

Cardiologia

negli Ospedali



NOVEMBRE / DICEMBRE 2019 N° 232

Rivista dell'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri – ANMCO



ANMC World



51° Congresso Nazionale

Associazione Nazionale

Medici Cardiologi Ospedalieri

PALACONGRESSI

R I M I N I

2 8 • 3 0

M A G G I O

2 0 2 0

www.anmco.it

L'EVOLUZIONE, NEL CUORE DI TUTTI



Fotografia di Manlio Cipriani
Alberobello (Bari)
Ottobre 2019

N. 232 novembre / dicembre 2019
Rivista ufficiale dell'Associazione
Nazionale Medici Cardiologi
Ospedalieri

Editor
Manlio Cipriani
Co - Editor
Massimo Imazio
Direttore Responsabile
Mario Chiatto
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 p. 4
di Manlio Cipriani

DAL PRESIDENTE

L'ANMCO della continuità della p. 6
consapevolezza e dello sviluppo, un
"tuffo" nella splendida terra di Puglia
di Domenico Gabrielli a nome del Consiglio
Direttivo ANMCO

DAL PRESIDENTE DELLA FONDAZIONE PER IL TUO CUORE

Cardiologie Aperte 2020: p. 11
l'appuntamento da non perdere per la
salute del cuore!
di Michele Massimo Gulizia

DALLA ITALIAN FEDERATION OF CARDIOLOGY

La rivoluzione digitale è già in p. 14
corso, non possiamo farci trovare
impreparati!
di Stefano Urbinati

DAL CENTRO STUDI DELLA FONDAZIONE PER IL TUO CUORE

Il punto sugli Studi Clinici del Centro p. 17
Studi della Fondazione per il Tuo cuore
a cura del Centro Studi

DAL CONSIGLIO DIRETTIVO

Survey GO TO K. p. 21
Nuova Gestione Terapeutica del
paziente con iperkaliemia
di Pasquale Caldarola, Massimo
Iacoviello, Furio Colivicchi, Domenico
Gabrielli

Perché tanto interesse p. 27
per la CEN ANMCO su
Amiloidosi&Fabry?
di Andrea Di Lenarda

DAGLI STATI GENERALI

L'ANMCO e il SSN: il quadro p. 29
normativo. Proposte standard
strutturali ed organizzative e la
carenza degli specialisti
di Giovanni Gregorio, Pasquale Caldarola,
Loris Roncon, Furio Colivicchi

Stati Generali ANMCO 2019. p. 31
Come migliorare lo spirito di
appartenenza e partecipazione
di Stefano Urbinati

Formazione manageriale del p. 33
Cardiologo: tra responsabilità cliniche
e competenze gestionali
di Stefano Domenicucci,
Giuseppe Di Pasquale, Vincenzo Amodeo,
Adriano Murrone

L'ANMCO e gli aspetti p. 36
professionali: specificità e tutela
legale
di Fabrizio Oliva

ANMCO 2.0: Sito Web e Social p. 38
Media. Come cambia la comunicazione
delle Società Scientifiche oggi
di Fortunato Scotto di Uccio, Giuseppina
Maura Francese e Massimo Imazio

DALLE AREE AREA CARDIOIMAGING

Doping ed energy drinks: quando p. 43
l'imaging rivela il "falso atleta"!
di Antonello D'Andrea, Alessia Gimelli,
Marco Campana, Massimiliano Rizzo,
Donato Mele, Giovanna Di Giannuario,
Georgette Khoury, Antonella Moreo

AREA EMERGENZA - URGENZA

Conversando "un po' a lato p. 47
della medicina"
di Roberta Rossini a nome
del Comitato di Coordinamento dell'Area
Emergenza - Urgenza

AREA GIOVANI

Report di un anno di energia coinvolgente, quella dei giovani ANMCO p. 60

di Stefania Angela Di Fusco, Nadia Ingianni, Marco Malvezzi, Luigi Pollarolo, Marco Flori, Annamaria Iorio, Giuseppe Galati, Filippo Zilio



AREA MALATTIE DEL CIRCOLO POLMONARE

Campagna Nazionale per la Prevenzione del Tromboembolismo Venoso: buon compleanno Prof. Virchow! p. 63

di Marco Vatrano, Claudio Picariello, Iolanda Enea, Maria Teresa Manes, Egidio Imbalzano, Leonardo Misuraca, Elisabetta De Tommasi, Andrea Garascia, Sergio Caravita, Loris Roncon

DALLE TASK FORCE TASK FORCE CARDIONEUROLOGIA

Il Loop Recorder Impiantabile dopo uno Stroke Ischemico: facciamo luce nelle zone d'ombra p. 66



DALLE REGIONI

CALABRIA

Autunno di Prevenzione Cardiovascolare in Calabria p. 70



LOMBARDIA

Percorsi di Cardiologia Riabilitativa post-SCA in Lombardia. p. 73

I risultati di una Survey *di Oreste Febo, Simona Pierini, Roberto Bonatti, Benedetta De Chiara, Luca Ferri, Luigi Fiocca, Attilio Iacovoni, Daniele Nassiacos, Giuseppe Di Tano*

FORUM

Progettazione di un PDTA per la valutazione cardiologica dei pazienti candidati ad intervento di chirurgia non cardiaca p. 76

di Fabio Damiani, Maurizio Giuseppe Abrignani e Antonio Cacciapuoti

OSSERVATORIO DI DIRITTO SANITARIO

La responsabilità medica oltre il rapporto medico-paziente: il diritto al risarcimento (anche dei prossimi congiunti) p. 79

di Mario Chiatto e Maria Giovanna Murrone

LETTO E COMMENTATO... ECHI DALLA LETTERATURA INTERNAZIONALE

Uno spaccato della realtà: utilizzo della trombolisi nell'embolia polmonare in Germania p. 81

di Leonardo Misuraca, Claudio Picarello, Egidio Imbalzano, Sergio Caravita, Elisabetta De Tommasi, Iolanda Enea, Maria Teresa Manes, Loris Roncon, Marco Vatrano

MEDICINA NARRATIVA

La comunicazione centrata sul paziente (parte seconda) p. 82

di Massimiliano Marinelli

STORIA E CURIOSITÀ DELLA CARDIOLOGIA

Leonardo da Vinci (1452 - 1519) e il cuore: Arte e Scienza tra micro e macrocosmo p. 84

di Andrea Vestprini e Fabiola Zurlini



PEDAGOGIA DELLA SALUTE

Educazione alla salute e formazione degli operatori p. 87

di Giovanbattista Trebisacce

CUORI DI CHINA

“... A casa nostra - Cronaca da Riace” p. 89
 Il Fumetto racconta la migrazione
 di *Andrea Mazzotta*



LETTI PER VOI

Che cosa distingue e rende unica la nostra specie? p. 98
 di *Beatrice Balduzzo*



UNO SGUARDO SUL MONDO

Gente dei mercati p. 93
 di *Gianfranco Misuraca*



Malato ma non troppo p. 100
 (con la formula dell'umana felicità)
 di *Pasquale Caldarola*



Claudio Cuccia

Malato, ma non troppo
 (con *La formula dell'umana felicità*)



Editoriale

Cari Lettori, siamo arrivati all'ultimo numero del 2019 e questo è il nostro regalo di Natale.

A me non piace tirare somme di fine anno, ma permettetemi di esprimere un sentimento di soddisfazione per questo anno di lavoro con la redazione di CNO. Mi sono prima di tutto divertito, ho imparato tanto su questa rivista storica dell'ANMCO, ho appreso e condiviso esperienze e capacità che non conoscevo e che mi hanno sicuramente arricchito.

Grazie al Consiglio Direttivo ed al suo Presidente per avermi dato questa opportunità e grazie a tutta la Redazione e alla Segreteria della Rivista per il grande lavoro svolto insieme.

Questo numero di CNO lascia grande spazio agli Stati Generali Associativi che si sono svolti in Puglia, regione meravigliosa in cui Pasquale Caldarola e tutta la cardiologia pugliese ci hanno accolto con grande affetto e impeccabile ospitalità. La fabbrica degli Stati Generali dell'AMNCO ha prodotto anche quest'anno riflessioni, contenuti e novità che rappresenteranno un nettare prezioso a cui attingere nei mesi a venire. Leggere in differita gli articoli contenuti in questo numero di CNO vi convincerà della positiva ed importante laboriosità che ha caratterizzato l'evento.

Stefano Urbinati in qualità di Presidente IFC è andato a Tallin in Estonia al primo Digital Health Summit dell'ESC e ce ne riporta un dettagliato resoconto, introducendoci alla Cardiologia Digitale branca che sta esplodendo e con cui è bene cominciare a famigliarizzare prima che un orologio digitale da polso ci "metta da parte"!

Andrea Di Lenarda ci ricorda e ci invita alla CEN ANMCO su Amiloidosi e Malattia di Fabry, imperdibile occasione per approfondire due malattie sotto-diagnosticate e con importanti novità terapeutiche.

Roberta Rossini, Chairperson dell'Area Emergenza-Urgenza, intervista Maria Frigerio e Gianfranco Sinagra; interessanti differenze di genere ci raccontano e delineano il pensiero di due personalità della cardiologia italiana "a lato della medicina".

L'Area Giovani ci invia un elettrizzante report delle numerose attività del 2019 a cui è un vero peccato non partecipare, per quello che mi riguarda per "raggiunti limiti di età", ma per molti di Voi un'occasione di crescita culturale e associativa garantita.

Questo numero è poi come sempre ricco di novità scientifiche, raccontate e commentate da Esperti, che in poche e sintetiche righe vi tengono aggiornatissimi;

poca fatica, tanta resa. Maria Giovanna Murrone e Mario Chiatto, nella Rubrica Osservatorio di Diritto Sanitario, esaminano in maniera approfondita alcuni aspetti della Responsabilità medica a volte trascurati. Il Prof. Massimiliano Marinelli conclude in questo numero l'interessante articolo iniziato nello scorso numero. La storia narrata del trapianto cardiaco di Alessandro, mi coinvolge professionalmente in maniera particolare, spingendomi a riflettere sulla mia personale quotidianità lavorativa, sicuramente complessa e articolata dal punto di vista tecnico, ma che non può dimenticare appunto "l'agenda del paziente" e la nostra fondamentale capacità comunicativa.

Su comunicazione e formazione degli operatori ritorna puntuale l'articolo della "famiglia" Trebisacce, questa volta a firma del figlio, Prof. Giovanbattista Trebisacce, quasi a completare e arricchire il percorso didattico in cui ci ha condotto la Medicina Narrativa e che ci auguriamo possa proseguire nei prossimi numeri. Tre sono i libri per le vacanze che ci vengono consigliati e letti per noi. Buon Natale e buona lettura a tutti Voi. ♥



*Fotografia di Copertina
Manlio Cipriani
Alberobello (Bari)
Ottobre 2019
Leica Q, Summilux 28 mm f/1.7.
ISO 800, f/16 a 1/60 sec*





L'ANMCO della continuità della consapevolezza e dello sviluppo, un "tuffo" nella splendida terra di Puglia

Riflessioni a margine dei XII Stati Generali Associativi tenutisi a Monopoli nei giorni 11 e 12 ottobre 2019



Cari Amici e Colleghi, nei giorni 11 e 12 ottobre a Monopoli si sono tenuti i XII Stati Generali Associativi, il cui motivo informatore è stato, ancora una volta, *L'ANMCO della continuità, della consapevolezza e dello sviluppo*. L'evento è stato molto partecipato e di importanza straordinaria perché ha consentito di approfondire, nel corso delle varie sessioni previste, diversi temi ritenuti dal Consiglio Direttivo e da me di rilevanza strategica per il nostro futuro associativo e professionale. Vi debbo comunicare con malcelata soddisfazione, personale e associativa, che ne siamo usciti ancora una volta con l'idea di un mondo ANMCO forte, deciso, orgoglioso delle proprie tradizioni e del proprio ruolo nell'ambito della Cardiologia, coeso e permeato da un feeling di serena amicizia e partecipazione. Abbiamo voluto fortemente questi Stati Generali con

un format innovativo perché avessero il significato di un vero e proprio "briefing" associativo di metà mandato, mediante il quale confrontarci sulle nostre linee programmatiche, con le criticità e le opportunità connesse. L'obiettivo dell'evento è stato quello di analizzare e confrontarci sulle nostre linee programmatiche per arrivare alla definizione di una politica associativa fortemente condivisa. Abbiamo voluto realizzare un format fortemente innovativo che in 8 sessioni ha affrontato temi di forte interesse per la nostra Associazione e che ci ha dato modo di riflettere su future potenzialità e su tematiche cardine, come il ruolo di ANMCO nei confronti delle Istituzioni e del Sistema Sanitario Nazionale, il rapporto con gli Associati, la Comunicazione nelle sue diverse forme, la Responsabilità Professionale, la Formazione a tutto tondo, la Fondazione per il Tuo

cuore e la Ricerca, problematiche in parte sollecitate dall'esito di una call for ideas indirizzata al Consiglio Nazionale. Ne siamo sicuramente usciti arricchiti, sia dal punto di vista culturale sia da quello associativo, grazie allo scambio di opinioni approfondito ma sereno, sempre foriero di nuovi slanci e progetti. Un dato di assoluta soddisfazione è stata la presenza di spazi di discussione ampi e partecipati che hanno permesso a tutti di esprimersi e credo siano stati di interesse e arricchimento reciproco. La intensa attività sociale serale, curata nei minimi dettagli da questo Consiglio Direttivo e soprattutto dal nostro fantastico e affettuoso ospite Pasquale



Il Dottor Domenico Gabrielli, Presidente ANMCO, relaziona durante gli Stati Generali ANMCO 2019

<p style="font-size: 1.2em; font-weight: bold;">Programma scientifico</p> <p>11 ottobre 2019</p>	<p style="font-size: 1.2em; font-weight: bold;">Programma scientifico</p> <p>11 ottobre 2019</p>	
<p>INTRODUZIONE AGLI STATI GENERALI ANMCO 2019 D. Gabrielli</p> <p>I SESSIONE</p> <p>16.30 L'ANMCO E IL SSN: IL QUADRO NORMATIVO - PROPOSTE DI STANDARD STRUTTURALI ED ORGANIZZATIVI E LA CARENZA DEGLI SPECIALISTI Moderatore: D. Gabrielli Relatori: P. Caldarola, G. Gregorio Coordinatore: L. Roncon</p> <p>TAVOLA ROTONDA Intervengono: A.F. Amico, M. Barisone, E. Bonsante, L. De Luca, G. Favretto, L. Lalla Piccioni, G. Zuccala</p>	<p>II SESSIONE</p> <p>17.30 L'ANMCO E I SOCI: COME MIGLIORARE LO SPIRITO DI APPARTENENZA E PARTECIPAZIONE Moderatore: G.L. Nicolosi Relatori: S.A. Di Fusco, M. Scherillo Coordinatore: S. Urbinati</p> <p>TAVOLA ROTONDA Intervengono: G. Alunni, D. Grosseto, M. Marini, D. Pini, S. Rakar, M. Zecchin, F. Zilio</p> <p>III SESSIONE</p> <p>18.30 LA FORMAZIONE MANAGERIALE DEI DIRIGENTI CARDIOLOGI Moderatore: G. Di Pasquale Relatori: V. Amodeo, A. Murrone Coordinatore: S. Domenicucci</p> <p>TAVOLA ROTONDA Intervengono: R. Caporale, G. Casolo, G.F. Gensini, G. Guardigli, A.M. Moreo, D. Pavan, S. Strano</p>	
XII EDIZIONE STATI GENERALI ANMCO 2019		11-12 OTTOBRE 2019 MONOPOLI (BA)







Programma scientifico
12 ottobre 2019



Programma scientifico
12 ottobre 2019

IV SESSIONE

8.00 L'ANMCO E GLI ASPETTI PROFESSIONALI: SPECIFICITÀ E TUTELA LEGALE
Moderatore: **D. Gabrielli**
Relatori: **A. Di Lenarda, G. Gregorio**
Coordinatore: **F. Oliva**

TAVOLA ROTONDA
Intervengono: **L. Aquilanti, M. Di Eusanio, E. Di Lorenzo, M. Iacoviello, L. Patané, C. Riccio, S. Themistoclakis**

V SESSIONE

9.00 L'ANMCO E LA FORMAZIONE (CEN, FAD E OLTRE)
Moderatore: **N. Mininni**
Relatori: **N. Aspromonte, M.G. Cipriani**
Coordinatore: **S. Valente**

TAVOLA ROTONDA
Intervengono: **I. Bisceglia, R. Calvanese, G. Di Tano, R. Gilardi, F. Luca, D. Mangino, C. Picariello**

VI SESSIONE

10.00 L'ANMCO 2.0: SITO WEB E SOCIAL MEDIA
Moderatore: **F.M. Bovenzi**
Relatori: **G.M. Francese, F. Scotto di Uccio**
Coordinatore: **M. Imazio**

TAVOLA ROTONDA
Intervengono: **C. Baldi, M. Chiatto, D. Frongillo, R. Rossini, P. Trambaiolo, T. Usmiani, M.A. Viccione**

11.00 Coffee break

VII SESSIONE

11.30 LA FONDAZIONE PER IL TUO CUORE ETS: LA RICERCA E LA FINALITÀ SOCIALE
(la mission della nostra Fondazione e le attività che hanno rilanciato la visibilità e il ruolo del Cardiologo ospedaliero ANMCO nel panorama governativo istituzionale e della vita sociale italiana)
Moderatore: **L. Tavazzi**
Relatori: **L. Bellicini, A.P. Maggioni**
Coordinatore: **M.M. Gulizia**

TAVOLA ROTONDA
Intervengono: **G. Calculli, R. Ceravolo, G. Geraci, F. Nardi, G. Pajes, G. Zuin**

XII EDIZIONE
STATI GENERALI ANMCO 2019




11-12 OTTOBRE 2019
MONOPOLI (BA)



Programma scientifico
12 ottobre 2019



Faculty

VIII SESSIONE

12.30 L'ANMCO – TRASPARENZA DEI RAPPORTI TRA INDUSTRIA E SOCIETÀ SCIENTIFICHE
Moderatore: **D. Gabrielli**
Relatori: **F. Colivicchi, M.M. Gulizia**
Coordinatore: **P. Caldarola**

TAVOLA ROTONDA
Intervengono: **L. Bellicini, M. Corda, I. Enea, M. Grimaldi, E. Gronda, A. Raviele**

