

Cardiologia



negli Ospedali

NOVEMBRE / DICEMBRE 2018 N° 226

Rivista dell'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri – ANMCO



IT'S ALWAYS
ANMCO
TIME

ANMCO
2019



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



La Torre Unicredit - Milano
2009/2012 - Architetto César Pelli
Fotografia di Massimo Ferrari

N. 226 novembre/dicembre 2018
Rivista ufficiale dell'Associazione
Nazionale Medici Cardiologi
Ospedalieri

Editor
Manlio Cipriani
Co - Editor
Massimo Imazio
Direttore Responsabile
Mario Chiato
Comitato di Redazione
Vincenzo Amodeo
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 Mirannalti
Fiesole

EDITORIALE

Editoriale
di Manlio Cipriani

p. 4 DAL CENTRO STUDI p. 19

Il punto sugli Studi Clinici del Centro
Studi ANMCO

DAL PRESIDENTE

Riflessioni a margine degli XI Stati
Generali Associativi tenutisi ad
Ancona il 16 e 17 novembre
*di Domenico Gabrielli a nome del Consiglio
Direttivo ANMCO*

**p. 8 DALLE AREE
AREA GIOVANI p. 24**

Un biennio di scoppiettanti novità
di Fabiana Lucà



DAL PRESIDENTE DELLA FONDAZIONE PER IL TUO CUORE

Cardiologie Aperte 2019
di Michele Massimo Gulizia



AREA MANAGEMENT & QUALITÀ p. 27

Quale è il livello di conoscenza
della legge sulla responsabilità
professionale tra i cardiologi ANMCO?
*di Giovanni Gregorio, Luciano Moretti,
Laura Lalla Piccioni, Vincenzo Amodeo,
Stefano Aquilani, Emanuele Cargonieri,
Francesco Vigorito e Domenico Gabrielli*

DAL SITO WEB

Dal Sito WEB: i primi passi verso
l'innovazione
*di Fortunato Scotto di Uccio e
Giuseppina Maura Francese*

**p. 16 AREA PREVENZIONE
CARDIOVASCOLARE p. 30**

Finale di partita
di Maurizio Giuseppe Abrignani



AREA SCOMPENSO CARDIACO p. 34

Lo Scompenso Cardiaco Acuto,
dal domicilio del paziente fino alla
dimissione dal Pronto Soccorso o
Dipartimento di Emergenza
*di Vittorio Palmieri, Francesca Macera,
Attilio Iacovoni, Daniele Pasqualucci,
Ilaria Battistoni, Renata De Maria,
Massimo Iacoviello e Andrea Mortara*

DALLE TASK FORCE

CARDIOGERIATRIA p. 39

La difficile sfida per Cardiologi e Sistemi Sanitari: pazienti sempre più anziani in corsia
di Giovanni Gregorio

CARDIONCOLOGIA p. 43

Dove siamo arrivati con la cardioncologia?
di Iris Parrini

CARDIONEUROLOGIA p. 44

I modelli di assistenza per l'IMA e per lo stroke: analogie e differenze
di Monica Carletti e Paolo Bovi

DALLE REGIONI

CALABRIA p. 52

Intervista al Dott. Pasquale Fratto Direttore UOC Cardiocirurgia, Grande Ospedale Metropolitano "Bianchi - Melacrino - Morelli" Reggio Calabria
di Roberto Ceravolo, Mario Chiatto e Fabiana Lucà

FRIULI VENEZIA GIULIA p. 54

Cardiologia in Piazza per il Festival della Ricerca Scientifica
di Sara Cignola



PIEMONTE E VALLE D'AOSTA p. 57

Navigando verso nuove rotte
di Federico Nardi, Carlo Budano, Enrica Conte, Pierfranco Dellavesa, Barbara Maria Teresa Mabritto, Sergio Macció, Adriana Ravera, Ferdinando Varbella, Matteo Vercellino



TOSCANA p. 61

ANMCO Regionale Toscana: la tradizione al passo con i tempi
di Luca Segreti a nome del Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Toscana



OSSERVATORIO DI DIRITTO SANITARIO p. 65

La tutela della privacy in ambito sanitario e l'impatto del Regolamento UE 2016/679 - Parte seconda
di Mario Chiatto e Maria Giovanna Murrone

LETTO... E COMMENTATO. ECHI DALLA LETTERATURA INTERNAZIONALE p. 67

Qualità della cura nel Regno Unito dopo la rimozione degli incentivi economici
di Leonardo Misuraca
Commento di Mario Chiatto

COME ERAVAMO p. 69

Il cuore a fine Ottocento (1870 - 1900) Parte seconda
di Maurizio Giuseppe Abrignani



STORIA DEGLI OSPEDALI D'ITALIA p. 72

Ospedale Niguarda Ca' Granda, la storia dalla fondazione ai nostri giorni
di Marisa Varrenti e Manlio Cipriani



PEDAGOGIA DELLA SALUTE p. 76

Pedagogia della salute e Medicina: considerazioni per un dialogo generativo

di Giuseppe Annacontini

VIAGGIO INTORNO AL CUORE p. 78

Lettera al malato

di Franco Cosmi

FLASHBACK p. 80

Federico Fellini - Prima parte

di Franco Plàstina



UNO SGUARDO SUL MONDO p. 83

Fotografare la natura, solo un hobby o un contributo alla tutela dell'ambiente?

di Gianfranco Misuraca

LETTI PER VOI p. 87

Si può essere e non essere allo stesso tempo?

di Beatrice Balduzzo





Editoriale

Cari amici, siamo arrivati all'ultimo numero di CnO del 2018. È un numero ricco e corposo e ringrazio tutti Voi dei numerosi contributi inviati. Si sono svolti, come potrete leggere nel commento di Domenico Gabrielli, gli Stati Generali ANMCO. Tanti gli spunti di riflessione, le novità e numerosa la partecipazione di tutta la Cardiologia ANMCO declinata per le sue diverse unità operative. Anche per CnO è stato un momento di puntualizzazione

sul lavoro svolto e sui successi raggiunti. È stato accolto con interesse la proposta di inserire una nuova rubrica sulla storia degli Ospedali d'Italia, che si inaugura in questo numero con la storia dell'Ospedale Niguarda Ca' Granda di Milano. Ci auguriamo che tutte le regioni italiane possano contribuire alla realizzazione di questa rubrica raccogliendo così la storia di almeno un Ospedale per ogni regione. Tanti i contributi in questo numero dalle Aree, dalle Task Force e dalle Regioni che continuano a

lavorare e a produrre "cardiologia ANMCO", sempre stimolante e innovativa. Non mancano in questo numero articoli di grande interesse medico/scientifico sulla "privacy" e sulla qualità delle cure. Cultura, letteratura, fotografia e cinema arricchiscono e completano il numero, dandoci piacevolissimi articoli da accompagnare alle festività di fine anno. A tutti Voi un grande augurio di buon Natale e buon anno nuovo da parte mia e di tutta la redazione di CnO.♥

Il cantiere del nuovo Grande Ospedale Niguarda in una fotografia degli anni trenta dello Studio Fotografico Farabola (Archivio dell'Ospedale Maggiore di Milano, Fototeca, n.669)



*Uno scorcio del complesso della Torre Unicredit - Milano - 2009/2012 - Architetto Cèsar Pelli
Fotografia di Massimo Ferrari*



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



Riflessioni a margine degli XI Stati Generali Associativi tenutisi ad Ancona il 16 e 17 novembre

L'ANMCO della continuità, della consapevolezza e dello sviluppo



Cari Amici e Colleghi, come molti di voi sapranno, spero tutti, il 16 e 17 novembre ad Ancona si sono tenuti gli XI Stati Generali Associativi, il cui motivo informatore è stato: l'ANMCO della continuità, della consapevolezza e dello sviluppo. L'evento è stato partecipato e di straordinaria importanza perché ha consentito di approfondire, nel corso delle varie Sessioni previste, diversi temi ritenuti dal Consiglio Direttivo e dal sottoscritto di rilevanza strategica per il nostro futuro associativo e professionale. Vi debbo comunicare con malcelata soddisfazione, personale e associativa, che ne siamo usciti con l'idea di un mondo ANMCO forte, deciso, orgoglioso delle proprie tradizioni e del proprio ruolo nell'ambito della Cardiologia,

coeso e permeato di quell'aura di serena amicizia e partecipazione che è da sempre stata una nostra peculiarità. Il risultato di maggior rilievo nei confronti dei "giovani ANMCO" credo sia proprio questo, il miglior viatico ad affrontare gli entusiasmanti ma faticosi impegni associativi sapendo che alla fine il tempo impiegato in ANMCO sia anche un tempo dedicato a una "famiglia" unita e, mi si conceda, capace di ricevere e ricambiare affetto pur nell'ambito di normali dialettiche associative e umane. Abbiamo voluto fortemente questi Stati Generali, a pochi mesi dall'insediamento dei nuovi Consiglio Direttivo e Consiglio Nazionale, perché avessero il significato di un vero e proprio "briefing" associativo di inizio mandato, mediante il quale



Uno scatto a conclusione dei lavori degli XI Stati Generali ANMCO

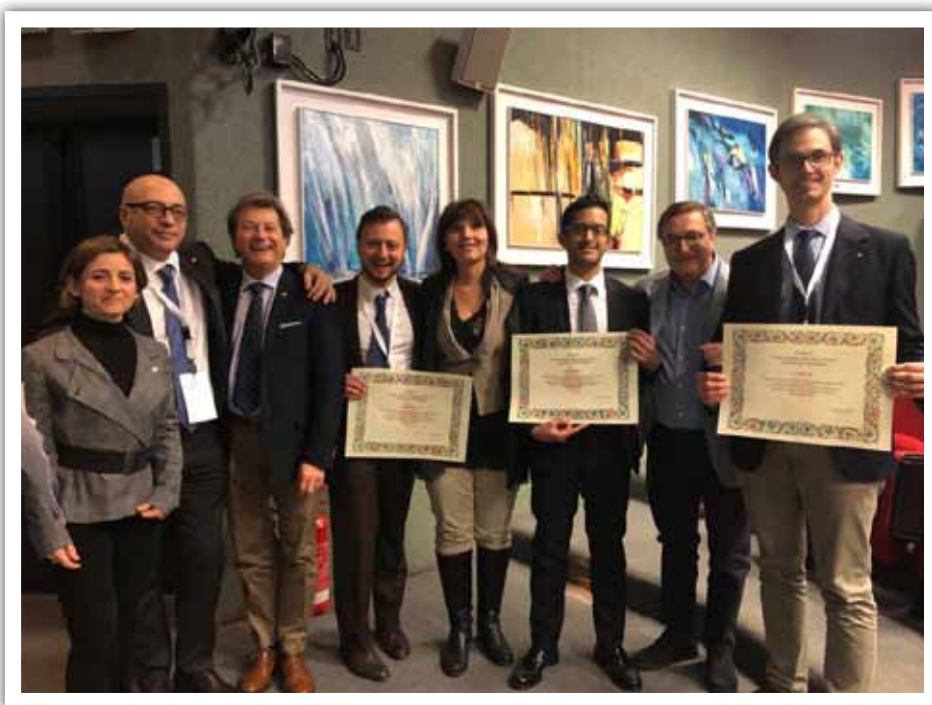
confrontarci sulle nostre linee programmatiche, in modo da poter condividere una linea politico-associativa unitaria da perseguire in questo biennio, con le criticità e le opportunità connesse. Gli argomenti di discussione sono stati molteplici: le novità del 50° Congresso Nazionale, la strada da percorrere 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. Sempre appassionante è stato il dibattito sulla comunicazione mediante i nostri giornali, il Sito Web, le iniziative aperte alla popolazione, in particolare il Truck Tour che tanta visibilità sta portando a Fondazione

e ANMCO. Di rilievo assoluto per il livello tenuto e la possibilità di interazione diretta sono state la tavola rotonda delle Regioni e quella delle Aree e delle Task Force, dalle quali sono emersi spunti di novità e di sviluppo e ci hanno permesso di fare il punto associativo sul presente e sul futuro di questi importanti organi e organismi associativi. Particolarmente vivace è stata la sessione sul futuro del SSN, il problema del percorso ospedaliero della specializzazione in Cardiologia, le “core-competence” in una Cardiologia che si evolve, la evoluzione della responsabilità professionale. Ci si è interrogati sulla carenza di Cardiologi e come ipotizzarne un superamento, pur nell’ottica di equilibrio fra sostenibilità e appropriatezza. Nel corso degli

Stati Generali sono stati premiati 3 dei 4 giovani risultati vincitori della First Virtual Competition alla ESC 2018: Giuseppe Ciliberti di Ancona, Claudio Picariello di Rovigo e Filippo Zilio di Trento; intanto con una pergamena di ricordo in attesa di ulteriori opportunità (coinvolgimento al Congresso ANMCO del 50° in qualità di Faculty). Un dato di assoluta soddisfazione è stata la presenza di spazi di discussione ampi e soddisfacenti che hanno permesso a tutti di esprimersi e credo siano stati di interesse e arricchimento reciproco. L’intensa attività sociale serale ha inoltre consentito di condividere ulteriormente, al di fuori di una “fredda” aula congressuale, il clima di festosa ma fiera partecipazione. Un grazie di “cuore” va al Dott.

Enzo Carli, critico d'arte e sociologo nonché fotografo di vaglia, che ha impreziosito con alcune sue opere fotografiche gli spazi del centro congressi. Un grazie a tutte le nostre splendide collaboratrici ANMCO che con spirito di servizio ed entusiasmo sono state presenti a questo importante momento associativo.

Il Consiglio Direttivo si è poi riunito alla domenica mattina per avere uno scambio di opinioni a caldo sull'esito degli Stati Generali e per valorizzare gli spunti ricevuti nelle varie sessioni ed è unanimemente emersa la soddisfazione e il compiacimento personale e associativo per i contenuti e le modalità di svolgimento di questi Stati Generali, si è inoltre deciso di assumere alcuni dei suggerimenti ricevuti ai fini della discussione in Consiglio Direttivo e Consiglio Nazionale e della eventuale condivisione associativa. Vi saluto cordialmente, già cominciando a programmare i XII Stati Generali associativi, per i quali si potrebbero prevedere, se compatibile con le risorse, di allargare la platea a ulteriori partecipanti oltre quelli previsti di default. Sono orgoglioso di dire che proveremo a proseguire il biennio con la pacata determinazione associativa finora dimostrata, sempre nell'ottica che veda la nostra amata Associazione in continuo positivo divenire, in linea con il programma esposto:
**L'ANMCO DELLA CONTINUITÀ,
DELLA CONSAPEVOLEZZA E
DELLO SVILUPPO ♥**



Da sinistra: la Dott.ssa Stefania Angela Di Fusco, Co-Chairperson Area Giovani ANMCO, il Dott. Domenico Gabrielli, Presidente ANMCO, il Dott. Michele Massimo Gulizia, Presidente della Fondazione per il Tuo cuore, Claudio Picariello, Fabiana Lucà, Chairperson Area Giovani ANMCO, Giuseppe Ciliberti, il Dott. Pasquale Caldarola, Vice Presidente ANMCO, Filippo Zilio.



Cardiologie Aperte 2019

«Qualità significa fare le cose bene quando nessuno ti sta guardando»

Henry Ford

La Fondazione per il Tuo cuore dell'ANMCO ha compiuto 20 anni nel 2018, una ricorrenza importante per un Ente, il nostro, di cui andare davvero fieri. Abbiamo celebrato questa ricorrenza tutti insieme allo scorso Congresso ANMCO ed è stata una vera e propria "festa" che porterò nel cuore per la corralità e il significato che tutti insieme abbiamo voluto dare realizzandola a San Patrignano, in un luogo che sperimenta ogni giorno una sfida per il raggiungimento di obiettivi importanti, non solo per i ragazzi che vivono questa esperienza, ma anche per chi li accompagna ogni giorno con grande passione e professionalità.

Tornando alla nostra Fondazione, abbiamo imparato nel tempo a conoscerne gli aspetti complessi apprezzandone sempre più le caratteristiche e le peculiarità. Con grande orgoglio possiamo constatare che in questi ultimi anni la Fondazione è riuscita a coinvolgere un sempre crescente numero di cardiologi ANMCO e a raggiungere, come sappiamo nuovi traguardi in termini di risultati di ricerca. Sono da sempre convinto che con entusiasmo si può fare qualunque cosa e lo abbiamo

dimostrato. Nei prossimi numeri di Cardiologia negli Ospedali con grande piacere vi aggiornerò su quanto abbiamo fatto in questo primo anno di mia presidenza e gli obiettivi che vogliamo raggiungere seguendo le linee programmatiche delineate per questo biennio dalla Fondazione.

Con questo articolo invece, desidero sottolineare il mio senso di gratitudine per tutti coloro che vorranno ripetere o magari sperimentare per la prima volta, nella tradizionale **Settimana del Cuore**, l'esperienza di **Cardiologie Aperte**. Abbiamo apprezzato negli anni la fantasia e capacità ideativa di tanti Colleghi che da oltre un decennio si cimentano in queste iniziative rivolte alla popolazione; questo sarà certamente propulsivo per ripetere programmi testati e di successo, come per disegnare e proporre idee nuove con l'obiettivo di aumentare la consapevolezza dell'importanza di "avere a cuore" la propria salute.

La Settimana del Cuore è quella in cui, a cavallo della festa di San Valentino - **dal 9 al 17 febbraio 2019** - si realizzano le **Cardiologie Aperte** e tutte quelle iniziative della Fondazione a favore dei cittadini per la sensibilizzazione alla

promozione della prevenzione delle malattie cardiovascolari.

Le progettualità proposte saranno diverse a seconda delle diverse possibilità legate sia al territorio che alla disponibilità degli attori coinvolti, ovvero i nostri Cardiologi. Sarà questa l'occasione per rinnovare la collaborazione con le associazioni di volontariato legate alle nostre Cardiologie. In altri casi potranno essere ricercati connubi e compartecipazioni attive che, nate in modo estemporaneo, potranno dare vita a iniziative fuori dal contesto ospedaliero che non potranno che arricchire il panorama dei programmi di Cardiologie Aperte e che, spesso, hanno generato sinergie durature; a titolo di esempio (e non esaustivo): concerti, eventi formativi di prevenzione per la popolazione, camminate o corse non competitive. Anche per questa edizione di **Cardiologie Aperte** la Fondazione si impegna a mettere a disposizione delle cardiologie aderenti i materiali scientifici e divulgativi composti da un kit di 11 opuscoli realizzati da Fondazione per il Tuo cuore, con il supporto scientifico di esperti Cardiologi italiani, sul tema della prevenzione cardiovascolare: • "Mangiare sano"

Le 5 regole per il Tuo cuore

Rischio in fumo

Smettere di fumare per prendersi cura del proprio cuore. Ecco i cinque benefici più importanti:

- Riduci del 50% il rischio di infarto
- Migliori i parametri della respirazione già dopo 48 ore
- Riduci il rischio di cancro al polmone ai livelli pre-fumo in 10 anni
- Migliori il senso del gusto e quello dell'olfatto già dopo 3 giorni
- Aumenti l'aspettativa di vita fino a 3-5 anni

Le 5 regole per il Tuo cuore

La salute è in tavola

Il rischio cardiovascolare globale può essere ridotto a partire dall'alimentazione, seguendo poche, semplici regole:

- Aumentare il consumo di pesce e carni bianche
- Aumentare il consumo di frutta, vegetali, cereali e legumi
- Preferire sempre l'olio extravergine di oliva come condimento
- Ridurre il consumo di grassi di origine animale
- Ridurre l'apporto di sale

Le 5 regole per il Tuo cuore

L'età del cuore

Uno stile di vita sano, anche a un'età avanzata, fa invecchiare il cuore più lentamente. Basta seguire poche, semplici regole:

- Non fumare o, se si fuma, smettere di farlo
- Mangiare in maniera corretta, varia ed equilibrata
- Combattere la sedentarietà e l'inattività
- Tenere sotto controllo i fattori di rischio cardiovascolare come diabete e ipertensione
- Seguire scrupolosamente eventuali terapie

• “Muoviamoci di più” • “Parliamo di fumo” • “Mantieni giovane il tuo cuore” • “Dopo un infarto” • “Scompenso Cardiaco: istruzioni per l’uso” • “Fibrillazione atriale” • “Arresto cardiaco e morte cardiaca improvvisa” • “Apnea notturna e cuore” • “Cardiopatía Ischemica Cronica” • “Ipertensione arteriosa”. Ciascuna Cardiologia riceverà inoltre un congruo numero di poster divulgativi sul tema della prevenzione, corrispondenti agli opuscoli, nonché gli apprezzatissimi poster sulle 5 Regole d’Oro, realizzati su importanti temi di prevenzione. Anche per il 2019 un ruolo centrale per tutta la Settimana assumerà il Progetto Nazionale di Prevenzione Cardiovascolare “**Banca del Cuore**”: la banca virtuale a cui affidare la propria salute cardiovascolare e nella quale tenere al sicuro le informazioni sul nostro cuore. Ad ogni cittadino verrà rilasciata gratuitamente la **BancomHeart**, la nostra card sulla quale sono

riportati i codici per accedere al proprio profilo sanitario (codice fiscale, PIN e password segreta) tramite il sito www.bancadelcuore.it. La **BancomHeart** verrà rilasciata come al solito gratuitamente al cittadino nel momento in cui effettuerà l’elettrocardiogramma presso la Cardiologia aderente all’iniziativa o al *Point of Care* appositamente allestito. Contestualmente saranno inseriti anche i dati demografici, il valore pressorio e quelli (contrassegnati con S/N) derivati da una breve anamnesi cardiologica sulle patologie sofferte: ipertensione arteriosa, pregresso IMA, PTCA/CABG, Fibrillazione atriale, scompenso cardiaco, diabete mellito. Chi invece decidesse di estendere il Progetto anche con la determinazione del profilo glicemico e lipidico, potrà farlo e in questo caso riceverà la possibilità di inserire, per ciascun paziente/cittadino esaminato, dati sanitari

(anamnestici, patologie associate e terapie assunte) più approfonditi e informazioni su stili di vita, abitudini alimentari, tabagismo, attività fisica e sportiva (solo per elencare le principali); **in questo caso sarà necessario contattare la Segreteria della Fondazione per il Tuo cuore per la procedura** e per l’affidamento della macchina analizzatore per la determinazione degli 8 parametri lipidici e glicidici estemporanei. Un’iniziativa, “**Banca del Cuore**”, di cui siamo molto orgogliosi e che ha portato la Prevenzione Cardiovascolare in tutta Italia attraverso la Campagna **Truck Tour Banca del Cuore**. Dall’inizio del Progetto, partito a marzo 2017, sono oltre 70 le città coinvolte, con circa 250 giorni di effettiva presenza, con una media di permanenza di almeno tre giorni per ciascuna tappa. A queste si è aggiunta un’ulteriore tappa quella di agosto 2018 a Rimini (*dal 18 al 25 all’interno del Meeting Salute dove il Truck di*



Banca del Cuore è stata a disposizione degli oltre 800.000 partecipanti che ogni anno vi fanno visita, provenienti da 70 nazioni). Un impegno straordinario con un grande ritorno di gradimento e condivisione da parte della popolazione italiana, ma anche mediatico per l'incredibile numero di rilanci da parte della stampa cartacea e dei media radiotelevisivi che hanno gratificato tutti i Consiglieri Nazionali e i Presidenti Regionali ANMCO che si sono impegnati nelle tappe delle rispettive regioni di appartenenza. Infatti Banca del Cuore fino ad oggi ha visto una grande partecipazione attiva da parte del personale medico e infermieristico, che abbiamo formato all'uopo. Nello specifico abbiamo potuto contare sulla presenza attiva di oltre 600 cardiologi e 260 infermieri che si sono alternati per più di 2.500 ore dedicate a questa attività di screening cardiovascolare dedicate agli **oltre 40.000 cittadini** che finora sono saliti sul Truck o che

sono afferiti ai nostri *Point-of-care*. Senza contare il grande numero di incontri, dibattiti e/o tavole rotonde destinati esclusivamente a medici locali realizzati all'interno del Truck per favorire la maggiore diffusione e implementazione dei documenti scientifici ANMCO sulla prevenzione delle patologie correlate all'ipercolesterolemia, agli eventi cardioembolici correlati alla fibrillazione atriale e alla prevenzione della morte cardiaca improvvisa. Questo a testimonianza di quanto, anche iniziative di divulgazione e di screening, siano al contempo da considerare occasione di formazione, tema centrale quanto strategico per ANMCO che la nostra Fondazione ha saputo anche in questo caso programmare e mettere a disposizione. Stante il grande successo della Campagna Truck Tour Banca del Cuore svoltasi in questi due anni, e a seguito della richiesta unanime da parte di tutte le città visitate di riproporre l'iniziativa, oltre a un significativo

numero di Sindaci di nuove città che hanno fatto domanda per essere inclusi nella pianificazione per il prossimo anno, la Fondazione ha deciso di ripetere anche per il 2019 il Truck Tour in 38-40 città italiane, la cui partenza dovrebbe iniziare da Sanremo in occasione del Festival della canzone italiana. I dettagli operativi per essere annoverati nei Centri che partecipano al Progetto Nazionale di Prevenzione "**Banca del Cuore**" saranno inviati ai Cardiologi e ai Centri che ne faranno richiesta. Approfittate di questa occasione per aderire alla **rete delle Cardiologie di Banca del Cuore** e chiedete in Segreteria della Fondazione i vantaggi per voi e per i vostri pazienti. La Settimana del Cuore, come è sempre stato, sarà seguita centralmente da un Ufficio Stampa dedicato, e l'esperienza di oltre 800 articoli stampa e un incredibile numero di passaggi radio e televisivi pubblicati solo nel 2018 ha

confermato l'importanza che i comunicati predisposti vengano rilanciati a livello locale direttamente anche dalle Cardiologie aderenti, ma uniformandosi al template predisposto dal nostro Ufficio Stampa per avere la massima penetrazione sui media. L'adesione a Cardiologie Aperte deve avvenire entro il prossimo **10 gennaio 2019** completando e rinviando la scheda, precompilata in alcune parti, che ogni Direttore di Struttura Complessa/Semplice ha ricevuto in allegato a una nostra lettera inviata il 18 dicembre. Il form di adesione senza personalizzazione lo trovate anche su questo numero di Cardiologia negli Ospedali; vi invito comunque a contattare la Segreteria della Fondazione (055-5101210) per richiedere la vostra personale scheda. Il successo delle tante iniziative che in questi anni si sono ripetute è indubbiamente il risultato dell'appassionata collaborazione dei tanti cardiologi ANMCO, uomini e donne che hanno aderito sempre con slancio e corale partecipazione. A tutti loro il mio grazie di cuore! Sono consapevole della grande

responsabilità che mi è stata affidata con la carica di Presidente della Fondazione dell'ANMCO e come mia abitudine mi impegnerò per questa tradizionale iniziativa, conscio dell'importanza di mantenere alta, a tutti i livelli, la consapevolezza sulle problematiche connesse alle patologie cardiovascolari, nonché per sostenere al contempo la ricerca scientifica, valorizzando i risultati a favore dei cardiopatici che assistiamo. Abbiamo già osservato che alcuni mutamenti legislativi annunciati si stanno delineando entrando nel merito scientifico e in qualche modo imponendosi anche nella nostra attività clinica quotidiana. Questo

aspetto che meriterebbe una riflessione a parte, certamente si traduce in una sempre maggiore difficoltà nella possibilità di dedicare spazio e tempo a iniziative di prevenzione dirette alla popolazione. Eppure, proprio questi nostri "tempi difficili", hanno evidenziato come la nostra comunità cardiologica ha saputo rispondere a tono, trovando energie da dedicare a progetti per la salute dei nostri pazienti e non solo. Ne possiamo andare tutti davvero molto fieri e orgogliosi! In questo senso, il Consiglio d'Amministrazione della Fondazione, sinergicamente con il Consiglio Direttivo e con il Consiglio Nazionale ANMCO, si sono sempre impegnati e si impegneranno ulteriormente rendendo possibile il raggiungimento di nuovi traguardi e di ambiziosi successi anche per questa nuova edizione di **Cardiologie Aperte**. In attesa di leggervi tutti, numerosi, partecipanti alle Cardiologie Aperte, auguro a tutti voi di trascorrere un Santo Natale circondati dall'affetto dei propri cari e di aprire il vostro cuore a uno splendido, spumeggiante e salutare **2019**. ♥



**NON COMPILARE QUESTO RIQUADRO**

Codice struttura _____

DATA RICEZIONE _____

Da rispedire/inviare via fax alla Segreteria ENTRO IL 10/1/2019

Fax +39 055/5101360 E-mail segreteria@periltuocuore.it

Scheda Adesione "Cardiologie Aperte 2019 - "Banca del Cuore" 9 - 17 febbraio 2019

DATI OBBLIGATORI

DATI UNITÀ OPERATIVA DI CARDIOLOGIA (*)

OSPEDALE _____

U.O. _____

INDIRIZZO _____

CAP _____ CITTÀ _____ PROV. _____

Telefono: _____ Fax: _____

e-mail: _____

Sito Web: _____

Direttore o ff: _____

DATI AZIENDA(*)

