibilità e fama, dalla appartenenza alla comunità scientifica e associativa, oltre a

dedicare a questa il proprio impegno intellettuale, devolvono qualcosa del proprio, qualcosa di concreto: che c’è di più concreto del denaro? A favore della crescita professionale e culturale di giovani colleghi: *chapeau* per lanciare un invito: se lo desiderate, mandate una mail con i vostri auguri a Fausto Rovelli alla casella di posta 100anniRovelli@gmail.com. Faranno parte di quello che, speriamo, sarà uno dei biglietti di auguri più lunghi della storia... E certamente gli farà piacere riceverli. E, se lo volete, rimanete in contatto con il Sito dell’Ospedale (www.ospedaleniguarda.it) e della Fondazione De Gasperis (www.degasperis.it), perché è possibile che vedano la luce altre iniziative per questo compleanno che, spero ne converrete con me, rappresenta un’occasione un po’ speciale per quella speciale “famiglia allargata” della Cardiologia ospedaliera italiana. Grazie! ♥

Riferimenti:

1. Pirelli S, Ferratini M. *Pionieri di cardiologia*. Prof. Fausto Rovelli. *G Ital Cardiol* 2018; 19; 530-1.
2. Reperibile al link che segue (accesso 4/9/2018): www.degasperis.it/notizie/266/50_anni_di_storia_raccontati_col_cuore.html
3. Braunwald E. *Happy Birthday, GISSI!* *Am Heart J* 2004; 148: 187.
4. Tavazzi L, Maggioni AP, Tognoni G. *Participation versus education: the GISSI story and beyond*. *Am Heart J* 2004; 148: 222-9.
5. Yusuf S. *Transforming the scientific, health care, and sociopolitical culture of an entire country through clinical research: The story of GISSI*. *Am Heart J* 2004; 148: 193-5.

**La costante tensione di Rovelli verso “qualcosa di nuovo,
qualcosa di diverso” non è mai fine a se stessa, ma sempre animata da un senso
profondo del valore universale e sociale della medicina**

**Il 10 novembre p.v. Fausto Rovelli compirà cento anni
Sarebbe bello se la Cardiologia italiana
- e in particolare l’ANMCO...-
preparasse un biglietto d’auguri molto speciale**



Cosenza: come la vede Mario Balsano

Mario Balsano lavora nell’Azienda Ospedaliera di Cosenza. Scatta foto da diversi anni. Come tutti sono passato dall’analogico al digitale, e senza rimpianti... e la mia passione, sopita per circa 10 anni, è riesplora cinque sei anni fa; ora scatto centinaia di foto che elaboro con programmi digitali e pubblico sul mio profilo Instagram.

Davvero non hai rimpianti per ingranditori, bacinelle, pellicole, “acidi” e camera oscura?

No, davvero non ho rimpianti per il passato. La foto digitale è veloce, puoi elaborarla con facilità, puoi condividere con altri le tue immagini, hai sempre a disposizione una fotocamera per i tuoi scatti, basta uno smartphone decente.

Come sai io la penso in maniera un po’ diversa, ma le tue foto sono davvero molto belle. Domanda classica: che macchine usi?

Ho due Canon, una reflex 70 D e una G7X che mi porto sempre dietro. Come avrai visto mi piace fare foto “di strada” e una buona compatta è davvero utile. Ma anche il telefonino

va bene quando non hai dietro la fotocamera.

Che programma usi per la elaborazione delle foto? Tutte quelle che mi hai inviato sono state elaborate dopo lo scatto.

Uso un’applicazione di photo-editing che si chiama Snapseed; è prodotta da Nik Software, una sussidiaria di Google, per i sistemi operativi iOS e Android e permette agli utenti di enfatizzare le foto e applicare ad esse filtri digitali.

Dalle foto che mi hai inviato ho la sensazione che sei innamorato di Cosenza, la tua (nostra) città.

Hai colto nel segno. Mi piace Cosenza, ci vivo bene e negli ultimi anni sta diventando davvero vivibile e interessante. Il MAB (museo all’aperto), il ponte di Calatrava, la città vecchia meritano davvero attenzione, anche fotografica.

Hai ragione. E devo riconoscere che l’elaborazione che fai sulle foto valorizza alcuni particolari. Mario ti ringrazio e ti auguro tanti tanti bellissimi scatti. ♥







Indagine letteraria sulla morte misteriosa del giocatore di scacchi
Alexander Alekhine, tra realtà storica e finzione narrativa

Come è morto uno dei più grandi scacchisti di tutti i tempi?