13.30 Conclusioni
D. Gabrielli

13.40 Lunch

Alumni Gianfranco (Perugia)
Amico Antonio Francesco (Copertino)
Amodeo Vincenzo (Polistena)
Aquilanti Luigi (Ancona)
Aspromonte Nadia (Roma)
Baldi Cesare (Salerno)
Barisone Michela (Savona)
Bellicini Laura (Roma)
Bisceglia Irma (Roma)
Bonsante Edoardo (Bolzano)
Bovenzi Francesco Maria (Lucca)
Calculli Giacinto (Matera)
Caldarola Pasquale (Bari)
Calvanese Raimondo (Napoli)
Caporale Roberto (Cosenza)
Casolo Giancarlo (Lido di Camaiore)
Ceravolo Roberto (Lamezia Terme)
Chiatto Mario (Cosenza)
Cipriani Manlio Gianni (Milano)
Colivicchi Furio (Roma)
Corda Marco (Cagliari)

XII EDIZIONE
STATI GENERALI ANMCO 2019




11-12 OTTOBRE 2019
MONOPOLI (BA)



Uno scatto dagli Stati Generali ANMCO 2019

Caldarola, ha inoltre consentito di condividere ulteriormente, al di fuori di una “fredda” aula congressuale, il clima di festosa e fiera partecipazione. Il Consiglio Direttivo si è poi riunito nella seconda parte del sabato pomeriggio e alla domenica mattina per avere il solito scambio di opinioni a caldo sull’esito degli Stati Generali e per valorizzare gli spunti ricevuti nelle varie sessioni e per proseguire nella preparazione del prossimo Congresso; è unanimemente emersa la soddisfazione e il compiacimento personale e associativo per i contenuti e le modalità di svolgimento di questi Stati Generali. Mi piace inoltre farvi partecipe del fatto che questi Stati Generali sono stati il culmine associativo di una serie di eventi, sempre tenutisi nella stessa sede, di assoluto valore scientifico, infatti si è tenuto in data 9 ottobre 2019 il I Forum di Cardiologia Clinica ANMCO. Infatti ANMCO, quale preminente

Società Scientifica, esprimendo al suo interno personalità di rilievo scientifico importante, ha deciso di attivare, con cadenza temporale elastica, dei Forum Nazionali di Cardiologia Clinica, invitando a discutere, per un brainstorming sugli argomenti scientifici di rilevanza clinica, di volta in volta stabiliti, le persone di riferimento nel campo, Soci ANMCO. Si è quindi tenuto questo primo Board Nazionale ANMCO di Cardiologia Clinica. La struttura dell’evento prevedeva che ciascun argomento fosse oggetto di una singola Sessione, approfondito da tre componenti del Board, uno nel ruolo di Coordinatore, che in ciascuna sessione fosse predisposto preliminarmente uno o più statement condivisi, presentati in sede di evento con un ampio dibattito con tutto il Board Scientifico. Gli argomenti in discussione, tutti argomenti pregnanti nell’ambito della Cardiologia di precisione e appropriatezza delle

cure, sono stati:

- DOACS nell’anziano
- DOACS nel paziente oncologico
- Nuovi farmaci antidiabetici
- Rischio residuo nel paziente post-ischemico e nel polivascolare
- Follow-up del paziente post-SCA

Al termine della giornata sono stati approvati più statement condivisi sui vari argomenti, che saranno ulteriormente sviluppati ai fini di una loro pubblicazione, quale Position Paper. Nei giorni a seguire si è poi tenuto l’altro importante evento scientifico: “Cardiologia di precisione, personalizzazione delle cure: le nuove evidenze”. La ricerca della personalizzazione delle terapie, farmacologiche e non, per il paziente cardiologico è una delle più interessanti evoluzioni della ricerca scientifica di questi ultimi anni; la consapevolezza che l’efficacia dei trattamenti dipende anche dalle caratteristiche del singolo è ormai una realtà acclarata. Molta attenzione



EVENTO FORMATIVO
ANMCO**I FORUM NAZIONALE
DI CARDIOLOGIA
CLINICA ANMCO****9 OTTOBRE 2019
MONOPOLI (BA)
COMPLESSO TORRE CINTOLA**

è stata rivolta alle popolazioni di pazienti che possano trarre vantaggio dall'uso degli anticoagulanti diretti, all'interno di particolari setting clinici (paziente fragile, anziano, con insufficienza renale, con cardiopatia ischemica o da sottoporre a cardioversione elettrica). L'appropriatezza del dosaggio e l'utilizzo degli anticoagulanti diretti in pazienti sottopeso o obesi sono altri punti di interesse valutati alla luce dei dati del "real world". L'utilizzo in scenari clinici diversi come il tromboembolismo venoso è stato un punto ulteriore della discussione scientifica proposta. Altro momento fondamentale di discussione è stato quello relativo ai pazienti con cardiopatia ischemica e/o vasculopatia periferica, nell'ottica di ridurre il rischio cardiovascolare

residuo. In una sessione dedicata è stata poi affrontata la problematica della pericolosa interrelazione fra cuore e diabete con focus sulle più recenti Linee Guida europee e americane e le evidenze di letteratura più recenti. Nell'ultima giornata dei lavori è stata poi affrontata la tematica della terapia con sacubitril/valsartan negli scenari clinici di più recente interesse (utilizzo precoce, utilizzo nel paziente in corso di

ricovero per insufficienza cardiaca acuta etc.). Non è mancata infine una importante riflessione clinica sulla problematica della iperkaliemia e sulle nuove opzioni terapeutiche. L'evento è stato molto qualificato e partecipato, arricchito da una ampia e completa discussione ed ha sicuramente prodotto un importante arricchimento scientifico in ciascuno dei partecipanti. In sostanza la successione di eventi scientifici e associativi è stata di grande significato e completa. Per concludere confermo che il Consiglio Direttivo ed io proveremo a proseguire questa parte finale del biennio con la pacata determinazione finora dimostrata, sempre nell'ottica che veda la nostra amata Associazione in continuo positivo divenire, in linea con il programma inizialmente esposto: **CONTINUITÀ**, perché è importante l'esperienza di chi ci ha preceduto; **CONSAPEVOLEZZA**, perché una approfondita analisi critica è sempre necessaria; **SVILUPPO**, perché in un contesto complesso e in continua evoluzione la nostra specificità possa confermarci nel ruolo di protagonisti. Il Consiglio Direttivo ed io continueremo a svolgere il nostro lavoro con grande entusiasmo perché non ci deve mancare il coraggio di lasciare ad altri la possibilità di migliorare i nostri stessi successi. ♥

*«E io vi dico che la vita è in realtà oscurità,
eccetto dove c'è slancio.
Ma qualsiasi slancio è cieco eccetto là dove c'è sapere.
E qualsiasi sapere è vano eccetto dove c'è amore.
Ma cosa significa lavorare con amore?
Significa mettere in qualsiasi cosa si faccia
un soffio del proprio spirito.»*

Khalil Gibran ♥



Cardiologie Aperte 2020: l'appuntamento da non perdere per la salute del cuore!

Si rinnova l'appuntamento con **Cardiologie Aperte** che si svolgerà **dall'8 al 16 febbraio 2020**. Come ogni anno le Cardiologie italiane sono invitate a partecipare a questa iniziativa che è giunta alla sua undicesima edizione e che è sempre molto attesa e partecipata da parte di tutti i cittadini. Le varie iniziative proposte in questi anni sono sempre molto ben accolte anche grazie al coinvolgimento delle realtà associative di volontariato che supportano le cardiologie nei vari appuntamenti creati al di fuori della realtà ospedaliera. L'obiettivo comune è quello di aumentare la consapevolezza che la prevenzione delle malattie cardiovascolari sia la via giusta per avere davvero cura del proprio cuore. La nostra Fondazione vi supporterà come sempre con l'invio del materiale scientifico divulgativo composto da un kit di 11 opuscoli realizzati dalla Fondazione per il Tuo cuore - HCF con il supporto scientifico di esperti Cardiologi italiani sui temi di prevenzione cardiovascolare: *"Mangiare sano"* – *"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"* – *"Cardiopatia Ischemica Cronica"* – *"Ipertensione arteriosa"*, unitamente ai poster divulgativi su ogni tema nonché ai poster delle 5 regole d'oro. Durante questo momento di prevenzione non mancherà l'ineguagliabile presenza del **Progetto Nazionale di Prevenzione Cardiovascolare Banca del Cuore**, progetto di punta della Fondazione per il Tuo cuore con il quale, attraversando l'Italia con il Truck Tour, in questi tre anni abbiamo portato all'attenzione della cittadinanza quanto sia importante la prevenzione cardiovascolare facendo aumentare la consapevolezza su questo tema e la diffusione del marchio ANMCO e Fondazione per il Tuo cuore. Molti di voi avranno avuto modo di lavorare sul Truck e constatare quanto la cittadinanza sia sensibile a questo tema. Vi invito quindi a partecipare alla **Cardiologie Aperte 2020** inviando, entro il 10 gennaio 2020, la scheda di partecipazione che avete ricevuto tramite email dalla Segreteria

della Fondazione e, nel caso in cui non vi sia arrivata o fosse smarrita, non esitate a contattarci (055 5101367 - segreteria@periltuocuore.it). Vi raccomandiamo di inviare anche il programma che pensate di realizzare in occasione della settimana di Cardiologie Aperte, per pubblicizzare al meglio le vostre iniziative anche sul sito della Fondazione, nell'area dedicata alle Cardiologie Aperte 2020. Vi aspettiamo quindi numerosi per rendere il prossimo febbraio il mese del cuore, ininterrottamente più ricco di nuove e coinvolgenti iniziative che ogni anno riservano sempre sorprendenti novità, testimoniando la vivacità che ognuno di Voi sa apportare al nostro fare comune per avvicinare i cittadini alla sensibilizzazione e alla consapevolezza dell'importanza della prevenzione cardiovascolare. Vi ringrazio ancora per tutto il vostro supporto e contributo che da sempre riservate a tutte le nostre iniziative e colgo l'occasione per rivolgere a Voi, e ai Vostri affetti più cari, l'augurio più intenso di buon Natale e di felice, prospero e salutare anno nuovo. Ad majora semper! ♥



**NON COMPILARE QUESTO RIQUADRO**

Codice struttura _____

DATA RICEZIONE _____

Da rispedire/inviare via fax alla Segreteria **ENTRO IL 10/01/2020**
 Tel. +39 055/5101367 Fax +39 055/5101360 E-mail segreteria@periltuocuore.it

Scheda Adesione "Cardiologie Aperte 2020 - "Banca del Cuore" 8-16 febbraio 2020

DATI OBBLIGATORI	<u>DATI UNITÀ OPERATIVA DI CARDIOLOGIA (*)</u> OSPEDALE _____ U.O. _____ INDIRIZZO _____ CAP _____ CITTÀ _____ PROV. _____ Telefono: _____ Fax: _____ e-mail: _____ Sito Web: _____ Direttore o ff: _____
	<u>DATI AZIENDA(*)</u> 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 2020** SI NOINSERIRE IL PROGRAMMA SULLA PIATTAFORMA WEB WWW.PERILTUOCUORE.IT ENTRO IL 26/01/2020INTENDO 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 _____

METTI IL CUORE IN CASSAFORTE!



**ENTRA A FAR PARTE DELLA RETE
DELLE CARDIOLOGIE DEL PROGETTO
DI PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE
"BANCA DEL CUORE"!**

SCOPRI I VANTAGGI DI PARTECIPARE
la tua **Cardiologia** entrerà a far parte del network unico al mondo che permette il rilascio gratuito della **BancomHeart** al tuo paziente, contribuendo a far crescere il database degli oltre 47.000 cittadini già sottoposti a screening cardiovascolare.

Contribuirai alla divulgazione della cultura della Prevenzione Cardiovascolare e sarai annoverato tra i ricercatori nelle più rilevanti pubblicazioni scientifiche di questo database unico nel suo genere.

PROTEGGI IL TUO CUORE

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

Chiamaci, Ti aspettiamo! ☎ **055 5101367**

TUTTI I DETTAGLI DELL'INIZIATIVA SU www.periltuocuore.it



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

PIN N. 1234567890

CODICE FISCALE

PASSWORD

L'Istituto Superiore di Sanità, l'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri e la Fondazione per il Tuo cuore collaborano per la prevenzione delle malattie cardiovascolari. La **BANCA DEL CUORE** è un Progetto di Prevenzione Cardiovascolare per la popolazione italiana promosso dalla **Fondazione per il Tuo cuore - HCF Onlus**.

BANCA DEL CUORE



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

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

BANCA DEL CUORE





La rivoluzione digitale è già in corso, non possiamo farci trovare impreparati!

A Tallin il 4-5 ottobre si è svolto il primo Digital Health Summit della Società Europea di Cardiologia

La rivoluzione digitale, che sta modificando significativamente il nostro modo di vivere, di comunicare, di accedere alle fonti e di fruire dei servizi, sta coinvolgendo con grande velocità anche il mondo della medicina. Gli investimenti delle principali major, da Google ad Amazon, da Microsoft a Facebook, sono ora diretti principalmente al mondo della salute, identificato come un grande business su cui investire. Una simile rivoluzione non deve cogliere impreparato il mondo medico e per questo motivo le principali società scientifiche e le testate del settore stanno correndo ai ripari. La Società Europea di Cardiologia ha istituito una Digital Health Section e le ha dedicato una sezione del proprio Congresso, quasi contemporaneamente sono usciti i primi numeri del Digital Health Virtual Journal dell'ESC e il The Lancet Digital Health. L'e-Cardiology Working Group dell'ESC ha pubblicato un position paper in cui si sono definite le priorità, vengono affrontate le barriere alla sua implementazione e vengono elaborate delle proposte

su come coinvolgere gli stakeholder e affrontare le problematiche legali, etiche e tecniche. Il Digital Health Summit, che si è svolto a Tallin in Estonia il 4-5 ottobre, coordinato da Martin Cowie, ha rappresentato un momento importante per fare il punto sulla Cardiologia Digitale a livello europeo. In Estonia perché questo piccolo paese è uno dei più avanzati al mondo nella informatizzazione di tutte le attività pubbliche comprese quelle sanitarie. Il programma è stato articolato in tre sessioni parallele: nella prima è stato fornito un update sullo stato dell'arte, nella seconda sono stati affrontati i problemi normativi, di tariffazione e inerenti alla privacy, infine nella terza sono stati presentati software e app proposti da associazioni o start-up. Martin Cowie sostiene giustamente "che attorno a questo tema bisogna coinvolgere non solo i cardiologi e i professionisti della salute, ma anche ingegneri, informatici, legali, imprenditori, politici e assicuratori perché tanti sono gli aspetti da presidiare". Lo spirito è quello di affrontare l'avvento di queste nuove tecnologie

con curiosità, ma anche con un sano scetticismo, consapevoli che il loro utilizzo non può prescindere dalla pianificazione di sperimentazioni che attestino la loro affidabilità e l'impatto sulla prognosi. Nell'affrontare questo mondo complesso occorre innanzitutto definire i diversi ambiti in cui si esplica la rivoluzione digitale e le priorità da affrontare.

Interazione con i social

È necessario che le società scientifiche studino le modalità per contrastare il pericoloso fai da te e la proliferazione delle fake news via web, guidata da interessi economici e dalla ricerca di un facile consenso, piuttosto che da un rigoroso vaglio scientifico. C'è infatti il rischio che, dopo una fase lunga e virtuosa di medicina basata sulle evidenze, si possa aprire una fase in cui si sviluppi di nuovo una medicina empirica, basata sui like e sui tweet, di fronte alla quale è necessario aiutare il cittadino a verificare l'affidabilità delle fonti. Consapevoli che questa strada non è priva di ostacoli se prendiamo ad esempio quanto è successo nel campo dei vaccini.



Mobile-health

L'enorme diffusione degli smartphone e, più recentemente, degli smartwatch, con le relative app a contenuto sanitario, e la disponibilità diretta del proprio fascicolo sanitario elettronico, stanno cambiando l'approccio del cittadino con i dati relativi alla sua salute, come non era mai successo prima. La grande novità è che con dispositivi che il soggetto indossa per motivi non medici (ad esempio un orologio) è possibile un monitoraggio

continuativo e non invasivo di molti parametri come FC, PA, fino all'ECG e alla saturazione di O₂. Queste applicazioni hanno bisogno innanzitutto di una validazione scientifica e successivamente di un adeguamento organizzativo che permetta ai medici di governare questo enorme flusso di informazioni insieme alla richiesta degli utenti che questi stessi dati vengano interpretati.

Big Data

I dati rilevati dal fascicolo elettronico, da database amministrativi e dalle app

possono andare ad alimentare degli enormi "data repository" ("cloud warehouse") che possono disporre di milioni di rilevazioni, configurando dei big data che possono essere utilizzati da sistemi di "machine learning". Usando la statistica inferenziale e sistemi non lineari sarà possibile identificare relazioni non note che modificheranno il nostro modo di fare ricerca: al posto di ipotesi elaborate dai ricercatori che devono essere testate nei trial, il sistema stesso genererà ipotesi direttamente dall'analisi dei dati.