AZIENDA _____

Indirizzo _____

Direttore Generale _____

e-mail _____

(*) Si prega di correggere i dati errati e compilare i mancanti in ogni sua parte in stampatello

Nome Cognome _____ Firma _____

INTENDO ADERIRE ALL'INIZIATIVA **CARDIOLOGIE APERTE 2019** SI NO**INSERIMENTO PROGRAMMA SULLA PIATTAFORMA WEB WWW.PERILTUOCUORE.IT** SI NO**INTENDO ADERIRE ALL'INIZIATIVA **BANCA DEL CUORE**** SI NO

L'Azienda Ospedaliera possiede ECGrafo Mortara con trasmissione ECG:

 SI Modello _____ NO Altra macchina (marca e modello) _____ Richiedo un ECGrafo Mortara alla Fondazione che utilizzerò fino a _____ (mese) Ho già un ECGrafo Mortara in comodato d'uso che intendo utilizzare fino a _____ (mese)

BancomHeart di cui necessito nr: _____

Dati da inserire nel sito www.bancadelcuore.it che saranno a disposizione dei cittadini per richiedere informazioni sull'eventuale rilascio del BancomHeart:

Telefono dedicato: _____ Fax dedicato: _____ Orari reperibilità telefonica: _____

e-mail dedicata: _____

NOMINATIVO DI RIFERIMENTO DEL RESPONSABILE DESIGNATO (solo per contatti tra Fondazione e la Cardiologia)

Nome _____

Telefono/Cellulare _____

e-mail _____





Dal Sito WEB: i primi passi verso l'innovazione

Il 16 ed il 17 novembre si sono svolti ad Ancona gli XI Stati Generali dell'ANMCO, appuntamento strategico per la nostra Associazione, e in questi due giorni di lavori abbiamo avviato il percorso di innovazione e crescita del nostro Sito WEB con l'obiettivo di arricchirlo di nuovi contenuti. Un primo punto da realizzare era quello di avviare delle video interviste a "padri nobili" di riconosciuta cultura e competenza della Cardiologia italiana e della nostra ANMCO, su tematiche di grande attualità. Le prime tre interviste realizzate, sono state condotte dall'Editor del Sito WEB ANMCO, rispettivamente al Presidente ANMCO, Dott. Domenico Gabrielli, sulle nuove terapie anticoagulanti nei pazienti con fibrillazione atriale; al Past President ANMCO, Dott. Andrea Di Lenarda, sulle nuove terapie dello scompenso cardiaco e al Presidente Designato, Dott. Furio Colivicchi, sulle terapie ipocolesterolemizzanti. È in elaborazione il primo progetto didattico FAD sulla consulenza cardiologica sviluppato dall'Area Prevenzione Cardiovascolare ANMCO. In occasione della Sessione dei lavori dedicata alla Comunicazione è stato presentato

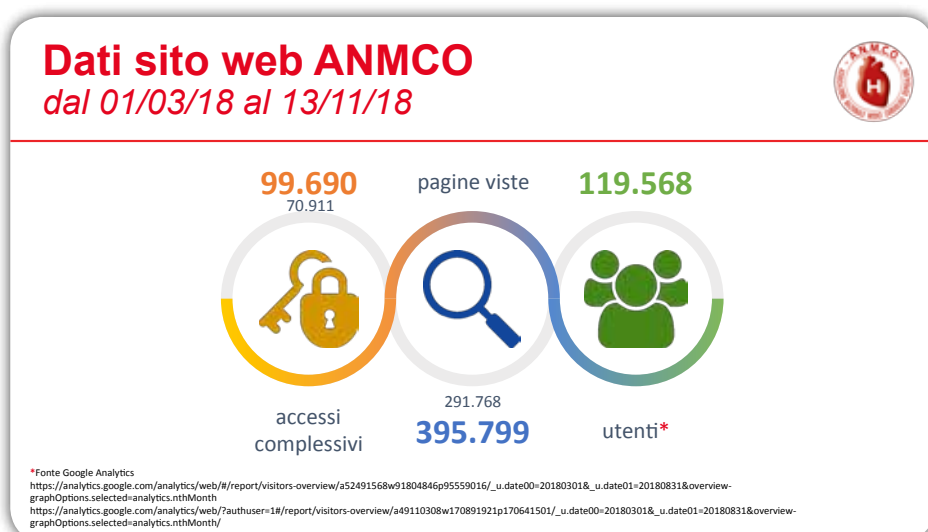


Figura 1

un report approfondito sull'utilizzo del Sito da parte degli utenti, del quale trovate a seguire i dati maggiormente significativi. In Figura 1 sono indicati i dati generali di frequentazione del WEB ANMCO: accessi complessivi, pagine viste e utenti unici. I valori sono confortanti, soprattutto in considerazione del fatto che si tratta di un sito "istituzionale", rivolto ad un categoria ben definita di professionisti. Il nostro obiettivo in questo biennio sarà comunque quello di arricchire di contenuti sempre più appealing il Sito, facendo quindi aumentare gli

accessi e le pagine viste. Un altro dato da tenere sotto la lente di ingrandimento è quello relativo alla tipologia di utente di un Sito. Gli utenti possono essere "nuovi" e "di ritorno". Gli utenti nuovi sono quelli che accedono per la prima volta, mentre gli utenti di ritorno sono quelli che dopo il primo accesso si ricollegano di nuovo in un secondo tempo. La relazione tra questi due profili di utenti è un po' la cartina al tornasole di un Sito, ovvero indica quanto interessanti, utili e "usable" siano i servizi offerti agli utenti. Questo rapporto nel periodo di osservazione è risultato

Accessi sito web ANMCO

dal 01/03/18 al 13/11/18

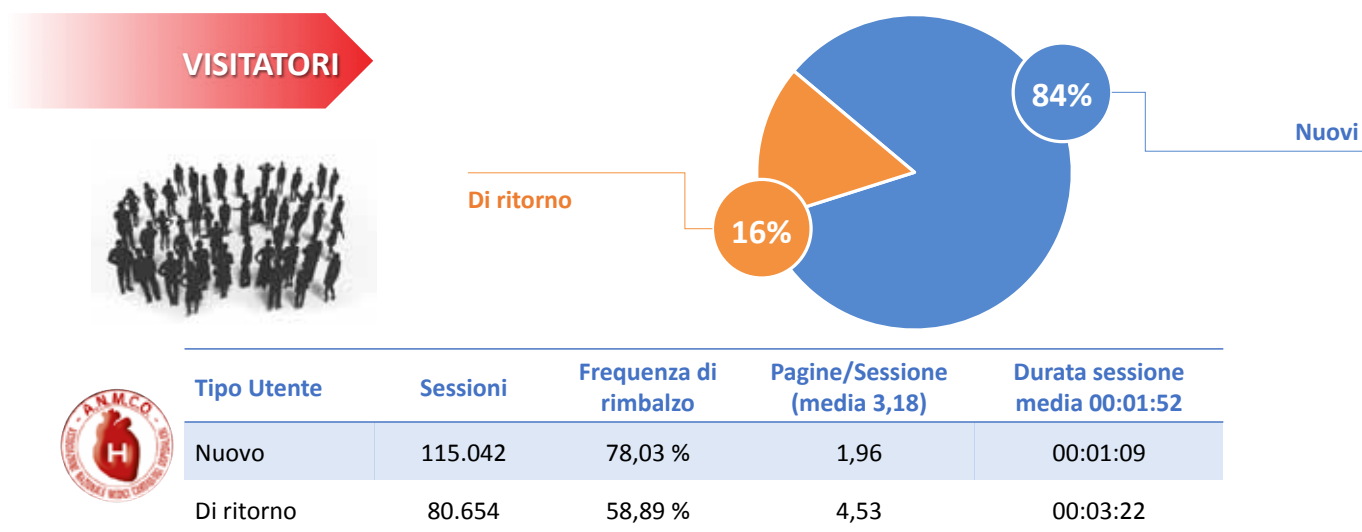


Figura 2

decisamente a favore della categoria nuovo utente come si evince dalla Figura 2. Tuttavia questo dato, che apparentemente potrebbe sembrare scoraggiante, deve essere contestualizzato. Come già detto il Sito WEB ANMCO è in primo luogo un sito istituzionale, rivolto a Cardiologi e questo spiega un po' il motivo per cui gli accessi di ritorno non sono elevatissimi: una volta apprese le notizie di carattere associativo e divulgativo, rientrare nel WEB ha un senso piuttosto relativo. Se però analizziamo la durata media della sessione nel

caso di utenza di ritorno possiamo trarre la conclusione che chi ritorna sul Sito ANMCO lo fa perché sa esattamente cosa sta cercando e sosta il tempo utile ad esplicitare una qualche funzione di interesse. La lettura e l'approfondimento di questi dati, soprattutto del rapporto nuovo utente/utente di ritorno, ci ha spinti ad individuare una serie di novità da realizzare sul WEB che siano di attrazione per gli utenti e utili per la pratica clinica quotidiana in modo tale che ritornare sul Sito ANMCO diventi una necessità piuttosto che una

sola opportunità di aggiornamento. Proseguiamo indicando le novità o gli approfondimenti di contenuti già esistenti sul WEB che abbiamo pensato per rinnovare l'interesse per il Sito ANMCO e accrescere il senso di appartenenza alla nostra Associazione. Nell'ottica di attrarre verso il Sito e l'Associazione anche gli utenti più giovani sarà dato nuovo impulso anche ai Social media, in particolare a Twitter e a Facebook, strumenti di comunicazione più veloci e dotati di una massima fruibilità.

I NUOVI SERVIZI

Video interviste

Saranno pubblicate con cadenza mensile sul WEB brevi interviste a Soci ANMCO di rinomata cultura ed impegno associativo su tematiche cardiologiche di richiamo, realizzate con la tecnica chroma key o green screen.

Outplay... Clinical Case!

Il Caso Clinico interattivo del mese in cui ogni Socio potrà cimentarsi nella risoluzione della diagnosi e il Socio più bravo, in termini di correttezza della risposta e frequenza di risposta nelle varie edizioni proposte sul Sito, sarà ospite al Congresso Nazionale ANMCO.

Latest News

Una sezione dedicata alla selezione degli articoli pubblicati mensilmente sulle più importanti riviste internazionali e nazionali su tematiche culturali di grande attualità e interesse per la prassi lavorativa.

Forum

È stato realizzato un forum di discussione dedicato ai Soci ANMCO e gestito dai Chairperson di Area e dai Presidenti Regionali ANMCO. In questo momento è attivo il Forum curato dall'Area Prevenzione Cardiovascolare dal titolo "Le nuove linee guida sull'ipertensione arteriosa: cosa ne pensate?"

FAD

A breve approderà anche nel mondo della formazione ANMCO la formazione a distanza grazie ad un progetto messo a punto dall'Area Prevenzione Cardiovascolare ANMCO.

I SERVIZI RINNOVATI

Casi Clinici

Questa sezione raccoglierà Casi Clinici sempre nuovi e stimolanti, il cui grado di difficoltà ed originalità stupirà in ogni edizione.

Rassegna Linee Guida

Si tratta di un servizio coperto da credenziali e dedicato ai Soci ANMCO in regola con le quote associative. L'obiettivo da raggiungere è di mantenere questa sezione costantemente aggiornata, integrandola con le nuove Linee Guida che di volta in volta verranno pubblicate dalle Società Scientifiche.

Top del mese

Questa rubrica non è protetta da credenziali di accesso. Il servizio consiste in una rassegna di abstract in italiano che si riferiscono ad articoli di grande interesse cardiologico pubblicati su riviste internazionali: per ciascun articolo di letteratura viene riportato oltre all'abstract, una immagine significativa del contenuto dell'articolo e il link all'articolo se è free o, in caso contrario, all'abstract vero e proprio. L'elenco degli abstract è indicizzato in base ad un elenco di parole chiave in modo tale che le possano essere richiamati all'interno di un motore di ricerca.

Bacheca

Nelle sottosezioni Job Opportunities, International Opportunities e Master si è fatto convergere un mix di avvisi di opportunità di lavoro, corsi post Laurea, borse di studio, nazionali e internazionali.

Survey

Sono utilissimi strumenti per poter conoscere meglio i comportamenti e i bisogni insoddisfatti della comunità cardiologica che opera sul campo.

APP

TAO&SURGERY, APP sull'uso della terapia anticoagulante nel peri-operatorio, è la prima nata in casa ANMCO a cura dell'Area Prevenzione Cardiovascolare.

Una finestra sul mondo

Le prime pagine del sito in lingua inglese. Infine, con la speranza di incuriosirvi, a brevissimo una nuova Home Page grazie al restyling della CnC Group.

Buona navigazione a tutti! ♥

Studi in corso

Nome dello Studio	N° centri attivati Italia (tutto il mondo)	N° pazienti previsti dal protocollo Italia (tutto il mondo)	N° pazienti arruolati Italia (tutto il mondo)	Durata prevista del follow-up	Stato Arruolamento	
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	17 (430)	NA	318 (10.307)	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	chiuso	
POSTER (osservazionale) In collaborazione con Fondazione SISA (Società Italiana per lo studio dell'Arteriosclerosi)	82	6.000	5.415	No follow-up	chiuso	
BLITZ-HF (osservazionale)	123	1 ^a fase 2.500	4.213	1 anno	chiuso	
		2 ^a fase 2.500	3.356	1 anno	chiuso	
Registro G-CHF (osservazionale)	9 (264)	750 (25.000 circa)	474 (21.220)	24 mesi	In corso (solo sottoprogetto)	
COPE (osservazionale)	169	5.000	836	30 giorni	In corso	
MATADOR-PCI (osservazionale)	61	500	66	6 mesi	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
BLITZ-AF CANCER	80 (circa 50)	800 (1.500)	1 anno

■ 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 MATADOR - PCI

Steering Committee: L. De Luca (Chairman); M.G. Gulizia (Co-Chairman); A. Di Lenarda (Co-Chairman); A. Rubboli (Co-Chairman); L. Bolognese; D. Gabrielli; A. Murrone; F. Scotto di Uccio; S. Urbinati.

MATADOR-PCI è uno studio prospettico, multicentrico, osservazionale condotto in Ospedali dotati di UTIC e di Laboratorio di Emodinamica Interventistica. L'obiettivo principale dello studio è ottenere un insieme completo di dati nazionali per migliorare le conoscenze sulle strategie antitrombotiche impiegate durante l'ospedalizzazione nei pazienti affetti da sindrome coronarica acuta trattati con

angioplastica coronarica percutanea ed impianto di stent che presentano fibrillazione atriale all'ingresso in Ospedale o che la sviluppano nel corso del ricovero (prima o dopo l'impianto di stent). L'arruolamento dei pazienti durerà 12 mesi in ogni Centro e si prevede di arruolare complessivamente circa 500 soggetti. I pazienti saranno seguiti in follow-up a sei mesi dopo l'inclusione nello studio al fine di raccogliere informazioni sugli eventi avversi seri occorsi nel periodo di follow-up. Hanno aderito al MATADOR-PCI 91 UTIC distribuite su tutto il territorio nazionale. Le pratiche regolatorie con i Comitati Etici dei Centri aderenti al progetto sono state avviate a gennaio 2018 e il Centro Coordinatore è stato

attivato a luglio 2018. L'11 settembre scorso si è svolto a Bologna l'Investigator Meeting di apertura dello studio in cui sono stati illustrati tutti i dettagli scientifici ed operativi del progetto. Al 19 novembre 2018 sono stati attivati 61 Centri e l'arruolamento dei pazienti è iniziato in 32 UTIC che hanno complessivamente incluso nello studio 66 pazienti. I restanti Centri verranno attivati man mano che sarà concluso l'iter regolatorio ed i Ricercatori che non hanno potuto partecipare all'Investigator Meeting di Bologna verranno invitati ad un webinar formativo per l'apertura del Centro. La fase di attivazione dei Centri si concluderà entro la fine del 2018.



FOCUS ON



Studio COPE

Steering Committee: C. Becattini (Chairperson); M.G. Gulizia (Co-Chairman); G. Agnelli; F. Dentali; A. Di Lenarda; I. Enea; A. Fabbri; A.P. Maggioni; F. Pomero; M.P. Ruggieri.

Lo studio COPE, promosso dall'Università degli Studi di Perugia insieme alla Fondazione per il Tuo cuore ONLUS di ANMCO, e condotto in collaborazione con FADOI (Federazione delle Associazioni dei Dirigenti Ospedalieri Internisti) e SIMEU (Società Italiana di Medicina di Emergenza-Urgenza) è uno studio multicentrico, nazionale, osservazionale che intende raccogliere dati sulla attuale gestione clinica in Italia dei pazienti con embolia polmonare acuta. Tali dati consentiranno di valutare l'attuale pratica clinica e l'adesione alle Linee Guida internazionali, l'utilizzo dei nuovi farmaci antitrombotici e le strategie di diagnosi e stratificazione del rischio. Lo studio COPE permetterà inoltre una valutazione dell'outcome associato alle diverse modalità di gestione del paziente con embolia polmonare. Vengono arruolati nel COPE pazienti con embolia polmonare acuta sintomatica che accedono alle Unità Operative di Cardiologia, Medicina Interna e Medicina di Emergenza-

Urgenza partecipanti al progetto. Lo studio ha l'ambizione di raccogliere informazioni in 5000 pazienti con embolia polmonare nell'arco di 24 mesi. Ciascun paziente arruolato verrà seguito fino a 30 giorni dalla diagnosi di embolia polmonare per raccogliere i dati relativi all'outcome clinico. Hanno aderito al COPE 203 Unità Operative ben distribuite sul territorio nazionale: 83 Cardiologie, 69 Medicine Interne e 51 Medicine di Emergenza Urgenza. Le pratiche regolatorie con i Comitati Etici sono state avviate a gennaio 2018 e il Centro Coordinatore è stato attivato a marzo 2018. Negli altri Centri lo studio è stato avviato man mano che sono state concluse le pratiche regolatorie e in seguito alla partecipazione del Centro ad un Investigator Meeting in cui sono stati illustrati tutti i dettagli scientifici ed operativi dello studio. Il primo Investigator Meeting (IM) dei Ricercatori si è svolto il 14 giugno 2018 ed un ulteriore IM si è tenuto il 20 settembre u.s.

Al 19 novembre 2018 sono stati attivati 171 Centri: 70 Cardiologie, 58 Medicine Interne e 43 Medicine di Emergenza Urgenza. L'arruolamento è iniziato in 132 Unità Operative che hanno complessivamente incluso nello studio 840 pazienti.

La fase di attivazione dei Centri verrà conclusa entro la fine del 2018. ♥



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-cardiologia



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



Fabiana Lucà

AREA GIOVANI

Chairperson

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

Comitato di Coordinamento

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

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



Marco Vatrano

AREA MALATTIE DEL CIRCOLO POLMONARE

Chairperson ad interim

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

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



Luciano Moretti

AREA MANAGEMENT & QUALITÀ

Chairperson

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

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



Doriana Frongillo

AREA NURSING

Chairperson Medico ad interim

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

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



Sabrina Egman



Maurizio Giuseppe Abrignani

AREA PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE

Chairperson

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

Comitato di Coordinamento

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

www.anmco.it/pages/entra-in-anmco/aree-anmco/area-prevenzione-cardiovascolare



Andrea Mortara

AREA SCOMPENSO CARDIACO

Chairperson

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

Comitato di Coordinamento

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

www.anmco.it/pages/entra-in-anmco/aree-anmco/area-scompenso-cardiaco



Area Giovani 2017-2018

Un biennio di scoppiettanti novità

A 4 anni dalla sua nascita, l'Area Giovani si è ricavata pian piano uno spazio importante nel panorama delle Aree, acquistando un sempre maggior numero di iscritti e ponendosi come link tra ANMCO e le nuove generazioni di Cardiologi. Uno degli obiettivi dell'Area, cioè coinvolgere i giovani in maniera sempre più attiva nei percorsi scientifici societari sia nazionali che internazionali è stato pienamente realizzato sia nel contesto della Società Europea di Cardiologia che dell'American College of Cardiology. Per ben due anni consecutivi sono state attribuite delle iscrizioni gratuite al congresso Europeo ESC (13 nel 2017 e ben 25 nel 2018) assegnate sulla base del punteggio ottenuto dai migliori abstract inviati al Congresso Nazionale ANMCO, con il doppio obiettivo di gratificare la migliore produzione scientifica dei giovani al nostro Congresso

Nazionale e di implementare la partecipazione dei giovani nei convegni internazionali di maggior rilievo. Ai soci dell'Area Giovani ANMCO che fossero stati autori di un abstract sull'ipertensione arteriosa accettato all'ESC è stato inoltre offerto un posto all'European Council of Hypertension. Tra i 25 partecipanti all'ESC in quota Area Giovani ANMCO, sono stati inoltre individuati i 4 partecipanti della First Virtual Competition, prestigiosa gara europea su casi clinici virtuali, che ha visto alla fine la squadra italiana ANMCO vincitrice su ben 15 paesi finalisti. A testimonianza dell'attivo coinvolgimento dei giovani ANMCO nell'ESC Young Community, a marzo 2018 l'Area Giovani è stata invitata per la prima volta allo Spring Summer ESC, Summit europeo di estremo rilievo che si è svolto nella sede principale dell'ESC in Francia, sui



Figura 1
 Un'immagine dall'ACC International Leadership Training Program.
 Da sinistra: Anthony DeMaria, University of California, Damiana Fiscella, Componente del Comitato di Coordinamento dell'Area Giovani ANMCO, William A. Zoghbi, MD, MACC



Figura 2

Da sinistra: Claudio Picariello, Giuseppe Ciliberti, Michele Massimo Gulizia, Presidente della Fondazione per il Tuo cuore, Fabiana Lucà, Chairperson Area Giovani ANMCO, Filippo Zilio subito dopo la consegna delle pergamene di riconoscimento per la vittoria della 1st National Virtual Competition della ESC 2018

temi principali della Cardiologia by Gender e sul ruolo dei Social nella comunità cardiologica. I confini dei giovani ANMCO si sono allargati inoltre anche negli USA grazie all'azione del Dott. Michele Massimo Gulizia, già fondatore dell'Area Giovani nel 2015, che in qualità di Governor dell'Italy Chapter of Cardiology, ha fatto approdare al Congresso Nazionale ANMCO la Jeopardy Game Session, una competizione di elevatissima taratura, in cui i partecipanti si sono sfidati sui temi più complessi della Cardiologia. L'esperimento, che si è ripetuto negli ultimi due anni al Congresso Nazionale ANMCO ha infatti portato a individuare i 4 vincitori italiani designati per l'irripetibile opportunità di rappresentare la squadra italiana al Congresso ACC in America, con la partecipazione al Congresso stesso. Sempre su spinta del Dott. Gulizia, l'Area Giovani ha goduto della straordinaria opportunità di

partecipare all'ACC International Leadership Training Program, pregevolissimo incontro destinato a 20 Cardiologi under 40 provenienti da tutte le parti del mondo sul tema della leadership e della comunicazione che si è svolto il 15 e 16 novembre u.s. a Washington ed a cui ha partecipato la Dott.ssa Damiana Fiscella, Consigliere del Board dell'Area Giovani ANMCO. L'Area Giovani si è inoltre occupata fattivamente di fornire informazioni e link utili relativamente alle opportunità di lavoro in termini di concorsi sul territorio nazionale e sulle opportunità di grant e fellowship delle principali società scientifiche internazionali (ACC, AHA, ESC e società afferenti all'ESC) tramite le due rubriche ideate e curate dall'Area Giovani Job Opportunities ed International Opportunities. Allo scopo di coinvolgere i giovani nelle attività scientifiche ANMCO, l'Area Giovani ha realizzato sul sito una rubrica

“Insoliti Sospetti in Cardiologia”, destinata a stimolare l'attenzione e la curiosità dei Soci su casi clinici particolari che potessero prestarsi ad una fine diagnosi differenziale e stimolare la discussione, premiando coloro che avessero inviato il caso tramite l'invio collettivo ai 5.000 Soci ANMCO di una mail che illustrasse la paternità del caso in modo da conferire una maggiore visibilità nazionale a giovani soci. Grazie all'enorme successo ottenuto la rubrica è stata rilanciata dall'attuale Consiglio Direttivo ANMCO che ha puntato sul suo sviluppo con interessanti prospettive ribattezzandola Outplay...Clinal Case! L'Area Giovani si è posta tra gli obiettivi anche quello di soddisfare i bisogni scientifici e culturali dei Soci più giovani tramite un'intensa attività editoriale che ha comportato la produzione scientifica di ben 18 paper sottomessi su riviste scientifiche nazionali ed



Figura 3

Un momento degli Stati Generali ANMCO 2018 in cui la Dott.ssa Fabiana Lucà, Chairperson dell'Area Giovani ANMCO, consegna la pergamena di riconoscimento per la vittoria della 1st National Virtual Competition della ESC 2018 al Dottor Giuseppe Ciliberti, in primo piano la Dott.ssa Stefania Angela Di Fusco, Co - Chairperson dell'Area Giovani ANMCO

internazionali, sui temi cardiologici di maggior appeal e maggiormente dibattuti interamente dedicati ai giovani Cardiologi, allo scopo di dare consigli pratici sulla diagnosi e sul management, la cui realizzazione è stata resa possibile dall'intensa collaborazione con le altre Aree ANMCO e con il Centro Studi. Intensissima ed estremamente proficua è stata la collaborazione dell'Area Giovani con la Fondazione per il Tuo cuore, che da sempre si pone l'obiettivo di valorizzare la crescita culturale dei giovani con numerosissime iniziative tra cui le Borse di Studio Maseri - Florio, Vincenzo Masini e dall'anno scorso Mario Chiatto. Infine l'Area Giovani ha interagito in maniera capillare con ogni singola regione, collaborando con i Presidenti Regionali alla realizzazione di iniziative incentrate

sui giovani e di alcuni congressi regionali che hanno visto una cospicua partecipazione dei giovani, specchio del Congresso Nazionale che nel 2018 ha avuto una massiccia rappresentatività di giovani nella faculty. Estrema sintesi dell'apertura di ANMCO ai giovani è stata l'invito dei 4 vincitori della gara svoltasi quest'estate all'ESC addirittura agli Stati Generali ANMCO ad Ancona dal 16 al 17 novembre e che hanno così commentato la loro partecipazione al più importante momento della vita scientifica e societaria dell'ANMCO:

«È stato per noi un onore essere invitati a partecipare al momento più alto della vita associativa ANMCO, Associazione che sempre più sta diventando un riferimento per la formazione e la crescita professionale dei giovani cardiologi con una partecipazione sempre più attiva».♥

Quale è il livello di conoscenza 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,

123 femmine - 29.3%). 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.

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%).

«Nessuno conosce le proprie possibilità finché non le mette alla prova»

Publilio Siro

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

Consapevolezza della Legge 24/2017

Il grado di consapevolezza della Legge 24/2017, viene espresso 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,

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.

1 - La funzione di garante per il diritto alla salute è ATTRIBUITO dalla Legge 8 marzo 2017, n. 24

- Al difensore Civico
- Al direttore Sanitario della Azienda
- Al Direttore della S.C.

2 - L'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità è istituito presso:

- Agenas
- Ministero della Salute
- Ogni Regione

3 - Per le Buone pratiche clinico-assistenziali gli esercenti le professioni sanitarie, nell'esecuzione delle prestazioni sanitarie si attengono,

- Raccomandazioni previste dalle linee guida
- Prescrizioni del Codice Deontologico
- Prescrizioni dei PTDA Aziendali

4 - Riguardo alla Responsabilità penale dell'esercente la professione sanitaria la LEGGE 8 marzo 2017, n. 24 stabilisce:

- La non punibilità dell'operatore quando sono rispettate le raccomandazioni previste dalle linee guida
- La punibilità dell'esercente in caso di imperizia
- La punibilità dell'esercente sempre

5 - La struttura sanitaria pubblica o privata che, nell'adempimento della propria obbligazione, si avvalga dell'opera di esercenti la professione sanitaria, risponde civilmente delle loro condotte dolose o colpose

- SI per tutto il personale operante presso la strutture
- SI solo per il personale dipendente
- NO

6 - La Direzione Sanitaria della Struttura pubblica o privata entro quanto tempo dalla presentazione della richiesta da parte degli interessati aventi diritto fornisce la documentazione sanitaria disponibile relativa al paziente?

- 7 giorni
- 15 giorni
- 30 giorni
- 60 giorni

7 - Le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private devono essere provviste di copertura assicurativa o di altre analoghe misure per la responsabilità civile verso terzi e per la responsabilità civile verso prestatori d'opera

- SI anche per danni cagionati dal personale a qualunque titolo operante presso le strutture, compresi coloro che svolgono attività di formazione, aggiornamento nonché di sperimentazione e di ricerca clinica.
- NO
- SI solo per i danni ascrivibili a responsabilità della Struttura
- SI anche per danni cagionati dal personale a qualunque titolo operante presso le strutture, esclusi coloro che svolgono attività di formazione, aggiornamento nonché di sperimentazione e di ricerca clinica.