Il libro di Paolo Maurensig racconta una vicenda realmente accaduta
nel contesto della Seconda Guerra Mondiale,
ma rimasta irrisolta per il passato ambiguo del suo protagonista

Il mio consiglio di lettura per questo numero di *“Cardiologia negli Ospedali”* è un libro intrigante e affascinante sulla figura ambigua e controversa di un artista degli scacchi. Il libro *“Teoria delle ombre”* (Adelphi Editore), di Paolo Maurensig, brillante autore goriziano, parla di una vicenda realmente accaduta, ma avvolta nel mistero e pertanto rimasta irrisolta. Lo scrittore friulano torna al tema degli scacchi a vent’anni dal suo apprezzato esordio dal titolo *“La variante di Lüneburg”*, parlando di questo coinvolgente gioco come una metafora della guerra e delle vicende umane. Entriamo nel vivo della narrazione con la domanda che accompagnerà sicuramente il lettore nel dipanarsi della trama: come è morto il più grande campione di scacchi di tutti i tempi?



Il 24 marzo del 1946 in una camera d'albergo a Estoril, in Portogallo, il protagonista del libro Alexander Alekhine, importante campione di scacchi realmente esistito e dalla vicenda biografica controversa, viene ritrovato senza vita. Chi poteva volerlo morto proprio quando era stato finalmente indetto un nuovo incontro per il titolo mondiale? Forse i servizi francesi, impegnati nella caccia ai collaborazionisti (Alekhine era infatti stato accusato di essere un collaborazionista viste le sue note conoscenze tra i gerarchi nazisti)? Oppure Stalin, spaventato all'idea che un traditore dell'Urss potesse battere lo sfidante prescelto, esponente della nuova scuola scacchistica sovietica? Sono quesiti che la Storia ci ha lasciato in eredità proprio per l'ambiguità del personaggio di

Il ritmo è serrato, la struttura e l'intreccio narrativo lasciano emergere lo studio meticoloso che fa da struttura portante alla narrazione, sempre fluida e mai didascalica

Il romanzo tratta la vicenda personale di Alexander Alekhine, la cui morte, avvolta nel mistero, ha tutta l'aria di un omicidio politico. L'indagine che Maurensig fa della vita dello scacchista delinea la figura ambigua di un uomo che ha attraversato l'Europa della Seconda Guerra Mondiale tra alterne fortune

cui Maurensig traccia un profilo delineato con grande accuratezza. La stampa portoghese all'epoca dichiarò, in modo sbrigativo, che fosse morto di asfissia per archiviare il caso e non avere scandali aperti, ma da quel giorno si sono moltiplicati i sospetti sulla morte e di conseguenza sulla vita dell'uomo. Il pensiero più accreditato è che la morte dello scacchista sia stata una vera e propria messa in scena, dal momento che fu ritrovato nella sua camera d'albergo con un pesante cappotto addosso, invece di una più appropriata veste da camera, e un pezzo di carne in gola ad ostruirgli le vie respiratorie. Maurensig decide di non aggiungere nuovi dati alle congetture conosciute, ma di ricostruire gli ultimi giorni della vita di Alexander Alekhine, cercando di trovare una delle possibili verità sulla sua esistenza e proponendosi di cambiarne il finale. L'indagine

è condotta con una suspense da libro giallo ed è tesa a ripercorrere la vita di un uomo che ha segnato il mondo degli scacchi con la sua creatività. Si può dire che l'autore riapra il caso dimostrando come la letteratura fornisca spiegazioni più reali della realtà stessa. Il romanzo è appassionante innanzitutto per l'interesse storico della vicenda personale di Alekhine, che si intreccia alla Storia con la S maiuscola e che si configura come un vero omicidio politico. Quella dello scacchista, infatti, è la vita turbolenta di un uomo che ha attraversato l'Europa della Seconda Guerra Mondiale: dai Sovietici venne considerato un dissidente, un traditore della patria, un anticomunista che fuggì dalla Russia dopo la Rivoluzione, per poi rifugiarsi in Francia; qui venne sospettato di spionaggio e di collaborazionismo; alla fine della Guerra Mondiale Alekhine si ritirò in Portogallo, in attesa di tempi migliori, visto il suo già menzionato passato poco chiaro. Lo scacchista inoltre, probabilmente obbligato dal regime, si fece portavoce della teoria per cui ci fosse una differenza tra il gioco degli scacchi tra ariani ed ebrei, addirittura scrivendo articoli di antisemitismo applicato alla teoria degli scacchi, utilizzati come vera arma propagandistica da parte dei nazisti. A quanto sembra gli fu addirittura chiesto di dimostrare che il gioco esercitato dagli ebrei non avesse stimolo creativo e artistico. I documenti storici ci hanno tramandato il ritratto di un uomo servo dei contesti in cui viveva, dal comportamento difficile, ambiguo e interiormente diviso, grande e banale allo stesso tempo e per