Learning machine e intelligenza artificiale

La “learning machine” o apprendimento automatico riguarda lo studio e la costruzione di algoritmi finalizzati al riconoscimento di pattern specifici. L'apprendimento automatico può essere supervisionato, quando la classificazione avviene mediante schemi predefiniti, non supervisionato, quando ha lo scopo di trovare strutture e correlazioni nuove, oppure per rinforzo, quando interagisce con un ambiente dinamico nel quale cerca di raggiungere un obiettivo ricavando una ricompensa (novel gaming), in pratica si tratta di un sistema che viene addestrato a prendere delle decisioni. Una

branca della “learning machine” è rappresentata dallo studio delle reti neurali artificiali multistrato, o “deep learning”, che permette di riconoscere oggetti nelle immagini e nei video, interpretare i volti, riconoscere una grafia, trascrivere il parlato in testo, individuare e interpretare gli interessi degli utenti online, mostrando i risultati più pertinenti per la loro ricerca. È quella che viene definita generalmente intelligenza artificiale e che presto, basandosi su milioni di dati, riuscirà ad interloquire con il medico consigliando test diagnostici, percorsi clinici e terapie. Una prospettiva affascinante ma che deve essere affrontata con metodo scientifico. Un esempio recente è costituito

dallo studio effettuato presso la Mayo Clinic e pubblicato in ottobre su Lancet in cui, utilizzando ECG seriatati di oltre 180.000 pazienti, è stato sviluppato un programma finalizzato a svelare, partendo da un ECG in ritmo sinusale, alcuni predittori, non riconoscibili neanche dal Cardiologo più esperto, sulla futura comparsa di FA con un'accuratezza diagnostica molto elevata. Nel prossimo decennio grazie alla rivoluzione digitale assisteremo a cambiamenti senza precedenti della professione medica, nella gestione della salute pubblica e nella prevenzione cardiovascolare. È meglio che cominciamo a prepararci e dotarci di strumenti adeguati per affrontarla. ♥

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	Inizialmente 5 anni poi prolungato a 10	chiuso	Newsletter
COMPASS in collaborazione con Population Health Research Institute, Hamilton COMPASS-on treatment phase	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	chiuso	
ISCHEMIA In collaborazione con New York University	14 (351)	378 (5.000-6.000)	146 + 62 CKD (5.179 + 777 CKD)	Fino a 30-06-2019	chiuso	
COLCOT In collaborazione con il Montreal Health Institute	19 (164)	750 (4.500)	539 (4.746)	Event driven	chiuso	
Registro G-CHF (osservazionale)	9 (273)	750 (25.000 circa)	550(22.366)	24 mesi	In corso (solo sottoprogetto)	
COPE (osservazionale)	190	5.000	3.461	30 giorni	In corso	
MATADOR-PCI (osservazionale)	85	500	541	6 mesi	In corso	
BLITZ-AF CANCER	55 (0)	800 (1.500)	111/0	1 anno	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



FOCUS ON

Studio **BLITZ-AF CANCER**

Steering Committee: Michele Massimo Gulizia (Chairman), Marco Alings, Furio Colivicchi, Rónán Collins, Leonardo De Luca, Marcello Di Nisio, Domenico Gabrielli, Stefan Janssens, Aldo Pietro Maggioni, Iris Parrini, Fausto J. Pinto, Fabio Maria Turazza, José Zamorano.

Lo studio BLITZ AF Cancer, promosso dalla Fondazione per il Tuo Cuore onlus di ANMCO, è uno studio multicentrico, internazionale, osservazionale su pazienti con fibrillazione atriale (FA) e neoplasia (diagnosticata nei 3 anni precedenti l'inclusione nello studio). È prevista l'inclusione di 1500 pazienti (800 in Italia e i restanti 700 suddivisi fra Belgio, Irlanda, Paesi Bassi, Portogallo e Spagna) in 24 mesi, con una rivalutazione del paziente dopo 12 mesi dall'arruolamento.

A febbraio 2019 sono state avviate le pratiche regolatorie per i 99 Centri Italiani aderenti e il 26 giugno è stato incluso il primo paziente. Al 22 novembre 2019 risultano attivati in Italia 55 centri, 32 dei quali hanno incluso pazienti, per un totale di 111 pazienti. Il coordinamento internazionale (Belgio, Irlanda, Portogallo, Spagna, Paesi Bassi) è svolto dal Centro Studi ANMCO. In tutti i paesi la fase regolatoria è già stata avviata e nel corso del mese di novembre 2019 è prevista l'attivazione dei primi Centri. Trattandosi di uno studio

osservazionale saranno raccolti su e-CRF esclusivamente i dati della normale pratica clinica quali le caratteristiche demografiche e la storia clinica del paziente, gli eventi occorsi durante la fase di follow-up oltre alla terapia farmacologica con particolare attenzione a quella antitrombotica. Lo studio sta suscitando un notevole interesse soprattutto per quanto riguarda l'utilizzo degli anticoagulanti nei pazienti oncologici con fibrillazione atriale seguiti nella reale pratica clinica, campo ad oggi poco esplorato. Descrivere l'occorrenza degli eventi clinici in presenza o meno di una terapia anticoagulante potrebbe migliorare le conoscenze sulla gestione di questa vasta popolazione ad alto rischio.

Studio **BLITZ-HF**

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

Obiettivo principale dello studio Blitz-HF era quello di ridurre, dove necessario, l'eventuale divario tra le raccomandazioni delle attuali linee guida della Società Europea di Cardiologia (ESC) e la pratica clinica quotidiana, sia nei pazienti con AHF che con CHF inclusi dai centri partecipanti. Erano previste due fasi di arruolamento, in ciascuna delle quali ogni Centro poteva ammettere pazienti per un periodo di tre mesi (marzo-agosto 2017 e gennaio-aprile

2018). Sono stati arruolati 4213 pazienti nella Prima Fase (83.8% CHF e 16.3% AHF) da 123 Centri e 3356 nella Terza Fase (72.4% CHF e 27.6% AHF) da 106 Centri. Ad entrambe le fasi di arruolamento è seguito il follow-up a 6 e 12 mesi dei pazienti inclusi. Tra la Prima e la Terza Fase sono stati organizzati Investigator Meeting di Formazione per i Ricercatori sulla base dei dati del primo periodo di arruolamento (Seconda Fase dello studio).

La raccolta dei dati si è conclusa il 30 giugno 2019 con la chiusura del Database anche per il follow-up. A seconda del livello di performance raggiunto dai Centri rispetto ai criteri ottimali previsti (30 pazienti in entrambe le fasi, partecipazione alla Fase 2 e completezza del follow-up del 95%), saranno rilasciati ai Centri partecipanti specifici Diplomi attestanti la Certificazione Blitz-HF.

Una presentazione preliminare dei risultati è avvenuta nel corso del 50° Congresso ANMCO (Rimini 16-18 maggio 2019), in cui è stato proposto il confronto tra i dati basali Prima vs Terza Fase. Successivamente è stato organizzato un Investigator Meeting finale (Bologna 15 ottobre 2019), cui sono stati invitati tutti i 123 Centri che hanno contribuito alla raccolta dati, durante il quale sono stati presentati i risultati conclusivi dello studio. ♥



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 Cardioracovascolare "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

Survey GO TO K Nuova Gestione Terapeutica del paziente con iperkaliemia

Razionale

Il mantenimento dell'omeostasi del potassio risulta di fondamentale importanza per diversi processi fisiopatologici a livello dell'apparato cardiovascolare.

L'iperkaliemia rappresenta una complicanza di frequente riscontro nei pazienti affetti da patologie cardiache e renali, in particolare in coloro che assumono farmaci inibitori del Sistema Renina-Angiotensina-Aldosterone (i-RAAS) o, più recentemente, la combinazione di inibitori dei recettori dell'angiotensina e gli inibitori della neprilisina (valsartan/sacubitril, ARNi). In caso di iperkaliemia cronica il paziente viene spesso privato della inibizione del RAAS, che ha ampiamente dimostrato benefici prognostici in diversi setting clinici, dai pazienti affetti da diabete mellito a quelli affetti da scompenso cardiaco cronico. D'altro canto, gli stessi pazienti che trarrebbero maggior beneficio dall'uso di questi farmaci



Figura 1

sono gli stessi ad essere ad elevato rischio di sviluppare iperkaliemia. Nuove strategie terapeutiche sono capaci di gestire l'iperkaliemia attraverso una riduzione dell'assorbimento del potassio e la conseguente normalizzazione dei valori plasmatici. Nello scompenso cardiaco cronico questi nuovi approcci terapeutici potrebbero consentire di gestire l'iperkaliemia cronica consentendo una più efficace ottimizzazione della terapia con inibitori del RAAS o con ARNi. L'ANMCO ha promosso, grazie a un contributo non condizionante di

AstraZeneca, una Survey tra i propri iscritti con lo scopo di acquisire informazioni sull'approccio del Cardiologo alla iperkaliemia ovvero su:

- Consapevolezza dei fattori favorevoli l'iperkaliemia;
- Tempistica e frequenza dei controlli degli elettroliti plasmatici nei pazienti in terapia con inibitori del RAAS ed ARNi;
- Livelli di iperkaliemia in base ai quali vengono adottate variazioni

terapeutiche;

- Misure terapeutiche in caso di riscontro di iperkaliemia;
- Bisogni formativi collegati ai nuovi farmaci capaci di controllare in cronico l'iperkaliemia.

Il campione della Survey

Hanno partecipato 147 Cardiologi, per un terzo al di sotto di 50 anni, per un terzo tra i 50 - 60 ed un terzo al di sopra dei 60 anni (Figura 1). Per il 65% erano Cardiologi in servizio in una Cardiologia con ambulatorio scompenso dedicato, il 19% era in servizio in una Cardiologia senza ambulatorio scompenso ed un 9%





erano cardiologi ambulatoriali. Il 7%, infine aveva un'altra collocazione lavorativa (Figura 2). Nell'85% dei casi dichiaravano di eseguire Attività di reparto, nel 62% dei casi in Terapia intensiva. Il 56% ha dichiarato di svolgere attività in un Ambulatorio dedicato allo scompenso cardiaco, il 49% in un Ambulatorio cardiologico generalista, il 23% in un Ambulatorio dedicato alla cardiopatia ischemica. Una minoranza, il 12 e 13%, rispettivamente, ha dichiarato di essere coinvolta nelle attività dei laboratori di Elettrofisiologia ed Emodinamica. La maggioranza, il 51%, ha dichiarato di seguire mensilmente tra i 20 e 60 pazienti affetti da scompenso cardiaco, il 35% meno di 20, il 13% tra 60 e 100 e l'1% più di 100 (Figura 3). Il 52% ha dichiarato una elevata percentuale di prescrizione di i-RAAS, compresa fra l'81 ed il 100%, ed un 40% una prescrizione, comunque, fra il 61 ed 80% (Figura 4). Inferiore la percentuale di pazienti in sacubitril-valsartan, ma in linea con i dati di attuale prescrizione (<20% nell'82%, tra 21 e 40% nel 16% dei casi) (Figura 4b). Percentuali non in linea con le attuali indicazioni appaiono, invece, quelle degli antialdosteronici, prescritti solo nel 21-40% dei pazienti dal 17% del campione, nel 41-60% dal 37%, nel 61-80% dal 32% e nell'81-100% solo dal 10% (Figura 4c). Molto più elevate le percentuali di prescrizione del beta-bloccante (61-80% dei pazienti da parte del 41% del campione ed 81-100% da parte del 50%) e diuretico (81-100% dei pazienti da parte del 66% del campione ed 61-80% da parte del 22%) (Figure 4d e 4e).

2. Quale è la tua sede di attività?

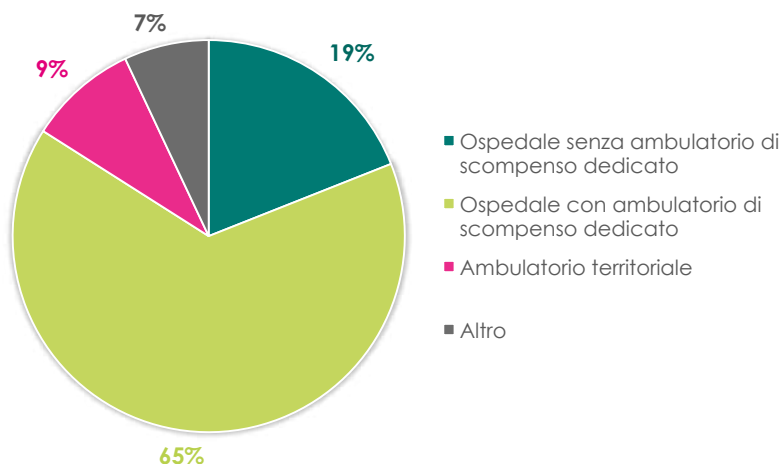


Figura 2

3. Qual è il numero di pazienti con scompenso cardiaco che gestisci ogni mese?

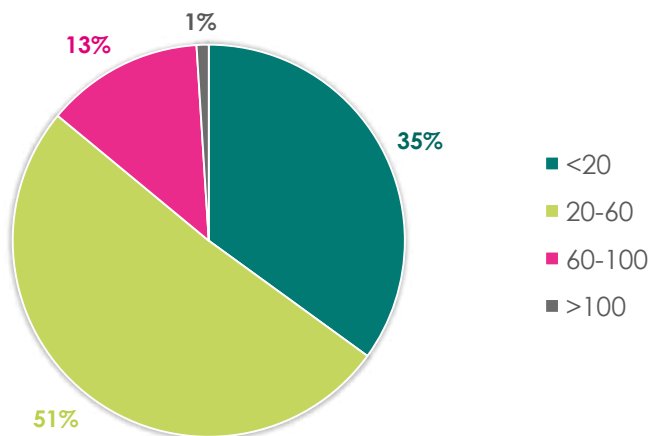


Figura 3

4. Nella tua pratica clinica, qual è la % di pazienti con scompenso cardiaco in trattamento con: ACE-inibitori o Sartani

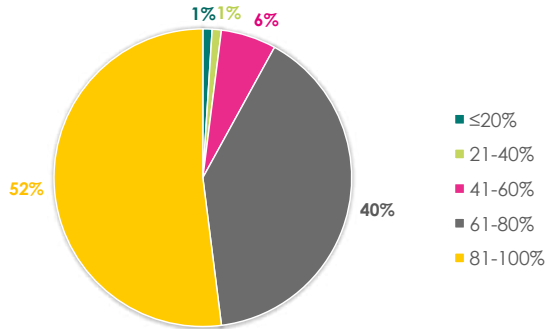


Figura 4

4b. Nella tua pratica clinica, qual è la % di pazienti con scompenso cardiaco in trattamento con: Sacubitril/valsartan

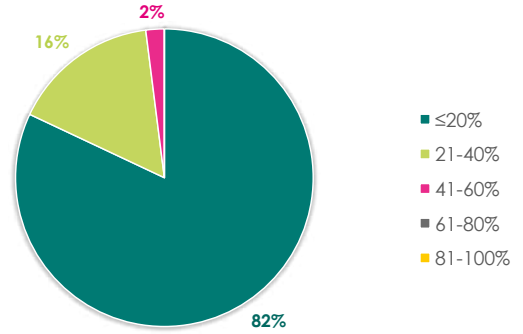


Figura 4b

4c. Nella tua pratica clinica, qual è la % di pazienti con scompenso cardiaco in trattamento con: Antagonisti dell'aldosterone

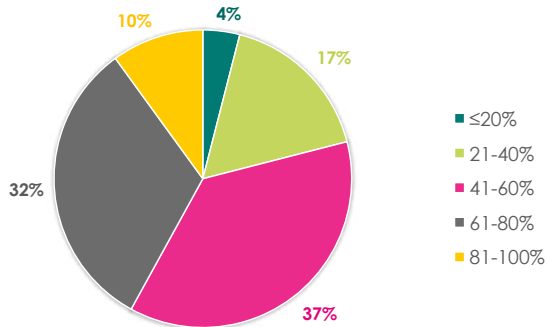


Figura 4c

4d. Nella tua pratica clinica, qual è la % di pazienti con scompenso cardiaco in trattamento con: Betabloccanti

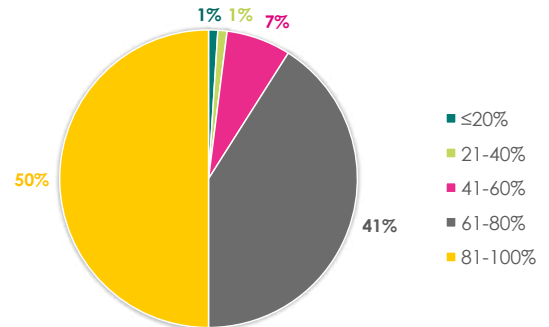


Figura 4d

4e. Nella tua pratica clinica, qual è la % di pazienti con scompenso cardiaco in trattamento con: Diuretici

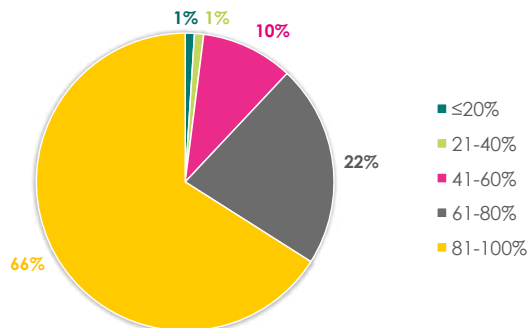


Figura 4e



5. Con quali valori di iperkaliemia, nel paziente affetto da scompenso cardiaco cronico, riduci il dosaggio di ACE-inibitori/Sartani, Sacubitril/Valsartan, Antagonisti dell'aldosterone?

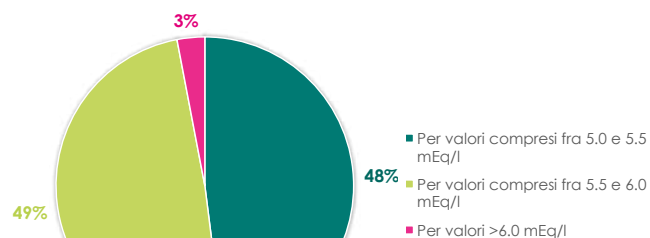


Figura 5

6. Con quali valori di iperkaliemia, nel paziente affetto da scompenso cardiaco cronico, sospendi la terapia con ACE-inibitori/Sartani, Sacubitril/Valsartan, Antagonisti dell'aldosterone?

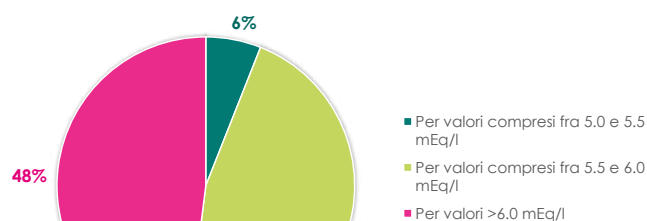


Figura 6

Emerge un campione di età eterogenea, con attività di reparto ed ambulatoriale in percentuale elevata, con ottima rappresentatività dei cardiologi dedicati all'attività di un ambulatorio dedicato allo scompenso cardiaco, con una percentuale molto elevata di prescrizione di ACE-inibitori/Sartani, beta-bloccanti e diuretici, una bassa percentuale di prescrizione degli antialdosteronici e discrete percentuali per il nuovo sacubitril/valsartan.

Consapevolezza dei fattori favorevoli l'iperkaliemia; tempistica e frequenza dei controlli degli elettroliti plasmatici nei pazienti in terapia con i-RAAS

Alla domanda concernente i fattori predisponenti l'insorgenza di iperkaliemia, la pressoché totalità del campione ha indicato la velocità di filtrazione glomerulare ridotta (97%) molto meno evidente è il ruolo del diabete mellito (solo il 26%), dello scompenso cardiaco (35%) e del trattamento con FANS (28%). Per avere indicazioni su come il campione gestisce i controlli degli elettroliti plasmatici, in presenza di terapia con

i-RAAS, veniva richiesta la frequenza con cui veniva consigliato il controllo della kaliemia in base alle attuali raccomandazioni delle Linee Guida della Società Europea di Cardiologia.