8 - Per la nomina dei consulenti tecnici d'ufficio e dei periti nei giudizi di responsabilità sanitaria si avvale di:

- Un medico specialista in medicina legale e di uno o più specialisti nella disciplina alla quale si riferisce l'evento
- Un medico di propria fiducia
- Un medico specialista in medicina legale

9 - L'azione di rivalsa nei confronti dell'esercente la professione sanitaria può essere esercitata

- Solo in caso di dolo o colpa grave
- Sempre
- Solo in caso di lesioni gravi
- Mai

10 - Nel giudizio di rivalsa e in quello di responsabilità amministrativa il giudice può desumere argomenti di prova dalle prove assunte nel giudizio instaurato dal danneggiato nei confronti della struttura sanitaria o sociosanitaria o dell'impresa di assicurazione

- Solo se l'esercente la professione sanitaria ne è stato parte
- Sempre
- Solo in casi selezionati
- Mai

Tabella I - QUESTIONARIO PER LA VALUTAZIONE DELLA CONOSCENZA DELLA LEGGE 24.2017

Livello di conoscenza della legge 24/2017

Il livello di conoscenza della legge 24/2017 è stato valutato in base alle risposte date ai 10 quesiti posti, attribuendo il punteggio di 1 per ogni risposta esatta. La media del punteggio riportato è stata pari a 7,14 + 2,25, mediana 7,00, rispettivamente di 6,82 + 2,52, mediana 7,00, per i Direttori di Struttura Complessa, di 7,00 + 1,67, mediana 7,00, per i dirigenti di Struttura semplice e di 7,21 + 2,27, mediana 7,00, per i dirigenti senza incarico di struttura. La distribuzione di coloro che hanno compilato il questionario di valutazione in base alla posizione organizzativa è riportato nella Figura 1. La distribuzione di coloro che hanno compilato il questionario di valutazione della conoscenza della legge 24.2017 secondo i punteggi conseguiti è riportato nella Figura 2. Pur tenendo conto della metodologia utilizzata e del numero dei partecipanti che hanno compilato il questionario di valutazione, ben l'87,5% ha riportato un punteggio superiore alla sufficienza. Il percorso della implementazione di una legge è lungo e difficile. I Cardiologi hanno già incominciato a familiarizzare con le novità introdotte dalla legge 24-2017, ma è certo che occorrerà un grande sforzo per la comprensione e la corretta applicazione di una legge complessa come la legge sulla responsabilità professionale in sanità. ♥

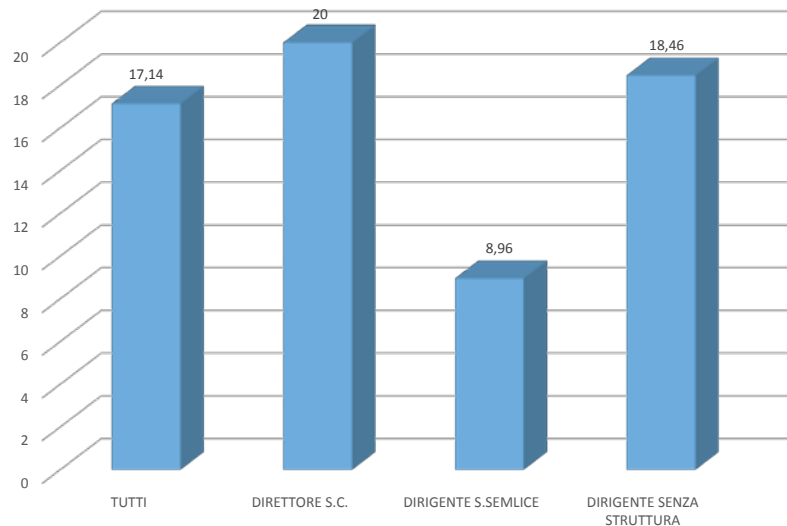


Figura 1
Percentuale di partecipanti che hanno compilato il questionario di valutazione sulla conoscenza della legge 24.2017

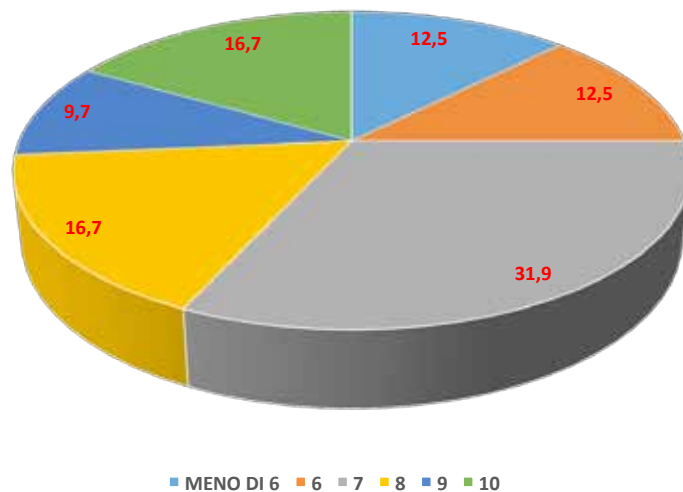


Figura 2
Punteggio riportato al questionario di valutazione del livello di conoscenza della legge 24.2017. Distribuzione per valori percentuali



Un commiato dal Chairperson dell'Area Prevenzione Cardiovascolare

Finale di partita

Dopo ogni tramonto sorge sempre una nuova alba



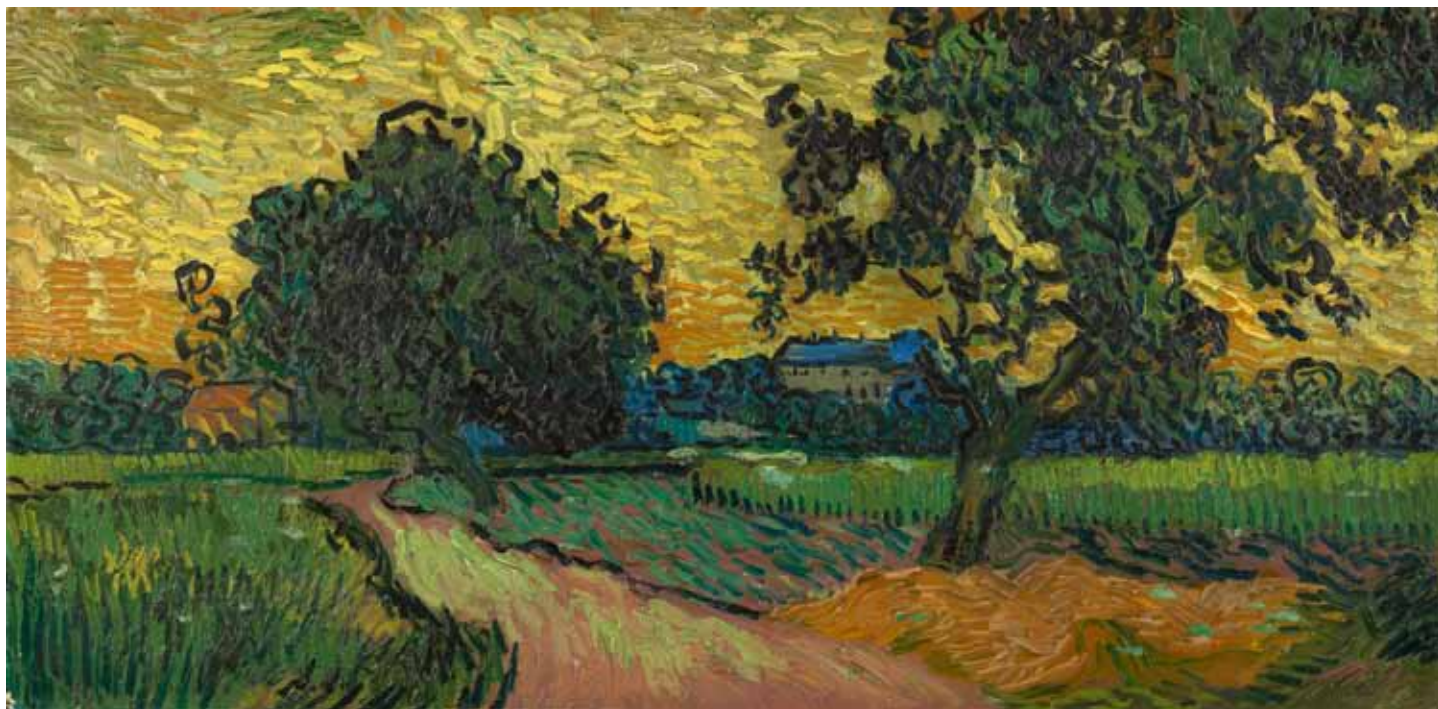
Giorgione (1478-1510): *Il Tramonto* (Londra, National Gallery)

“*Il Tramonto*” di Giorgione, uno dei paesaggi più suggestivi della storia dell'arte, è una idilliaca scena pastorale che riflette un senso di calma, serenità e rilassatezza. La fine di una giornata è però seguita, sempre, da una nuova alba, foriera di future messi e frutti da raccogliere, come ci mostra un altrettanto affascinante dipinto di Van Gogh. Il continuo avvicinarsi dei giorni, delle stagioni e degli anni, segno di incessante cambiamento, è uno dei grandi misteri della vita. Ho scelto queste immagini pittoriche come metafora per l'ultima volta che mi rivolgo a voi da Chairperson dell'Area Prevenzione Cardiovascolare, il cui testimone, dopo due anni, trasmetto ora, in un fisiologico avvicendamento, a Daniele Grosseto. Così come a ogni

giorno segue un altro giorno, anche per le Aree ANMCO il costante ripetersi nella ciclicità è segno di rinnovamento e di rinascita e la figura del Co-Chairperson è simbolo e garanzia di questo processo virtuoso di continuità. Questi anni di lavoro, un'esperienza esistenziale e professionale faticosa ma straordinaria e positiva, rimarranno per me uno dei tasselli più vividi e belli nel grande mosaico della vita. Il compito che mi aspettava, cioè di coordinare le attività dell'Area Prevenzione Cardiovascolare mantenendo elevato o addirittura migliorando il livello delle iniziative proposte, era impegnativo e di grande responsabilità. Ed è quindi con emozione ed orgoglio che desidero soffermarmi a ricordare quanto è stato realizzato. Non sono, ovviamente, la persona più adatta a formulare giudizi, ma ritengo che, sempre nella massima sintonia con le linee strategiche dei Presidenti e dei Consigli Direttivo e Nazionale, la nostra Area, in tempi difficili e scarsi di risorse disponibili, abbia risposto adeguatamente alla sua mission, quella di occuparsi, in un'ottica a 360 gradi, di tutti gli ambiti clinici nei quali un approccio preventivo può portare a un miglioramento della cura e degli outcome dei Pazienti. Parlando a nome di tutto il Comitato di Coordinamento, Vi assicuriamo che

ci abbiamo messo tanto impegno, sforzandoci di interpretare quello spirito di servizio che dovrebbe essere l'unico movente di chi opera nella nostra Associazione. Numerose sono state le iniziative editoriali, che troverete illustrate in tabella. Per migliorare le capacità di comunicazione dell'Area abbiamo realizzato l'aggiornamento e l'ottimizzazione delle pagine a noi dedicate nel Sito Web ANMCO: non un semplice restyling, ma una profonda reingegnerizzazione. Vi ricordo, in particolare, che nella sezione "Utilities & tools", accessibile solo agli aderenti all'Area in regola con le quote associative, potrete trovare uno slideset continuamente aggiornato su diversi argomenti di prevenzione e due Format (con i relativi slideset) per incontri educazionali da realizzare nelle scuole o per i laici e per i pazienti dimessi dopo SCA, insieme a tanto altro interessante materiale. Abbiamo aperto un web-forum per discutere con tutti gli interessati di argomenti di natura preventivologica: il primo è dedicato alle nuove linee guida sull'ipertensione arteriosa. Siamo orgogliosi di essere il primo organismo ANMCO a inaugurare questa nuova formula di comunicazione (come siamo stati i primi a realizzare un'app sulla terapia anticoagulante

nel preoperatorio). Sono state pubblicate sul sito ANMCO le Web-survey sui percorsi e i trattamenti di prevenzione secondaria dopo intervento cardiocirurgico (rivolta ai cardiocirurghi e in collaborazione con l'Area CardioChirurgia), sul ruolo del cardiologo nelle Stroke Unit (in collaborazione con la Task Force CardioNeurologia) e sull'appropriatezza delle metodiche diagnostiche in prevenzione cardiovascolare (in collaborazione con l'Area CardioImaging). Sono ormai disponibili una web app sulla gestione della terapia anticoagulante nel perioperatorio (<http://tao-surgery.anmco.it/>) e le relative App per iPhone e per smartphone; siamo orgogliosi di essere la prima Area ANMCO ad avere realizzato questa iniziativa al passo coi tempi. Abbiamo collaborato con la Banca del Cuore, l'eccezionale iniziativa ideata da Michele Gulizia, che presto metterà a disposizione una grande quantità di dati epidemiologici aggiornati sullo stato di salute cardiovascolare degli italiani. Abbiamo anche invitato i Presidenti Regionali a manifestare alle istituzioni sanitarie locali la disponibilità dell'ANMCO a collaborare, anche attraverso una rete locale di esperti al Piano Nazionale della Prevenzione. Troverete in dettaglio queste ed



Vincent Van Gogh (1853-1890): *Paesaggio all'alba*

altre iniziative nell'ultima newsletter dell'Area. Invito per l'ultima volta tutti i Soci interessati alla Prevenzione a suggerirci interventi da realizzare o aree di interesse da approfondire ed eventualmente a presentare la domanda di adesione all'Area (www.anmco.it/pages/entra-in-anmco/aree-anmco/area-prevenzione-cardiovascolare/modulo-iscrizione).

E adesso è giunto, infine, il momento dei miei più sentiti e calorosi ringraziamenti: grazie ai Presidenti e ai Consigli Direttivi per la fiducia riposta nei miei confronti, che mi auguro di avere meritato; grazie a tutti gli appassionati e

colti esponenti di prestigio della nostra Associazione che mi hanno preceduto in questo incarico, che col loro splendido lavoro hanno creato un meccanismo ben collaudato, che consente a chiunque ricopra questo ruolo di non partire da zero, ma di stare "sulle spalle dei giganti"; grazie a tutti i compagni di viaggio, o meglio agli amici che mi hanno coadiuvato con la loro presenza nel Comitato di Coordinamento, Giovanni De Luca, Marco Malvezzi, Bruno Passaretti e Massimo Rao, ben consapevole del grande lavoro da loro profuso per questo incarico, svolto con entusiasmo, passione e coesione,

all'insegna della costruttività e della concretezza); grazie per il prezioso e indispensabile aiuto a uno Staff di grande e provata professionalità, esperienza e disponibilità e specificamente a Simonetta Ricci, responsabile del Dipartimento Comunicazione&Cultura, e Luana Di Fabrizio; grazie infine a Daniele, cui auguro buon lavoro insieme al prossimo Comitato di Coordinamento; sono certo che nel prossimo biennio si mostreranno degni delle aspettative dei Presidenti Domenico Gabrielli e Furio Colivicchi!

Un saluto di cuore a tutti voi, e... *sursum corda.* ♥

Articolo	Collaborazione	Status
Valutazione del rischio cardiovascolare e della gestione perioperatoria del paziente candidato a chirurgia non cardiaca. I risultati della web survey ANMCO		G Ital Cardiol 2018;19(9): 504-509
Prevenzione degli eventi cardioembolici dopo emorragia intracranica	Task Force CardioNeurologia	G Ital Cardiol 2018;19(10): 542-551
Stili di vita, fattori di rischio e prevenzione delle malattie oncologiche: il ruolo del cardiologo	Task Force CardioOncologia	G Ital Cardiol, in Press
Prevenzione cardiovascolare negli anziani: limiti e opportunità	Task Force CardioGeriatría	Ongoing
Heart of women: an update	Area Giovani	Ongoing
Lifestyles and Cardiovascular Prevention in Childhood and Adolescence	Area Giovani e Task Force Cardiologia Pediatrica	Ongoing
Statement ANMCO Tromboembolismo arterioso e venoso: quali implicazioni per la pratica clinica?	Area Malattie del Circolo Polmonare	Ongoing
Documento di Consenso Intersocietario "Gastroprotezione nei pazienti in trattamento antiaggregante e/o anticoagulante"	AIGO (Associazione Italiana Gastroenterologi Ospedalieri)	In fase di definizione
Appropriatezza delle metodiche di imaging in prevenzione cardiovascolare	Area CardioImaging	In fase di definizione

Le iniziative editoriali



Il Comitato di Coordinamento dell'Area Prevenzione Cardiovascolare 2017-2018: da sinistra Bruno M. Passaretti, Daniele Grosseto, Giovanni De Luca, Maurizio G. Abrignani, C. Massimiliano Rao, Bruno Malvezzi Caracciolo D'Aquino

Lo Scompenso Cardiaco Acuto, dal domicilio del paziente fino alla dimissione dal Pronto Soccorso o Dipartimento di Emergenza

Dal confronto tra le figure professionali coinvolte, nasce un Documento di Consenso per la gestione ottimale dello scompenso cardiaco acuto: dal sospetto diagnostico a domicilio, al trattamento, stratificazione del rischio e dimissione dai reparti di PS/DEA

Lo Scompenso Cardiaco (SC) resta una delle cause principali di ospedalizzazione e di ri-ospedalizzazione precoce post-dimissione, come dimostrano i dati ministeriali. Per quanto i quadri di assoluta criticità clinica in pronto soccorso nello scompenso cardiaco siano relativamente rari, interessando meno di 1 paziente su 10, l'accesso in Pronto Soccorso (PS) ed il ricorso all'ospedalizzazione rimane frequente per effetto di difficoltà

nella diagnosi extra-ospedaliera e nell'identificazione dell'eziologia prevalente e dei fattori scatenanti, anche in soggetti con già nota storia di insufficienza cardiaca. Per contro, nei casi di nuova insorgenza con prevalente congestione polmonare ed insufficienza respiratoria acuta resta abbastanza ragionevole il ricorso alle cure ospedaliere, ma con un necessario percorso di diagnosi differenziale da avviarsi sin dalle prime ore di esordio. Per i pazienti con SC acuto, operare una

efficace stratificazione del rischio in PS/DEA può risultare difficile, soprattutto per quanto riguarda il rischio intermedio o il basso rischio; infatti, se per i pazienti critici esistono indicazioni di gestione già strutturate e condivise, appare invece più complesso identificare i pazienti che possano essere precocemente dimessi e giovare di percorsi di cura domiciliare. Secondo alcuni registri, infatti, i pazienti con scompenso cardiaco dimessi direttamente da PS/DEA



Figura 1

mostrano un tasso di mortalità a 30 giorni 4 volte superiore a quello osservato nei pazienti con dolore toracico.

Perché scrivere un altro documento sullo SC?

I motivi di fondo del documento multisocietario su diagnosi e cura dello scompenso cardiaco dal domicilio al PS/OBI

Per quanto esistano documenti di consenso e Linee Guida esaustive per la gestione dello SC, sia cronico/ambulatoriale, sia in fase acuta, in letteratura mancano indicazioni univoche di gestione delle primissime fasi dello SC acuto: l'inquadramento al domicilio, trattamento precoce, stratificazione di rischio e avvio dei percorsi di cura post-dimissione dal PS. Alla creazione dei reparti di Osservazione Breve Intensiva (OBI) in diversi Ospedali del territorio nazionale, non è seguita l'indicazione di criteri condivisi di

accesso, trattamento, monitoraggio e dimissione dagli stessi, ridimensionando talvolta il loro ruolo potenziale di collegamento tra Ospedale e territorio.

Per tale motivo, l'ANMCO e l'Area Scompenso Cardiaco in associazione con FADOI, SIAARTI, SIC, SIMG, SIMI, e SIMEU hanno scritto un nuovo Documento di Consenso per affrontare il tema dei percorsi diagnostico-terapeutici delle fasi iniziali dello SC acuto.

Quali obiettivi si propone il Documento?

Il documento ed i suoi obiettivi di fondo

Gli obiettivi principali che il documento si propone sono quelli di uniformare i comportamenti del personale medico che assiste il paziente con SC acuto nelle prime fasi. In particolare:

- assistere i MMG o il personale di primo soccorso nell'orientare e confermare il sospetto diagnostico

di SC acuto, avviando quando possibile i primi trattamenti volti a stabilizzare il quadro clinico e alleviare i sintomi

- standardizzare i percorsi per i pazienti più critici per garantire l'accesso rapido alle cure e ai reparti di terapia intensiva
- identificare i pazienti a basso rischio, al fine di favorire la dimissione diretta da PS-OBI riducendo il tasso di ospedalizzazioni inappropriate:
- pianificare e accompagnare il paziente all'accesso precoce alle cure ambulatoriali per lo SC, in cui siano coinvolti i MMG e i cardiologi curanti;
- ottimizzare il trattamento dei fattori scatenanti e la gestione delle copatologie, che concorrono a definire la complessità assistenziale, la prognosi, ma anche la probabilità di nuovo ricorso al PS (Figura 1).

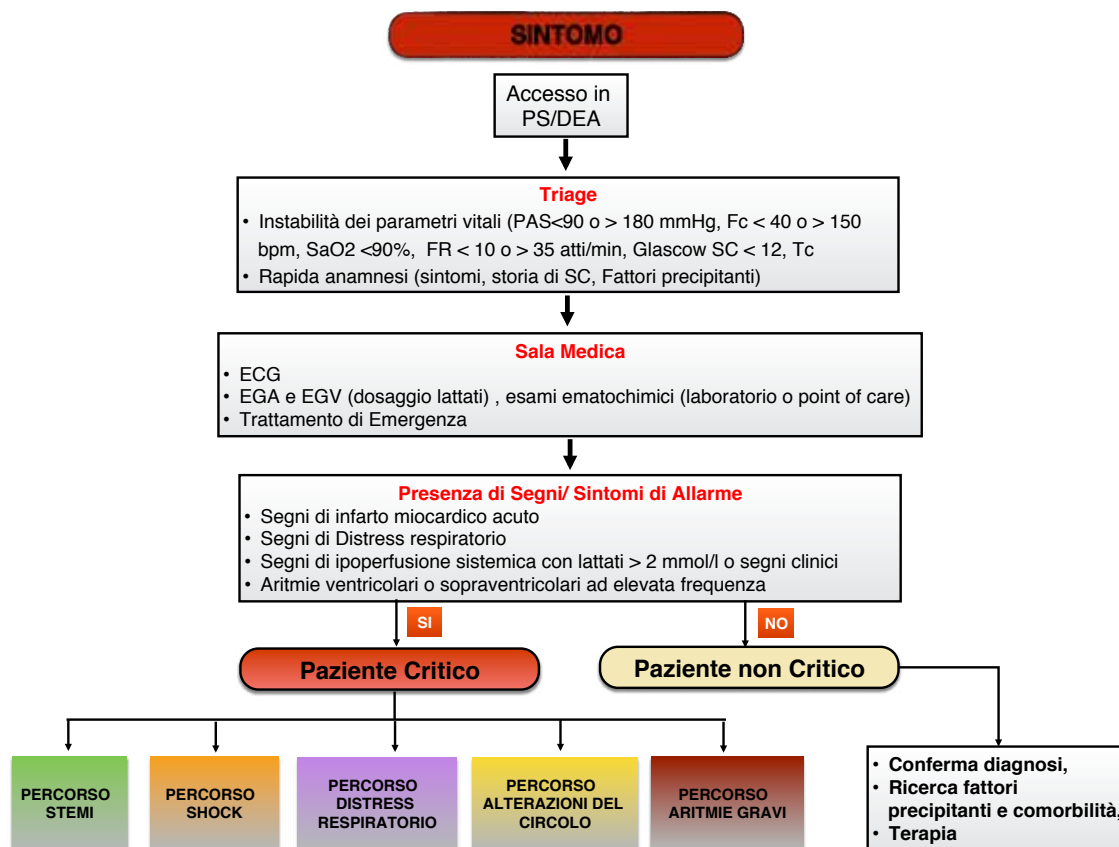


Figura 2

Il documento ed i suoi elementi innovativi

I principali elementi di novità del documento sono qui riassunti.

Fase pre-ospedaliera

Questa fase viene considerata già parte integrante del percorso di gestione dello SC acuto; è quindi dedicato ampio spazio ai comportamenti da adottare al domicilio, dal sospetto clinico, agli strumenti diagnostici disponibili, fino al trattamento da avviare già fuori dall'ospedale o durante il trasporto in ambulanza.

Scenari clinici: paziente "critico" e "non critico"

Due principali sessioni riguarderanno b) la cura del paziente critico cioè con elevata gravità e con rischio di evoluzione sfavorevole a brevissimo termine, c) la cura di tutti gli altri pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco

e possibile presenza di numerose comorbidità (non critico). Insieme ai Colleghi internisti si è cercato poi di identificare quei pazienti che potrebbero essere a comorbidità prevalente e quindi più idonei ad un ricovero nei reparti di medicina.

Percorsi cardiologici specialistici avviati in PS/DEA

Sono descritti i quadri clinici più severi cercando di inquadrare, già dalle prime fasi, i meccanismi fisiopatologici sottostanti lo SC acuto (es. STEMI, emergenza ipertensiva, aritmie, valvulopatie acute...), al fine di avviare precocemente i trattamenti specifici mirati all'eziologia. In questo percorso è stato esplicitato il ruolo del cardiologo in supporto al medico d'urgenza e al rianimatore, nel guidare il percorso diagnostico e gli interventi terapeutici.

Stratificazione del rischio

Una parte importante del documento riguarderà il discusso capitolo della stratificazione prognostica all'interno dei reparti di PS/DEA. Potere identificare i pazienti a medio-alto rischio per garantire loro il ricovero più appropriato, e i pazienti a basso rischio per una sicura dimissione, rappresenta infatti ancora oggi una grande sfida per la comunità scientifica. Nel documento sono proposti alcuni schemi per stratificare i pazienti ricoverati che includono anche gli score di rischio più testati all'interno dei reparti di emergenza-urgenza.

Il ruolo del fast-track cardiologico e dell'OBI

Tra gli interventi che possono migliorare la gestione degli accessi al PS, sono stati esplorati i cosiddetti "percorsi preferenziali" (fast-track) per pazienti già noti, che

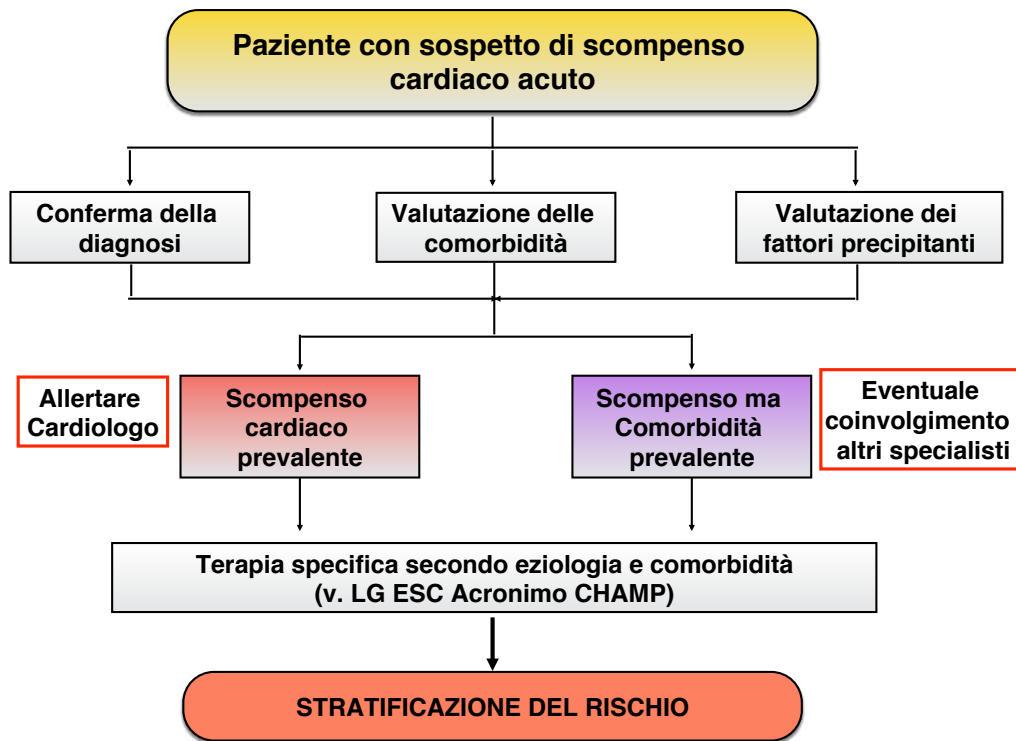


Figura 3

orientino verso il ricovero o verso la dimissione precoce; in tali percorsi appare fondamentale il contributo del cardiologo per adeguare la terapia e avviare il paziente a rivalutazione a breve termine presso l’Ambulatorio Scompenso. Un ruolo importante sarà esercitato dai reparti di Osservazione Breve Intensiva (OBI) per permettere un maggiore approfondimento da parte degli operatori del quadro clinico del paziente e stabilendo la corretta terapia prima della dimissione.