Il mio consiglio di lettura per questo numero è un libro intrigante e affascinante sulla figura ambigua e controversa di un artista degli scacchi

questo abbandonato e vilipeso. È proprio questo il personaggio che l'autore vuole raccontarci, un uomo antipatico e sospettoso, scomodo ma fragile al tempo stesso e spaventato per il passato con il quale deve, suo malgrado, fare i conti. È un libro affascinante per le atmosfere mitteleuropee, con uno stile descrittivo profondo e senza fronzoli, che riporta ad un mondo poetico quasi fuori dal tempo. Il ritmo è serrato, la struttura e l'intreccio narrativo lasciano emergere lo studio meticoloso che fa da struttura portante alla narrazione, sempre fluida e mai didascalica, tesa alla ricerca del lato umano e dei risvolti emotivi delle situazioni. L'intrigo perfetto di scacchi e Storia merita la lettura sia per gli appassionati del gioco, sia per chi può apprezzare i retroscena del contesto storico e i risvolti psicologici del personaggio.♥

Maurensig decide di ricostruire gli ultimi giorni della vita dello scacchista Alexander Alekhine, cercando di trovare una delle possibili verità sulla sua esistenza

Ricordo di Marco Sicuro

Quando un amico, una persona cara, un collega stimato ci lascia, l'inevitabile vuoto che si crea viene colmato dai ricordi che lo mantengono in qualche modo ancora vivo nel nostro animo. Marco Sicuro, Past President dell'ANMCO regionale Piemonte e Valle d'Aosta da pochi giorni è prematuramente scomparso dopo aver lottato tenacemente contro un male che lo ha portato via in pochi mesi. Tutti coloro che lo hanno conosciuto sono rimasti attoniti per la rapidità con cui la malattia ha minato il suo fisico da sportivo. A giugno, in una delle ultime occasioni di incontro, ha partecipato al congresso "Sulle sponde del Ticino" a Novara come moderatore ed ha presenziato a tutte le sessioni interagendo con i relatori ed i discussant con la abituale signorilità e con un impegno che lasciava trasparire la volontà di voler acquisire, nonostante un evidente aspetto debilitato, tutte le novità che emergevano dalle presentazioni e dai dibattiti conseguenti. I suoi interventi sono stati improntati, come sempre, da messaggi pacati talvolta ammantati di una piacevole ironia che denotavano il suo vivo interesse per i temi trattati e non lasciavano sicuramente presagire la rapida progressione di quel male



che si intuiva grave dal suo aspetto esteriore. La sua presenza al convegno è stata per tutti noi una lezione di vita. Il messaggio che traspariva, tenue allora e chiarissimo adesso, era quello di non mollare mai, mantenere sempre vivi i propri interessi a dispetto delle traversie che ostacolano il cammino della nostra vita. Il suo modo di essere, immutato negli ultimi mesi, si spiega con la conoscenza delle sue passioni che sono state la cardiologia e lo sport. Medico sportivo oltreché cardiologo, lo sport lo ha praticato alternando la passione per il mare con quella della montagna. Forse la capacità di superare le avversità del mare come velista lo ha temprato e lo ha reso forte e tenace come lo abbiamo visto essere negli ultimi mesi. La

montagna ad Aosta, dove da 10 anni Dirigevo la Cardiologia ospedaliera, lo circondava e gli ha consentito di coltivare insieme l'interesse per lo sport in quota con la cardiologia e di contribuire a ricerche sul tema ed alla divulgazione locale del modo corretto di affrontare gli sport alpini. Tra i miei ricordi emerge su tutti il saltuario incontro a Santhià, città localizzata in posizione intermedia tra Aosta o Torino e Novara, che ci permetteva di ottimizzare i tempi. Il suo desiderio di confrontarsi con un "vecchio" socio e fellow dell'ANMCO mi ha onorato. Socio ANMCO dal 1988 ha coronato il suo desiderio di diventare fellow dell'Associazione a maggio di quest'anno. Credo di interpretare il pensiero di tutti i soci ANMCO e dei colleghi che lo hanno conosciuto nel ricordare un uomo saggio, capace di stemperare le asperità inevitabili nello svolgimento della nostra difficile attività e che ha saputo trasferire questo atteggiamento nella pratica clinica, nella gestione della Cardiologia di Aosta e del Consiglio Direttivo Regionale Piemonte e Valle d'Aosta della nostra Associazione. Ti sentiamo ancora presente con noi e ti abbracciamo caro Marco. ♥

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 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 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 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



PROTEGGI IL TUO CUORE

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

Michele Massimo Gulizia
Presidente Fondazione per il Tuo cuore



Per visionare o scaricare il tuo elettrocardiogramma e i tuoi dati clinici attiva la card **BANCOMHEART** inserendo il PIN, il tuo codice fiscale e la password segreta nel form di registrazione online.

www.bancadelcuore.it

PIN N. 1234567890

CODICE FISCALE

PASSWORD

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

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

DEL **BANCA**
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**.

DEL **BANCA**
CUORE