È sorprendente rilevare come una bassa percentuale controlli i valori di kaliemia (solo il 28%) prima dell'inizio della terapia, mentre una percentuale più alta lo consiglia prima e dopo titolazione di terapia (63% ed ogni 3-6 mesi in pazienti in terapia stabile (68%). Solo un 9% delega al medico di medicina generale il controllo della kaliemia.

Iperkaliemia e terapia con i-RAAS

Ai partecipanti alla survey veniva chiesto a quali valori di kaliemia riducesse il dosaggio degli i-RAAS. Un 48% ha dichiarato di ridurre le dosi già con valori compresi fra 5 e 5.5 mEq/l (iperkaliemia lieve), che per le Linee Guida rappresentano ancora un range di valori in cui l'aumento del rischio legato ad iperkaliemia non ne giustifica il sottoutilizzo. Il 49%, invece, considera la riduzione per valori di iperkaliemia moderata

(5.5-6) ed in un 3% dei casi per valori superiori a 6 (Figura 5). Il 48% dichiara di sospendere gli i-RAAS solo in caso di iperkaliemia severa (>6.0), mentre il 46% per iperkaliemia moderata (5.5-6.0). Solo un 6% del campione sospende la terapia con i-RAAS in caso di iperkaliemia lieve (Figura 6).

La gestione dell'iperkaliemia

La maggior parte dei partecipanti alla survey (77%) dichiara che meno del 20% dei propri pazienti ha presentato almeno un episodio di iperkaliemia il 19% dei partecipanti una percentuale di pazienti compresa tra il 21 e 40% ed il 4% compresa fra 41 e 60% (Figura 7). Per la gestione dell'iperkaliemia acuta intervistati dichiarano di utilizzare le strategie terapeutiche disponibili nelle seguenti percentuali: Bicarbonato nel 44%, Insulina nel 39%, calcio gluconato nel 39%, Resine a scambio ionico nel 60%, Diuretici 68%, Dialisi nel 16%, Beta 2 agonisti nel 5%. Le percentuali riportate appaiono in linea con la frequenza e la severità degli episodi di iperkaliemia

7. Quale proporzione dei tuoi pazienti con scompenso cardiaco presenta almeno un episodio di iperkaliemia in un anno mediamente?

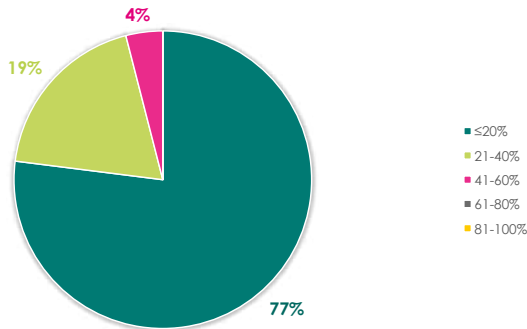


Figura 7

8. Ritieni che l'iperkaliemia sia una condizione che impedisce di raggiungere la dose raccomandata degli inibitori del sistema renina-angiotensina aldosterone?

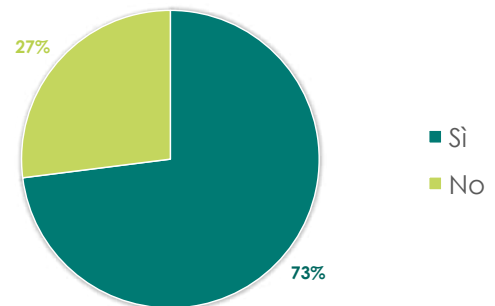


Figura 8

presenti nei pazienti seguiti dai medici partecipanti, come sopra riportato. Per la gestione dell'iperkaliemia cronica è stata rilevata un'elevata percentuale di riduzione o sospensione della terapia con i-RAAS (78%) ed il ricorso ai diuretici (56%).

Si conferma, dunque, che l'iperkaliemia ha come principale conseguenza la riduzione o sospensione di classi farmacologiche con impatto rilevante sulla prognosi dei pazienti. Sorprende, inoltre, come solo poco più della metà (58%) consigli una dieta ipokaliemica ed una percentuale non trascurabile (38%) le resine a scambio ionico, che sono mal tollerate e gravate da rilevanti effetti avversi nel trattamento cronico.

Che l'iperkaliemia rappresenti un ostacolo alla terapia con i-RAAS lo conferma il 73% dei partecipanti (Figura 8). Nel 95% dei casi, inoltre, si ritiene che un trattamento per la gestione in cronico dell'iperkaliemia possa essere utile per ottimizzare

la terapia dei pazienti con scompenso cardiaco cronico attraverso una più efficace inibizione del sistema renina-angiotensina aldosterone (Figura 9).

Le nuove terapie per la gestione dell'iperkaliemia

Gli intervistati si attendono dalle nuove terapie: la capacità di mantenere il potassio nel range di normalità per il 67% dei partecipanti, la capacità di migliorare la prognosi del paziente attraverso una più efficace ottimizzazione della terapia per il 73%, la capacità

di ridurre la necessità di ricorso a visite in urgenza/emergenza o ospedalizzazioni per iperkaliemia per il 52%, la capacità di ridurre il rischio aritmico legato ad iperkaliemia, per il 57%, la possibilità di avere un'efficacia rapida per il 32%, la presenza di poche interazioni farmacologiche per il 53%, una formulazione per os senza sapore per il 30%, la capacità di non comportare episodi di ipokaliemia per il 45%, di non avere effetti avversi gastrointestinali per il 34%, di non avere altri effetti avversi per il 31% e di avere un buon profilo di costo/efficacia per il 43%.

Dai nuovi farmaci ci si attende di migliorare la prognosi del paziente attraverso una più efficace ottimizzazione della terapia, di ridurre la necessità di ricorso a visite in urgenza/emergenza o ospedalizzazioni per iperkaliemia, di ridurre il rischio aritmico legato ad iperkaliemia.

9. Ritieni che un trattamento per la gestione in cronico dell'iperkaliemia possa essere utile per ottimizzare il trattamento dei pazienti con scompenso cardiaco cronico attraverso una più efficace inibizione del sistema renina-angiotensina aldosterone?

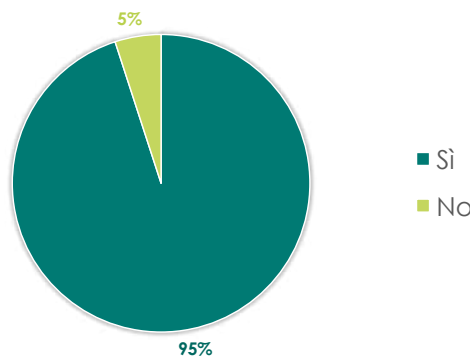


Figura 9



10. Sei a conoscenza dei nuovi farmaci capaci di controllare in cronico l'iperkaliemia?

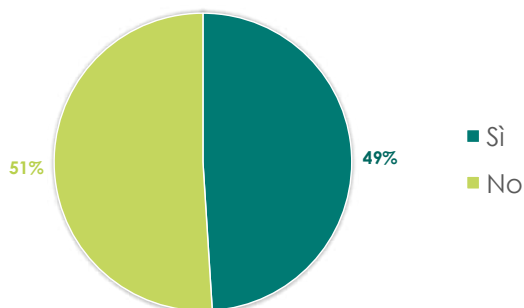


Figura 10

11. Ritieni che vi sia un gap formativo tra i cardiologi per la gestione dell'iperkaliemia alla luce delle nuove opzioni terapeutiche disponibili?

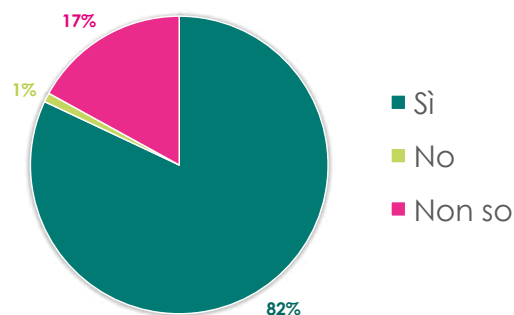


Figura 11

I bisogni formativi

Dalla survey emerge, infine, chiaramente la necessità di una maggiore attività formativa riguardante i nuovi farmaci per la gestione dell'iperkaliemia. Poco più della metà del campione (il 51%) evidenzia una mancanza di conoscenza dei nuovi farmaci e l'82% il sottolinea la presenza di un gap formativo in merito (Figure 10 - 11). A tal proposito, il 41% ritiene sia opportuna una maggiore comunicazione da parte degli informatori scientifici delle novità nel campo della terapia dell'iperkaliemia, il 70% suggerisce la necessità di un maggior numero di simposi dedicati nei principali congressi cardiologici, il 54% di eventi ECM dedicati, il 26% di group meeting ed il 41% di comunicazioni che utilizzino i mezzi del WEB.

Conclusioni

- La problematica dell'iperkaliemia interessa i cardiologi, indipendentemente dall'età.
- La problematica dell'iperkaliemia interessa prevalentemente i cardiologi che si occupano di scompenso, in ambulatori dedicati.
- I cardiologi partecipanti alla Survey prescrivono gli i-RAAS, i diuretici e i Beta bloccanti in un'alta percentuale dei pazienti con scompenso cardiaco; inferiore la percentuale di pazienti in trattamento con antialdosteronici; in linea con gli attuali dati di prescrizione l'utilizzo di sacubitril-valsartan.
- Una bassa percentuale degli intervistati controlla i valori di kaliemia (solo il 28%) prima dell'inizio della terapia.
- Un 48% dichiara di ridurre le dosi di i-RAAS già con valori compresi fra 5 e 5.5 mEq/l (iperkaliemia lieve), che per le Linee Guida non rappresentano valori in cui l'aumento del rischio legato ad iperkaliemia ne giustifica il sottoutilizzo, mentre il 46% li sospende per iperkaliemia moderata (5.5-6.0).
- Per la gestione dell'iperkaliemia acuta gli intervistati dichiarano di utilizzare differenti strategie

terapeutiche prevalentemente Resine a scambio ionico (nel 60%), Diuretici (68%), ma anche Bicarbonato, Insulina, calcio gluconato, talora trattamento Dialitico (nel 16%).

- Per la gestione dell'iperkaliemia cronica è stata rilevata un'elevata percentuale di riduzione o sospensione della terapia con i-RAAS (78%) ed il ricorso ai diuretici (56%).
- Si conferma che l'iperkaliemia ha come principale conseguenza la riduzione o sospensione di classi farmacologiche con impatto rilevante sulla prognosi dei pazienti.
- La maggior parte degli intervistati spera che i nuovi farmaci possano migliorare la prognosi del paziente attraverso una più efficace ottimizzazione della terapia, ridurre la necessità di ricorso a visite in urgenza/emergenza o ospedalizzazioni per iperkaliemia, ridurre il rischio aritmico legato ad iperkaliemia.
- Dalla survey emerge chiaramente la necessità di una maggiore attività formativa riguardante i nuovi farmaci per la gestione dell'iperkaliemia; tutte le iniziative appaiono utili per aumentarne la conoscenza e superare il gap formativo esistente. ♥



Perché tanto interesse per la CEN ANMCO su Amiloidosi & Fabry?

I motivi per cui una Campagna Educazionale Nazionale ANMCO può suscitare interesse possono essere molti, a partire, nel caso più frequente, dall'impatto epidemiologico, prognostico e terapeutico dell'argomento trattato. Dovunque noi lavoriamo, che sia in ambulatorio, degenza, UTIC o emodinamica, ogni giorno ci troviamo a trattare pazienti con cardiopatia ischemica o sindrome coronarica acuta, e per tale motivo l'argomento non può non interessarci. Ogni giorno ci troviamo a curare un paziente con scompenso cardiaco o con fibrillazione atriale, con le loro implicazioni gestionali e con le loro opportunità e novità terapeutiche. E così via. È ovvio che questi argomenti, hanno ricadute quotidiane sul nostro agire clinico e stimolano la nostra attenzione. Certamente non possiamo allo stesso modo dire che ogni giorno noi trattiamo un paziente con amiloidosi o malattia di Fabry. È anzi probabile che qualche collega ritenga di non avere mai curato in vita sua un paziente con una di queste malattie. Già questo può essere un motivo di interesse. Imparare una cosa nuova. Il punto è

che probabilmente ha torto chi crede di non essersi mai imbattuto in una di queste malattie. È più probabile sia caduto nel trabocchetto delle "fenocopie", che ci fanno credere che stiamo trattando la malattia più frequente con quel fenotipo (una cardiopatia ipertensiva, o al massimo una cardiomiopatia ipertrofica) e non ci viene nemmeno il sospetto che invece dietro questa "ipertrofia" apparentemente comune e semplice (che tanto semplice non è) ci sono patologie e mutazioni genetiche diverse. Certamente non è frequente incrociarle, ma nel momento stesso in cui si accende l'attenzione o diviene disponibile praticamente in tutti gli ospedali un esame strumentale semplice e diagnostico (es. come la scintigrafia miocardica con marcatore osseo), come d'incanto compaiono nuovi casi, ed il paziente, correttamente inquadrato, può a quel punto disporre di interventi ed opportunità terapeutiche molto più efficaci ed appropriate. In biologia, ed in particolare in genetica, una fenocopia è un individuo il cui fenotipo è identico o molto simile a quello di un altro individuo che porta la stessa caratteristica, determinata

però da un altro genotipo. Nel caso ideale, la fenocopia è indistinguibile a livello macroscopico dall'originale, mentre a livello molecolare è possibile distinguere i due individui diversi. In realtà, nella maggior parte dei casi le "fenocopie" non sono mai identiche, o se lo sembrano guardando l'organo principalmente coinvolto, frequentemente non lo sono per quanto riguarda la famiglia, la trasmissione, l'età di comparsa, le patologie associate, gli esami strumentali di approfondimento che nel complesso permettono di capire (avendo la cultura per farlo) che si tratta di 2 malattie diverse. La moderna strategia di "medicina personalizzata", non solamente basata sulla conoscenza della "variabilità fenotipica" delle malattie, ben nota alla medicina clinica, ma sulla praticamente ancora inedita possibilità di apprezzare direttamente la variabilità individuale nel rapporto fra struttura genetica, fattori ambientali e singolo individuo, ha lo scopo di ottenere dati "alla fonte" (da confrontare con quelli fenotipici), per permettere una migliore prevenzione ed una corretta diagnosi di malattia, prevedere la migliore scelta dei

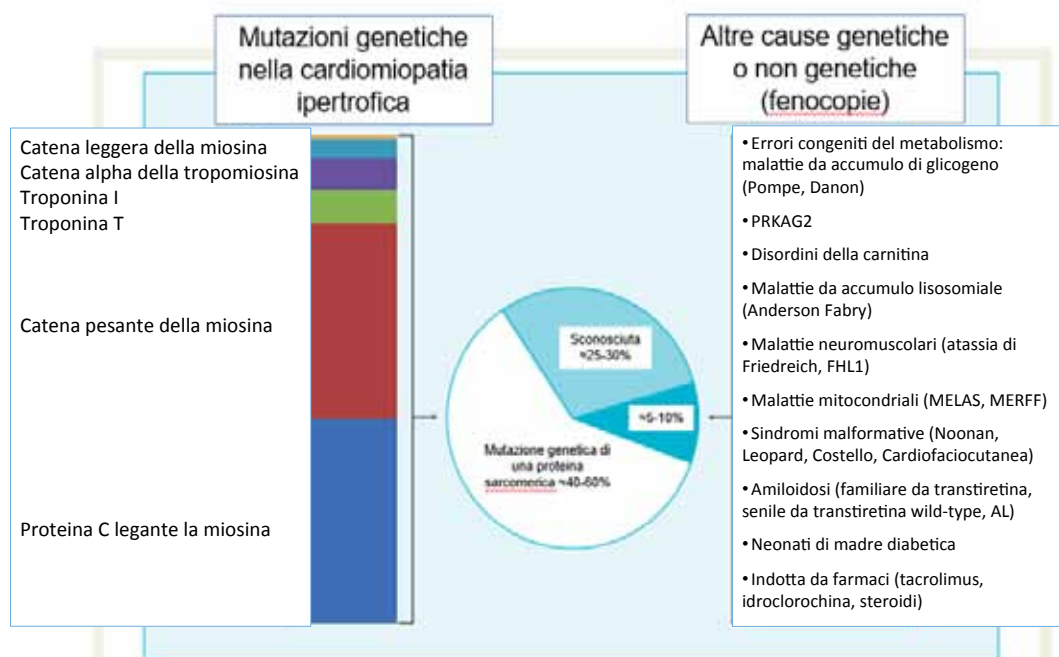


Figura 1. Ipertrofia ventricolare sinistra: cause genetiche e non genetiche di cardiomiopatia ipertrofica e delle fenocopie (tratta dalle Linee Guida della Società Europea di Cardiologia sulla Cardiomiopatia Ipertrofica del 2014).

farmaci e prevenire per quanto possibile i rischi di complicanze o di esito infausto. L'“ipertrofia ventricolare sinistra”, benché rappresenti un riscontro diagnostico frequente, è la risultante fenotipica di diverse patologie o mutazioni genetiche che, oltre a manifestarsi con quadri complessivamente differenti, si associano ad evoluzioni cliniche e prognostiche diverse e spesso sfavorevoli come lo scompenso cardiaco e la morte improvvisa (Figura 1). È quindi di fondamentale importanza conoscere bene cosa sta alla base di questa alterazione morfologica del miocardio per impostare percorsi appropriati ed individualizzati, definire il corretto inquadramento diagnostico, clinico-eziologico e gestionale integrando al meglio le competenze cliniche multidisciplinari, le tecniche di imaging, le informazioni derivanti

dalla genetica e dai biomarkers. Una delle diverse malattie che esprimono una ipertrofia del ventricolo sinistro è l'amiloidosi, malattia sistemica a coinvolgimento multiorgano che richiede spesso una gestione multidisciplinare. Il coinvolgimento del tessuto cardiaco è legato al patologico processo di deposizione di proteine amiloidi nello spazio extracellulare del miocardio ed è un fattore determinante per la prognosi e le eventuali opzioni terapeutiche. A causa del mancato sospetto da parte di molti clinici, questa malattia rimane spesso non diagnosticata. Quando invece viene riconosciuta, spesso la diagnosi è tardiva, con un processo già in stadio avanzato e prognosi generalmente sfavorevole. Un'altra fenocopia della cardiomiopatia ipertrofica è la malattia di Anderson - Fabry, causata invece da accumulo lisosomiale dovuto alla carenza

geneticamente determinata dell'enzima alfa-galattosidasi A. Questo difetto porta all'accumulo di gli sfingolipidi, in particolare globotriaosilceramide (Gb3), nei tessuti viscerali e nell'endotelio vascolare di tutto l'organismo, con danni a livello renale, cardiaco e del sistema nervoso centrale tali da compromettere qualità e aspettativa di vita. I sintomi spesso non sono specifici, rendendo piuttosto difficile la diagnosi, che può arrivare in età adulta, anche con grande ritardo. I risultati recenti sul trattamento di queste due patologie disegnano nuovi scenari e aprono nuove interessanti prospettive terapeutiche. L'obiettivo della Campagna Nazionale ANMCO è di approfondire i recenti progressi nella diagnosi e nei percorsi gestionali di queste due patologie e di discutere le potenziali opzioni terapeutiche future.♥

L'ANMCO e il SSN: il quadro normativo Proposte di standard strutturali ed organizzativi e la carenza degli specialisti

L'ANMCO e il SSN: standard strutturali ed organizzativi e carenza degli specialisti

La crescente carenza di medici specialisti è una delle criticità degli ultimi anni del Sistema Sanitario Nazionale che ritrova come cause:

- il blocco del turnover con le conseguenti mancate assunzioni;
- la concomitante elevata crescita dei pensionamenti dei medici;
- l'eccessiva differenza quantitativa fra la formazione di medici specialisti da parte dell'Università e i pensionamenti.