Dopo la dimissione dal PS/DEA

Una ultima sezione del documento sarà dedicata alla fase post-dimissione dai reparti di PS/DEA verso la Medicina Generale (MG) e quindi il territorio, ma anche verso la rete degli ambulatori scompenso cardiaco. La dimissione dopo un ricovero per SC acuto rappresenta

non solo la conclusione di un episodio particolarmente critico della storia naturale del paziente scompensato, ma soprattutto l’inizio di una fase altrettanto delicata, definita di “transizione”, tra l’Ospedale ed il Territorio. La cura del paziente dopo la fase di dimissione dovrà essere rivolta soprattutto alla prevenzione delle re-ospedalizzazioni, frequenti particolarmente nei primi 30 giorni dalla dimissione, al contenimento della mortalità a breve-medio-lungo termine e al miglioramento della qualità della vita. Per facilitare la consultabilità del documento sono stati previsti numerosi grafici e schemi riassuntivi, con l’obiettivo di rendere il documento dettagliato ma di grande fruibilità, nello scenario clinico-assistenziale che ruota intorno al sistema dell’emergenza-urgenza.

Conclusione

Questo documento di consenso, fortemente voluto dall’ Area Scompenso Cardiaco con il sostegno e la collaborazione del direttivo ANMCO e di molti colleghi esperti dell’ANMCO stesso e delle più qualificate Società Scientifiche, propone un percorso strutturato, condiviso ed applicabile, che dalla fase pre-ospedaliera ritorna, dopo la dimissione, al territorio. Nel tempo, si potrà valutare l’impatto che i percorsi di cura suggeriti nel documento avranno su numero di accessi in PS, tasso di ospedalizzazioni ed esiti. Ciò anche facendo riferimento al valore che il nuovo sistema legislativo assegna alle linee guida prodotte dalle società scientifiche di settore, in tema di contenzioso medico-legale. ♥



REFERENTI TASK FORCE

CARDIOGERIATRIA



GIOVANNI GREGORIO
Vallo della Lucania - Salerno

CARDIOLOGIA DELLO SPORT



PIETRO DELISE
Mestre - Venezia

CARDIOLOGIA PEDIATRICA



SILVIA FAVILLI
Firenze

CARDIONCOLOGIA



IRIS PARRINI
Torino

CARDIONEUROLOGIA



MONICA CARLETTI
Verona

RETE OSPEDALE - TERRITORIO



ALESSANDRO NAVAZIO
Guastalla - Reggio Emilia



La difficile sfida per Cardiologi e Sistemi Sanitari: pazienti sempre più anziani in corsia

La transizione demografica verificatasi tra il II e III millennio, caratterizzata da aumento della vita media da

società moderne, ponendo rilevanti problemi ai Sistemi Sanitari. La popolazione anziana è destinata a crescere ancora nel prossimo futuro

paritario, 1 a 1, nel 2038 (Figura 2). Al fine di verificare la importanza della popolazione anziana tra i

«I governanti dovrebbero porsi il problema di questa massa di individui anziani, molti dei quali in grado di dare un contributo attivo.

Dovrebbero essere create le condizioni perché l'anziano venga tutelato e gli siano assicurate le migliori condizioni di esistenza rendendo possibile una vita in cui attività fisica, alimentazione e relazioni sociali consentano la piena integrazione dell'anziano.»

Jeremiah Stamler

un lato e dalla contrazione delle nascite dall'altro, ha determinato il progressivo invecchiamento delle

(Figura 1). Il rapporto tra nonni e nipoti che era di 2 a 5 nel 2003 sarà di 2 a 3 nel 2023 e diventerà

ricoverati abbiamo analizzato il tasso di ospedalizzazione relativi ai pazienti dimessi nel corso del 2016.

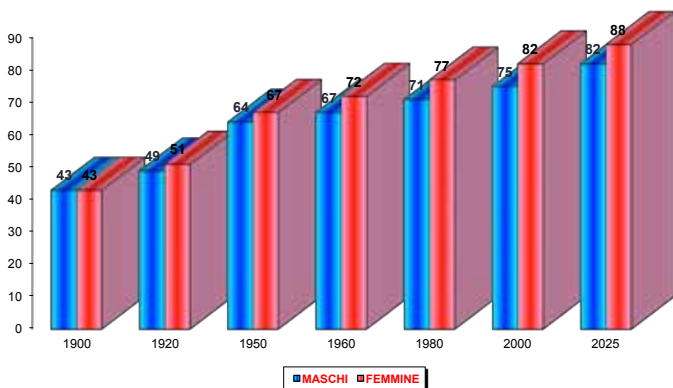


Figura 1 - Italia: vita media alla nascita



Figura 2 - Rapporto tra nonni e nipoti in Italia

Ricoveri ordinari per acuti

Il tasso standardizzato per età e genere per acuti, in regime di ricovero ordinario, complessivo per 1.000 abitanti è stato pari a 101,52 (a 98,96 nei maschi e 104,39 nelle femmine) (Figura 3). Se si analizza l'andamento per fasce di età, si

per Scopenso Cardiaco, indicatore dell'accessibilità e del funzionamento dei servizi territoriali, sono significativamente più alti negli anziani e mostrano significative variazioni interregionali (Figura 5).

«In una società in via di invecchiamento come la nostra, il continuo miglioramento delle terapie mediche e chirurgiche avrà come risultato un aumento dei costi economici e sociali. Il nostro trionfo terapeutico può diventare la nostra disfatta economica.»

David T. Kelly

osserva come le ospedalizzazione subiscono un rilevante aumento a partire dai 65 anni in poi raggiungendo il massimo dopo il 75° anno di età. Riguardo al genere si osserva che fino a 14 anni il tasso di ospedalizzazione è più alto nei maschi, dai 15 ai 44 anni è più alto nelle femmine, dai 45 anni in poi le ospedalizzazioni sono più numerose nei maschi. Il peso che le malattie cardiovascolari assumono negli anziani è rappresentato, in maniera esemplificativa, dal fatto che gli interventi per angioplastica coronarica rappresentano la procedura con più alto tasso di ospedalizzazione negli ultrasessantacinquenni (Figura 4). I tassi di ospedalizzazione

Ricoveri ordinari per riabilitazione

Il tasso standardizzato per età e genere per ricovero ordinario in riabilitazione complessivo per 1.000 abitanti è stato pari a 5,23 (a 4,93 nei maschi e 5,52 nelle femmine) (Figura 6). Se si analizza l'andamento per fasce di età, si osserva come le ospedalizzazioni subiscono un rilevante aumento a partire dai 65 anni in poi raggiungendo il massimo dopo il 75° anno di età. Riguardo al genere si osserva che fino a 64 anni il tasso di ospedalizzazione è più alto nei maschi, dai 65 anni in poi le ospedalizzazioni sono più numerose tra le femmine.

Ricoveri ordinari per lungodegenza

Il tasso standardizzato per età e genere per ricovero ordinario in lungodegenza complessivo per 1.000 abitanti è stato pari a 1,72 (a 1,48 nei maschi e 1,93 nelle femmine) (Figura 7). Se si osserva l'andamento per fasce di età si osserva come le ospedalizzazioni subiscono un rilevante aumento a partire dai 65 anni in poi raggiungendo il massimo dopo il 75° anno di età. Riguardo al genere si osserva che fino a 74 anni il tasso di ospedalizzazione è più alto nei maschi, dai 75 anni in poi le ospedalizzazioni sono più numerose tra le femmine.

Ricoveri in regime di Day Hospital

Il tasso standardizzato per età e genere per ospedalizzazione in Day Hospital per 1.000 abitanti è stato pari a 31,83 per acuti, a 0,52 per riabilitazione e a 1,71 per attività di lungodegenza. Per tutte le tipologie di attività si osserva un andamento crescente con l'età.

Conclusioni

I Cardiologi dovranno sempre più confrontarsi con pazienti anziani, fragili e complessi. Un Cardiologo attento come Pier Luigi Prati, sin dal secolo scorso, sottolineava come "Forse noi Cardiologi non prestiamo sufficiente attenzione al fatto che, entro la fine degli anni '90, il cardiopatico che vedremo

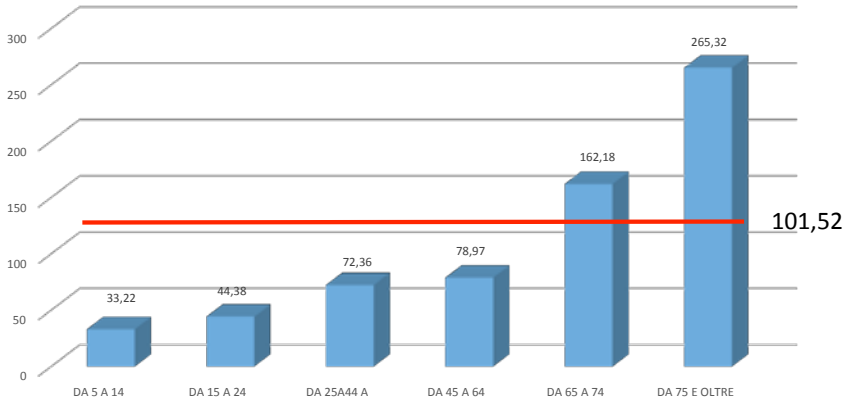


Figura 3 - Ricoveri Ordinari per Acuti Anno 2016. Tasso di Ospedalizzazione x 1.000 Ab. standardizzato per età e genere. La linea rossa rappresenta il Tasso Complessivo di ospedalizzazione (101,52 x 1000 AB.)

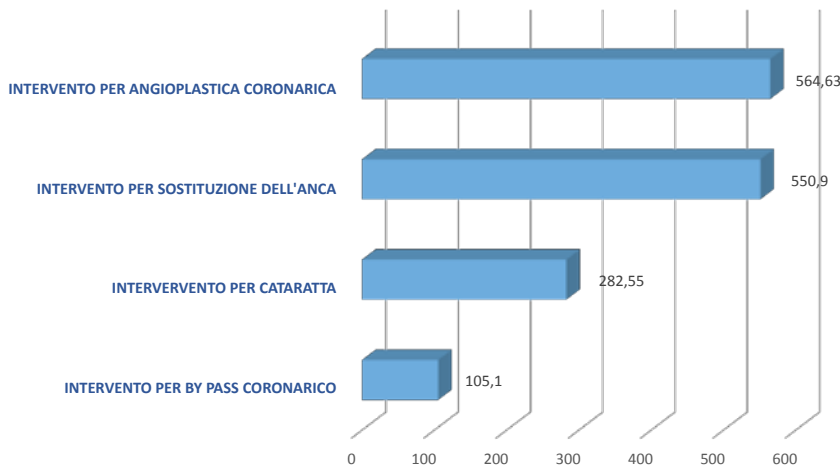


Figura 4 - Tassi di ospedalizzazione nella popolazione anziana (età >= 65 anni) per particolari interventi e/o procedure (per 100.000 ab.). Attività per Acuti in Istituti pubblici e privati accreditati Anno 2016. Negli anziani l'intervento per angioplastica coronarica ha il più alto tasso di ospedalizzazione.

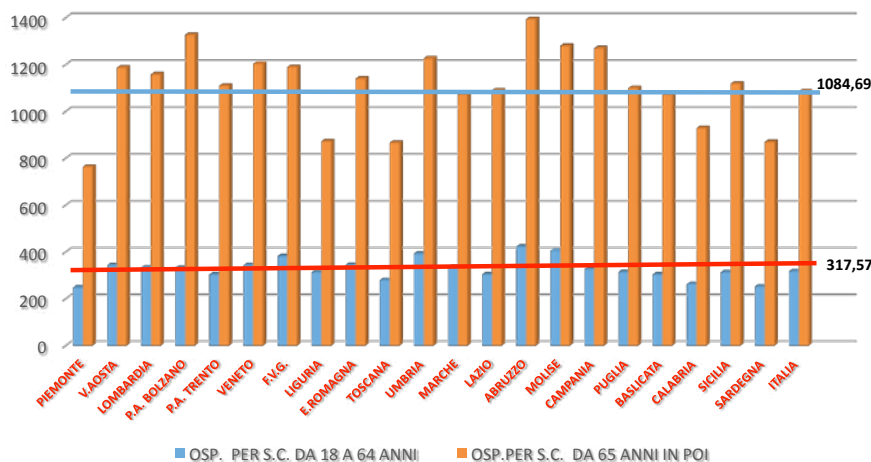


Figura 5 - Tasso di Ospedalizzazione per 100.000 ab., per Scompenso Cardiaco in soggetti con età da 18 a 64 anni e negli ultra sessantacinquenni. Regime ordinario per acuti. Anno 2016. Le linee azzurra e rossa indicano il valore medio dei tassi di ospedalizzazione.

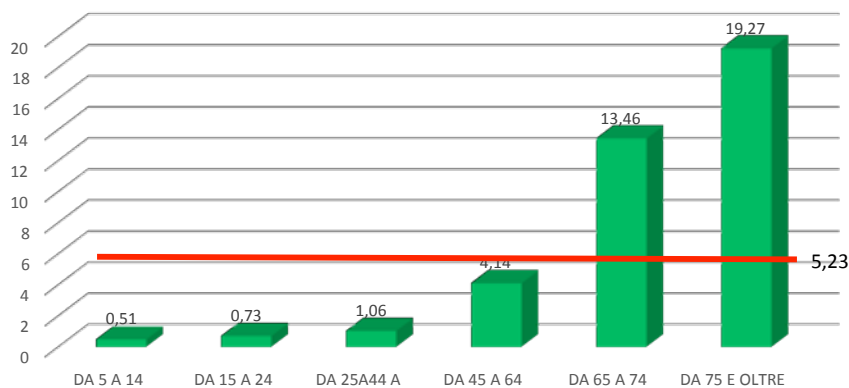


Figura 6 - Ricoveri Ordinari per Riabilitazione Anno 2016. Tasso di Ospedalizzazione x 1000 Ab. standardizzato per età e genere. La linea rossa rappresenta il Tasso Complessivo di ospedalizzazione (5,23 x 1000 ab.)

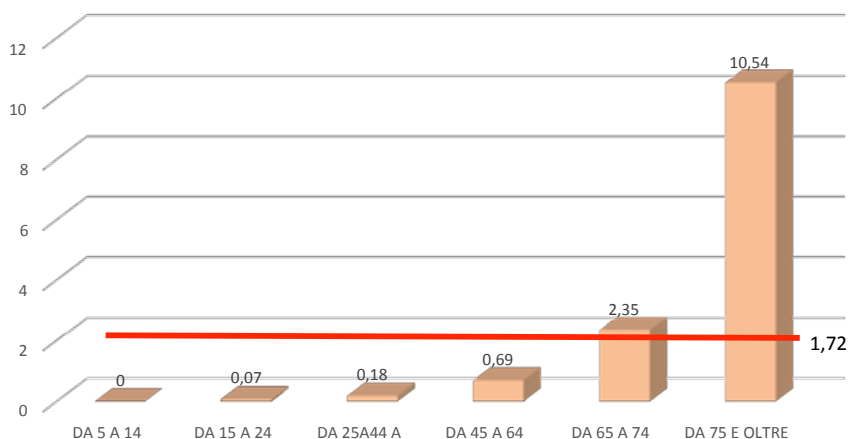


Figura 7 - Ricoveri Ordinari per Lungodegenza Anno 2016. Tasso di Ospedalizzazione, x 1000 Ab. standardizzato per età e genere. La linea rossa rappresenta il Tasso Complessivo di ospedalizzazione (1,72 x 1000 ab.)

più spesso sarà un soggetto con 80 o più anni. Si tratta di un aumento esplosivo della vecchiaia, senza precedenti nella storia”. Del resto, nonostante sia un dato assodato che l’incidenza e la prevalenza della maggior parte dei disturbi cardiovascolari aumenti con l’età, e le malattie cardiovascolari siano la principali cause di morte e disabilità gravi negli adulti di età ≥ 75 anni; tuttavia, i pazienti di età ≥ 75 anni sono stati marcatamente sottorappresentati nei più importanti studi cardiovascolari e

praticamente tutti gli studi hanno escluso i pazienti più anziani con comorbidità complesse, significativi disabilità fisiche o cognitive, fragilità o residenza in una casa di cura o in una struttura di residenza assistita. Il risultato è che le Linee Guida non sono in grado di fornire raccomandazioni basate sull’evidenza per la diagnosi e il trattamento di pazienti più anziani tipici di quelli incontrati nella pratica clinica di routine. Occorre dunque ripensare alle modalità di gestione della malattia

cardiovascolare nell’anziano: ciò comporta un radicale ridisegno delle articolazioni assistenziali, centrate sui bisogni e sulle peculiarità che la malattia cardiovascolare riveste nell’anziano. Ed è questa la sfida che i Sistemi Sanitari delle moderne società industrializzate sono chiamati a raccogliere nel prossimo futuro sia in termini di cultura sia in termini di organizzazione dell’assistenza e sia in termini di sostenibilità. ♥



Una riflessione ed un bilancio sugli ultimi due anni di attività della Task Force

Dove siamo arrivati con la Cardioncologia?

**Un mandato impegnativo ma ricco di attività,
una buona base per chi raccoglierà il testimone**

Sono passati due anni da quando mi è stato assegnato dall'ANMCO l'incarico di Referente della Task Force Cardioncologia. Un cammino difficile e importante a cui mi sono dedicata con impegno e passione e che mi ha permesso una crescita culturale ed umana. Giorno dopo giorno ho cercato di proseguire l'opera di rinnovamento iniziata nel biennio precedente. Il primo passo è stata la realizzazione di una Survey con lo scopo di identificare i centri che a vario titolo di occupano di Cardioncologia. L'indagine ha avuto un'ampia partecipazione e ha restituito una mappa della realtà sul territorio nazionale; ora sarà necessario un grande impegno per implementare ulteriori centri e organizzare una rete. Un'altra iniziativa di cui sono particolarmente fiera è la realizzazione di una serie di Booklet, disponibili sul sito ANMCO, che trattano in modo chiaro e schematico le principali tematiche correlate

alla cardiotossicità. Nel contesto della ricerca scientifica sono stati pubblicati un articolo sull'organizzazione degli ambulatori di Cardioncologia (International Journal of Medicine) e l'editoriale "Quali prospettive nel trattamento del tromboembolismo venoso dopo i risultati dello studio Hokusai-VTE Cance?" (Giornale Italiano di Cardiologia). In collaborazione con l'Area Prevenzione Cardiovascolare è stata accettata una rassegna su "Stili di vita e neoplasie" (in corso di pubblicazione sul Giornale Italiano di Cardiologia); in collaborazione con l'Area Giovani è in fase di conclusione, una revisione sui danni da radioterapia e device ed è stata attivata una indagine conoscitiva sui tumori nei giovani e le loro cardiotossicità. Con l'Area Giovani e l'Area Prevenzione Cardiovascolare è in corso di realizzazione una rassegna sui fattori di rischio nelle donne. Con l'AIOM è iniziata una collaborazione intersocietaria che ha portato alla realizzazione del libro "Cardioncologia 2018"; infine,

in collaborazione con l'ARCA, un Booklet, che sarà on line sul Sito a dicembre, sulla gestione dei pazienti sopravvissuti al tumore. Ora eccomi pronta a passare il testimone, con l'auspicio che chi occuperà questo ruolo nel prossimo biennio prosegua con la stessa tenacia e piacere nel portare avanti il lavoro fatto e sempre nuove idee. Devo sinceramente ringraziare tutti i colleghi che mi hanno sostenuto con il loro contributo, l'elenco è lungo e sono tutti presenti fra gli autori dei Booklet. Un sentito grazie a tutta l'ANMCO e a ciò che rappresenta, dal Presidente Nazionale, al Consiglio Direttivo, al Presidente della Fondazione per il Tuo cuore, ai Chairperson delle Aree e ai Referenti delle Task Force. Estendo il ringraziamento alla segreteria, sempre puntuale, che con pazienza ha dato un prezioso supporto.

"Il cammino presuppone che ad ogni passo il mondo cambi e pure che qualcosa cambi in noi"

Italo Calvino ♥



IMA e stroke: così uguali, così diversi

I modelli di assistenza per l'IMA e per lo stroke: analogie e differenze

Come si è sviluppato, in poco più di un secolo, l'approccio clinico, strumentale e organizzativo a due patologie acute così rilevanti, sia dal punto di vista epidemiologico che di impatto sulla salute, quali l'IMA e lo stroke

I modelli di assistenza all'IMA e allo stroke (in questo contesto, quello ischemico) si sono sviluppati da punti di partenza comuni, sia clinici (la repentinità dell'evento) che fisiopatologici (arterie terminali, riduzione critica del flusso ematico, meccanismi eziopatogenetici comuni). Sia per l'IMA che per lo stroke l'ischemia non è un evento tutto/nulla, poiché in entrambe le situazioni il passaggio dalla lesione alla necrosi tissutale avviene "nel tempo", in relazione al salvataggio o meno del territorio in penombra ischemica. La conseguenza di tale situazione fisiopatologica è che la ricanalizzazione del vaso interessato non è sinonimo (e talvolta nemmeno conditio sine qua) di riperfusione tissutale. Infatti, in una discreta percentuale di casi, dopo avvenuta ricanalizzazione si assiste al "no reflow phenomenon", che può condizionare l'outcome clinico; esso presenta un'eziopatogenesi multifattoriale,

dove l'embolizzazione distale di materiale aterotrombotico e il danno da ischemia sono gli elementi preponderanti. Proprio in relazione a questo secondo elemento, prima i Cardiologi (con Eugene Braunwald nel 1973) con il suo "Time is muscle" e poi i Neurologi (con Camilo Gomez nel 1993) con il suo "Time is brain", hanno posto l'accento sulla assoluta necessità di agire con estrema urgenza nel tentativo di riaprire un vaso ostruito e di riperfundere un tessuto in ischemia. A questo punto sorge spontanea la domanda: ma perché vi sono ben 20 anni di differenza tra l'enunciazione di questi due paradigmi? Molti sono i fattori che possono spiegare (giustificare?) questo ritardo dei Neurologi rispetto ai Cardiologi: 1) la presenza del dolore nell'IMA e la sua sostanziale assenza nello stroke (per la mancanza di nocicettori nel tessuto cerebrale) ha condizionato la percezione, sia da parte del paziente che da

parte dei servizi di emergenza, di una maggiore urgenza dell'evento cardiaco rispetto a quello cerebrale; 2) la diagnosi strumentale dell'evento ischemico, agevole nell'IMA grazie all'ECG (il cui prototipo da parte di Willem Einthoven è del 1901 e la cui diffusione nella diagnostica medica è opera di Daniele Sibilia nel 1948); complicata invece nello stroke e resa possibile solo con l'introduzione della metodica stratigrafica della TC (emiscanner del 1971, dove tuttavia le immagini non erano in grado di discriminare un evento ischemico da un altro danno cerebrale a parte il sanguinamento); 3) il luogo di esecuzione di tale diagnostica, anche al letto del malato per l'ECG e solo in Ospedale per la TC (anche se dal 2014 vi sono sia in USA che in Europa esperienze di utilizzo di ambulanze attrezzate con apparecchiatura TC); 4) l'uso di biomarker specifici di danno ischemico d'organo,

FOREWORD

THE first issue of Circulation, the official journal of the American Heart Association, was published in 1950. It was the first of a new journal, the first of a new era...

of the heart, it is essential that the membership of the Board will be representative of all groups interested in the circulation, both clinical and basic...

possibile ed entrato nell'uso routinario nell'IMA già dalla fine degli anni '80 con il dosaggio della troponina plasmatica; invece ancora oggi solo a livello sperimentale nello stroke (S100B e BNP). Riprendendo il nostro percorso, una volta fatta la diagnosi corretta di ischemia cardiaca o cerebrale, sia per il cuore che per il cervello si è tentata con successo una

terapia farmacologica per via sistemica con sostanze fibrinolitiche (streptochinasi e r-tPA); pietre miliari per l'IMA sono gli RCT GISSI, ISIS e GUSTO della fine degli anni '80 e dell'inizio degli anni '90; per lo stroke gli RCT NINDS ed ECASS della seconda metà degli anni '90 e soprattutto in Europa il progetto SITS-MOST terminato nel 2006. L'utilizzazione della terapia fibrinolitica nei due contesti clinici presentava analogie di fondo ma anche importanti differenze pratiche, che riguardavano l'intervallo temporale della procedura dall'insorgenza dei sintomi (nel cuore > rispetto al cervello), il limite superiore di età (senza limiti nel cuore, <80 anni nel cervello), la modalità di somministrazione dell'r-tPA ("accelerata" nel cuore rispetto al cervello), la terapia antitrombotica associata in fase acuta (raccomandata nel cuore e proibita nel cervello), i criteri di esclusione alla procedura (limitati nel cuore

e numerosissimi nel cervello). Di nuovo a questo punto sorge la domanda: ma perché questa differenza di 10-20 anni tra le due procedure? Forse si tratta degli stessi 20 anni che sono trascorsi tra la nascita di Circulation, presentata da H. M. Marvin il 1 gennaio 1950 e quella di Stroke del 1 gennaio 1970, generato da una costola della prima rivista e dove l'editoriale di Clark Millikan precisava che nella gestione corretta della patologia cerebrovascolare sono coinvolte ben 48 figure professionali! Ma questo tempo così lungo impiegato per l'identificazione e la distinzione di un distretto circolatorio peculiare quale quello cerebrale, si deve almeno a due peculiari condizioni di partenza: 1) la prima riguarda la diversa consistenza tissutale dei due organi, dove il cuore è molto più resistente del fragile cervello e dove il rischio di sanguinamento (spontaneo o provocato) è insignificante nel cuore e rilevante nel cervello; 2) la seconda riguarda probabilmente la diversa consistenza caratteriale dei due specialisti coinvolti: più pragmatica e risoluta quella del Cardiologo, più speculativa e dubbiosa quella del Neurologo; non a caso, nel corso del tempo, si è definita la figura del Cardiologo interventista (emodinamista) a partire dalla Cardiologia, mentre il l'interventista del cervello viene dalla Radiologia (neuroradiologo interventista). Il passaggio conclusivo è stato quello di dimostrare con tecniche di imaging l'occlusione/stenosi vasale; e questa volta è un neurologo (Egas Moniz, nel 1927) che inaugura

A New Journal

EDITORIAL
BY CLARK H. MILLIKAN, M.D.

Hundreds of professional journals crowd the shelves of medical libraries, libraries and bookstores, but few journals are as distinguished as this one...

- 1. Hypertension—stroke prevention
2. Hypertension—stroke prevention
3. Hypertension—stroke prevention
4. Hypertension—stroke prevention
5. Hypertension—stroke prevention
6. Hypertension—stroke prevention
7. Hypertension—stroke prevention
8. Hypertension—stroke prevention
9. Hypertension—stroke prevention
10. Hypertension—stroke prevention
11. Hypertension—stroke prevention
12. Hypertension—stroke prevention
13. Hypertension—stroke prevention
14. Hypertension—stroke prevention
15. Hypertension—stroke prevention
16. Hypertension—stroke prevention
17. Hypertension—stroke prevention

- 18. Hypertension—stroke prevention
19. Hypertension—stroke prevention
20. Hypertension—stroke prevention
21. Hypertension—stroke prevention
22. Hypertension—stroke prevention
23. Hypertension—stroke prevention
24. Hypertension—stroke prevention
25. Hypertension—stroke prevention
26. Hypertension—stroke prevention
27. Hypertension—stroke prevention
28. Hypertension—stroke prevention
29. Hypertension—stroke prevention
30. Hypertension—stroke prevention
31. Hypertension—stroke prevention
32. Hypertension—stroke prevention
33. Hypertension—stroke prevention
34. Hypertension—stroke prevention
35. Hypertension—stroke prevention
36. Hypertension—stroke prevention
37. Hypertension—stroke prevention
38. Hypertension—stroke prevention
39. Hypertension—stroke prevention
40. Hypertension—stroke prevention
41. Hypertension—stroke prevention
42. Hypertension—stroke prevention
43. Hypertension—stroke prevention
44. Hypertension—stroke prevention
45. Hypertension—stroke prevention
46. Hypertension—stroke prevention
47. Hypertension—stroke prevention
48. Hypertension—stroke prevention

Although most, whether primarily clinical, basic or investigative, need focus on narrow, well-defined portions of the subject...

Time is muscle!

Eugene Braunwald

1973



Time is brain!

Camilo Gomez

1993



l'angiografia cerebrale, che verrà estesa al cuore come coronarografia “soltanto” nel 1958 da Mason Sones. I Cardiologi recuperavano il tempo perduto effettuando le prime angioplastiche coronariche negli anni '70 e applicando i primi stent negli anni '80, procedure che divenivano rapidamente di uso routinario; invece le esperienze nel cervello, fallimentari nel primo decennio degli anni 2000, si sono dimostrate efficaci negli RCT pubblicati nel 2015, dove la trombectomia meccanica in bridging con la trombolisi sistemica era superiore per efficacia alla sola trombolisi sistemica. Attualmente è consolidata l'assistenza in Rete basata su Centri Hub e Centri Spoke, sia per il cuore che per il cervello; con percorsi ben strutturati per i pazienti con STEMI, ancora in costruzione per i pazienti con stroke, dove è ancora aperto il dibattito sulla opportunità o meno di centralizzare direttamente il paziente. Oggi comunque il punto d'incontro, per Cardiologo e Neurologo, è la modalità di ricovero e di monitoraggio del paziente: in una Unità di terapia semintensiva, Unità Coronarica per il cuore e Stroke Unit per il cervello, con personale dedicato e dove i due specialisti hanno non solo il diritto ma il dovere di collaborare strettamente per la migliore gestione del paziente.