Secondo i Dati EUROSTAT l'Italia ha i medici più vecchi d'Europa. Il 54% ha un'età > di 55 anni e tra il 2018 e il 2025 dei 105.000 medici specialisti attualmente in servizio

presso il SSN circa la metà potrebbe andare in pensione. Si calcola che nel 2025 vi sarà una carenza di 826 specialisti Cardiologi (Tabelle 1 e 2). Vi è il rischio di una improvvisa e grave battuta d'arresto dell'assistenza ospedaliera, a causa di una inadeguata stima del fabbisogno di personale, in un settore dell'assistenza ospedaliera quale quello delle malattie cardiovascolari, di estrema importanza sociale per la ampia diffusione delle stesse. L'applicazione degli standard organizzativi previsti dal DM 70/2015 e la riorganizzazione delle reti cardiologiche avvenuta nelle varie Regioni all'interno dei piani di riordino ospedalieri

stanno provocando un processo di trasformazione dell'offerta di prestazioni per acuti che necessita di un attento governo. Recentemente sono stati deliberati in diverse regioni i fabbisogni del personale medico, e tra questo dei Cardiologi, per le varie ASL, che rischiano di compromettere i risultati di eccellenza raggiunti in ambito cardiologico. In molte regioni la rete cardiologica, che presenta:

- 1) Cardiologie con UTIC ed emodinamica
- 2) Cardiologie con UTIC senza emodinamica
- 3) Cardiologie di base con guardia attiva H24

necessita di una adeguata





Specializzazione	Carenza
Medicina d’Emergenza- Urgenza	4.241
Pediatria	3.394
Medicina Interna	1.878
Anestesia Rianimazione, Terapia Intensiva e del Dolore	1.523
Chirurgia Generale	1.301
Psichiatria	944
Malattie dell’Apparato Cardiovascolare	826
Ginecologia e Ostetricia	690
Radiologia	612
Ortopedia e Traumatologia	550
Igiene e Medicina Preventiva	474
Nefrologia	366
Oftalmologia	246
Neurologia	156
Oncologia Medica	- 55
Medicina Fisica e Riabilitativa	- 178
Geriatrics	- 319

Tabella 1 - Carenza Specialisti entro il 2025.
Fonte Anaao Assomed

standardizzazione del fabbisogno di dirigenti medici affinché le attività contemplate in ognuna delle tipologie elencate possano essere espletate con i dovuti margini di sicurezza per pazienti ed operatori.

La standardizzazione del fabbisogno medico tuttavia, in un momento di trasformazione organizzativa, deve considerare alcuni aspetti:

1) la peculiarità di ogni singola struttura (opportuno considerare l’attività complessiva dell’Ospedale in cui la Cardiologia è allocata, il numero di accessi del Pronto Soccorso, il numero dei posti letto, la tipologia dell’attività di emodinamica interventistica, la complessità

dell’attività di elettrofisiologia e cardiostimolazione);

2) prevedere uno standard minimo di personale che assicuri tutte le funzioni di base (guardia attiva H24, consulenza H24 al PS, attività ambulatoriale, ambulatori dedicati integrati con la rete territoriale);

3) considerare criteri oggettivi per definire le performance quali-quantitative (n° di posti letto e tasso di occupazione, peso medio della casistica trattata, ecc.)

Per rispondere a queste richieste riteniamo si debba:

- Superare i limiti imposti dal decreto Calabria (oggi legge 35/2019) che stabilisce che a partire dal 2019 la

Regione	Fabbisogno
Emilia Romagna	145
Puglia	104
Toscana	99
Marche	74
Campania	69
Piemonte	69
Sicilia	63
Lombardia	60
Liguria	53
Calabria	40
Abruzzo	35
Sardegna	33
Umbria	29
Friuli Venezia Giulia	21
Basilicata	16
Veneto	15
Molise	13
Trentino	8
Val D’Aosta	2
Lazio	+ 120
TOTALE	828

Tabella 2 - Fabbisogno Cardiologi entro il 2025 nelle varie Regioni. Fonte Anaao Assomed

spesa per il personale non debba superare quella del 2018.

- Riformare in maniera organica e sostanziale la formazione specialistica, da rendere meno vincolata alle dinamiche universitarie e più legata al fabbisogno e alla programmazione del SSN.

- Favorire una reale Integrazione tra Università e rete formativa territoriale.

- Incrementare i contratti di formazione specialistica.

- Avviare rapidamente procedure di assunzione nel SSN, semplificando le procedure concorsuali, prolungando la validità delle graduatorie, consentendo l’entrata al lavoro degli specializzandi dell’ultimo anno. ♥



Stati Generali ANMCO 2019

Come migliorare lo spirito di appartenenza e partecipazione

In una fase della vita del nostro paese in cui l'associazionismo è in crisi anche l'ANMCO si interroga sul suo ruolo e su quali possano essere i valori fondanti su cui rinnovare l'Associazione e coinvolgere i giovani Cardiologi. Durante la sessione degli Stati Generali dedicata a questo tema con Gianluigi Nicolosi, Stefania Di Fusco e Marino Scherillo abbiamo identificato sette traiettorie lungo le quali dovrebbe essere condotta la nostra azione nei prossimi anni.

1. Recuperare l'orgoglio del Cardiologo ospedaliero

Quello che anni fa sembrava scontato non lo è più. La Cardiologia Ospedaliera, orgogliosa dei risultati ottenuti in particolare sull'infarto miocardico acuto, non avrebbe mai immaginato che il suo ruolo potesse essere messo in discussione come è stato fatto negli anni scorsi nell'ambito della riorganizzazione degli Ospedali per intensità di cura. Fortunatamente, dopo esperienze complessivamente deludenti, gli amministratori stanno facendo marcia indietro e non sostengono più in modo convinto questo modello, perlomeno nelle sue forme originarie, e le Cardiologie sono tornate ad occupare un ruolo centrale nell'organizzazione ospedaliera. Contemporaneamente però è emersa

la carenza di Cardiologi, a causa di una programmazione inadeguata, e quindi nei prossimi anni non solo avremo meno Cardiologi, ma li contenderemo con il territorio e le strutture del privato accreditato. In quest'ambito è fondamentale rivendicare il ruolo e l'orgoglio della Cardiologia Ospedaliera, come è stato fatto istituendo la giornata del 24 settembre come giornata per la valorizzazione della nostra professione e dei risultati raggiunti nella lotta alle malattie cardiovascolari.

2. Sviluppare programmi più aderenti alle aspettative dei cardiologi under 40

Un'associazione deve sapere intercettare le aspettative dei professionisti più giovani. In quest'ambito è stato lungimirante avere istituito l'Area Giovani che costituisce il laboratorio per elaborare nuove proposte. "Lavorare con giovani professionisti nativi digitali o quasi significa – come ha sostenuto Stefania Di Fusco – rinnovare le proposte didattiche e il proprio lessico e quindi parlare di tele-briefing, smart hospitals e smart houses, promuovere una didattica effettuata con simulatori e realtà aumentata, sviluppare la cultura dei big-data e dell'intelligenza artificiale, sfruttare in maniera

innovativa le possibilità offerte dai social media". Proprio da loro viene la spinta per investire sempre di più sul versante educativo, attraverso le innumerevoli proposte formative post-laurea, e a questo proposito ANMCO sta lavorando per rilanciare il learning-center e la rete di ricerca coordinata dal Centro Studi che è sempre stata un'importante palestra metodologica per quanti si avviano a diventare professionisti che devono coniugare l'assistenza con la ricerca clinica.

3. Implementare lo spirito associativo dando la possibilità a tutti di essere propositivi ed ascoltati

L'ANMCO non è costituita solo dai rappresentanti del Consiglio Direttivo o del Consiglio Nazionale, ma dagli oltre 5.000 Soci che ogni giorno svolgono la propria attività nelle Cardiologie nazionali. Questo significa che un'associazione è viva nella misura in cui coinvolge molti e moltiplica le possibilità di partecipazione. In questo senso è importante sottolineare che tra consiglieri regionali, board delle Aree e Task Force, colleghi coinvolti nelle commissioni, nella stesura dei documenti, nelle campagne educazionali o nella faculty del Congresso Nazionale i Cardiologi direttamente coinvolti





sono diverse centinaia e si può dire che la rappresentanza sul territorio sia veramente capillare. In questo senso ANMCO rimane il principale interlocutore nei confronti delle amministrazioni regionali, in grado di fornire una visione capillare delle problematiche e delle potenzialità delle Cardiologie regionali dai grandi centri hub ai presidi spoke periferici.

4. Sostenere le reti territoriali e i network professionali all'interno delle aree

Ogni Cardiologo ospedaliero non è solo, ma la sua forza viene soprattutto dal fatto di fare parte di una rete. Da una parte ci sono le reti cardiologiche che si sono sviluppate, in genere a livello provinciale, per le emergenze tempo-dipendenti o, più recentemente, anche per alcune patologie croniche. Dall'altra ci sono i network professionali tra chi condivide lo stesso ambito di interesse nell'ambito delle Aree e delle Task Force, con la condivisione di occasioni di incontro, confronto e crescita in cui si condividono progetti, documenti ed implementazioni locali dei modelli organizzativi.

5. Combattere le occasioni di burn-out

È inutile negarlo, la figura del medico ospedaliero è in crisi: esiste una fuga dagli Ospedali, appena le leggi lo consentono, per la prima volta dei giovani preferiscono la più "comoda" carriera territoriale rispetto a quella ospedaliera, fatta di turni e responsabilità maggiori, oppure la meglio remunerata carriera offerta dalle strutture private. Il carico burocratico da una parte e le responsabilità anche penali dall'altra, sono fenomeni che favoriscono il

cosiddetto burn-out, che porta molti colleghi a demotivarsi, a lavorare con meno serenità e ad attuare spesso una medicina difensiva. Secondo i dati più recenti la Cardiologia, avendo a che fare con pazienti critici e con le emergenze, è tra quelle in cui il burn-out è più frequente. La nostra associazione, pur non avendo una connotazione sindacale, deve svolgere azioni anche in questo senso. I numerosi incontri effettuati prima sulla legge Balduzzi, poi sulla legge Gelli, i progetti di deburocratizzazione e le proposte messe in campo dal Direttivo nel favorire le consulenze medico-legali ed assicurative vanno in questa direzione.

6. Being digital

Siamo alle porte, anzi è già in atto, una grande rivoluzione digitale. Che si può manifestare sotto diverse forme. Per esempio i cittadini, disponendo di smartphone e smartwatch, cominciano ad auto-monitorarsi e ad interpellare sempre più spesso il medico in questo senso. I social vengono usati anche per scambiarsi opinioni sulle malattie, con il rischio che circolino fake news o vengano favorite pericolose derive eterodirette, e sono sempre più utilizzati, sul modello tripadvisor, per scegliere il medico più gettonato, come si fa con un ristorante. Presto cominceranno ad essere disponibili sistemi di learning medicine che, analizzando milioni di dati con adeguati software costruiti per apprendere dai dati, affiancheranno il medico guidandolo nel percorso diagnostico e terapeutico. Sempre più spesso i pazienti consultano i medici tramite e-mail o inviano referti mediante WhatsApp. Non si dovrebbe fare, ma si fa. Questa rivoluzione può essere affrontata con curiosità

e apertura o con un atteggiamento di sufficienza o rifiuto. La cosa migliore sarebbe quella di cominciare ad affrontare le diverse tematiche, compresi i problemi etici, di privacy, normativi e tariffari, in modo da non farci trovare impreparati di fronte ad uno tsunami che in ogni caso, purtroppo, non saremo noi medici a governare.

7. Rafforzare il rapporto con le Società Scientifiche straniere vedendo l'Italian Federation of Cardiology come una opportunità

Infine, un'ultima ma importante necessità è quella di "internazionalizzare" la nostra Cardiologia in una fase in cui l'Italia rischia, in questo come in altri campi, di rimanere isolata e perdere opportunità importanti, culturali e finanziarie. Il fenomeno dei laureati che emigrano all'estero sta assumendo dimensioni epocali. Il legame con le principali società scientifiche nordamericane (ACC e AHA) è forte e ancora di più lo è quello con l'ESC, che però va implementato e alimentato per "fare sistema", dare più opportunità di crescita ai giovani Cardiologi, tenere elevato il livello della nostra assistenza e della ricerca e, in un prossimo futuro, accedere ai fondi della Comunità Europea, al pari delle nazioni più importanti. Negli ultimi anni la Cardiologia italiana è stata abbastanza assente da Board, Commissioni, Nucleus e Committee dell'ESC, di cui siamo tra i costituent bodies, ed ha perso molte opportunità, per cui un proposito forte è quello di impegnarci a supportare quanti sono disponibili a dare il proprio tempo e la propria esperienza per lavorare anche in questa direzione. ♥

Formazione manageriale del Cardiologo: tra responsabilità cliniche e competenze gestionali

La sfida della formazione manageriale dei Cardiologi ospedalieri alla luce del nuovo contratto nazionale

La gestione delle risorse umane e tecnologiche affidate ai Dirigenti Cardiologi per l'assistenza ai pazienti rende opportuna una formazione manageriale, obbligatoria per i ruoli apicali, i cui contenuti principali sono riassunti nella Figura 1. La formazione manageriale è finalizzata ad un comportamento responsabile ed appropriato sia in ambito clinico che gestionale.

Responsabilità cliniche e gestionali

Nell'attività dei Dirigenti Cardiologi sono ricomprese responsabilità professionali che, in base al tipo di responsabilità, possono divenire oggetto di un procedimento giudiziario nei seguenti ambiti:

- *civile*: se arreca danni a terzi o alla stessa pubblica amministrazione,
 - *penale*: se delinque,
 - *amministrativo-contabile*: se arreca un danno erariale alla pubblica amministrazione,
 - *disciplinare*: se viola obblighi previsti dal C.C.N.L., da legge o dal codice di comportamento,
 - *dirigenziale*: riguarda il solo personale dirigenziale che non raggiunga i risultati posti dal vertice politico o si discosti dalle direttive dell'organo politico, e può prevedere la rimozione dall'incarico, il collocamento in disponibilità, il licenziamento del dirigente incapace.
- In base al rapporto professionale con l'utenza - o la controparte in caso di controversia - si possono distinguere

responsabilità di tipo:

- *contrattuale*: consiste in un inadempimento di una preesistente obbligazione tra le parti per la quale generalmente si ritiene che debba rispondere la sola pubblica amministrazione,
- *extra-contrattuale*: individua la produzione, dolosa o colposa, di un danno ingiusto ad altri, senza violazione di una preesistente obbligazione, ma frutto della mera inosservanza del generale dovere del neminem laedere e che obbliga a risarcire il danno. Un'adeguata formazione manageriale del Dirigente Cardiologo implica innanzitutto un comportamento responsabile e allo stesso tempo appropriato in ambito sia clinico che gestionale, in





Formazione manageriale dei dirigenti cardiologi

Ambiti della formazione

- Diritto e legislazione sanitaria
- Economia aziendale e management sanitario
- Gestione delle risorse
- Economia sanitaria
- Politica ed organizzazione sanitaria (modelli organizzativi)

Contenuti manageriali nei ruoli apicali e intermedi

Funzioni fondamentali

- Pianificazione
- Organizzazione
- Guida
- Coordinamento
- Controllo

Figura 1 - Ambiti e contenuti della formazione manageriale del medico ospedaliero

sinergia con le strategie elaborate dalle istituzioni sanitarie nazionali e regionali trasferite poi nelle pianificazioni della direzione aziendale e in rapporto costruttivo con le componenti amministrative e le altre strutture sanitarie dell'Azienda Sanitaria o Azienda Ospedaliera di appartenenza.

Verso un'efficace sinergia aziendale

La costruttiva sinergia tra il dirigente medico ed il management amministrativo deve superare una possibile diversa visione di obiettivi: mentre il clinico tende a dare risposta riguardo al bisogno di salute del singolo paziente e all'efficacia delle cure, il manager ha una visione prevalentemente orientata all'intera


popolazione e non al singolo caso, rispondendo a criteri di efficienza allocativa e di controllo dei costi.

Questo può generare nel medico una sensazione di minaccia della perdita dell'autonomia professionale e di erosione del valore delle competenze professionali dei medici. Nella Figura 2 vengono sintetizzate i motivi principali di conflittualità tra il clinico ed il manager e le possibili azioni per superare positivamente tali criticità.

Professionalità e managerialità su binari paralleli?

Tra le novità introdotte dal recente rinnovo del contratto collettivo nazionale vi è la possibile differenziazione delle competenze professionali e gestionali del

dirigente medico, pur mantenendo omogenea dignità giuridica e analoga parametrizzazione economica. Se da una parte questo consente di assegnare un numero maggiore di riconoscimenti funzionali ed economici ai dirigenti medici, anche in previsione della riduzione degli incarichi di Unità Semplice e di Unità Complessa (è prevista l'assegnazione di circa 9.000 nuovi incarichi professionali non legati a compiti gestionali), si profila l'ipotesi di una progressiva separazione di carriere con una ipotetica presenza, nella stessa struttura, di medici dotati di elevata professionalità gestiti da colleghi che, pur senza possederne altrettanta, divengono i reali decisori dei processi produttivi, degli obiettivi



XXII EDIZIONE
STATI GENERALI ANMCO 2019

Il rapporto tra medici e manager

Possibile conflittualità per obiettivi diversi

- **MEDICO:** risposta al bisogno di salute del singolo paziente e sull'efficacia delle cure
- **MANAGER :** visione orientata all'intera popolazione e non al singolo caso (efficienza allocativa, controllo dei costi)
- ----- minaccia della perdita dell'autonomia professionale, erosione del professionalismo dei medici; accountability

Come superare le tensioni di fondo

- rispetto reciproco tra le parti (accettazione delle diversità di valori e culture da parte di entrambe le figure)
- condivisione di alcuni valori fondamentali (erogazione di servizi sanitari eccellenti)
- onestà delle argomentazioni e delle reciproche richieste (evitare di bluffare sui vari bisogni)
- individuazione e condivisione di obiettivi nel breve-medio e lungo periodo

Figura 2 - Principali criticità nel rapporto tra medico e manager e possibili azioni per superarle

e della organizzazione del lavoro. Una gestione non appropriata di questa innegabile vittoria sindacale può contribuire a indebolire il confronto del dirigente medico apicale con la Direzione Aziendale; appare infatti intuibile, nel contesto delle attività sanitarie, che la gestione delle risorse non può prescindere, in gran parte, dall'autorevolezza professionale.

Conclusioni

Un Dirigente Cardiologo, in particolare modo se impegnato in ruoli intermedi e apicali, deve possedere elevata professionalità e adeguate capacità gestionali, necessarie per confrontarsi con autorevolezza e competenza con la direzione aziendale, condividere e organizzare il lavoro dei propri

collaboratori, raggiungere gli obiettivi assegnati. Tutto questo nell'ottica di perseguire con criteri di efficacia ed efficienza un'appropriata assistenza dei pazienti. Una adeguata formazione manageriale è quindi necessaria a completare le competenze professionali. Anche per questo ANMCO ha ritenuto opportuno proporre ai Soci iniziative per la formazione manageriale, ribadite in più occasioni nel corso degli Stati Generali dell'ottobre 2019. La organizzazione da parte di ANMCO di un Master in Formazione Manageriale riservato ai Soci che avrà luogo nel 2020 rappresenta un "indicatore" di questa volontà della nostra Associazione. ♥

Bibliografia

- 1) Zanetti M. Il medico e il management. Guida ragionata alle funzioni gestionali. Accademia Nazionale di Medicina, 1996
- 2) Ongaro E., Valotti G., Public management reform in Italy: explaining the implementation gap. International Journal of Public Sector Management 2008; 21 (2): 174-204.
- 3) Medical Practice Guidelines - Separating Science from Economic. Priori SG et al. Eur Heart J 2003; 24: 1962-1964
- 4) ARAN, Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro relativo al Personale del Comparto Sanità Triennio 2016-2018, 21 maggio 1998





La sicurezza delle cure in Sanità

L'ANMCO e gli aspetti professionali: specificità e tutela legale

Legge Bianco - Gelli: bilancio a due anni dall'approvazione

L'evoluzione della Cardiologia è continua e si evidenzia in vari ambiti: dal miglioramento delle cure farmacologiche al costante sviluppo di nuove tecnologie in ambito interventistico, diagnostico e di monitoraggio. Il cardiologo deve avere anche sempre maggiori competenze in ambito intensivistico ed internistico perché spesso la cardiopatia si associa ad altre rilevanti acuzie e comorbidità che possono impattare negativamente sulla prognosi. Ci vengono anche richieste capacità manageriali per la gestione e l'allocazione delle risorse e anche un ruolo di tutor per studenti e specializzandi affidati per la formazione dalle Università agli Ospedali. In questo panorama bisogna inoltre tenere conto di un miglior livello culturale medio della popolazione, di una informazione però spesso di basso livello scientifico acquisita sul web, di aspettative sempre più elevate (vietato morire...), di interessi economici con ricerca di malasania per ottenere

risarcimenti. Di questi aspetti che portano ad una sempre maggiore complessità della nostra professione, soprattutto in relazione alla tutela legale e all'applicazione della legge Gelli si è parlato e discusso fattivamente in una delle sessioni degli Stati Generali ANMCO 2019, tenutisi a Monopoli. Dal 1° aprile 2017 è entrata in vigore la legge 24/2017, nota ai più come legge "Gelli" (dal nome di uno dei suoi firmatari), recante "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti delle professioni sanitarie". Viene in essa affermata con enfasi l'importanza della sicurezza delle cure in sanità e la necessità di perseguirla nell'interesse dei singoli e della collettività; si sottolinea che la sicurezza delle cure si realizza con idonee attività di prevenzione e di gestione del rischio sanitario. La legge detta una serie di norme che possono essere raggruppate in quattro aree: regole

amministrative, regole dedicate alla responsabilità penale e civile, regole processuali, regole inerenti ai profili assicurativi. L'argomento si colloca in un panorama preoccupante in cui i sinistri aperti dal 2017 sono andati incontro ad un incremento del 60%. Nel corso delle presentazioni e della discussione è emerso che il 40% dei Cardiologi conosce la legge "Gelli", ma che solo il 17% l'ha letta. La maggior parte degli intervenuti ha condiviso i principi fondanti del documento ma è stata molto critica nel prevederne la realizzabilità e i ritardi registrati in vari ambiti lo confermano. La legge conferisce delega alle Regioni ai fini dell'istituzione del Garante per il diritto alla salute, le cui funzioni vengono demandate ad un organo già esistente: il Difensore civico regionale. Per quello che ci risulta, fino ad oggi, solo quattro Regioni hanno attuato la delega (Lombardia, Campania, Piemonte e Marche). Si è insediato in AGENAS (22/03/2018) l'Osservatorio



nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità che ha il compito di raccogliere i dati relativi agli eventi avversi, comprenderne le cause e prevenire la ripetizione, predisporre in collaborazione con le Società Scientifiche apposite linee di indirizzo in tema di risk management. Nel 2018 sono stati pubblicati 227 documenti, solo 5 cardiologici, 3 della Regione Veneto, uno del Lazio e uno della Toscana, riguardanti device, fibrillazione atriale e prevenzione cardiovascolare. È stato poi introdotto il “Sistema Nazionale per le Linee Guida”. Linee Guida (LG), protocolli, raccomandazioni o buone pratiche rappresentano le modalità tecniche, diagnostiche, esecutive, ovvero le prassi condivise dalla comunità scientifica per il trattamento di un determinato stato patologico, parametro di riferimento al quale deve essere comparata la condotta tenuta dall’operatore sanitario. La punibilità è esclusa, senza alcun riferimento al fatto che si versi in colpa grave o lieve, qualora l’evento si sia verificato a causa di imperizia, siano state rispettate le raccomandazioni previste dalle LG e le raccomandazioni contenute nelle LG risultino adeguate alle specificità del caso concreto. Ma dove si trovano le linee guida? La legge pretende di inserirle in una banca dati tenuta dal Ministero della Salute, la quale, non a caso, è ancora assai povera di contenuti. L’opzione si sta rilevando fallimentare perché i nostri apparati ministeriali

hanno enormi difficoltà nella raccolta e nel progressivo aggiornamento dei dati (molte LG non rispondono ai criteri richiesti e comunque le LG dovrebbe essere adeguate ogni due anni). Inoltre non si tiene conto della variabilità dei casi, per cui esistono vicende in cui le specificità impongono proprio di discostarsi dalle LG. Come è stato autorevolmente suggerito, dunque, l’unico modo per salvare questo aspetto sarebbe di proporre una interpretazione costituzionalmente orientata, che valorizzi il “salvo le specificità del caso concreto”, garantendo ai Giudici di merito la possibilità di valutare liberamente la corrispondenza della condotta medica ai parametri di diligenza, prudenza e perizia, anche prendendo in considerazione eventuali innovazioni più aggiornate della medicina, che siano già patrimonio della comunità scientifica ma non ancora trasfuse in LG. Mancando le LG che dovrebbero rappresentare il punto di riferimento dei giudici nel valutare il comportamento dei medici, un ruolo fondamentale continuano ad averlo i consulenti tecnici. La legge sottolinea poi come il paziente vada a stipulare un contratto con la struttura sanitaria che è quindi quella a cui si rivolge lo stesso paziente per reclamare il risarcimento dei danni ed è l’Ospedale che deve dimostrare la propria assenza di colpa. Responsabilità contrattuale per soggetti che hanno il pieno governo del proprio

rischio (strutture e liberi professionisti) e responsabilità extracontrattuale per chi non ha il pieno governo del rischio (medici dipendenti o convenzionati con SSN o comunque operanti in struttura). Quindi attenzione spostata su chi governa i fattori, anche remoti, che hanno reso possibile l’incidente, che può trovare un suo antecedente causale in disfunzioni organizzative. I ritardi si confermano anche relativamente ad una serie di regolamenti attuativi: non sono stati ancora emanati una serie di decreti del Ministro dello sviluppo economico, del Ministro della salute e del Ministro economia e finanze che dovrebbero definire criteri e modalità per la vigilanza e il controllo sulle imprese di assicurazioni e sui requisiti minimi delle polizze. ANMCO è una delle 293 società scientifiche accreditate, ma al momento nessuna LG cardiologica è inserita nel sito del Ministero. Ci troviamo quindi di fronte ad una normativa di cui molti dei principi di fondo sono condivisibili, con ancora molti punti da chiarire, che evidenzia ancora ritardi sia a livello centrale che regionale. È un tema che come professionisti della salute ci riguarda e ci riguarderà sempre maggiormente, il compito delle Società Scientifiche è sicuramente quello di discuterne ma anche di promuovere la formazione, l’aggiornamento dei professionisti e la cultura della responsabilità anche al di fuori di LG che spesso hanno aree grigie. ♥





Come sta cambiando la comunicazione dell'ANMCO nell'era dei Social Media

L'ANMCO 2.0: Sito Web e Social Media

L'avvento dei Social Media e le nuove modalità di comunicazione per la Cardiologia

I Social Media hanno portato ad un cambiamento radicale nel modo in cui si legge, apprende e si condividono informazioni e contenuti. Con i Social Media è cambiato il modello di comunicazione tipico dei media tradizionali (giornali, radio, televisione): il messaggio non è più monodirezionale (da uno a molti) ma diviene uno scambio ed una condivisione di contenuti testuali, immagini, audio e video con un alto livello di interazione. Questo scambio ha in sé un grande vantaggio trasformando i soggetti da meri fruitori di contenuti ad editori degli stessi. Al tempo stesso però racchiude grandi rischi relativi al controllo della validità dei dati scambiati ed alla potenziale autoreferenzialità. L'11 ed il 12 ottobre si sono svolti a Monopoli i XII 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. In occasione della Sessione dei lavori dedicata alla Comunicazione è stato presentato un report approfondito ed aggiornato sull'utilizzo del Sito da parte degli utenti, del quale trovate a seguire i dati maggiormente significativi (Figure 1 - 2). I risultati sono indicativi della frequentazione

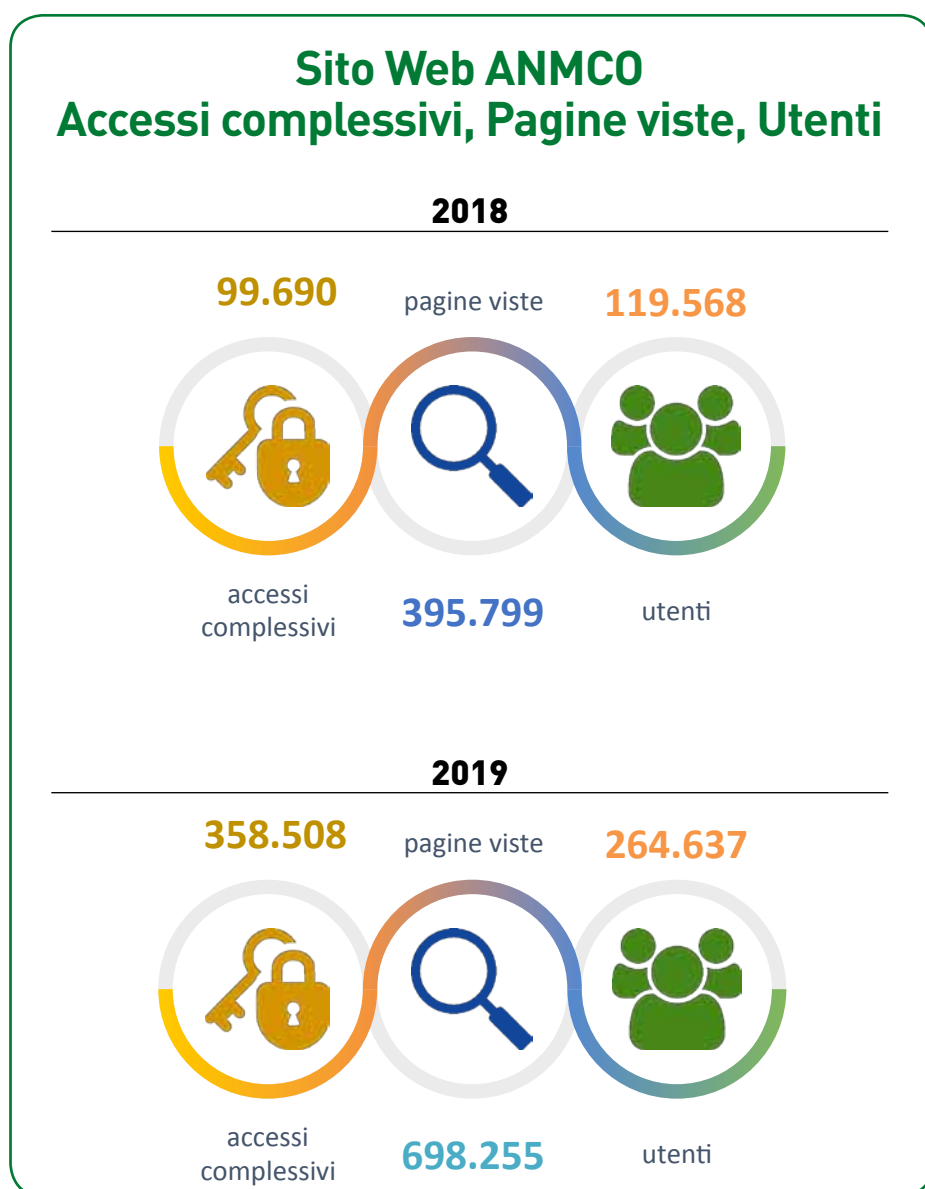


Figura 1

del WEB ANMCO: accessi complessivi, pagine viste e utenti unici, ma soprattutto mostrano un significativo incremento del numero di accessi da parte degli utenti nel corso dell'ultimo anno, indicativo di un crescente interesse da parte dei Soci ai contenuti. Il Sito nel corso di quest'anno è diventato uno dei principali contenitori di tutte le attività scientifico - culturali delle Aree e delle Task Force, fornendo un continuo e costante aggiornamento sia sulle principali tematiche clinico - assistenziali della Cardiologia, che sulle attività svolte dai Consigli Direttivi Regionali. 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 dimostra ancora come nel periodo di osservazione è risultata decisamente aumentata la categoria "nuovo utente", espressione di un progressivo

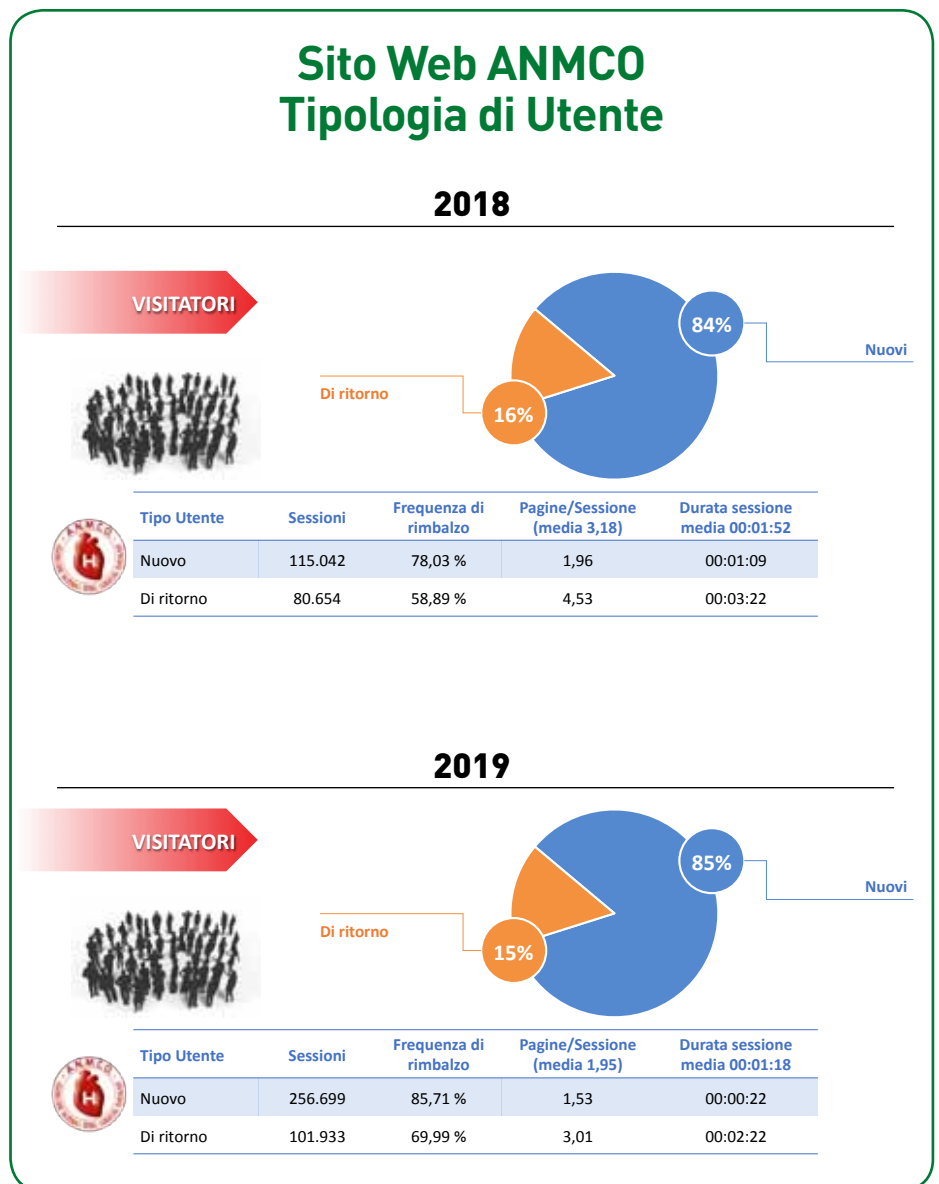


Figura 2



Figura 3

interesse al Sito, ma soprattutto ai contenuti, considerato anche l'aumento della categoria "di ritorno". La lettura e l'approfondimento di questi dati, soprattutto del rapporto nuovo utente/utente di ritorno, suggeriscono che le nuove rubriche **Latest News**, **Outplay... Clinical Case!**, **PODFast ANMCO**, e le nuove utilities **Job Opportunities** e **International Oppotunities** con l'attivazione dei **Forum** cardiologici delle Aree, che si sono andate ad aggiungere alle già funzionali Aree del Sito, hanno da un lato promosso una più vivace attività e lavoro scientifico di tutto il movimento culturale dell'Associazione rappresentato dalle Aree e dalle Task Force, e dall'altro stimolato l'interesse di tutti i Soci ai contenuti, riconoscendo nel Sito WEB un valido strumento di aggiornamento in Cardiologia e un canale attraverso il quale estrinsecare il senso di appartenenza alla nostra Associazione