ANMCO

Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri MODULO PER LA DOMANDA DI FELLOWSHIP ANMCO

• da presentare entro il 28 febbraio 2019 •

Il presente modulo può essere inviato per posta (Via A. La Marmora, 36 - 50121 Firenze), per fax (055 5101350) o per e - mail (fellowship@anmco.it)

DATI ANAGRAFICI

NOME E COGNOME SESSO F M

DATA E LUOGO DI NASCITA

INDIRIZZO

CITTÀ/PROVINCIA/CAP

TEL. / CELL. / FAX

E-MAIL

DATI PROFESSIONALI

DENOMINAZIONE OSPEDALE

DENOMINAZIONE STRUTTURA

INDIRIZZO

CITTÀ / PROVINCIA / CAP

TELEFONO / CELLULARE / FAX

E-MAIL

ANNO DI LAUREA ANNO DI ISCRIZIONE ALL'ANMCO

STATUS DI FELLOW DI ALTRE SOCIETÀ MEDICHE

LINGUE CONOSCIUTE

Livello di Conoscenza: Eccellente Buono Mediocre

DOCUMENTAZIONE (BARRARE I DOCUMENTI PRESENTATI)

- Lettera di presentazione del Presidente Regionale, di un Chairperson o di un Co-Chairperson Aree ANMCO e di 1 Fellow;
- Lista sintetica dei soli titoli delle pubblicazioni scientifiche utili alla valutazione, così ordinate: articoli pubblicati su riviste internazionali censite dall'Index Medicus, articoli pubblicati su altre riviste nazionali censite dall'Index Medicus, articoli pubblicati su altre riviste, abstract a congressi internazionali, abstract a congressi nazionali, capitoli di libri;
- Attestati comprovanti l'attività nei campi di interesse e ritenuti qualificanti dal candidato;
- Breve curriculum vitae (formato europeo);
- Foto in formato elettronico.

CAMPI DI INTERESSE IN CUI IL CANDIDATO SI RITIENE ESPERTO

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Aritmologia ed elettrostimolazione (AES) | <input type="checkbox"/> Emodinamica e Cardiologia Interventistica (EMC) |
| <input type="checkbox"/> Aterosclerosi, emostasi e trombosi (AET) | <input type="checkbox"/> Epidemiologia e prevenzione (EPR) |
| <input type="checkbox"/> Biologia cellulare del cuore (BCC) | <input type="checkbox"/> Farmacologia in Cardiologia (FCA) |
| <input type="checkbox"/> Cardiocirurgia (CCH) | <input type="checkbox"/> Informatica (INF) |
| <input type="checkbox"/> Cardiologia Clinica (CCL) | <input type="checkbox"/> Insufficienza cardiaca (INC) |
| <input type="checkbox"/> Cardiologia Nucleare e Risonanza Magnetica in Cardiologia (CNR) | <input type="checkbox"/> Ipertensione arteriosa sistemica (IPR) |
| <input type="checkbox"/> Cardiologia Pediatrica (CPO) | <input type="checkbox"/> Malattie del miocardio e del pericardio (MMP) |
| <input type="checkbox"/> Cardiopatie valvolari (CAV) | <input type="checkbox"/> Sindromi Coronariche Acute (SCA) |
| <input type="checkbox"/> Circolazione polmonare e funzione ventricolare destra (CPF) | <input type="checkbox"/> Terapia Intensiva Cardiologica (TIC) |
| <input type="checkbox"/> Ecocardiografia (ECO) | <input type="checkbox"/> Valutazione funzionale e riabilitazione del cardiopatico (VFR) |

INFORMATIVA E CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

D.Lgs. n. 196/2003 come modificato dal D.Lgs. n. 101 del 2018 ("Codice privacy") e Regolamento UE n. 679/2016 ("Regolamento privacy")

ANMCO Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (di seguito, il "Titolare" o "ANMCO"), con sede in Firenze, Via La Marmora n. 36, telefono 055-51011, fax 055-5101350 ed email: fellowship@anmco.it, in qualità di Titolare del trattamento, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del Regolamento UE n. 679/2016 (di seguito, il "Regolamento privacy") e successive modificazioni ed integrazioni, raccoglie e successivamente tratta dati personali dei Soci richiedenti la c.d. "Fellowship" (di seguito, l'"Interessato").

L'elenco aggiornato dei Responsabili del trattamento, ove designati, può essere fornito su richiesta da parte dell'Interessato.

I dati identificativi del Responsabile della Protezione dei Dati (ai sensi dell'art. 37 del Regolamento privacy) sono reperibili sul Sito al seguente link: www.anmco.it/pages/entra-in-anmco/chissiamo/contatti.

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. previa verifica dei requisiti necessari richiesti, l'iscrizione nella Fellowship e la fruizione di tutti i benefici da ciò derivanti;
2. l'adempimento di specifici obblighi previsti dalla legge, da un regolamento o dalla normativa comunitaria;
3. l'invio, ove prevista, della documentazione dell'Associazione specificamente dedicata all'aggiornamento del Socio Fellow.

Il trattamento dei dati personali avviene, sotto l'autorità del Titolare del trattamento, da parte di soggetti specificamente designati, autorizzati ed istruiti al trattamento ai sensi degli artt. 28 e 29 del Regolamento privacy e dell'art. 2-quaterdecies del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 come modificato dal D.Lgs. n. 101 del 2018 (di seguito, il "Codice 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.

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

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 l'iscrizione, previa verifica dei requisiti necessari richiesti, nella Fellowship, nonché l'aggiornamento su tutte le eventuali future iniziative ad esso specificamente dedicate; pertanto, la base giuridica del relativo trattamento è l'iscrizione nella Fellowship di ANMCO, ai sensi dell'art. 6, comma 1, lett. b) 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'iscrizione nella Fellowship

- (i) all'Amministrazione finanziaria e/o ad altre 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'iscrizione nella Fellowship;

(iii) ai consulenti esterni, se non designati per iscritto Responsabili del trattamento;

(iv) 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 Regolamento privacy, in piena autonomia, essendo estranei all'originario trattamento eseguito da ANMCO.

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.

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 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 agli artt. 15 e segg. del Regolamento privacy, nelle modalità stabilite dall'art. 12 del Regolamento privacy e nei limiti stabiliti dall'art. 2-undecies del Codice 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 degli Interessati saranno conservati per la durata del dell'iscrizione dei medesimi nella Fellowship di ANMCO. Nonostante quanto precede, ANMCO potrà conservare taluni dati personali degli Interessati anche dopo la cessazione del trattamento e ciò esclusivamente per difendere o far valere un proprio diritto ovvero nei casi previsti dalla legge o per effetto dell'ordine di un'autorità giudiziale o amministrativa.

FELLOWSHIP ANMCO

• Termine di presentazione della domanda 28 febbraio 2019 •

REGOLAMENTO FELLOWSHIP ANMCO

Requisiti minimi necessari

1. Essere Soci ANMCO in regola con le quote associative;
2. Avere dimostrato costante impegno nel campo scientifico-didattico-editoriale:

- partecipando come autore di almeno 5 pubblicazioni scientifiche, su riviste censite dall'Index Medicus negli ultimi 5 anni,

oppure

- partecipando come primo autore ad almeno 5 abstract negli ultimi 5 anni (comunicazioni o poster in convegni o riunioni scientifiche a livello nazionale o internazionale), purché in associazione **ad almeno una delle seguenti 3 condizioni:**

1. primo autore o co-autore di almeno 3 pubblicazioni per esteso (riviste scientifiche indicizzate in Index Medicus, capitoli di libri, etc.);

oppure

2. almeno 5 pubblicazioni negli ultimi 10 anni, su riviste censite in Index Medicus, derivate da studi multicentrici ANMCO o non ANMCO in qualità di partecipante allo studio, con partecipazione documentata in appendice al lavoro oppure in apposita certificazione;

oppure

3. documentando l'attività continua di Revisore per almeno una rivista recensita su Index Medicus negli ultimi 3 anni.

Domanda di ammissione alla Fellowship

La domanda di accesso alla Fellowship in campo scientifico-didattico-editoriale dovrà essere inviata per email (fellowship@anmco.it) oppure tramite submission online corredata dai seguenti documenti:

- modulo apposito, debitamente compilato;
- foto in formato elettronico;
- breve curriculum vitae (formato europeo);
- documentazione libera comprovante l'attività nei campi di interesse ritenuti qualificanti dal Candidato;
- lista sintetica dei soli titoli delle pubblicazioni scientifiche degli ultimi 5 anni così ordinate: articoli pubblicati su riviste internazionali censite dall'Index Medicus, articoli pubblicati su altre riviste nazionali censite dall'Index Medicus, abstract a Congressi internazionali, abstract a Congressi nazionali, capitoli di libri;
- segnalazione dei campi di particolare interesse in cui il Candidato si ritiene esperto e delle attività che è disposto a svolgere (tali campi sono dettagliati nel modulo);
- lettere di presentazione: del Presidente Regionale; di un Chairperson/Co-Chairperson Aree ANMCO; di 1 Fellow (l'elenco dei Fellow è consultabile sul sito www.anmco.it nell'Area riservata ai Soci);
- ove presente, a scelta del Candidato, documentazione comprovante la Fellowship ad altre Società Scientifiche.

Per i Soci che abbiano già conseguito la Fellowship della Società Europea di Cardiologia, dell'American College of Cardiology o dell'American Heart Association entro i 5 anni precedenti la presentazione della richiesta di Fellowship ANMCO, considerati gli elevati criteri di selezione di queste Fellowship si concede, qualora il Candidato lo desideri e lo dichiara nella domanda, di evitare di produrre la documentazione di quanto dettagliato ai punti e), e g), presentando in alternativa la certificazione di una delle suddette Fellowship, aggiornata all'anno in corso.

Perché il Candidato sia eleggibile nell'anno solare la sua domanda, completa della documentazione richiesta, deve pervenire al Dipartimento Soci-Regioni ANMCO all'indirizzo email: fellowship@anmco.it entro l'ultimo giorno del mese di febbraio dell'anno in cui si intende essere eletti, in modo da lasciare il periodo di tempo necessario alla Commissione giudicante per procedere alle nomine prima del Congresso Nazionale.

Domande presentate dopo la scadenza e/o incomplete non verranno considerate dalla Commissione giudicante.

Mantenimento della Fellowship

I Fellow ricevono l'avviso di pagamento della quota annuale (€100.00) entro il mese di novembre la quale dovrà essere versata entro il 20 dicembre e copre il periodo dal 1° gennaio al 31 dicembre dell'anno successivo.

Qualora il Fellow non regolarizzasse i pagamenti della quota annuale di Fellowship entro le date indicate verranno sospesi i privilegi dovuti ai Fellow ANMCO in regola.

I privilegi saranno riattivati dopo il pagamento degli arretrati.

Benefici Fellowship

I Fellow sono riconosciuti come un Gruppo ristretto di esperti ANMCO a cui verrà chiesto di operare attivamente in diversi ruoli all'interno dell'Associazione.

Congresso Nazionale ANMCO

Registrazione gratuita al Congresso;

Desk Fellow dedicato nell'Area di registrazione per ritirare il kit congressuale incluso il badge dorato e/o per qualsiasi altra informazione; Accesso esclusivo alla Fellow ANMCO Lounge: collegamento internet, computer, catering, consultazione riviste e programma Congresso; Possibilità di prenotazione alberghiera 15 giorni prima degli altri iscritti.

Diploma Fellowship ANMCO

I nominativi dei neo-eletti Fellow verranno annunciati durante il Congresso Nazionale ANMCO i quali potranno ritirare il Diploma e la spilla Fellow ANMCO al Desk dedicato.

ANMCO Fellow Club – accesso online

Nominativi Fellow online con indirizzi e informazioni di contatto, data elezione Fellowship.

I Fellow potranno, ove possibile, usufruire di una riduzione della quota d'iscrizione agli eventi ANMCO.

Fellow Emerito

Lo status di Fellow Emerito sarà conferito dalla Commissione Giudicante al Fellow in quiescenza dal S.S.N e in regola sia con la quota associativa ANMCO sia con la quota Fellowship, entrambe relative all'anno in corso, dal raggiungimento del 65° anno di età in quiescenza con S.S.N.

I Soci ANMCO che hanno ricevuto la Targa d'Oro e i Past-President ANMCO, in regola con la quota associativa ANMCO e con la quota annuale Fellowship, verranno considerati Fellow Emeriti e usufruiranno dei benefici a loro dedicati.

Il Fellow Emerito è esentato dal versamento sia della quota annuale per la Fellowship sia della quota associativa ANMCO e ha diritto alla partecipazione gratuita al Congresso Nazionale ANMCO.

Commissione giudicante

La Commissione giudicante è composta da 8 Membri e si riunisce una volta l'anno, in primavera, così che la nomina dei nuovi Fellow avvenga durante il Congresso Nazionale ANMCO.

Viene convocata dal Presidente dell'ANMCO ed ha facoltà di decidere se sono presenti almeno 5 Membri; la decisione è a maggioranza assoluta (5 voti favorevoli). Qualora si giunga ad un voto di parità, prevale il voto del Presidente della Commissione.

I 4 Componenti di diritto sono:

Il Presidente dell'ANMCO in carica;

Il Direttore di nomina ANMCO di una delle riviste della Federazione Italiana di Cardiologia (Giornale Italiano di Cardiologia e Journal of Cardiovascular Medicine);

I due Vice Presidenti dell'ANMCO in carica.

I 4 Componenti di nomina sono:

Quattro Fellow indicati dal Consiglio Direttivo dell'ANMCO.

I 4 Componenti della Commissione di nomina durano in carica per il periodo di tempo di due anni e possono essere rinnovati per un solo mandato consecutivo.

La Commissione ha facoltà di recusare una domanda di ammissione alla Fellowship, motivando il rifiuto per iscritto.

La Commissione ha il compito di verificare la documentazione comprovante l'appartenenza ad altre Fellowship eventualmente prodotta dal Candidato.



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
 Umberto Berrettini - Camerino (MC)
 Giovanni Bersigotti - Pesaro
 Alessandro D'Alfonso - Ancona
 Fabio Gemelli - Camerino (MC)
 Christos Katsanos - Macerata
 Stefano Moretti - Ancona
 Josephine Staine - Jesi (AN)



Marina Angela Viccione

MOLISE

Presidente

Marina Angela Viccione - Isernia
Consiglieri
 Fiorella Caranci - Isernia
 Carlo Olivieri - Isernia
 Roberto Petescia - Isernia
 Annalisa Viele - 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)

Calabria STEP BY STEP

Intervista al Dott. Pasquale Fratto
Direttore UOC Cardiocirurgia, Grande Ospedale Metropolitano
"Bianchi-Melacrino-Morelli", Reggio Calabria

Come è nata la Cardiocirurgia di Reggio Calabria?

L'Unità Operativa è nata nel contesto di un progetto regionale che prevedeva che in Calabria, accanto alle altre due Cardiocirurgie, una universitaria e una privata accreditata, già esistenti a Catanzaro, fosse realizzato un Centro Cuore moderno ed efficiente all'interno di un ospedale pubblico come il Grande Ospedale Metropolitano di Reggio Calabria, centro Hub di II livello, completo di tutte le specialità mediche e chirurgiche oltre di un Pronto Soccorso ad altissimi flussi. Dopo un travagliato periodo durato alcuni anni, il progetto Cardiocirurgia di Reggio Calabria si è concretizzato nell'agosto del 2016 grazie all'attribuzione delle risorse umane in Cardiocirurgia ed in Cardioanestesia, con la dotazione di tutti i materiali necessari e con la messa a norma del Centro, presupposti necessari per l'inizio di una attività così complessa. Il 2 dicembre 2016 si è realizzato il primo intervento in elezione dopo soli 4 mesi dalla nascita del centro. Fondamentale inoltre è stata la collaborazione con l'Ospedale Niguarda per la formazione del personale infermieristico con il gemellaggio tra Milano e Reggio



Da sinistra: il Dott. Roberto Ceravolo, Presidente Regionale ANMCO Calabria, la Dott.ssa Fabiana Lucà, Chairperson Area Giovani ANMCO, il Dott. Mario Chiatto, Direttore Responsabile di "Cardiologia negli Ospedali"

Calabria: efficienza e concretezza, meriti della Direzione strategica e dell'Ospedale tutto.

Raccontaci qualcosa di te, perché hai scelto di lavorare in Calabria?

Mi sono laureato e specializzato in Cardiocirurgia all'Università di Milano. Successivamente ho svolto alcune esperienze di training in Chirurgia Cardiotoracica presso il Centro di Edimburgo dove ho lavorato per 3 anni come Registrar e successivamente per brevi periodi come Visiting Surgeon alla Cleveland Clinic e all'Herzzentrum di Berlino dove ho implementato le mie conoscenze nell'ambito della chirurgia dell'insufficienza cardiaca.

Prima di approdare a Reggio Calabria nel 2016 ho lavorato agli Ospedali Riuniti di Bergamo, al Maggiore di Novara e per quasi 20 anni all'Ospedale Niguarda di Milano, dove mi sono dedicato alla chirurgia del cardiopatico adulto complesso e particolarmente alla chirurgia mininvasiva e a quella dei trapianti. Dopo la vittoria del concorso pubblico come Direttore mi ha colto il dubbio personale, familiare, professionale, se accettare o meno una tale responsabilità. Difficile esprimere le aspettative e le pressioni intorno al progetto indubbiamente non comuni: doveva nascere in Calabria, a Reggio Calabria, una nuova



Il Dott. Pasquale Fratto

Cardiochirurgia. Eppure la scelta si è posta velocemente e può essere, ad oggi, riassunta in 2 parole: sfida e appartenenza. Appartenenza perché da calabrese ho sentito, da sempre, un forte richiamo verso la mia terra che è bellissima ma viene troppo spesso penalizzata dall'emigrazione sia generale sia sanitaria, spesso espressione di diffidenza e luoghi comuni. Tanti i pazienti conosciuti negli anni nei Centri del Nord Italia che con grande difficoltà in termini economici e personali lasciavano la propria regione per essere sottoposti ad interventi chirurgici o anche solo per una valutazione ed ho sempre trovato questo fenomeno molto ingiusto. Sfida perché realizzare dal nulla una struttura di qualità in un ospedale pubblico rappresenta una esperienza unica ed entusiasmante. Il 2017 si è chiuso con 235 interventi di chirurgia maggiore, ben oltre le previsioni.

Quali sono le expertise dell'unità operativa?

La Cardiochirurgia del Grande Ospedale Metropolitan di Reggio Calabria è parte integrante del "Centro Cuore" insieme alle Unità Operative di Unità Coronarica, di Emodinamica ed Elettrofisiologia ed al reparto di Cardiologia che sono ubicate tutte una accanto all'altra sullo stesso piano comprese le sale operatorie annesse, in un'ottica moderna

ed efficiente della gestione di pazienti così complessi. L'Unità Operativa di Cardiochirurgia è costituita da 10 posti letto di degenza ordinaria e 5 posti letto di terapia intensiva dedicata e completa provvista di tutti i dispositivi più sofisticati e moderni necessari ad una cardiochirurgia, ECMO e CRRT inclusi e dispone di due sale operatorie dedicate, una delle quali è Ibrida per la chirurgia trans-catetere delle valvole e dell'aorta. L'organico è composto da 7 cardiocirurghi e da 7 cardioanestesisti, e da 4 perfusionisti, tutti di comprovata esperienza e con competenze consolidate. Il Centro si occupa della diagnosi e terapia di tutte le malattie cardiovascolari dell'adulto, non solo in regime di elezione ma soprattutto urgenza/emergenza che è il vero core business aziendale. Punti di forza del Centro sono la chirurgia mininvasiva, la ricostruzione delle valvole mitralica ed aortica, le TAVI, la chirurgia di tutta l'aorta che viene affrontata sia per via tradizionale che endovascolare. In via di implementazione il programma per la chirurgia dell'insufficienza cardiaca avanzata. Il malato ad elevata complessità con più comorbidità viene sottoposto nel nostro Centro ad una valutazione completa grazie

alla disponibilità tutte le specialità nello stesso Ospedale. Cardiologi e Cardiocirurghi lavorano fianco a fianco tutti i giorni in Heart Team approcciando le malattie cardiovascolari in maniera efficace ed efficiente. Il Centro Cuore è completato, all'interno del Dipartimento Cardio-Toraco-Vascolare, dalla collaborazione assidua con la Chirurgia vascolare (Aortic Team) e la Chirurgia Toracica offrendo al paziente un pacchetto di proposte terapeutiche approfondite ed esaustive.

Quali i risvolti e le ricadute sulla crescita della città e della regione?

L'obiettivo del Centro Cuore di Reggio Calabria è quello di offrire chirurgia e cure di qualità per garantire ad ogni paziente una risposta moderna e completa, riducendo fino ad annullare il fenomeno della migrazione sanitaria dei calabresi verso le altre regioni, oltre che di dimostrare che in Calabria si possono realizzare programmi di qualità, come è già emerso su più fronti. Far sì che ai calabresi sia garantita la possibilità di curarsi a casa propria in una terra che vuole correre con le proprie gambe, è la nostra mission. E sono sicuro che verrà pienamente realizzata! ♥



“Elettricità e cuore: dal normale funzionamento al tilt”

Cardiologia in Piazza per il Festival della Ricerca Scientifica

“Trieste Next” è una vetrina dell’innovazione e della ricerca, dove i ricercatori e gli imprenditori presentano le proprie esperienze e raccontano come, grazie al trasferimento tecnologico della ricerca più avanzata, possano nascere nuove soluzioni

“Cosa sono le aritmie? Che cosa succede durante un arresto cardiaco?

Come possiamo far ripartire un cuore che si è fermato? Che cos’è un pacemaker? Che tipi di defibrillatori esistono? Cosa si fa in caso d’infarto?” Queste sono alcune delle domande a cui i 14 infermieri, il tecnico e i 13 medici (di cui 7 specializzandi) della Cardiologia di Trieste, diretta dal Prof.

Gianfranco Sinagra, hanno risposto scendendo in Piazza Unità dal 28 al 30 settembre 2018, prendendo parte alla 7^a edizione del festival della Ricerca Scientifica “Trieste Next”, promosso dall’Università e dal Sistema Scientifico di Trieste, con il tema “Elettricità e cuore: dal normale funzionamento al tilt”.



Dimostrazioni pratiche di massaggio cardiaco su manichino in Piazza Unità d’Italia a Trieste

Trieste è la Città della Scienza: 2 poli universitari, un parco scientifico e tecnologico, più di 30 istituti di ricerca e un’altissima percentuale di ricercatori (oltre 35 ogni 1.000 occupati, contro una media europea di poco meno di 6/1.000). Trieste Next è uno spazio dove trovano visibilità ricerca applicata e nuove tecnologie, un “laboratorio” d’idee concrete e soluzioni pratiche per accrescere il benessere delle comunità e la competitività delle aziende; permette a ricercatori e imprenditori di presentare le proprie esperienze e raccontano come, grazie al trasferimento tecnologico della ricerca più avanzata, possano nascere nuove soluzioni.



Il team della SC di Cardiologia di Trieste con il Direttore, Prof. Gianfranco Sinagra



Rilevazione del ritmo cardiaco tramite il sensore di battiti MyDiagnostick



Attività di rilevazione del battito cardiaco con gli scolari delle scuole elementari

“Elettricità e cuore: dal normale funzionamento al tilt”

Il team d’infermieri, tecnici, medici specializzandi e medici strutturati della SC di Cardiologia dell’Ospedale di Cattinara (ASUITs) è quotidianamente impegnato nella diagnosi e cura delle problematiche elettriche che possono colpire il cuore e nell’assistenza ospedaliera, ambulatoriale e “in remoto” dei pazienti che ne sono affetti. Nel corso della manifestazione i sanitari si sono impegnati a spiegare il normale funzionamento elettrico del cuore e la registrazione della sua attività elettrica, a esporre i dispositivi utilizzati per il trattamento dell’attività elettrica patologica e a dimostrare in pratica su manichino come si effettua la terapia elettrica delle aritmie, a rilevare il ritmo delle persone presenti e a sensibilizzare tutti i visitatori, sia adulti che bambini, al riconoscimento e al trattamento di base delle aritmie fatali (arresto cardiaco). Nella mattinata del 28 settembre le attività sono state rivolte principalmente ai ragazzi delle scuole elementari e medie a cui è stato spiegato il funzionamento del cuore. Gli scolari delle scuole elementari hanno poi potuto sperimentare la rilevazione del battito cardiaco, tramite palpazione del polso e della sua variazione con l’attività fisica (salto con la corda), mentre i più grandi hanno sperimentato il massaggio cardiaco. A tutti è stato rilasciato

Tabella 1 - Caratteristiche generali del campione

	<18 anni	19-40 anni	41-60 anni	61-75 anni	>75 anni	Totale
Maschi	14	44	90	66	28	242
Femmine	6	76	119	66	25	292
Totale	20	120	209	132	53	534

Tabella 2 - Comorbidità del campione divise per classi d'età

	<18 anni	19-40 anni	41-60 anni	61-75 anni	>75 anni
Scompenso cardiaco	0	0	2 (0.9%)	8 (6%)	4 (7.5%)
Ipert. arteriosa	0	2 (1.7%)	24 (11.5%)	35 (26.5%)	23 (43.4%)
Diabete	0	4 (3.3%)	2 (0.9%)	7 (5.3%)	1 (1.9%)
IMA	0	0	1 (0.5%)	7 (5.3%)	1 (1.9%)
Vasculopat.	0	0	4 (1.9%)	5 (3.8%)	2 (3.8%)
Ictus	0	0	3 (1.4%)	3 (2.3%)	4 (7.5%)
Totale	0	6 (5%)	36 (17.2%)	65 (49.2%)	35 (66%)

un attestato di partecipazione. Nel corso dei tre giorni le sessioni educative sul riconoscimento dell'arresto cardiaco, sulla chiamata d'emergenza e sul massaggio cardiaco sono state molteplici, suscitando l'interesse e la curiosità della popolazione. A più di 500 persone, inoltre, è stato rilevato il ritmo cardiaco facendo semplicemente impugnare un sensore di battiti (MyDiagnostick): le aritmie rilevate, in particolare la fibrillazione atriale, sono state poi confermate con l'elettrocardiogramma. Su 534 visitatori (si vedano le caratteristiche in Tabella 1 e 2), 17 sono risultati essere positivi al test: in 3 l'aritmia non è stata confermata con l'elettrocardiogramma, in altri 3 è stata rilevata una fibrillazione atriale già nota, nei restanti casi il riscontro dell'aritmia era "de novo" e 2 di questi avevano un rischio cardioembolico molto elevato.

Sensibilizzazione e educazione alla popolazione

Ciò che la manifestazione ha permesso è stato il contatto diretto con la popolazione, con la sua realtà quotidiana, i dubbi, le angosce e le perplessità di chi sa che potrebbe trovarsi di fronte a situazioni in cui il saper fare discrimina tra vita e morte. L'incontro con i cittadini ci ha fatto capire che è necessario e doveroso investire sulla cultura della gestione precoce dell'arresto cardiaco e che la popolazione è pronta, vuole imparare, ha capito che è necessario prendersi carico di questo importante ruolo attivo nel riconoscimento dei sintomi, nella chiamata precoce dei soccorsi, ma soprattutto nel prestare le prime cure a chi ne è vittima, con la possibilità di cambiare significativamente l'esito dell'evento. Adulti e bambini, ragazzi e ragazze, famiglie intere si



sono messe in gioco per imparare, rivelando in alcuni casi di essersi già trovati in circostanze in cui avrebbero voluto sapere e fare di più.

Un impegno quotidiano

L'evento è stato sicuramente per tutti un'opportunità. Manifestazioni come questa sono fondamentali, ma rappresentano solo il punto di partenza per l'impegno quotidiano che ogni sanitario ha il dovere ed il privilegio di portare avanti nell'educazione della popolazione e nella trasmissione di conoscenze fondamentali che possono davvero permettere di fare la differenza. ♥

DI FEDERICO NARDI, CARLO BUDANO, ENRICA CONTE, PIERFRANCO DELLAVESA, BARBARA MARIA TERESA MABRITTO, SERGIO MACCIÓ, ADRIANA RAVERA, FERDINANDO VARBELLA, MATTEO VERCELLINO

Navigando verso nuove rotte



Da sinistra: Furio Colivicchi, Presidente Designato ANMCO, Michele Massimo Gulizia, Presidente delle Fondazione per il Tuo cuore, Federico Nardi, Presidente Regionale ANMCO Piemonte - Valle d'Aosta, Domenico Gabrielli, Presidente ANMCO.