(Figura 3). Nell'ottica di attrarre verso il Sito e l'Associazione anche gli utenti più giovani è stato dato nuovo impulso anche ai Social Media, in particolare a **Facebook** e a **Twitter**, strumenti di comunicazione più veloci e dotati di una massima fruibilità, dove in il numero di follower dell'ANMCO si è più che triplicato, ad oggi sono circa 1.450 i follower che seguono le attività della nostra associazione. Grande successo è stato per il Sito il **Canale ANMCOTV** e il **Canale You Tube** dell'Associazione, che attraverso la realizzazione di video interviste, si è data voce a "padri nobili" di riconosciuta cultura e competenza della Cardiologia italiana e della nostra ANMCO. Ad oggi sono state realizzate 27 video interviste su argomenti di grande attualità, sia relativamente a tematiche terapeutiche che clinico - assistenziali, e in occasione dei XII Stati Generali è stata data voce oltre che al Presidente

Dott. Domenico Gabrielli ed ai Vice Presidenti Dott. Pasquale Caldarola e al Dottor Adriano Murrone, anche a tutti i Presidenti Regionali, i quali hanno dato vita a interessanti e vivaci dibattiti su aspetti organizzativi della Cardiologia italiana, in particolare sulla rete IMA, sulla rete dello scompenso, sulla rete cardioncologica e sulla rete riabilitativa, coordinati oltre che dall'Editor del Sito Dottor Fortunato Scotto di Uccio e dal Co - Editor Dott.ssa Maura Francese, dalla Dott.ssa Nadia Aspromonte e dal Dott. Loris Roncon. ANMCO ha risposto alla sfida della nuova comunicazione con un aggiornamento del Sito WEB che include un'interfaccia più moderna e di facile consultazione con vari menu informativi, ed aprendo una finestra ricca e costantemente aggiornata sul mondo della Cardiologia e dell'Associazione. ♥



Massimo Zecchin

AREA ARITMIE

Chairperson

Massimo Zecchin (Trieste)

Co - Chairperson

Raimondo Calvanese (Napoli)

Comitato di Coordinamento

Stefano Bardari (Pordenone)

Paolo China (Mestre - VE)

Giosuè Mascioli (Bergamo)

Carlo Pignalberi (Roma)

Consulente

Martina Nesti (Arezzo)

Giuseppe Sgarito (Palermo)



Marco Di Eusanio

AREA CARDIOCHIRURGIA

Chairperson

Marco Di Eusanio (Ancona)

Co - Chairperson

Domenico Mangino (Mestre - VE)

Comitato di Coordinamento

Paolo Berretta (Ancona)

Mauro Iafrancesco (Roma)

Michele Murzi (Massa)

Fabrizio Settepani (Milano)

Consulente

Pasquale Fratto (Reggio Calabria)



Antonella Moreo

AREA CARDIOIMAGING

Chairperson

Antonella Maurizia Moreo (Milano)

Co - Chairperson

Marco Campana (Brescia)

Comitato di Coordinamento

Antonello D'Andrea (Nocera Inferiore - SA)

Alessia Gimelli (Pisa)

Donato Mele (Ferrara)

Massimiliano Rizzo (Civitavecchia - RM)

Consulenti

Giovanna Di Giannuario (Rimini)

Georgette Khoury (Terni)



Roberta Rossini

AREA EMERGENZA - URGENZA

Chairperson

Roberta Rossini (Cuneo)

Co - Chairperson

Paolo Trambaiolo (Roma)

Comitato di Coordinamento

Daniela Chiappetta (Cosenza)

Marco Ferlini (Pavia)

Simona Giubilato (Catania)

Carlotta Sorini Dini (Livorno)

Consulente

Nicola Gasparetto (Treviso)



Stefania Di Fusco

AREA GIOVANI

Chairperson

Stefania Angela Di Fusco (Roma)

Co - Chairperson

Filippo Zilio (Trento)

Comitato di Coordinamento

Marco Malvezzi Caracciolo D'Aquino (Salerno)

Marco Flori (Urbino - PU)

Nadia Ingianni (Marsala - TP)

Luigi Pollarolo (Casale Monferrato - AL)

Consulenti

Giuseppe Galati (Milano)

Annamaria Iorio (Bergamo)



Marco Vatrano

AREA MALATTIE DEL CIRCOLO POLMONARE

Chairperson

Marco Vatrano (Catanzaro)

Co - Chairperson

Claudio Picariello (Rovigo)

Comitato di Coordinamento

Elisabetta De Tommasi (Bari)

Andrea Garascia (Milano)

Egidio Imbalzano (Messina)

Leonardo Misuraca (Grosseto)

Consulenti

Iolanda Enea (Caserta)

Maria Teresa Manes (Cosenza)



Laura Piccioni

AREA MANAGEMENT & QUALITÀ

Chairperson

Laura Lalla Piccioni (Teramo)

Co - Chairperson

Fabiana Lucà (Reggio Calabria)

Comitato di Coordinamento

Alessandra Chinaglia (Torino)

Damiana Fiscella (Catania)

Vincenzo Lopriore (Monopoli - BA)

Vittorio Palmieri (Napoli)

Consulenti

Alberto Deales (Fano - AN)

Gilberto Gentili (Senigallia - AN)



Doriana Frongillo

AREA NURSING

Chairperson Medico

Doriana Frongillo (Frascati - RM)

Co - Chairperson Medico

Tullio Usmiani (Torino)

Chairperson Infermiera

Rossella Gilardi (Milano)

Co - Chairperson Infermiera

Michela Barisone (Savona)



Rossella Gilardi

Comitato di Coordinamento

Stanislao Accardo (Roma)

Giovanni Falsini (Arezzo)

Maria Cristina Pirazzini (Bologna)

Gabriella Ricci (Castellaneta - TA)

Consulenti

Donatella Radini (Trieste)

Ilaria Cantarella (Catania)



Daniele Grosseto

AREA PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE

Chairperson

Daniele Grosseto (Rimini)

Co - Chairperson

Antonio Francesco Amico
(Copertino - LE)

Comitato di Coordinamento

Sara Cocozza (Benevento)

Michele Gabriele (Mazara del Vallo - TP)

Nuccia Morici (Milano)

Andrea Santucci (Perugia)

Consulenti

Francesco Giallauria (Napoli)

Iris Parrini (Torino)



Massimo Iacoviello

AREA SCOMPENSO CARDIACO

Chairperson

Massimo Iacoviello (Bari)

Co - Chairperson

Marco Marini (Ancona)

Comitato di Coordinamento

Manuela Benvenuto (Teramo)

Leonarda Cassaniti (Augusta - SR)

Mauro Gori (Bergamo)

Annamaria Municinò (Sestri Ponente - GE)

Consulenti

Enrico Ammirati (Milano)

Alessandro Navazio (Reggio Emilia)

Medical Writer

Renata De Maria (Milano)

DI ANTONELLO D'ANDREA, ALESSIA GIMELLI, MARCO CAMPANA, MASSIMILIANO RIZZO,
DONATO MELE, GIOVANNA DI GIANNUARIO, GEORGETTE KHOURY, ANTONELLA MOREO

Doping ed energy drinks: quando l'imaging rivela il "falso atleta"!

Le potenzialità dell'Imaging nel danno cardiaco da Doping

La già difficile gestione clinica dell'atleta aritmico si è di recente complicata con la diffusione nel mondo dello sport della assunzione fraudolenta di sostanze "dopanti", da parte di atleti professionisti e dilettanti, iniziata già in giovane età tra gli adolescenti. Quasi tutte le sostanze "illecite", cioè vietate dal Comitato Olimpico Internazionale (CIO) su elenchi che vengono annualmente aggiornati, su approvazione dal 1999 della World Anti-Doping Agency (WADA), possono provocare a breve, medio e lungo termine, anche nel soggetto senza precedente cardiopatia, tachi- o bradi-aritmie di ogni tipo, sopraventricolari e ventricolari, anche severe e mortali, per meccanismi aritmogeni diretti ed indiretti. Inoltre gli atleti usano spesso combinazioni di diversi farmaci vietati, e di energy drinks, bevande liberamente disponibili in commercio, con conseguenti effetti additivi sul rimodellamento

cardiaco, che possono portare ad ipertrofia ventricolare sinistra (IVS), insufficienza cardiaca e morte improvvisa. È assolutamente essenziale escludere l'abuso di questi farmaci quando gli atleti con disfunzione cardiaca giungono alla nostra attenzione.

Sostanze dopanti

Tra le sostanze dopanti maggiormente utilizzate vanno annoverati gli steroidi anabolizzanti (AAS). Nel corso degli anni è aumentato il consumo degli AAS non solo da parte di bodybuilder ma anche di coloro che praticano diverse discipline sportive, con l'obiettivo di aumentare notevolmente la massa muscolare. Si parla sempre più spesso di un abuso, da 10 a 100 volte la dose terapeutica raccomandata, di testosterone e delle sue varianti sintetiche, facili da reperire, anche illegalmente, e abbordabili nel prezzo. Gli AAS hanno tossicità diretta sulle strutture del miocardio, con aumento della deposizione di collagene, fibrosi e iperplasia intinale

dei vasi coronarici intramurali e danno ischemico cronico e alterazioni della microcircolazione. Inoltre, il testosterone sembra inibire l'assorbimento extra-neuronale della neuramina e di conseguenza provocare vasospasmo improvviso come risposta vascolare alla noradrenalina. Gli effetti collaterali cardiaci più noti sono rappresentati dall'induzione di IVS, realizzando quadri analoghi alla cardiomiopatia ipertrofica ancorché suscettibile di parziale regressione. Sono stati descritti anche trombi intraventricolari tali da giustificare fenomeni di tromboembolia cerebrale e distrettuale, e casi di infarto del miocardio e di morte improvvisa, da occlusione trombotica delle coronarie ma anche con coronarie normali. Nella valutazione ecocardiografica dell'IVS fisiologica dell'atleta, i nuovi e più sensibili indici di deformazione regionale dello *strain rate imaging* hanno confermato una funzione sistolica regionale normale o



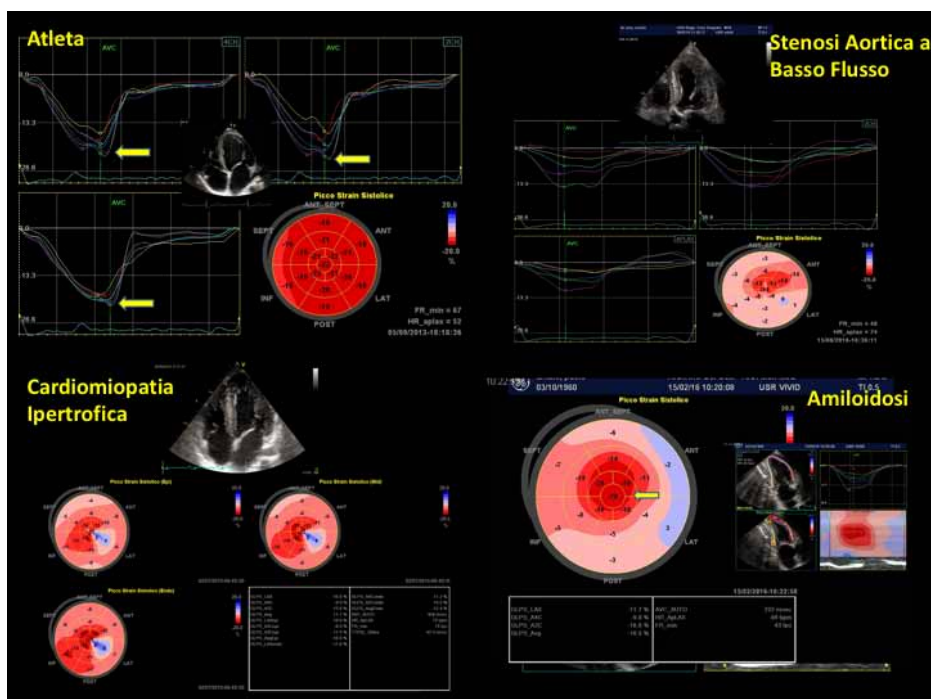


Figura 1 - Valutazione ecocardiografica dello strain in diverse condizioni di ipertrofia. Il 2D strain identifica diversi pattern di compromissione della funzione miocardica in modelli di ipertrofia fisiologica (atleta) o patologica (stenosi aortica, cardiomiopatia ipertrofica, amiloidosi).

“supernormale” nonostante il marcato incremento degli spessori di parete (Figura 1). Al contrario, in atleti di potenza che fanno abuso cronico di AAS, si è osservato come lo strain possa evidenziare precocemente una disfunzione miocardica sistolica, non rilevabile con i parametri ecocardiografici tradizionali, e strettamente proporzionale al dosaggio medio settimanale ed agli anni di somministrazione della sostanza dopante (Figura 1). Gli atleti che abusano di AAS possono inoltre presentare alla Risonanza Magnetica Cardiaca (RMC) IVS con

disfunzione miocardica sistolica e diastolica, ed aree focali di delayed enhancement da fibrosi intestiziale, con distribuzione tipicamente non ischemica (Figure 2-3). Anche l'abuso di ormone della crescita (GH) ha contaminato molti sport, per ottenere un rapido aumento della massa muscolare, sebbene i suoi effetti sulle prestazioni fisiche non siano completamente supportati dalla letteratura. Il GH promuove la crescita cellulare stimolando la sintesi proteica, inibendo il catabolismo e inducendo la produzione di IGF-1. Il GH, sia in eccesso che in stato

carente, è correlato all'aumento della mortalità cardiovascolare. L'eccesso, come nell'acromegalia o nel Doping, provoca IVS e aumento del collagene, della fibrosi e dell'infiltrazione cellulare. Studi sia sperimentali che in pazienti hanno dimostrato che un incremento dei livelli di GH induce una significativa IVS e un aumento dei diametri e dei volumi diastolici del ventricolo sinistro e della gittata cardiaca. Inoltre, anche l'eritropoietina, che aumenta i livelli di ematocrito e quindi migliora la capacità aerobica, può portare a disfunzione cardiaca, aumentare la viscosità del sangue e il post-carico cardiaco, e predispone all'ipertensione e alla tromboembolia.

Energy Drinks

Secondo la *Substance Abuse and Mental Health Service Administration americana*, tra il 2007 e il 2011 i ricoveri nei Pronto Soccorso riconducibili all'assunzione di energy drinks sono passati da circa 10.000 a quasi 21.000 all'anno. Del resto, in molti Paesi (da ultima la Francia, con il suo “emendamento Red Bull” conseguente ad un rapporto dell'Anses), si sta cercando di introdurre una limitazione alla vendita. In media queste bibite contengono caffeina e taurina in quantità fino a tre volte superiori a quelle che si trovano nella cola o in un normale caffè, e queste sostanze, a quelle concentrazioni, possono determinare tachicardia, palpitazioni, aumento della pressione arteriosa e, nei casi più gravi, aritmie maligne.

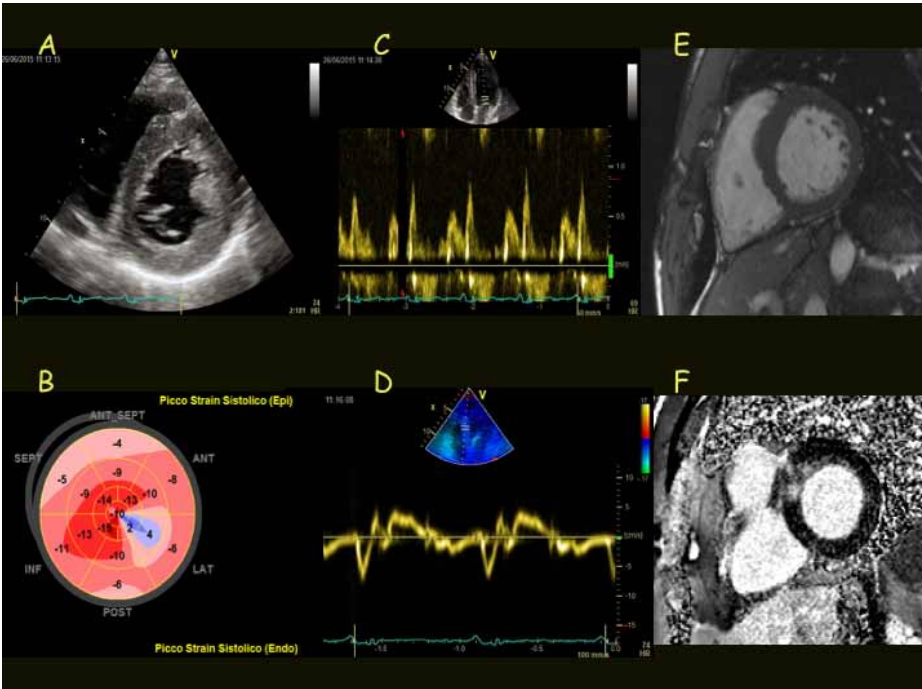


Figura 2 - Maschio, 38 anni, body builder agonista. Assume steroidi da 15 anni. Lamenta dispnea da sforzo. All'ecocardiogramma moderata ipertrofia concentrica (A) con strain bidimensionale compromesso (B), disfunzione diastolica marcata all'analisi con Doppler transmitralico (C) e tissutale (D). La Risonanza Magnetica Cardiaca conferma l'ipertrofia del ventricolo sinistro (E) e documenta fibrosi miocardica al late-enhancement (F).