È vero, può sembrare strano iniziare un nuovo corso con “navigando verso nuove rotte”, soprattutto se ad affermarlo è il nuovo Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Piemonte e Valle d’Aosta, non proprio bagnate dal mare, direbbe l’attento e diligente lettore. Ma, come dice J. Saramago, “... ho sempre avuto l’idea che navigando

ci siano soltanto due veri maestri, uno è il mare, e l’altro è la barca. E il cielo, state dimenticando il cielo ...” e i fiumi e i laghi e la passione per una nuova avventura con il “cuore” che chiamiamo ANMCO. Così sull’onda dell’entusiasmo l’ANMCO Piemonte - Valle d’Aosta ha rinnovato il suo Consiglio Direttivo per il biennio 2018 - 2020. Un nuovo gruppo che sotto

la presidenza e spinta del Dott. Federico Nardi, è stato costituito con l’importante obiettivo di creare innovazione, partendo della solida tradizione costruita negli anni precedenti... prefiggersi nuove rotte partendo da delle navi già solide. Così tracciate le nuove rotte che, chi non è spinto dal vento dell’entusiasmo, chiamerebbe semplicemente “linee programmatiche”, ci siamo prefissi di:

1. riaffermare il ruolo dell’ANMCO Piemonte - Valle d’Aosta quale interlocutore privilegiato con le Istituzioni;
2. rafforzare le relazioni con le sezioni regionali delle altre Associazioni e Società Scientifiche cardiologiche;
3. organizzare i primi Stati Generali ANMCO Piemonte - Valle d’Aosta;
4. rinnovare l’interesse verso l’ANMCO regionale da parte dei Soci vecchi e di conquistare la fiducia di nuovi;
5. accrescere il grado di coinvolgimento dei giovani Cardiologi;
6. riorganizzare il settore della formazione per i corsi BLS/ACLS;
7. rinnovare la veste del Congresso Regionale ANMCO sia dal punto di vista organizzativo che scientifico e formativo.



Domenico Gabrielli, Presidente ANMCO



Federico Nardi, Presidente Regionale ANMCO Piemonte - Valle d'Aosta



Furio Colivicchi, Presidente Designato ANMCO



Michele Massimo Gulizia, Presidente della Fondazione per il Tuo cuore

Il primo porto immaginario è stata la logistica e l'organizzazione delle riunioni mensili del Consiglio Direttivo. Si è stabilito collegialmente che le future riunioni avvengano in modo "itinerante" in ogni Ospedale di ciascun consigliere regionale, al fine di garantirne il coinvolgimento attivo anche nell'organizzazione dell'incontro favorendo così la condivisione delle differenti realtà di lavoro. La proposta del Presidente Regionale ANMCO è stata accolta con entusiasmo dai membri del Consiglio che si sono fin da subito impegnati, non senza difficoltà, per garantire la piena riuscita del programma. Le prime riunioni si sono tenute presso l'Ospedale Molinette di Torino, presso l'Ospedale degli Infermi di Rivoli e presso l'Ospedale SS. Antonio, Biagio e Cesare Arrigo di Alessandria e in tutti i casi la nuova formula degli incontri è stata accolta in modo proficuo e costruttivo a conferma della disponibilità a collaborare e della forza di coesione di questo gruppo. Altro aspetto di importante innovazione è stato il coinvolgimento attivo dei "giovani Cardiologi" e dei "nuovi Soci ANMCO" durante le occasioni di incontro del Consiglio Direttivo. L'idea è stata di creare un piccolo spazio al termine di ciascuna riunione per offrire ai giovani colleghi del centro ospitante l'opportunità di discutere tematiche scientifiche di attualità e interesse. Fino ad oggi hanno partecipato con grande impegno e professionalità il Dott. G. Quadri di Rivoli, che ha presentato una



relazione di aggiornamento sul tema delle dissezioni coronariche spontanee, e le Dott.sse C. Sartori e A.C. Capettini dell'Ospedale di Alessandria, che hanno presentato un raro caso clinico di "sindrome da carcinoide" con interessamento degli apparati valvolari tricuspidalico e polmonare. Tutti i giovani Cardiologi e nuovi Soci ANMCO sono stati apprezzati per la competenza e capacità espositiva e verranno coinvolti nei prossimi programmi scientifici regionali ANMCO. Altra spinta propulsiva dettata da passione e iniziativa è stata quella di organizzare i primi "Stati Generali ANMCO Piemonte - Valle d'Aosta". Questa iniziativa proposta dal Dott. Nardi e immediatamente accolta con favore dal Consiglio Direttivo Regionale Piemonte e Valle d'Aosta, è la prima pietra miliare nell'organizzazione di tale evento regionale in Italia. L'incontro si è tenuto in data 13 ottobre 2018, presso l'Accademia Filarmonica di Casale Monferrato (AL), in continuità con il congresso "Scopenso cardiaco 4.0" che ha visto la partecipazione, discussione e collaborazione di tutti i Direttori delle Cardiologie e Cardiochirurgie

piemontesi. Anche gli Stati Generali hanno rappresentato un importante momento di interazione e condivisione tra i vertici del Consiglio Direttivo nazionale, i membri del Consiglio Direttivo Regionale, i primari delle Cardiologie di Piemonte e Valle d'Aosta e tutti i Soci ANMCO partecipanti. La giornata di lavori si è aperta con i saluti del Presidente Regionale Dott. Federico Nardi che, dopo aver ringraziato il Presidente ANMCO Domenico Gabrielli, il Presidente della Fondazione per il Tuo cuore ANMCO Michele Massimo Gulizia e tutto il Direttivo Nazionale per aver accettato l'invito agli Stati Generali regionali, ha invitato tutti i presenti ad osservare un minuto di silenzio per ricordare il "past-president" del Consiglio Direttivo Piemonte-Valle d'Aosta, Dott. Marco Sicuro, dopo la sua recente e sofferta scomparsa. Il nutrito e appassionato programma ha visto il Presidente Nazionale ANMCO, Dott. Domenico Gabrielli, illustrare il "presente" dell'ANMCO, mentre il Presidente Designato, Dott. F. Colivicchi il "futuro" dell'ANMCO. Entrambi gli interventi hanno reso manifesto il

lavoro e la passione per la nostra mamma ANMCO. Hanno fatto seguito la presentazioni del Presidente della Fondazione "per il Tuo cuore", Dott. M. Gulizia, che ha magistralmente illustrato i risultati del Censimento ANMCO delle Cardiologie a livello nazionale e la presentazione del Presidente Regionale, Dott. Federico Nardi, che ha invece reso nota l'istantanea sulle Cardiologie del Piemonte-Valle d'Aosta emersa dal suddetto Censimento, ricordando la dolorosa riduzione delle strutture complesse di Cardiologia nella nostra regione. La seconda sessione del convegno è stata interamente dedicata al tema della rete in Cardiologia, tema tanto valorizzato durante l'incontro da portare a sottotitolare questo primo evento piemontese degli Stati Generali ANMCO "getta le reti..." (Figura 2). Tutti i membri del Consiglio Direttivo hanno preso parte come relatori insieme a Primari e Soci della regione esponendo delle ipotesi di lavoro che hanno riguardato la rete per l'infarto miocardico acuto, la rete per lo scompenso cardiaco, la rete per il "multimodality imaging", la rete per la riabilitazione cardiovascolare, la rete per l'elettrostimolazione e la rete per la cardiopatia ischemica cronica. È stata definita una fotografia sul presente e sul futuro della regione che permetterà di sviluppare modelli adattabili, centrati sulle caratteristiche del paziente, inclusivi e in grado di sviluppare cooperazione e condivisione. Tutto con la finalità di offrire al paziente nuovi strumenti di assistenza, basati sull'organizzazione

multidisciplinare e commisurati ai bisogni reali. Ovviamente sono emerse diverse criticità che saranno stimolo alla crescita e al miglioramento, soprattutto se ANMCO, in collaborazione con le altre Società Scientifiche (e.g. GISE, AIAC, ARCA, ...), riuscirà ad accreditarsi presso le istituzioni regionali come riferimento e interlocutore privilegiato nei diversi percorsi decisionali. Il nuovo Consiglio Direttivo Regionale si sta impegnando attivamente nel rendere più capillare l'ANMCO regionale anche tramite l'organizzazione di eventi scientifici e formativi per il prossimo biennio. Il prossimo Congresso Regionale ANMCO Piemonte-Valle d'Aosta si terrà come da tradizione nella città di Torino nei giorni di giovedì e venerdì 4-5 aprile 2019. Sono state tuttavia introdotte importanti novità sulla formula stessa del congresso, che sarà votata all'interazione ed al confronto tra le varie figure partecipanti. Si inizierà la mattina del 4 aprile con la "marcia del cuore", evento sportivo amatoriale che vedrà coinvolti medici, infermieri e cittadini. Nel pomeriggio il congresso ospiterà, come da statuto, la "Convention delle UTIC" del Piemonte e della Valle d'Aosta. Nella seconda giornata alla presenza delle Istituzioni, il congresso proseguirà con una sessione plenaria, medici e infermieri, sullo scompenso cardiaco avanzato e una sessione pomeridiana di 4 casi clinici interattivi per piccoli gruppi di lavoro. La sessione dei casi clinici sarà organizzata e gestita attivamente dai giovani Cardiologi

ascoltati durante il "tour" nei vari centri regionali da parte dei membri del Consiglio Direttivo, con la moderazione di colleghi esperti in grado di stimolare la discussione e l'interazione costruttiva tra i partecipanti. Gli argomenti trattati nei casi clinici saranno: I) fibrillazione atriale e nuovi anticoagulanti orali; II) dislipidemie III) scompenso cardiaco; IV) cardiopatia ischemica cronica. Per l'area "cardionursing" è stata programmata, oltre alla "Convention delle UTIC" una sessione plenaria per la giornata del 5 aprile, seguita da una sessione pomeridiana, coordinata dalla Sig.ra Gina Sasso CPSE della S.C. Cardiologia di Rivoli, dedicata all'evoluzione delle competenze infermieristiche nelle strutture di Cardiologia. Sempre in tema di aggiornamento scientifico, il Consiglio Direttivo Regionale ha pianificato l'organizzazione di due eventi formativi per il 2019 che saranno dedicati al tema delle valvulopatie aortiche e mitraliche. Il "topic" è stato scelto con lo scopo di offrire un aggiornamento su un tema pratico di crescente interesse e che ben si presta ad offrire elementi di interazione multidisciplinare tra cardiologi clinici, Cardiologi interventisti, esperti di "imaging" e Cardiochirurghi. Infine il Consiglio Direttivo Regionale sta programmando di implementare il numero di istruttori BLS, attraverso corsi sia laici che sanitari. Inoltre, come non citare il grande interesse e partecipazione che ha generato nel contesto della popolazione il progetto nazionale di prevenzione cardiovascolare, "Truck Tour Banca

del Cuore 2018", promosso dalla Fondazione per il Tuo cuore - HCF Onlus, con il patrocinio della Presidenza del Consiglio dei Ministri, del Dipartimento Nazionale di Protezione Civile, di Rai - Responsabilità Sociale e di Federsanità-ANCI. Il Jumbo Truck appositamente allestito ha fatto sosta tra il 13 e il 15 settembre 2018 presso la città di Cuneo e tra il 18 e il 20 di settembre 2018 presso la città di Casale Monferrato. Certamente, nonostante le difficoltà che hanno segnato gli anni passati, ANMCO Piemonte-Valle d'Aosta sta attraversando un periodo di rilancio e una nuova fase di crescita. Il buono stato di salute della Società Scientifica è dimostrato dall'incremento del numero di Soci, con molti nuovi iscritti provenienti dal settore dei giovani Cardiologi, e dal crescente interesse da parte della regione per le iniziative nazionali ANMCO. Tra queste vanno certamente ricordate "call for ideas" e "call for abstract" per il 50° Congresso Nazionale ANMCO (Rimini, 16-18 maggio 2019), che hanno riscontrato una crescente partecipazione sociale rispetto al passato. Perché riteniamo importante favorire la partecipazione dei vecchi e incrementare nuovi Soci? "... Le nazioni più progressiste sono sempre quelle che navigano di più e che hanno più marinai ..." (Ralph Waldo Emerson) ♥

ANMCO Regionale Toscana: la tradizione al passo con i tempi

Con il passato nelle radici e il presente nel tronco...
Il futuro è nelle foglie sui rami rivolti come braccia verso il cielo



Quercia di Mantignano, Firenze. Albero monumentale e grattacielo verde della città, ha visto oltre 100 primavere.

Il Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Toscana si rinnova senza rinnegare le proprie origini. Il Presidente Regionale Dott. Giancarlo Casolo, raccolta l'eredità lasciata dalla Dott.ssa Maria Grazia Bongiorno, dirige ed indirizza una squadra rinnovata di 8 Consiglieri Regionali (ben 6 le novità rispetto al precedente biennio), con età media di 41 anni. La promozione della

conoscenza delle malattie cardiovascolari fin dal loro esordio a volte subdolo ed insidioso rappresenta un importante target del Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Toscana. Tale obiettivo appare di vitale importanza per promuovere fattivamente la salute cardiovascolare. La sua realizzazione prevede la programmazione e la realizzazione di diversi ordini di interventi, volti a coinvolgere a 360° popolazione non sanitaria e

Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Toscana:

Presidente Regionale:
Giancarlo Casolo

Consiglieri:
Maria Laura Canale (Segretario)
Francesco De Sensi
Giovanna Giannotti
Gabriele Grippo
Alessandro Iadanza
Stefano Lunghetti
Luca Segreti
Carlotta Sorini Dini

sanitaria:

- 1) Popolazione non sanitaria: i Cittadini.
- 2) Popolazione sanitaria non Cardiologica: i Medici di Medicina Generale.
- 3) Cardiologia Ospedaliera e Territoriale: il Presente e il Futuro
- 4) Popolazione Sanitaria Cardiologica: al passo coi tempi.
- 5) Attività Scientifica: Congresso Regionale ANMCO: un classico alla moda.



*Truck Tour, Firenze,
30 settembre 2018*

1. Popolazione non sanitaria: i Cittadini

Sono state effettuate o programmate iniziative volte ad avvicinare la Popolazione all'ANMCO, di aggiornamento e prevenzione. Sono state attivamente e proficuamente coperte le turnazioni del Truck Tour della Fondazione "per il Tuo cuore" che si è svolto a Livorno (22→24 settembre 2018) e Firenze (28→ 30 settembre 2018).

Al fine di migliorare la consapevolezza dei pazienti a rischio o cardiopatici, è intenzione del Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Toscana di realizzare delle schede monotematiche tascabili con messaggi chiave su patologie cardiologiche di grande impatto (paziente con stent coronarico, paziente portatore di pacemaker, paziente a rischio di infarto, etc...)

2. Popolazione sanitaria non cardiologica: i Medici di Medicina Generale

Il Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Toscana prenderà contatto, tramite gli Ordini dei Medici, con i Medici di Medicina Generale per la creazione di un Gruppo di Lavoro sull'appropriatezza diagnostico-terapeutica rivalutando nell'ottica di valore assoluto (Choosing Wisley: promoting conversations between patients and clinicians) le nostre scelte cliniche quotidiane inerenti esami (es. test ergometrico nel diabetico per diagnostica della cardiopatia ischemica) o terapie mediche (es. ASA in prevenzione primaria) spesso non più necessari. Il fine è quello di favorire insieme un incontro o evento per promuovere cambiamenti.



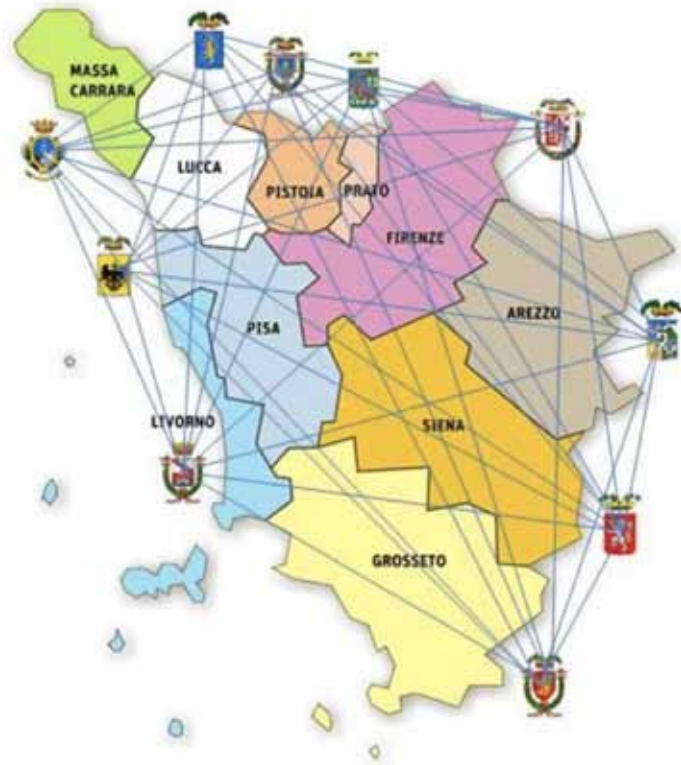
*Choosing
Wisely Italy.
Rappresentazione
grafica.*

3. Cardiologia Ospedaliera e Territoriale: il Presente e il Futuro

A livello dei cardiologi ospedalieri l'obiettivo principale è stato quella di riunire il maggior numero di iscritti, anche in campi sub-specialistici, per mirare ad una progressiva riunificazione della cardiologia ospedaliera sotto il segno di una unica mission, quello della gestione integrata del paziente cardiovascolare. È intenzione del Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Toscana organizzare 3 incontri itineranti formativi accreditati ANMCO ed ECM coinvolgendo gli iscritti ANMCO, i Cardiologi, Medici Specializzandi. Le sedi scelte sono le Università di Firenze, Pisa e Siena, con possibilità di collegamento da altre sedi in videoconferenza. Gli argomenti abbracceranno diverse aree della Cardiologia. Dal coinvolgimento dei Centri Universitari Regionali traspare l'intento di coinvolgimento delle giovani leve (Medici Specializzandi) per favorire l'iscrizione e la partecipazione all'ANMCO.


4. Popolazione sanitaria cardiologica: al passo coi tempi

Il Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Toscana ha individuato alcuni strumenti per agevolare la vita associativa e l'aggiornamento professionale. In un mondo sempre più complesso e con una informazione sempre più



Locandina degli Incontri Itineranti ANMCO Toscana

ANMCO REGIONALE - Toscana
JOURNAL CLUB
 N°1 - Novembre 2018



The ASCEND Study Collaborative Group

Effects of Aspirin for Primary Prevention in Persons with Diabetes Mellitus.
New England Journal of Medicine, Agosto 2018
<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1804988>

Journal Club, Testata della prima uscita.

veloce l'iniziativa è stata quella di curare inizialmente due rubriche a cadenza regolare del nome rispettivamente Journal Club e Linee Guida. A tal fine vengono inviate mediante email la sintesi e il commento ad alcune pubblicazioni scientifiche e linee guida di particolare rilevanza. L'intento è quello di fornire uno strumento di aggiornamento agile, limitato ad 1-2 pagine per studio scientifico o linee guida, con un breve commento del Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Toscana che possa essere utile per coglierne i messaggi essenziali.

5. Congresso Regionale ANMCO Toscana: un classico alla moda

Il Congresso Regionale ANMCO Toscana si svolgerà a Viareggio su due giorni, in data 1 e 2 Marzo 2019. L'evento ANMCO Giovani sarà realizzato con formula nuova coinvolgendo i Soci under 40 in prima persona all'interno del Congresso Regionale. Ampio spazio verrà dato ai Giovani, ai Medici Specializzandi ed ai Casi Clinici ("facciamoci i casi nostri") e verrà istituita una competizione tra 10 casi clinici e premiati i due migliori; inoltre verrà istituito un premio al vincitore della "imaging challenge": tale competizione si baserà sull'interpretazione e refertazione di immagini o tracciati (ecocardiografiche, coronarografiche, RMN, ECG) proiettate durante le sessioni congressuali. ♥



CONGRESSO REGIONALE ANMCO TOSCANA 2019

RITORNO AL FUTURO

COL CUORE ♥ NON SI SCHERZA!



HOTEL PALACE - VIAREGGIO (LU)

1-2 MARZO 2019

PRESIDENTE DEL CONGRESSO
 Giancarlo Casola (Lido di Camaiore-LU)
 Direttore Struttura Complessa di Cardiologia
 Ospedale Versilia - USL Toscana Nordovest
 Via Aurelia 335, Lido di Camaiore (LU)
 Presidente Regionale ANMCO Toscana

CONSIGLIO DIRETTIVO REGIONALE ANMCO TOSCANA
 Maria Laura Canale (Lido di Camaiore-LU)
 Francesco De Sensi (Grosseto)
 Giovanna Giannotti (Pescia-PT)
 Gabriele Grippo (Prato)
 Alessandro Iadanza (Siena)
 Stefano Lungchetti (Siena)
 Luca Segreti (Pisa)
 Carlotta Sorini Dini (Livorno)

SEGRETARIA ORGANIZZATIVA
 EXECUTIVE CONGRESS SRL
 Via F. Puccinotti, 43 - 50129 Firenze
 Tel.: 055-472023 - Fax: 055-4620364
 info@executivecongress.it - www.executivecongress.it

PROVIDER ECM
 ANMCO Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri
 Via La Marmora, 36 - 50121 Firenze
 Tel.: 055-510111 - Fax: 055-5101350
 www.anmco.it

SEDE DEL CONVEGNO
 HOTEL PALACE
 Via Flavio Gioia, 2 - 55049 Viareggio LU
 Telefono: 0584 46134
 www.palaceviareggio.com

Congresso Regionale ANMCO Toscana 2019: Locandina



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

Parte Seconda

Rieccoci! Siamo pronti per proseguire nella nostra chiacchierata su privacy e rapporto sanitario che abbiamo interrotto la scorsa volta dopo aver ricordato i principi generali della materia.

Come procederemo?

Ebbene, io proporrei di analizzare dapprima i principi generali che intervengono nella gestione delle informazioni raccolte nell'ambito della relazione medica, nell'esaminare di poi gli obblighi anch'essi di carattere generale ed i relativi profili di responsabilità, per poi esaminare quale sia stato l'impatto del recente regolamento.

Perfetto! Ed allora, quali sono i principi generali che intervengono nel nostro specifico ambito?

Occorre innanzitutto evidenziare a tale riguardo come essi siano molteplici e tutti si atteggiino come una sorta di bussola che deve guidare il soggetto responsabile nella gestione del dato. Tra essi figurano la responsabilità, la trasparenza, la correttezza, la minimizzazione, la strumentalità rispetto alle finalità di cura e ricerca: tutti principi

complessivamente volti a rendere il paziente consapevole della attività di raccolta e trattamento dei dati che lo riguardano, la quale dovrà in ogni caso configurarsi come *extrema ratio*.

Cosa significa?

Semplicemente che dovranno essere raccolti soltanto i dati strettamente necessari per il perseguimento della specifica finalità perseguita e per il lasso di tempo strettamente necessario, così circoscrivendo il novero delle informazioni che entreranno in possesso della struttura sanitaria. Dobbiamo ricordare peraltro che laddove si sia in presenza di particolari dati personali, quali quelli genetici o biometrici, si renderà necessaria un'attenzione ancora maggiore, dal momento che dovranno ricorrere motivi di particolare interesse quali potrebbero essere finalità di medicina preventiva o del lavoro o, ancora, di interesse pubblico per la protezione nel settore della salute pubblica.

Quali quindi gli obblighi?

Particolarmente significativo è l'art. 24 del regolamento

europeo che afferma l'obbligo per il soggetto responsabile dei dati di adottare misure tecniche ed organizzative adeguate per garantire ed essere in grado di dimostrare che il trattamento avviene conformemente a quanto previsto nel regolamento stesso. A tal fine dovrà procedersi ad una pianificazione preventiva dei rischi connessi al trattamento dei dati; predisporre strumenti tecnici idonei per la loro corretta ed efficace gestione; individuare specifici responsabili del trattamento e prevedere forme di coordinamento laddove più siano i soggetti che intervengano nella gestione dei dati personali. Appare evidente come il legislatore consideri la gestione ed il trattamento dei dati un'attività se non propriamente pericolosa, certamente estremamente delicata, che deve essere svolta con le necessarie accortezze e misure cautelari. In questo senso mi verrebbe quasi da paragonarla all'obbligo di sicurezza che il datore di lavoro deve garantire ai propri dipendenti e per presidiare il quale interviene, come noto, la rigida e severa disciplina antinfortunistica.

Si tratta di misure identiche per tutte le strutture sanitarie o per i singoli professionisti? E rileva la specifica natura dei dati trattati?

La tua è una domanda molto importante, proprio perché ci consente di precisare come – fermi i principi e gli obblighi generali ricordati – in concreto l’attuazione degli stessi dipenda dalla concreta realtà organizzativa e dalla specifica natura dei dati trattati: non si devono adottare misure eccedenti rispetto a tali due parametri, per così dire, ma “semplicemente” quelle che siano funzionali a garantire un livello di sicurezza adeguato al rischio e comunque modulati su garanzie minime.

Quali sono queste garanzie?

Indicazioni chiarissime provengono dall’art. 22 del regolamento che le individua innanzitutto nell’adozione di tecniche di cifratura e nella conservazione separata da altri dati.

Mi viene spontaneo ricordare come tali misure siano in qualche modo successive alla instaurazione di un contatto diretto tra sanitario e paziente. Ma anche prima di tale momento vi sono tutta una serie di situazioni – penso all’attesa nelle sale d’aspetto – nelle quali si pone comunque l’esigenza di tutela della privacy. Il regolamento si occupa anche di tale aspetto?

Assolutamente sì, e lo fa con le c.d. misure di sicurezza fisica: tra

le varie ricordiamo la chiamata non nominativa, ma tramite codici identificativi; distanze di cortesia; evitare interferenze da parte di soggetti terzi; adozione di regole stringenti nella tenuta e nell’accesso agli archivi. Si tratta di misure diverse da quelle tecniche che, come intuibile, vengono invece in rilievo nel caso di utilizzo di strumenti informatici: tra tutte ricordiamo i codici di accesso.

Cosa accade nel caso in cui vi sia una violazione di siffatti obblighi?

Ebbene, verrebbero in rilievo profili di responsabilità che, nel caso specifico, può declinarsi sia come responsabilità civile, che amministrativa che penale. Nel primo caso, il soggetto danneggiato potrà agire per il risarcimento del danno, con la particolarità che non dovrà dimostrare la colpa di chi ha determinato la lesione della sua privacy: si parla al riguardo di colpa oggettiva o di colpa presunta, che comunque prescinde dal dato della colpevolezza, essendo sufficiente il dato della violazione della normativa ed il verificarsi di un danno. Ancora, dal punto di vista della responsabilità amministrativa, si potrà essere assoggettati a sanzioni da parte del Garante della privacy. Infine, dal punto di vista penale, si potrebbe essere assoggettati alle sanzioni previste da ciascun ordinamento e, nel nostro caso, dall’art. 167 del d.lgs. 196 del 2003 che, prevede, e salvo che si configuri un più grave reato, la reclusione da sei mesi sino ad un anno e sei mesi.

La responsabilità per lesione del diritto

alla privacy è valutata severamente come avviene per altri profili della responsabilità medica?

Ebbene, di primo acchito dovrei rispondere con un secco no. La verità è però che è la stessa casistica ad essere meno abbondante di quanto si verifica nel caso della lesione di altri obblighi derivanti dal rapporto sanitario, segno che gli stessi cittadini avvertono forse come meno “grave” la lesione del diritto alla privacy che comporta poi l’obbligo di corretta gestione dei dati da parte delle strutture e del personale sanitario.

In un contesto siffatto in che misura il regolamento introduce elementi di innovazione?

Una prima innovazione è rappresentata dalla introduzione, peraltro già ricordata, di una serie di obblighi gravanti sul titolare e sul responsabile del trattamento, così completandosi l’ottica propria della precedente regolamentazione sostanzialmente incentrata sui diritti del proprietario del dato personale. Non solo: laddove la disciplina precedente era improntata ad una tutela di carattere essenzialmente formalistico (che si risolveva di fatto nella acquisizione del consenso), oggi le strutture sanitarie ed i professionisti sanitari son chiamati ad affrontare cambiamenti strutturali, proprio come nel caso della valutazione di impatto. Insomma, si tratta di cambiamenti che rappresentano un ulteriore banco di prova per la categoria medica, volti a garantire ancora una volta la centralità della persona e della sua dignità. ♥



L'incentivazione economica del Medico migliora la prestazione sanitaria?

Qualità della cura nel Regno Unito dopo la rimozione degli incentivi economici

Conseguenze della rimozione degli incentivi economici al Medico di Medicina Generale nel Regno Unito

Spostiamoci nel Regno Unito. Lì nel 2004 è stato introdotto per i Medici di Medicina Generale un sistema di incentivazione economica sulla base del tipo e della qualità (oggettivamente misurata) di alcune prestazioni sanitarie. Un sistema di *pay for performance* (PFP), rigidamente regolamentato, che consente un guadagno aggiuntivo fino al 25% dello stipendio mensile. Dalla sua introduzione, l'erogatore della PFP, ossia il servizio sanitario nazionale inglese (NHS, National Health Service), attanagliato da scrupoli economici, ha promosso e concluso una serie di revisioni sistematiche, atte a rispondere a un solo, semplice, quesito: io NHS faccio bene a incentivare

economicamente i Medici? Pare di sì. Gli effetti positivi della PFP sono stati: 1) aumento del numero dei Medici di Medicina Generale, con potenziamento delle cure primarie e territoriali; 2) riduzione degli accessi superflui al pronto soccorso; 3) informatizzazione (quindi tracciabilità) delle procedure, condizione necessaria per l'erogazione degli incentivi; 4) aumento del personale paramedico dedicato all'assistenza domiciliare di pazienti con patologie croniche come BPCO, diabete, scompenso cardiaco. I destinatari ovviamente hanno accolto con grande favore la PFP, allineandosi alla procedura in tempi rapidi. Dopo alcuni anni, però, si è sollevata una lamentela da parte degli stessi Medici: la

maggiore informatizzazione velocizza la visita, ma toglie tempo al paziente: si è un po' troppo impegnati a "spuntare le caselle" (*boxes to be ticked*) e il tempo per palpare l'addome o auscultare il paziente (chi non è un ecocardiografista sopraffino lo fa ancora...) è sempre meno. Al netto, comunque, la PFP nel Regno Unito ha prodotto risultati positivi nella cura dei pazienti. Se ciò abbia apportato un vantaggio economico nel lungo termine per il servizio sanitario, in termini di riduzione delle ospedalizzazioni, non è stato ancora definitivamente dimostrato. In pieno stile british, razionale e asettico, l'NHS ha intrapreso recentemente il percorso opposto: la rimozione di alcuni

incentivi economici ha ripercussioni negative sulla qualità delle cure prestate? Eccoci finalmente alla rubrica odierna. *New England Journal of Medicine* (Minchin M. et al, Settembre 2018) ha pubblicato i risultati di uno studio longitudinale in cui è stata misurata la variazione di alcuni parametri di performance sanitaria dopo la rimozione degli incentivi economici erogati ai *general practitioners*. Gli Autori hanno analizzato, a intervalli temporali definiti nel periodo 2010-2017, 12 indicatori di qualità della cura per i quali gli incentivi erano stati rimossi e 6 indicatori con incentivi mantenuti. I dati sono stati estrapolati dalle cartelle elettroniche riguardanti quasi 3.000 medici e 20 milioni di pazienti. Tra gli indicatori con incentivi rimossi i più significativi mi sono sembrati: 1) dosaggio del colesterolo in soggetti con pregresso evento cerebrovascolare; 2) modifiche dello stile di vita negli ipertesi; 3) programmi per l'abolizione del fumo nella popolazione generale; 4) controllo del colesterolo nei soggetti con malattia coronarica nota. Quattro caposaldi della prevenzione cardiovascolare. L'obiezione è spontanea: il Medico DEVE adoperarsi per i 4 punti predetti, con o senza incentivo. Ma se il servizio sanitario mi invoglia economicamente a dedicare più tempo, energie e passione

a convincere un gruppo di 10 fumatori a smettere di fumare, e ciò riduce nel lungo periodo gli accessi ospedalieri e la mortalità per BPCO, perché non approfittarne? Conviene al Medico, al Servizio Sanitario e, soprattutto, al Paziente. Nello studio in questione tutti e 12 gli indicatori anno subito una flessione drammatica già nel primo anno successivo alla rimozione dell'incentivo, mentre i 6 indicatori con PFP mantenuta sono rimasti stabili. La frequenza di somministrazione di counseling sullo stile di vita negli ipertesi si è ridotta del 62% in 12 mesi. Su 100 medici, 62 hanno smesso di registrare sul portale del servizio sanitario l'avvenuta erogazione della suddetta prestazione sanitaria, quindi questa con ogni probabilità non è stata più erogata. Questo non vuol dire che l'incentivazione economica dei Medici di Medicina Generale risollevi le sorti di un Sistema Sanitario e sia la bacchetta magica per i pazienti ma, incastonata in una serie di misure rigorose e informatizzate, può essere uno strumento prezioso per la salute generale e un riconoscimento al lavoro silenzioso del *general practitioner*. Il Medico è attento alla sua reputazione: l'obbligo di pubblicazione sul portale dell'NHS dei risultati conseguiti, nonché del mancato raggiungimento

degli obiettivi, che vanno di pari passo con l'incentivo economico, costituiscono un potente stimolo a fare di più e meglio. Adesso però smettiamo di sognare e torniamo con i piedi per terra, qui da noi. Sarebbe entusiasmante poter leggere su una rivista prestigiosa come il *New England* uno studio tutto italiano in cui si analizzano gli effetti sanitari ed economici di una qualche misura centrata sulle due figure principali: il Paziente e il Medico. Per ora, e perdonatemi se la butto sulla politica, prima di pensare agli incentivi, in Italia ci accontenteremmo del rinnovo del contratto.

Quello che mi ha colpito di questo articolo è che in UK il servizio sanitario monitorizza il lavoro, lo informatizza, incentiva gli operatori, "punisce" chi non lavora bene, raccoglie i dati in maniera rigorosa. In Italia spesso la gestione è approssimativa, i dirigenti amministrativi sono numerosissimi e sanno spesso poco di medicina. Ancora si discute se i vaccini siano utili o no. Mai letto un lavoro italiano così ben condotto pubblicato su una rivista prestigiosa. Il lavoro va protetto e retribuito. Da noi spesso il paziente non è protetto, le colpe di tutto ricadono spesso sul medico.

Mario Chiatto - Direttore Responsabile "Cardiologia negli Ospedali" ♥

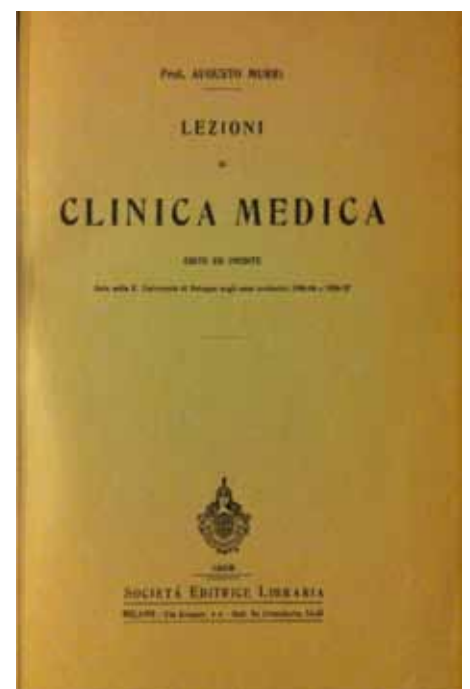
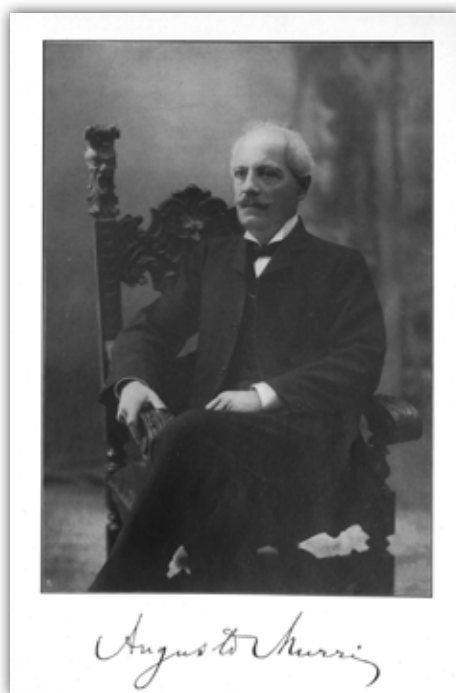


Piccola storia della Medicina Cardiovascolare

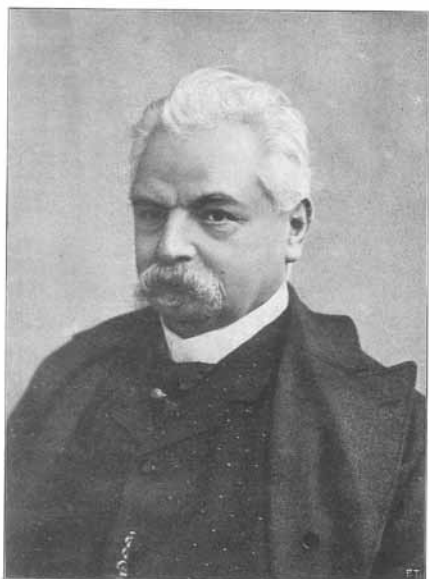
Il cuore a fine Ottocento (1870-1900)

Parte seconda

Anche nella **clinica** la fine dell'ottocento vede grandi progressi. La scuola italiana porta contributi notevoli allo studio del polso normale e patologico attraverso lo strumento detto *cardiogramma*. Augusto Murri, Clinico Medico a Bologna, promotore di una ricerca diretta sul malato come individuo (Non c'è un malato che sia uguale all'altro), sui suoi sintomi e sulle cause della malattia, si afferma con i suoi studi fisiopatologici cardiaci (durante la diastole, la pienezza della cavità del cuore fornisce uno stimolo alla sistole). Murri descrive nel 1877 (anticipando i lavori di Roger e Fallot) la cianosi come commistione di sangue venoso e arterioso (nella lesione clinica *sulla diagnosi di apertura del setto interventricolare* sostenne che per determinarsi il passaggio tra i due ventricoli è necessaria una iperpressione nelle cavità destra, la cui causa



Augusto Murri (Fermo, 8 settembre 1841 – Bologna, 11 novembre 1932)



† GUIDO BACCELLI. Fot. Mantovani

*Guido Bacelli (Roma, 25 novembre 1830
10 gennaio 1916)*

identifica nella stenosi polmonare), attribuisce lo spostamento dell'itto della punta all'esterno e in alto a un ampliamento del ventricolo destro, rileva che in presenza di ipertrofia e dilatazione dello stesso il movimento sistolico all'apice si inverte con infossamento della parete toracica, e descrive la bradiaritmia da digitale. Bacelli diede un grande impulso all'indagine semeiotica toracica (introduce il metodo della *topo-cardiografia* per mappare l'area cardiaca) individuando numerosi nuovi sintomi e quadri morbosi. Legò il suo nome al fenomeno della pettiroloquia afona nei versamenti pleurici e individualizzò clinicamente l'angina abdominis. Alcuni autori gli fanno risalire la nota pratica diagnostica del *trentatré*. Mosso introduce in clinica



*Charles-Édouard Brown-Sequard (Port
Louis, 8 aprile 1817 – Sceaux, 2 aprile
1894)*

il pletismografo. Stefani descrive la sistole non come una singola scossa ma di una serie di scosse muscolari e con i suoi fondamentali lavori fa sì che il concetto di diastole entri a far parte della fisiologia cardiaca (Arch Ital Biol, 1893). Inizia la moderna endocrinologia. Nel 1885 Hosley dimostra che l'esportazione della tiroide produce i segni tipici del mixedema. Nel 1886 Frankel descrive il feocromocitoma. Nel 1889 Brown-Sequard sostiene che alcune malattie sono dovuti ad un'insufficiente secrezione interna, che ha un proprio contenuto di informazioni tramite le quali le cellule possono influenzarsi a distanza. Nel 1899 Minkowsky scopre la funzione del pancreas nel diabete.

Grande spazio ha anche la *farmacologia*: dall'oppio si estrae la

morfina, dalla corteccia di china il chinino, dalla noce vomica la stricnina, dal caffè la caffeina (1896), dal cacao la teobromina, dal tè la teofillina (1897), dalla digitale la digitalina (che da vomitivo passa a dosi minori a cardiotonico), dalla corteccia di salice la salicina. Nel 1874 in Inghilterra viene sintetizzata la diacetilmorfina, pubblicizzata dalla Bayer come farmaco contro la tosse con un nome più semplice e attraente: eroina. Nel 1879 Murrell scopre l'azione antianginosa della nitroglicerina. Nel 1884, proprio nel momento in cui l'utilizzo delle sanguisughe sta cadendo in disuso, John B. Haycraft, fisiologo all'Università del Galles, vi scopre il primo anticoagulante, l'irudina. Nel 1891 Murray contrasterà i segni del mixedema mediante iniezioni di estratto tiroideo e Boehringer realizza il primo medicinale confezionato della storia della medicina, il Ferratin. Nel 1892 è pubblicata la prima Farmacopea Ufficiale del Regno d'Italia. Nel 1893 a Torino Ferdinando Battistini inietta a due giovani diabetici un estratto da pancreas bovino fresco. Nel 1897 Pouchet usa per la prima volta il termine *fitoterapia* per indicare le cure con le erbe. Nel 1899 Presno tenta di compensare l'iperosmolarità del plasma a mezzo di infusione salina sottocutanea. Da ricordare lo stesso anno è soprattutto il brevetto e la messa in commercio da parte della Bayer dell'aspirina, principio attivo sintetizzato da Felix Hoffmann nel 1893. I progressi più importanti sono però nel campo delle malattie infettive. Nel 1882



Felix Hoffmann (Ludwigsburg, 21 gennaio 1868 – Svizzera, 8 febbraio 1946)

Forlanini utilizzerà nel trattamento della tubercolosi lo pneumotorace terapeutico (introduzione di aria nella cavità pleurica per collassare il polmone). Nel 1885 Cantani, a Napoli, conduce alcuni esperimenti di terapia della tubercolosi, facendo inalare batteri innocui e Pasteur sperimenta la vaccinazione antirabbica. Nel 1890 inizia la storia delle immunoglobuline: a Berlino Von Behring e Kitasato dimostrano che il siero degli animali vaccinati contro il tetano, trasferito in animali non immuni, è in grado di conferire loro resistenza. Behring sperimenta con successo anche il siero con *antitossine* difteriche. Nel 1895 Tiberio dimostra il potere battericida di estratti di muffe, tra cui il *Penicillium glaucum*, da cui l'anno seguente Bosio isola una sostanza cristallina che impedisce lo

sviluppo del bacillo del carbonchio. Nel 1896 il microbiologo tedesco Kolle prepara i vaccini contro colera e febbre tifoide. Nel 1896 Belfanti pubblica il lavoro *Sulla natura dell'antitossina Difterica*, prodotta dall'Istituto Sieroterapico Milanese da lui fondato. Nel 1897 si realizza il vaccino contro il carbonchio. Numerose industrie farmaceutiche vedono la luce: la Lilly (1876), la Burrough Wellcome & Co. (1880), la Boehringer Ingelheim (1885), la Johnson & Johnson, la Kern & Sandoz e la Upjohn (1886), la Searle (1888), la Hoffmann-La Roche (1896) e la Abbott (1900). In Italia l'industria farmaceutica si sviluppa dalle botteghe degli speziali più intraprendenti: Archimede Menarini a Napoli, Giovanni Schiapparelli a Torino, Carlo Erba, Ludovico Zambelletti e

Roberto Lepetit a Milano.

Landois, raccogliendo i risultati delle trasfusioni effettuate dal 1666 al 1874, accerta che solo un terzo delle 129 di sangue animale aveva avuto un esito benigno e che una metà scarsa delle 347 di sangue umano si era svolta senza complicazioni. Cohnheim nel 1882 crea il concetto di compatibilità del sangue e nel 1900 Landsteiner, Nobel nel 1930, scopre i gruppi sanguigni e pone le basi per più sicure trasfusioni del sangue. In campo psichiatrico nel 1885 i primi concetti di psicoanalisi sono sviluppati da Sigmund Freud, che nel 1900 *pubblicherà L'interpretazione dei sogni*, mentre nel 1893 Charcot descrive l'utilizzo dell'ipnosi in medicina. ♥



Ospedale Niguarda Ca' Granda, la storia dalla fondazione ai nostri giorni

Le Antiche Origini

Il 10 ottobre 1939 i giornali annunciavano a Milano l'apertura dell'Ospedale Niguarda, una nuova struttura sanitaria per la difesa della salute del cittadino.

Perché il Nuovo Ospedale?

La ricerca delle premesse che portarono alla costruzione del "Nuovo Ospedale" v'è fatta nel contesto storico e sociale di una Milano di fine 'Ottocento che si trovava a fronteggiare, da un lato, la maggiore richiesta assistenziale legata all'importante crescita demografica della città e, dall'altro, i problemi logistici legati all'espansione urbanistica fuori dalla cinta dei bastioni.

Per far fronte a queste esigenze, l'allora Consiglio degli Istituti Ospedalieri, propose un progetto di ampliamento dell'Ospedale Maggiore, successivamente abbandonato e sostituito dalla scelta strategica di costruire un "Nuovo Ospedale" al di fuori del centro abitato, per evitarne l'affollamento, ma allo stesso tempo facilmente



Foto 1 - Il cantiere del nuovo ospedale in una fotografia degli anni trenta dello Studio Fotografico Farabola (Archivio dell'Ospedale Maggiore di Milano, Fototeca, n.669)

raggiungibile dal centro della città. Fu così che nella seduta del Consiglio Ospedaliero del 17 marzo 1914 fu deliberata la costruzione del nuovo Ospedale nella periferia Nord di Milano.

Il progetto rivoluzionario

I lavori di costruzione ebbero inizio nel 1932 guidati dall'Ingegnere Giulio Marcovigi e dall'architetto Giulio Ulisse Arata,

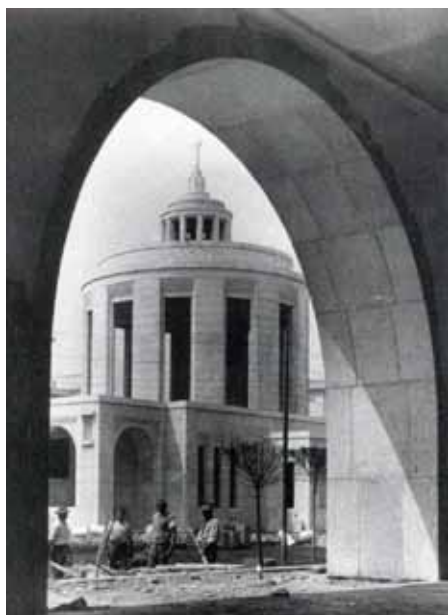


Foto 2 - La cappella dell'ospedale in una fotografia degli anni trenta dello Studio Fotografico Farabola (Archivio dell'Ospedale Maggiore di Milano, Fototeca, n. 644)

sotto la sovrintendenza sanitaria del Professor Enrico Ronzani. A quest'ultimo va il merito di aver modificato l'originario piano di un ospedale per le sole specialità mediche in una grande struttura che raggruppasse sia le specialità mediche che chirurgiche. I lavori furono conclusi nel 1939. L'imponente architettura tipica degli anni 30, era caratterizzata da una planimetria che comprendeva la presenza di numerosi padiglioni messi in comunicazione attraverso porticati e strade sovraelevate, con tetti adibiti ad aree di convalescenza e cunicoli sotterranei che formavano una efficiente rete di



Foto 3 - La visita del podestà, conte Gallarati Scotti, al nuovo ospedale in due fotografie dello Studio Guerzoni del 1938 (Archivio dell'Ospedale Maggiore di Milano, Fototeca, nn 747 e 756)

trasporto intra-ospedaliero. Ma il vero punto di forza dell'ospedale, riconosciuto rivoluzionario per l'epoca, era la maggiore attenzione al contenimento delle infezioni ospedaliere grazie alla minore promiscuità dei malati e alla migliore organizzazione dello spazio. Al momento della sua inaugurazione l'Ospedale contava un numero complessivo di circa 1500 posti, di cui 500 dedicati alla Medicina, 500 alla Chirurgica e i restanti 500 alle divisioni di Ginecologia, Oculistica, Pediatria, Pronto Soccorso e Malattie Infettive.

Niguarda e la Seconda Guerra Mondiale

A seguito dell'entrata in guerra dell'Italia nel 1940, Niguarda dovette affrontare alcuni cambiamenti non poco rilevanti. Primo tra tutti la carenza del personale medico richiamato alle armi, tamponato parzialmente con il richiamo dei medici in pensione e il trasferimento di medici dalle Cliniche Universitarie. Inoltre la presenza nel Nuovo Ospedale di sole caldaie a nafta, di cui vi era penuria, rese necessario lo spostamento temporaneo delle divisioni chirurgiche presso l'Ospedale Maggiore provvisto di caldaie a carbone. Il 13 Agosto del 1943, la città fu colpita da un tragico bombardamento che lesionò gravemente la divisione di Ginecologia e Ostetrica costando la vita a diverse pazienti. Nel periodo post bellico vennero riparati i segni lasciati dalla guerra e tutte le divisioni furono ricollocate nei padiglioni originari. Il numero dei posti letto fu progressivamente aumentato per far fronte all'incremento della popolazione nel periodo del boom economico. In particolare furono raddoppiati i posti letto dedicati alla Medicina generale che vennero distribuiti in otto divisioni: Bizzozzero, Brera, Crespi, Gatti Castoldi, Rizzi, Vergani, Talamona e Carati. Allo stesso modo i posti letto in chirurgia generale andarono progressivamente moltiplicandosi



Foto 4 - Fotografia aerea dell'Ospedale di Niguarda ripreso al termine della sua costruzione (Archivio dell'Ospedale Maggiore di Milano, Fototeca, n. 699)



Foto 5 - Il padiglione di Chirurgia in una fotografia della fine degli anni trenta (Archivio dell'Ospedale Maggiore di Milano, Fototeca, n. 953)

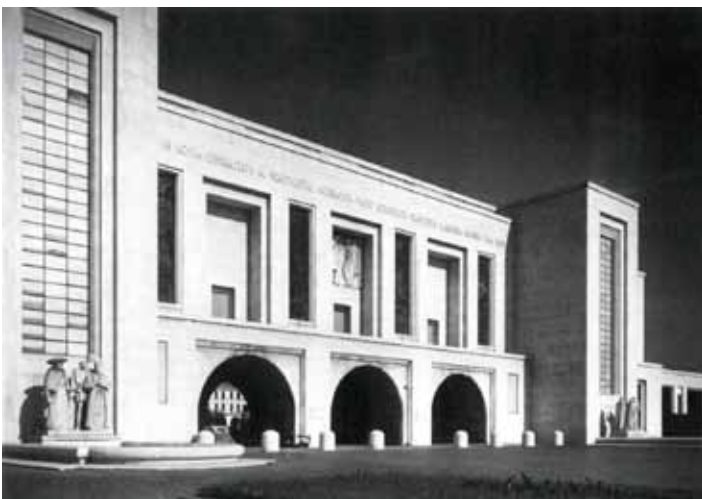


Foto 6 - L'ingresso monumentale del nuovo Ospedale di Niguarda in una fotografia degli anni quaranta dello Studio Fotografico Aragozzini (Archivio dell'Ospedale Maggiore di Milano, Fototeca n. 946)



Foto 7 - Fotografia aerea dell'Ospedale Niguarda ripreso negli anni settanta da Giuseppe Colombo (Archivio dell'Ospedale Maggiore di Milano, Fototeca, Cà Granda C)

raggiungendo il numero di 600 negli anni 'Sessanta.

La nascita delle specialità

Negli anni '60 e '70 il continuo e rapido progresso delle acquisizioni scientifiche e l'introduzione di metodiche di diagnosi e terapia mirate a specifiche patologie, permise lo sviluppo di aree

di interesse in settori sempre più specifici e la nascita delle cosiddette "strutture specialistiche". Nacquerò così, per citarne alcuni, l'ambulatorio di Ematologia (1962), il primo centro di Reumatologia (1963), il centro per la cura delle affezioni endocrine (1967).

La medicina e la chirurgia del cuore

La prima attività di tipo cardiologico ufficialmente istituita presso l'Ospedale Niguarda fu quella del laboratorio di Elettrocardiografia diretto da Renato Tosetti nell'immediato



Foto 8 - Fotografia aerea dell'Ospedale Niguarda ripreso nel 2015

dopoguerra. In quegli anni la “medicina del cuore” iniziava a ritagliarsi i propri spazi nei reparti di Medicina Interna e Chirurgia con lo studio dei pazienti affetti da malattie cardiache. Negli stessi anni Angelo De Gasperis inaugurava in Italia l'epoca della chirurgia cardiaca. Aiutato da una équipe di chirurghi e cardiologi, iniziò lo studio dei malati con cateterismi cardiaci e angiografie, fece i primi interventi sperimentali su animali fino ad arrivare, agli inizi degli anni '50, ad operare con successo i primi pazienti affetti da cardiopatie congenite e vizi valvolari. In pochi anni l'Ospedale Niguarda diventò il punto di riferimento Nazionale per le patologie cardiache con una attività progressivamente crescente che portò nel 1962 all'istituzione della divisione di Chirurgia Toracica e Cardiovascolare diretta da Renato Donatelli, aiuto di De Gasperis scomparso prematuramente pochi mesi prima, e l'istituzione della Divisione di Diagnostica

Cardiologica sotto la guida di Fausto Rovelli. Nasceva così alla fine del 1962 il Centro Angelo De Gasperis. Nel 1967 viene Istituita la prima “Unità di Cura Intensiva Coronarica” in Italia e nello stesso anno vi fu la prima edizione del “Corso di aggiornamento in Cardiologia” che da allora è diventato un appuntamento annuale di formazione per migliaia di cardiologi.

La storia recente

Nel 1978 l'Ospedale acquisiva la completa autonomia dagli Istituti Ospedalieri di Milano a cui era ancora legata sul piano amministrativo. Divenuto autonomo Niguarda scelse di investire, oltre che sui settori nei quali era già un centro di riferimento Nazionale, anche sul campo della chirurgia dei trapianti puntando principalmente sui trapianti di cuore, fegato e rene. L'attività formativa e la ricerca scientifica che contraddistinguevano l'ospedale in quegli anni, portarono alla sua

collaborazione con il CNR di Pisa e alla successiva fondazione presso Niguarda di una sua sede distaccata. Il 14 giugno 1993 Niguarda veniva individuato come ospedale di rilievo nazionale e di alta specializzazione e il 30 giugno dello stesso anno veniva riconosciuto come Azienda Ospedaliera. Il 1 gennaio 2016 veniva costituita l'Azienda Socio-Sanitaria Territoriale (ASST) Grande Ospedale Metropolitano Niguarda. Negli ultimi anni l'ospedale ha affrontato un programma complesso di ristrutturazione e ammodernamento che ha portato alla riorganizzazione degli originari padiglioni in tre grandi poli a cui corrispondono aree di differente intensità di cura: blocco DEA, blocco Sud e blocco Nord. L'approccio odierno è quello della gestione multidisciplinare del paziente organizzata in percorsi di diagnosi e cura all'interno di centri polispecialistici quali il Cancer Center, il Transplant Center e il Trauma Center che si affiancano al De Gasperis Cardio Center.

Ringraziamenti

Un particolare ringraziamento per aver contribuito alla stesura dell'articolo va a tutto lo Staff dell'ufficio comunicazione e relazioni esterne di Niguarda. ♥



Pedagogia della salute e Medicina: considerazioni per un dialogo generativo

L'interesse specifico nel rendere operativo l'incontro di scienza medica e scienza pedagogica si gioca su più livelli e coinvolge più ragioni. Una prima, estremamente rilevante dal punto di vista umanistico, è che tali scienze, occupandosi della salute e del benessere dell'uomo, possono sinergicamente incrementare la loro efficacia nell'accompagnare personali progetti di vita, promuovere *ability to cope*, facilitare reinserimento e integrazione nei contesti sociali, produttivi, relazionali del soggetto recuperato a un ragionevole stato di benessere; una seconda, sempre più rilevante dal punto di vista della sostenibilità organizzativa delle imprese sanitarie, è che a un adeguato perseguimento delle finalità del primo livello consegue, verosimilmente, un decremento del tasso di contenzioso che sta contribuendo a rendere

problematica la gestione dei costi materiali della sanità. Si tratterebbe, per altro verso, di contribuire alla stessa riduzione del rischio clinico inteso, in questo contesto, non tanto come errore diagnostico o terapeutico, ma come processo viziato da una relazione e comunicazione disfunzionale tra *caregiver* e paziente con ricadute negative sui livelli di benessere percepiti e sulla qualità della vita del paziente come del *caregiver*. La sottolineatura, a prima vista, "prosaica" della questione dei costi sanitari e del rischio clinico in riferimento alle fondamentali ragioni delle progettazioni esistenziali dei pazienti/clienti/soggetti-in-formazione, è però necessaria per scardinare una sempre latente superficialità con cui spesso si guarda al senso e al significato che la pratica pedagogica può avere nel campo della cura, facendo leva anche sulla questione della sostenibilità materiale. Una

cura come *azione pedagogicamente-medicalmente* qualificata può invece introdurre a un processo virtualmente in grado di riorientare il trend del contenzioso e dell'incremento del rischio clinico, almeno nella misura in cui si faccia della cura relazione, incontro e comprensione tra i mondi del *caregiver* e del paziente. Certamente non è facile, per chi si è formato per lo più considerando gli aspetti comunicativi e didattici come residui curricolari da affrontare in poche occasionali esperienze di reparto (mancando così completamente di una formazione intenzionata a promuovere una mentalità che riconosca il valore del saper dialogare come strumento di cura), riconoscere come la parola che si accompagna ad ogni fase della relazione *caregiver-paziente* non sia solo un atto preparatorio alla cura ma già una forma di assistenza che prosegue nel cammino verso la "guarigione".

Tuttavia non essere facile non significa che sia impossibile e, da pedagogisti, sappiamo che un imprinting formativo votato al contatto (anche implicito e non tematizzato) è presente nella costruzione professionale (epistemologica, deontologica, disciplinare ecc.) di tutti gli operatori della cura. Si tratta, allora, di far sì che nel loro cammino di formazione e professionalizzazione essi possano realizzare come la cura (insegna con sorprendente efficacia la tradizione tedesca) è azione realizzata da una «mano abile ed esperta che tastando sa riconoscere la trama», ossia da una mano che, una volta compresa la complessità ecosistemica della situazione, sa applicare il proprio sapere per ricomporre una trama, una storia, una vita. La dimensione “intensamente relazionale” (nutrita di abilità e competenze attentive, interpretative, osservative, empatiche, progettuali) del prendersi cura (attenzione a volte può bastare un sorriso, a volte è necessario praticare un intenso ascolto attivo) ripone al centro dell’azione di promozione della salute il benessere dell’uomo come obiettivo parallelo alla sanità del corpo. E, in tal modo, il progressivo superamento della malattia diviene esso stesso “percorso di apprendimento”. Si apprende dal dolore e dalla sofferenza. Ma non solo, da essi si apprende ad apprendere, si apprende a vedere la vita come continuo processo orientato al cambiamento dove un *caregiver* pedagogicamente informato è struttura di sostegno per attivare abilità cognitive,

emotive e relazionali finalizzate a trasformare se stessi e il mondo che ci circonda. Dialogare con il *caregiver* è occasione in cui poter ricostruire il senso di una situazione che, diversamente, finirebbe col conservare ostinatamente la sua incomprendibilità ed estraneità per il paziente. Ed allora non c’è guarigione del corpo che possa restituire salute. Ma coltivare il dialogo *caregiver*-paziente (rinunciando a qualunque intento paternalistico e/o puramente informativo) è occasione per far sì che il soggetto in cura possa riconoscersi in quanto primo responsabile delle scelte nei confronti del proprio percorso terapeutico e della propria salute. Il problema, dunque, si rivela nei termini di una impossibilità a pensare una scienza medica che si occupi solo dello stato di malattia. Detto con altre parole, è impossibile, nell’orizzonte della cura per la salute dell’uomo, far riferimento alla malattia dell’organo prescindendo completamente dal considerare il concreto orizzonte personale e sociale, culturale e simbolico, progettuale ed esistenziale che definisce la situazione di malessere dell’uomo. Le considerazioni rilanciate da *Lancet* nel 2009 sul problema di cosa sia la salute non sono distanti da questa logica. Pensare in un’ottica ecosistemica la salute, è vero, significa riportarla, caso per caso, a una “capacità di adattamento” dell’uomo al proprio ambiente ma significa anche, quando integrata pedagogicamente, riportarla a una questione di responsabilità personale nel

cambiamento e nell’adattamento, di scelta consapevole e informata circa le possibilità terapeutiche, di ricostruzione di nuovi “quadri” interpretativi che riconoscano nel sapere medico – e nella elaborazione che l’incontro *caregiver*-paziente consente – un assunto argomentativo per pensare nuovi valori per la vita e orientamenti esistenziali che rispondano alle esigenze sia oggettive del sapere, sia soggettive dell’uomo. Si perdoni il gioco di parole, ma bisogna curare la cura come relazione, facendo sì che le informazioni che il *caregiver* sottoporrà al suo assistito fungano, pedagogicamente, da suggestione per la costruzione condivisa di un orizzonte di senso ove collocare il proprio disagio, il proprio malessere, la propria malattia. Con ciò proponendo un modello di responsabilità condivisa per il procedere della cura e definendo, per il *caregiver*, il ruolo di *promotore di abilità costruttive e interpretative* nel soggetto in cura. La realizzazione di una tale più ampia “comprensione situata” delle responsabilità personali nei confronti delle determinazioni proprie del sapere medico necessariamente avrà un suo valore nella ricostruzione della catena delle responsabilità della cura. E sarà certamente meglio di ogni approccio medico-difensivo che significa, già di per sé, l’ammissione di una assurda ipotesi di colpevolezza, più che responsabilità, preventiva. ♥



Lettera al malato

«Ma sendo l'intento mio scrivere cosa utile a chi la intende, mi è parso più conveniente andare drieto alla verità effettuale della cosa che alla immaginazione di essa»

Niccolò Machiavelli, *Il Principe*, XV



Niccolò Machiavelli (1469-1527)

Niccolò Machiavelli scrisse “*Il Principe*”, per cercare di distinguere la morale dalla politica. I consigli del segretario fiorentino sono diretti a chi governa, ma anche al popolo, i consigli di questa lettera sono rivolti a te, malato, ma anche al tuo medico, cercando di separare la scienza dalla speranza e dall’inganno sottolineando che non esistono buone cure senza buona ricerca e la buona ricerca è

quella basata sulla sperimentazione scientifica e sulle prove di efficacia. Laddove la scienza mostra i suoi limiti, il paziente, però, ha bisogno di speranza. La medicina tecnologica troppo spesso dimentica questo importante aspetto dando spazio così ad improvvisati guaritori e ciarlatani. L’illusione proposta viene confusa con la scienza aprendo così la porta all’inganno. Tu, malato, hai diritto alla speranza ma non puoi

non tener conto della dura realtà scientifica. Tu non hai e non puoi avere le conoscenze e l’esperienza necessaria per decidere se esiste o meno una cura per la tua malattia e quale sia quella migliore. Certo la scienza è imperfetta, però da tanti errori si arriva a qualche verità mentre le scemenze rimangono scemenze. Tu, malato, non devi farti imbrogliare da imbonitori ed impostori sia quando puoi avere la probabilità concreta di guarire da

una malattia sia quando puoi trarre giovamento da una cura palliativa per una malattia inguaribile. Fai finta di lasciarti illudere solo da chi sinceramente vuol darti speranza in casi disperati. Tieni conto della evoluzione naturale della malattia e del fatto che esistono meccanismi riparativi biologici che devono avere tempo per funzionare. Non sempre c'è bisogno di medicine o procedure invasive per guarire! Tieni presente che i buoni stili di vita fanno meglio di tante medicine sia nella prevenzione che nella guarigione dalle malattie! Se ti ostini a mantenere stili di vita scorretti non puoi chiedere miracoli o pretendere che la collettività sostenga spese insostenibili per curarti. Anche tu hai qualche dovere! Non chiedere sempre tutto e subito. Le risposte vanno date quando servono, non sempre necessariamente subito. Ricorda anche che non sempre fare di più significa fare meglio. Negli Stati Uniti la spesa per la sanità è più del doppio di quella italiana, eppure l'aspettativa di vita è di qualche anno inferiore e la qualità di vita la lascio decidere a te. Possono coesistere tanta medicina e poca salute. Non chiedere certezze. La medicina è per sua natura approssimativa. Nessuna scelta anche basata su prove di efficacia da dei risultati certi. Anche la cosiddetta "medicina di precisione" del futuro sarà sempre comunque una medicina del "pressappoco", che non è "pressapochismo" in quanto si basa sulle prove di efficacia, che la ricerca scientifica cerca di migliorare con la sperimentazione clinica. Meglio il "pressappoco" del "fate come vi pare". Chi dice il

contrario ti illude! Accetta una ragionevole incertezza, anche perché di meglio non c'è. Perdoni qualche inevitabile errore veniale in una attività così complicata come quella medica. Chiedi il giusto risarcimento in caso di errore grave e inescusabile soprattutto se non sono stati applicati i provvedimenti che hanno evidenza di efficacia. Non accusare con troppa faciloneria chi si occupa della tua salute, perché questo può rendere il sistema troppo difensivo e questo non ti aiuta e rende il processo diagnostico e terapeutico più complicato, costoso e meno efficace. Non pretendere che il medico faccia quello che tu richiedi o che ti sembra meglio fare. Si dice che la salute non ha prezzo, ma ha un costo. Cerca di condividere con lui la problematica. Se comunque ti sei innamorato di un esame o di una terapia non mettere la spesa a carico della comunità, ma affrontala con le tue risorse. Non puoi avere gratis anche il superfluo. Non far scadere l'importante rapporto di fiducia medico-paziente, anche se delicato e fragile, in un rapporto di mera osservanza giurisprudenziale e di attenzione mediatica. Non considerare il medico ciò che non è, non è mai stato, non vuole e non può essere: il sacerdote di una religione esatta. Non lasciarti prendere dall'ira quando un tuo disturbo o malattia sono di difficile diagnosi o risoluzione. Talvolta può dipendere dal medico che non sa, talvolta dal fatto che esistono poche conoscenze riguardo quella specifica patologia. Nel primo caso chiedi una seconda opinione, nel secondo chiedi che venga effettuata una sperimentazione per trovare

cause e soluzioni della malattia. La peggiore sperimentazione è quella non effettuata quando necessario. Nel caso di malattia irrimediabile lasciati consolare. La rabbia non risolve niente! Aiuta il medico ad evitare che la politica anteponga le necessità del consenso elettorale a quelle della scienza e che la magistratura non interferisca con decisioni giudiziarie su questioni puramente scientifiche. Una scelta che non è scientifica non è che diventa scientifica perché ha il consenso democratico o perché il giudice la impone. Rimane comunque non scientifica. Attento alle bufale che imperversano sui social media. Nel groviglio inestricabile della mente umana esce di tutto. Ognuno razionalizza a modo suo cose di cui non ha la minima conoscenza ed esperienza e talvolta l'incompetenza diventa merito solo perché viene comunicata in modo accattivante da persone che hanno molto consenso. Non dare retta alle piazze urlanti e al bullismo scientifico. Scegli un medico che ti sappia comunicare le migliori prove di efficacia e ti sappia dare speranza più che un guaritore (anche se medico) che ti voglia solamente illudere o addirittura ingannare! Datti da fare per morire giovane il più tardi possibile, mantenendo stili di vita adeguati ed aderendo a quello che la scienza mette a disposizione sia per la prevenzione sia per la cura. Accetta la morte quando è il momento: dopo la nascita è l'unica cosa certa della vita. Non accettarla rende il trapasso ancora più angoscioso. Vivi nella fede se credi, nella speranza se non credi. ♥



Federico Fellini

Prima parte

Il “realismo fantastico” di un Regista geniale,
nei ricordi di uno spettatore amante del Cinema



«Fare un film è come fare un viaggio, ma del viaggio non interessa la partenza ma l'arrivo» (Federico Fellini)

In egual misura uno spettatore amante del Cinema, meditando su Fellini, affronta un viaggio nel mondo del “realismo fantastico” di uno tra i più originali e geniali Registi del XX secolo. Un viaggio attraverso immagini e temi, già affascinanti nelle prime visioni, ma sempre più densi di riflessioni, approfondimenti, significati, ad ogni successiva visione o

semplicemente ad ogni successivo ricordo. I ricordi, a differenza della memoria, richiamano aspetti affettivi, emozionali dell'animo umano. Quindi in gran parte sentimenti personali. Rievocando, a grandi linee, il Cinema di Federico Fellini, mi lascio guidare dai ricordi personali. Sono le mie preferenze, modellate necessariamente da una organizzazione più razionale,

comprensibile, possibilmente accettabile. Fellini non si lascia condizionare, né abbattere dai parziali insuccessi dei primi film. Si è già convinto che il suo mestiere è il Cineasta. Non il disegnatore, il vignettista, lo scrittore, come nelle prime esperienze adolescenziali a Rimini e poi nel *Marc'Aurelio* a Roma. Crea “**I Vitelloni**”. I Vitelloni sono cinque personaggi un po' scialbi, ancorati alla immobile vita di provincia, ricchi solo di progetti che non fanno, né potranno, mai realizzare. Vittime del loro stesso ozio e, in questa atmosfera, delle loro necessarie menzogne rivolte agli altri, ma soprattutto a se stessi. Alla fine solo Moraldo, la coscienza critica, sostituisce alla immobilità del gruppo la mobilità della sua partenza. Verso un mondo diverso. Verso l'avvenire. È un chiaro riferimento autobiografico alla partenza di Fellini da Rimini verso Roma, che resterà la sua Città adottiva. Il primo tra i tanti successivi riferimenti autobiografici dell'Autore, sempre modificati da una fertile immaginazione. Con “**I Vitelloni**” Fellini riceve



Franco Interlenghi nel finale del film "I vitelloni"

riconoscimenti in tutto il mondo, anche al seguito del "Leone d'Argento" conquistato alla Mostra di Venezia del 1953. I "vitelloni" diventa un neologismo, per designare giovani nullafacenti. *"Giulietta: un'attrice dotata per esprimere gli stupori, gli sgomenti, le frenetiche allegrezze e i comici incupimenti di un clown. Così dunque mi apparve Gelsomina: nelle vesti di un clown, e subito accanto a lei, per contrasto, un'ombra massiccia e buia, Zampanò".* E insieme la strada, il circo. Gelsomina il "clown bianco"



Anthony Quinn e Giulietta Masina nel film "La strada"

e Zampanò "l'augusto", due figure emblematiche del Circo. A quel mondo Fellini dedicherà successivamente un intero film: "I clowns". Ecco dunque **"La strada"**. La storia di due personaggi opposti. La fragile Gelsomina, venduta dalla madre al rude saltimbanco Zampanò, che la porta in giro per le strade, ove mostra la sua forza brutta. Gelsomina è la fragilità, la dolcezza, la innocenza, la poesia. Zampanò la forza brutta, la materialità, la bestia umana. Un terzo protagonista è il Matto, un equilibrista girovago, che affascina Gelsomina per la sua semplicità e dolcezza e la convince che nessun essere umano può considerarsi inutile. Un mondo che appare privo d'amore. Ma alla fine del film, anni dopo la storia raccontata, il rude Zampanò, quando apprende della morte di Gelsomina, che aveva abbandonato, sulla riva del mare prende coscienza della sua materialità, del suo egoismo e della sua solitudine e si scioglie in un

pianto disperato. Riesce finalmente a piangere. Osannato in tutto il mondo, in particolare in Francia, "La strada" ottenne l'Oscar per il migliore film straniero 1956. Con "Le notti di Cabiria" Giulietta Masina, compagna nella vita di Federico Fellini, conferma il suo ruolo importante anche nell'arte del Regista. Cabiria è una prostituta, ingenua, dall'animo semplice, dai sentimenti puri. Sogna un amore sincero. Aspira a cambiar vita. Significativa la sequenza del pellegrinaggio al Santuario del Divino Amore, insieme ad altre prostitute e derelitti e quella occorsa su un palcoscenico di periferia ove un illusionista la fa cadere in "trance" rivelando il suo animo semplice e i suoi sogni, tra le derisioni di volgari spettatori. Il desiderio di amore crolla al cospetto di un truffatore che la butta nel fiume e la deruba all'inizio del film. L'episodio si ripete alla fine. Cabiria si avvia sconsolata verso il suo triste destino. Ma sulla strada incontra un gruppo di giovani festanti e gioiosi, al suono della fisarmonica, che la salutano con un semplice "buonasera". Cabiria torna a sorridere e rivolge lo sguardo fisso verso di noi, verso lo spettatore, per coinvolgerlo certamente nel suo dramma, ma insieme nella speranza nella vita. Un finale esaltante, poetico. Una delle espressioni più alte dell'universo filmico felliniano, ampiamente ammirato da André Bazin, Fondatore dei *Cahiers du Cinema*. Oscar per il migliore film straniero 1957. Migliore interpretazione femminile a Giulietta Masina nel Festival di Cannes. Sul finire degli



Anita Ekberg in una sequenza del film "La dolce vita"

anni '50 il benessere economico ha mutato la vita degli italiani. La classe media fa ostentazione della sua ricchezza. Roma diventa la Hollywood italiana e richiama star da tutto il mondo. Via Veneto è il centro della vita notturna. Fellini è osservatore attento della città di adozione, ormai la sua Città, del suo splendore, della ostentata opulenza, ma insieme delle miserie e della decadenza. Nasce **"La dolce vita"**. *"Agli sceneggiatori dissi: dobbiamo fare una statua, romperla e ricomporre i pezzi. Oppure tentare una scomposizione picassiana"*. Via Veneto,

night club, locali ove si balla il cha cha cha, appartamenti lussuosi, castelli, aristocratici sciocchi e corrotti, amori. Quattro feste: la prima per celebrare una star del Cinema, Silvia (Anita Ekberg, bellezza monumentale, esuberante, sconvolgente) e l'ultima con l'orgia finale. Osservatore e testimone è Marcello Rubini (Marcello Mastroianni) che da aspirante scrittore, giornalista di cronache mondane, finisce per avventurarsi nel mestiere più danaroso di manager di dive. Lo accompagna un fotografo, Paparazzo, insieme

ad altri fotografi alla ricerca spasmodica dello scoop. Non una storia tradizionalmente costruita, ma un mutare di situazioni, personaggi, scene. Quasi si trattasse di diversi film. Un caleidoscopio di eventi che può sembrare a prima vista una opera confusa, ma esprime al contrario nel suo complesso originalità e arte ineguagliabile. Ogni sequenza è un numero a sé, realizzato senza dissolvenze, ma decisi stacchi. Moravia riassume così la conduzione del film "dalla caricatura espressionista al più freddo realismo". La descrizione di una ricerca della felicità che i protagonisti non raggiungono mai. Di riflesso l'analisi della decadenza di uno stile di vita, metaforicamente espresso, nelle scene conclusive, dal pesce mostruoso che i partecipanti all'ultima festa scoprono sulla spiaggia. Marcello - Federico osserva sulla sponda opposta una ragazza che gli sorride e gli rivolge la parola. Non la sente, preso dal turbinio dei problemi della storia che sta vivendo. Ma il volto angelico di Valeria Chiagottini ci suggerisce che oltre alla vita descritta c'è un'altra vita per Marcello e per tutti. Uno dei tanti finali travolgenti e poetici di Fellini. "La dolce vita", un "film evento", sottoposto agli anatemi di gran parte delle autorità ecclesiastiche. Palma d'oro a Cannes. Innovatore nel linguaggio filmico. Persino nel linguaggio comune per alcuni neologismi. "Paparazzo" vuol significare fotografo alla ricerca di scoop, il "dolcevita" è un maglione dotato di un collo alto e risvoltato, aderente al collo dell'indossatore. ♥



Fotografare la natura, solo un hobby o un contributo alla tutela dell'ambiente?



Figura 1 - Beccaccia di mare



Figura 2 - Avocetta

Roberto Valle dirige l'U.O. di Cardiologia di Chioggia. Si occupa di scompenso cardiaco e in particolare di biomarcatori. Ha come molti di noi anche tanti altri interessi, tra i quali la fotografia naturalistica. Una passione che dura da tanti anni, come sa chi ha lavorato col Kodachrome 25 che ripagava i tempi della lunga attesa con lo splendore delle immagini proiettate sullo schermo...

Roberto come nasce questo tuo interesse?

Tanti anni fa, 30-35, in giro per la laguna veneta, ho fotografato un airone bianco, era nell'acqua, contro un muro di mattoni. La dia Kodachrome 25 si fece



Figura 3 - Pettegola

attendere molto, arrivò dopo un mese: l'airone, si stagliava bianco, immerso in una nuvola arancione formata dal muro completamente sfuocato sullo sfondo e perfettamente riflesso nell'acqua ferma. Fu una folgorazione e l'inizio di una passione. Da allora cominciai a fotografare gli uccelli acquatici, molto comuni nella laguna di Venezia (città dove abitavo ed ancora abito).

Come spesso succede nella vita un interesse nato per caso. Per caso, ma il germe c'era già. Da bambino pensavo di fare il naturalista. Poi ho avuto la vocazione medica. Ma ho sempre continuato ad interessarmi di natura. E la fotografia naturalistica può essere uno strumento per studiare gli animali (uccelli acquatici nel mio caso) e acquisire conoscenze finalizzate alla loro conservazione. Le foto che ti ho inviato sono parte di piccoli progetti di ricerca (autofinanziati) su alcune specie di trampolieri e gabbiani, che hanno portato una serie di pubblicazioni scientifiche.

In una delle foto gli uccelli sono ripresi dall'alto. Usi i droni?

Sì, la disponibilità di droni è sicuramente un'evoluzione per chi fotografa gli uccelli; tra l'altro i droni consentono di registrare video di eccellente qualità e aprono enormi possibilità nella ricerca e nella fotografia naturalistica. Con l'impiego dei droni puoi vedere quello che nessuno ha visto finora. L'emozione che prova un naturalista nel vedere un uccello in volo, ripreso dall'alto, è sicuramente vivida, ma lo è ancora di più per il fotografo che l'ha scattata.



Figura 4 - Beccaccia di mare



Figura 5 - Gabbiano reale

Leggevo di recente un bell'articolo di un fotografo naturalista, Alessandro Tiraboschi, dal titolo "Fotografia Naturalistica. Etica e rispetto della natura". Sottolineava come per fare questo mestiere sia necessario studiare gli animali e entrare nella loro vita in punta di piedi per non alterare i loro ritmi. Sono d'accordo. Fotografare gli animali significa conoscerli e

rispettarli. È purtroppo sempre più diffusa la presenza di "fotografi" irrispettosi di qualsiasi regola e pronti a provocare qualsiasi danno agli uccelli (anche in periodo riproduttivo!) pur di scattare un'immagine. I droni aiutano a entrare nella vita degli animali con discrezione e per questo mi sembrano un passo avanti per questo tipo di fotografia.



Figura 6 - San Francesco del Deserto



Figura 7 - Colonia di Beccapesci

Roberto viviamo un tempo di grandi cambiamenti che investono la natura e nella maggior parte dei casi siamo costretti a constatare come “il progresso” rappresenti un pericolo per l’ecosistema che ci circonda. Qual è la tua esperienza di tanti anni di lavoro nel “real world”, per rubare una espressione che usiamo spesso nel nostro lavoro?

Posso dire che se in generale l’impatto del “progresso” sull’ambiente non lascia ben sperare, mi è capitato di osservare alcuni dati positivi. Un esempio: negli anni ottanta avevo deciso di documentare la biologia riproduttiva della Beccaccia di mare (un trampoliere), all’epoca sull’orlo dell’estinzione, con le ultime, poche coppie (30 in tutto) relitte sugli scanni più remoti del Delta del Po. Riuscii a fotografarle ed a documentare vari aspetti della loro vita poi riportati in alcuni lavori scientifici. La cosa più entusiasmante però, fu che la Beccaccia inaspettatamente si “riprese” ed iniziò ad aumentare la popolazione che, a distanza di 30 anni, assomma ormai a centinaia di coppie. Pensavo di testimoniare l’estinzione ed invece ne ho seguito la rivincita!

Come osservare una guarigione inaspettata

È vero. La cosa più importante tuttavia, è che la passione per la fotografia naturalistica mi ha consentito di passare il tempo libero in mezzo alla natura, nel mio caso nella Laguna di Venezia o nel Delta del Po, che costituiscono due delle zone umide più belle (ed importanti) del



Figura 8 - Piviere tortolino



Figura 8 - Pulcino di Gabbiano corso

Mediterraneo. Detto senza nessuna retorica, il nostro mestiere è tale per cui i momenti per “staccare” sono quanto mai necessari per conservare una buona qualità di

vita. D’altra parte il fatto che la storia della Medicina sia piena di medici che si interessavano di scienze naturali non può essere certamente un caso! ♥



Si può essere e non essere allo stesso tempo?

Il libro di Javier Marías racconta il legame tra Berta e Tomás, attorno al quale l'autore madrileni fa ruotare la narrazione e il dipanarsi spesso inatteso degli eventi

Berta Isla, titolo del libro e nome della protagonista femminile, è l'ultimo bellissimo e coinvolgente lavoro di Javier Marías, uscito prima dell'estate per Einaudi. Il romanzo è ambientato tra Madrid e Oxford negli anni '70 e '80. Alla vicenda particolare dei personaggi fanno da cornice i continui ed interessanti riferimenti alla Storia di quel periodo, che aprono lo sguardo su episodi come la guerra alle Falkland e le vicende terroristiche connesse all'IRA. Il matrimonio tra Berta e Tomás è il legame attorno a cui l'autore madrileni fa ruotare tutta la narrazione e il dipanarsi degli eventi, che si susseguono con un ritmo graduale, mai affrettato, ma ineluttabile. La relazione dei



due coniugi si configura come un legame nel quale si intrecciano sentimenti opposti e temi contrastanti: amore ed estraneità, vicinanza e allontanamento, conoscenza e segreti inconfessabili sono solo alcuni degli elementi che caratterizzano il rapporto tra i due soggetti. La coppia si conosce e vive a Madrid. Berta è spagnola, mentre Tomás, inglese da parte di padre, possiede anche la nazionalità britannica. Tomás studia ad Oxford, dove, in seguito ad una vicenda che gli stravolgerà completamente la vita, viene suo malgrado arruolato come agente segreto, con tutto quello che ne consegue. Improvvisamente si ritrova a vivere un'esistenza anonima e oscura

Il romanzo prende il via da una vicenda che stravolgerà completamente la vita del protagonista maschile, Tomás, che viene, suo malgrado, arruolato come agente segreto e improvvisamente si ritrova a vivere un'esistenza anonima e oscura nella rete dei servizi segreti britannici

Il mio consiglio di lettura per questo numero è un libro sulle vicende imprevedibili e il destino inaspettato che i due coniugi, Berta e Tomás, sono costretti a subire in seguito ad avvenimenti sconvolgenti e misteriosi

nella rete dei servizi segreti in cui l'individuo non è più nessuno, non esiste e non si appartiene, non ha più un'identità; nella difesa del Regno Unito Tomás, come singolo individuo non è nulla, non ha più valori propri, ideali o sentimenti e improvvisamente diventa inesistente in quanto detentore di segreti inconfessabili. Non si tratta però solo di non essere più visibili e riconoscibili agli occhi degli altri e di se stessi; Javier Marías ci pone di fronte al mutamento sostanziale di Tomás, che riguarda il non essere più da un punto di vista ontologico. La materia e il registro diventano qui filosofici: Tomás si ritrova a non far più parte dell'Essere perché la vita lo ha portato a dubitare persino di se stesso e del fatto che l'identità non sia univoca, ma lo ha persuaso che ci siano tante identità e personalità che si possono interpretare, inscenare e far diventare davvero parte di sé. Non è dato sapere che cosa faccia Tomás durante le sue lunghe assenze e i suoi ritorni improvvisi, ma quello che è sicuro è che l'intermittenza

affettiva a poco a poco insinua un allontanamento tra marito e moglie, ognuno dei quali ha dell'altro una conoscenza sempre più parziale, fino a che una spaccatura irreparabile (?) compromette il rapporto tra i due. Siamo qui di fronte ad un caso particolare che diviene rappresentativo dei rapporti di coppia in generale: si può conoscere davvero l'Altro? Fino a dove arriva la condivisione della vita? Siamo comunque destinati ad essere soli? Il tono della narrazione sembra tenere il lettore in sospensione come in una storia di spionaggio, ma il racconto è un continuo oscillare tra gli accadimenti e l'avventura interiore dei due protagonisti, scomposta e ricomposta in un tempo sospeso e ignoto, carico di incertezza futura e speranza che non si sa se, dopo attese e rimandi, potrà essere ricompensata. Uno dei protagonisti del libro è proprio il Tempo. Un tempo che è stato, con le vicende che racchiude e che vengono raccontate; un tempo che avrebbe potuto essere diverso, contenitore

di accadimenti latenti e che rimangono in potenza lasciando comunque un segno indelebile. L'attesa paziente di Berta (una Penelope contemporanea?) si carica all'inizio di angoscia e disperazione, per poi diventare una condizione interiore priva di tensione, rassegnata e forse per questo più desiderabile, perché finalmente il dolore viene attutito da una foschia che sospende la ricerca e le aspettative.

Berta Isla è un romanzo tutto introspettivo a due voci, una più coinvolgente dell'altra, ricco di riferimenti letterari, da Omero a Shakespeare, e riflessioni filosofiche sulla vita e il senso dell'esistenza. È un libro sull'amore oscuro e radioso al tempo stesso. ♥

CARDIOLOGIE
APERTE ♥ 2019

A tutto Cuore



Dal 9 al 17 febbraio riprenderanno le iniziative di prevenzione firmate **CARDIOLOGIE APERTE!** Scopri il programma completo delle attività in programma sul sito www.periltuocuore.it.



Sarà possibile aderire gratuitamente al progetto di prevenzione cardiovascolare **BANCA DEL CUORE**, che ti permetterà di effettuare un elettrocardiogramma e ricevere la tua card personale **BANCOMHEART**: accedi al sito www.bancadelcuore.it per conoscere tutti i dettagli.



Anche per il 2019 la Prevenzione Cardiovascolare arriverà a casa tua! Il **Truck Tour BANCA DEL CUORE** riprenderà il suo percorso itinerante nelle più importanti città italiane.

Visita il sito www.bancadelcuore.it per scoprire la tappa più vicina in cui effettuare un **check cardiovascolare gratuito**.



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'Ente Superiore di Sanità** 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 prevenzione della malattia. **Fondazione per il Tuo Cuore - NCF Onlus**.

BANCA DEL CUORE

**BANCA
DEL
CUORE**

LA TUA SALUTE CARDIOVASCOLARE:
AL SICURO E SEMPRE ACCESSIBILE



Auguri di Buon Natale
a tutti i nostri associati