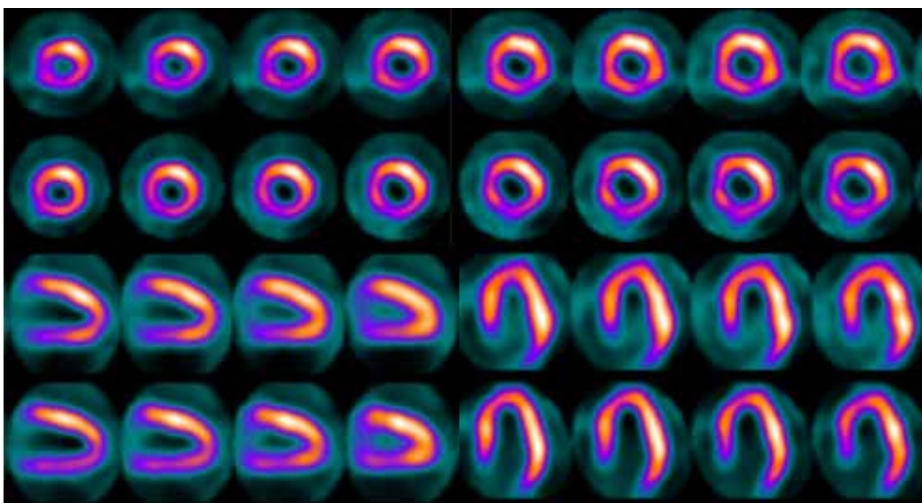


Figura 3 - Maschio, 34 anni, attività sportiva agonistica intensa. Assume steroidi. Dispnea di recente insorgenza per sforzi intensi. Scintigrafia con dipiridamolo, eseguita con gammacamera CZT in valutazione dinamica, con possibilità di valutare il flusso assoluto. Le immagini mostrano una lieve riduzione post stress dell'uptake in sede inferiore, di estensione e severità estremamente ridotte, parzialmente reversibile a riposo. La valutazione volumetrica e della frazione di eiezione mostra una funzione globale ridotta con sovraccarico volumetrico. La valutazione del flusso assoluto mostra una riduzione sia del MBF basale regionale e globale che della riserva, indicativi di una cardiomiopatia dilatativa.

	Rest MBF	Stress MBF	CFR
LAD	0.65	0.99	1.6
LCX	0.58	1.12	1.8
RCA	0.55	1.03	1.7
Global	0.61	1.01	1.55



Gli energy drinks provocano effetti cardiaci maggiori rispetto alla sola caffeina e probabilmente questo è dovuto agli ingredienti aggiuntivi che contengono, la cui interazione va ancora approfondita (zucchero, taurina e complesso vitaminico B). Uno studio statunitense di fonte militare, pubblicato dalla rivista dal *Journal of the American Heart Association* e condotto da un team dell'US Air Force Medical Center in California, è stato recentemente realizzato in seguito al diffondersi del consumo di bevande energetiche tra i militari americani, con il 75% che beve un energy drink al giorno e quasi il 15% più di tre lattine. Tale progetto è partito dal presupposto che la Food and Drug Administration Usa (FDA) considera sicura per la maggior parte degli adulti sani una dose giornaliera di caffeina pari a 400 milligrammi. I ricercatori hanno selezionato 18 volontari, che sono stati divisi in due gruppi. Al primo gruppo sono stati somministrati 946 ml di energy drink, cioè una lattina grande normalmente in commercio, mentre al secondo gruppo è stata fatta bere una bevanda contenente l'equivalente quantità di caffeina (320 mg), succo di lime e sciroppo di ciliegia in acqua gassata. I risultati indicano che, dopo due ore, il gruppo che aveva consumato energy drink presentava un intervallo QT corretto di dieci millesecodi più lungo ed una pressione arteriosa

significativamente aumentata. Uno studio precedente condotto da un gruppo tedesco ha verificato l'effetto prodotto dal consumo di bevande energetiche sulla funzione cardiaca di volontari sani, con un'età media di 27 anni. Tutti i soggetti sono stati sottoposti a Risonanza Magnetica Cardiaca prima e un'ora dopo aver bevuto un energy drink contenente taurina e caffeina. Dopo tale somministrazione, sono state osservate differenze significative (+ 7%) nel picco di contrazione (strain) del cuore e nella velocità di contrazione del picco sistolico a carico del ventricolo sinistro. Altre differenze riguardavano la frequenza cardiaca, il livello pressorio e la gittata sistolica.

Conclusione

L'esatto significato clinico e il valore prognostico del danno cardiaco e della fibrosi miocardica indotta dalle sostanze dopanti combinate o meno con energy drinks non sono ancora completamente noti. Sono sicuramente necessari studi più ampi per comprendere fino in fondo questi cambiamenti patologici nella struttura del cuore in atleti professionisti ed amatoriali, e in questo specifico settore l'utilizzo dell'Imaging integrato potrebbe evidenziare precocemente segni di danno d'organo e stratificare il rischio cardiovascolare correlato a tali sostanze. ♥



«Date alle donne occasioni adeguate ed esse saranno capaci di tutto»
Oscar Wilde

Conversando “un po’ a lato della medicina”

Intervista di Roberta Rossini, a nome dell'Area Emergenza - Urgenza ANMCO,
a Maria Frigerio e Gianfranco Sinagra



L'idea di questa intervista è nata dal desiderio di discutere di donne con una donna, Maria Frigerio, dal grandissimo profilo professionale ed umano. Voleva essere, come è stato, provare a “conversare un po’ a lato della medicina”, citando le parole di Maria. Che, però, ha anche aggiunto “forse siamo davvero indietro se i medici donna parlano di donne mentre i medici uomini parlano di medicina”. Ha, peraltro, chiamato in causa Gianfranco Sinagra come esempio di Professionista dall'alto valore scientifico. A questo punto,

la tentazione di proporre la stessa intervista anche a Gianfranco Sinagra è stata troppo forte... Di seguito, quindi, un'intervista “doppia” a due Grandi della Cardiologia, su temi “sensibili” (citando Sinagra), come quelli delle difficoltà delle donne a muoversi in ambito professionale, a ricevere, talvolta, le giuste attenzioni cliniche, quando sono pazienti, a trovare, insomma, la loro strada in un mondo che ancora oggi, per certi versi, è ancora troppo declinato al “maschile”. Penso che Mara Frigerio e Gianfranco Sinagra incarnino

la figura del Mentore, di chi ha il carisma, oltre che un'enorme cultura, che gli deriva dall'aver costruito le conoscenze non solo dallo studio, ma sul campo, spesso in prima linea, trovandosi a prendere decisioni difficili, intervenendo, a volte, dove altri avevano fallito. Mentori che, come tali, non hanno da offrire solo cultura (seppur vastissima), ma tracciano dei confini, indicano una strada, per chi la vorrà vedere, che è una strada anche di vita.
Grazie!





1. Pensi che nel 2019 un uomo e una donna abbiano pari opportunità in ambito professionale?

Maria Frigerio Evidentemente no: pensiamo alle differenze di stipendio a parità di mansione – naturalmente a scapito delle donne – nel settore privato, oppure alla quota assolutamente minoritaria di donne in posizioni di responsabilità, anche nel pubblico. Guardiamo in casa nostra: più del 50% degli iscritti all'ordine dei medici di età compresa tra 45 e 65 anni sono donne, ma i direttori di struttura complessa sono per l'85% uomini. Possiamo discutere le cause e le interpretazioni, ma la disparità è innegabile (fonte: statistiche Ordine dei Medici e CGIL medici).

Gianfranco Sinagra Vivo in una regione dove 3 donne sono Direttrici di SC di Cardiologia, una è anche Direttore di Dipartimento integrato di Ospedale Hub, molti servizi o funzioni hanno donne responsabili. Molti servizi infermieristici sono a Dirigenza femminile. In generale sono ammirato dalla capacità, unica delle donne, di coniugare elevata professionalità, pragmatismo organizzativo, impegni familiari, alcune anche attività di ricerca avanzate. Nella mia azienda il numero assoluto di Primari è sicuramente sbilanciato, ma le donne hanno ruoli di Direzione Dipartimenti assistenziali integrati, Unità Cliniche Universitarie, SSD e SS. In Cardiologia a Trieste sono donne le responsabili della Degenza (32 ppil), della Cardiologia Riabilitativa ambulatoriale e degenziale nel privato accreditato, della Cardiologia dello Sport, della Terapia Intensiva postoperatoria in cardiocirurgia, della Cardiologia pediatrica. Sono donne tutte le Coordinatrici

Infermieristiche. Piuttosto enfatizzerei che l'aspetto partecipativo ai concorsi per Dirigenza medica apicale vede le donne poco numerose, evidentemente per la difficoltà che tuttora esiste di coniugare impegni familiari e professionali e per supporti spesso insufficienti. Il vero problema/la vera discriminante è che l'uomo spesso, anche se padre, marito, compagno, si presenta con il suo essere, la sua determinazione le sue abilità mentre la donna specie se moglie e madre porta con sé, in aggiunta, impegni familiari e sociali che gestisce da sola e che spesso sono radicati e strutturati. In generale, direi che ho incontrato e potuto apprezzare il merito, l'intelligenza, la professionalità, la sensibilità umana, fuori da categorizzazioni di genere.

2. Cosa pensi delle quote rosa?

Maria Frigerio Personalmente non le amo, in ambito professionale preferisco la meritocrazia. A mio avviso inoltre le pari opportunità non dipendono dalle quote, ma dall'organizzazione del lavoro e dei servizi alla persona e alla famiglia, dalla vision dei ruoli di genere e dal valore sociale attribuito al lavoro delle donne. In Italia la discriminazione di genere in ambito lavorativo parte dalla bassa percentuale di donne occupate. Dall'altro lato, dedicarsi alla professione può penalizzare la vita affettiva delle donne: tra i medici uomini, si dichiarano single meno del 10%, e meno del 20% non hanno figli, ma queste percentuali salgono al 30% nelle donne. Ancora, tra i medici che hanno avuto figli, solo l'11% degli uomini ma più del 50% delle donne ritiene che i figli abbiano influenzato negativamente la loro carriera. A pensarci, forse nella politica, nella

giustizia e tra i decisori pubblici le quote rosa potrebbero essere utili se tutelassero davvero gli interessi delle donne.

Gianfranco Sinagra Non mi pare che le quote rosa siano premiali dei meriti concreti delle donne. Non credo che le posizioni di responsabilità debbano essere normate per editto da queste proporzioni prefissate. Conoscenze, competenze ed attitudini relazionali dovrebbero essere la base sulla quale afferire ai ruoli di coordinamento e Direzione.

3. Quando, ad una selezione, una donna non verrà più vista come tale ma solo come una professionista con le sue competenze, sarà una conquista o una sconfitta?

Maria Frigerio Domanda interessante. Sono abbastanza vecchia da aver vissuto il tempo in cui il movimento delle donne aspirava alla parità: allora sarebbe stata una conquista. Recentemente invece si è diffusa una linea di pensiero che sottolinea e rivendica la differenza, quindi si tratterebbe di una sconfitta. In ogni caso, il solo fatto di porsi questa domanda indica che le donne sono entrate nel mondo del lavoro ma non lo hanno modificato. Il modello maschile continua a rappresentare la normalità: la donna può scegliere se adeguarsi o distinguersi, ma sembra improbabile che, almeno nel prossimo futuro, ci interrogheremo sulla diversità dell'uomo. O che qualcuno intervisterà, che so, Gianfranco Sinagra, sull'essere medico e uomo invece che sull'insufficienza cardiaca o sulle cardiomiopatie.

Gianfranco Sinagra Dipende dalla prospettiva di giudizio di chi risponde. Secondo me in assenza di pregiudizi aprioristici, è così già adesso. Lo è

per me, e così è stato in numerose procedure di selezione nelle quali ho avuto ruolo. Più che una conquista mi pare un diritto per ciò che si è, si sa e si sa fare e per l'impegno che una donna ritiene di poter mettere in certi ruoli, per gli equilibri che la famiglia e la società le consentono e lei stessa valuta e governa.

4. Scendere a compromessi nella vita e nella professione è inevitabile. Pensi che le donne debbano farlo più spesso degli uomini? Secondo te, quali compromessi una donna non dovrebbe accettare?

Maria Frigerio È vero, di compromessi (o, se preferite, di mediazioni) è costellata la nostra esistenza. Data l'organizzazione di stampo maschile delle professioni, è probabile che le donne debbano accettare qualche compromesso in più degli uomini. Però non vorrei scivolare in questioni tipo "Me too": per farla semplice, i compromessi che i medici, donne e uomini, non devono accettare sono quelli contrari all'etica professionale. Il resto appartiene alla sfera delle relazioni interpersonali.

Gianfranco Sinagra Il compromesso che confina con il ricatto non va mai accettato. Il compromesso che confina con la mediazione di ruoli multipli (maggiori di quelli che gli uomini devono fronteggiare) è richiesto più frequentemente alle donne, che però mostrano il valore aggiunto di un pragmatismo, ma anche sensibilità emotiva, che consente di fronteggiare ruoli e difficoltà meglio di quanto non sappiamo fare noi uomini. Ho osservato l'abilità delle donne, anche di donne molto capaci, di far valere il valore aggiunto della femminilità, ma questo non è un demerito se

coniugato alle altre caratteristiche di livello elevato. Qualche difficoltà ho talvolta osservato nei rapporti e contrapposizioni o competizioni fra donne, che semmai richiede uomini maturi e saggi, capaci di mediare a vari livelli. Il merito, per tutti, non è una categoria scontata ma va costruito.

5. Pensi che nel 2019 uomini e donne abbiano pari opportunità almeno come pazienti? E cosa succede in Cardiologia?

Maria Frigerio Oltre al genere, vengono studiati come possibili fattori di discriminazione in ambito sanitario l'appartenenza a minoranze etniche, l'orientamento sessuale, il livello di reddito, la storia di psicopatologia, dipendenze, condanne penali, e le loro combinazioni. Il tema travalica i confini della medicina e va a interessare la sociologia, l'etica e la politica: entrano dunque in gioco, oltre ai fatti, le convinzioni e gli orientamenti personali, non diversamente da quanto accade ad esempio riguardo ai cambiamenti climatici o alla TAV. Le differenze nella completezza e qualità della diagnosi e delle cure devono essere valutate al netto delle differenze dell'epidemiologia e dei profili di malattia negli uomini e nelle donne. In generale sembra venga posta minor attenzione alle donne in alcuni contesti quali il dolore cronico, i traumi e, in ambito cardiologico, le aritmie. Dati controversi sono stati pubblicati sulla cardiopatia ischemica acuta. Vorrei portare l'attenzione sul fatto che, agli occhi del medico, la storia di psicopatologia riduce l'affidabilità del soggetto che riferisce un sintomo fisico in misura

molto superiore se si tratta di una donna. A questo proposito ricordo una giovane paziente, trasferitaci da un altro Ospedale subito dopo la diagnosi di scompenso e bassa portata, e trapiantata in emergenza nel giro di 3 giorni. Questa donna nell'anno precedente aveva consultato più volte il medico di famiglia e si era recata in pronto soccorso, denunciando mancanza di respiro, insonnia, palpitazioni, perdita dell'appetito, dimagrimento, dolore allo stomaco... Tutti i suoi disturbi erano stati interpretati come di natura psicologica, agganciandosi (il termine anglosassone per questo bias cognitivo è anchoring) a un episodio di comportamento autolesivo nell'adolescenza. Questo caso fa riflettere sui condizionamenti e ostacoli che possono allontanarci dalla diagnosi corretta. Insieme con altri colleghi sto pensando di lanciare un'iniziativa per migliorare l'abilità nel riconoscere i sintomi dell'insufficienza cardiaca nei soggetti giovani che, maschi o femmine che siano, rischiano di non essere identificati anche a causa di un'applicazione impropria della teoria delle probabilità (Frigerio M, et al. Of hearts, minds, and guts: difficulties in diagnosing heart failure in the young. Eur J Heart Fail. 2019 Jul 15. doi: 10.1002/ejhf.1544).

Gianfranco Sinagra Intanto penso che uomini e donne abbiano sensibilità diverse rispetto alla percezione del rischio delle diverse malattie. Registro per esempio nelle donne una minor sensibilità/sottovalutazione del rischio di malattie cardiovascolari rispetto al rischio di malattie oncologiche ed agli screening relativi. Intendiamoci,





questa minor sensibilità deriva anche dalla numerosità di compiti e ruoli che una donna ha e che possono distrarre da una corretta e concreta percezione dei rischi e ricognizione dei sintomi. Poi c'è la prospettiva del medico che, in virtù di condizionamenti, pregiudizi e modelli culturali sottovaluta o valuta erroneamente i sintomi di una donna. Un fatto è che se un uomo di 50 aa ha dispnea o facile affaticabilità si sospetta una cardiopatia e gli si consiglia una visita cardiologica, se il medesimo quadro è presentato da una donna la si considera stressata o ansiosa, si tende a minimizzare o a consigliare specialisti in ambito neuropsicologico o endocrinologico. Le donne, in parte anche per età e comorbidità tendono ad avere tempi decisionali sul dolore toracico più lunghi e ciò a cascata può penalizzare il beneficio dai trattamenti. Per anni è stato sottolineato un sottoutilizzo di farmaci e presidi. Tali differenze si sono attenuate, ma non ho certezza sulle donne nel contesto delle multietnie: qualche distinzione/discriminazione potrebbe esserci. Poi c'è ancora la prospettiva degli studi clinici controllati su farmaci e presidi dove spesso le donne costituiscono meno del 30% della popolazione arruolata, aspetti questi che rendono una estrapolazione la mera applicazione dei trattamenti dimostrati popolazioni prevalentemente maschili. Mi sono, però, nel complesso convinto che un buon obiettivo della medicina di

genere dovrebbe essere un'efficiente tempestività di diagnosi e, intanto che si sviluppano studi a maggior rappresentatività femminile, un equo accesso alle cure con farmaci, presidi e modelli organizzativi, rispetto a quanto disponibile dalle evidenze scientifiche. Ci sono, sicuramente, mondi come per esempio le dissezioni coronariche, le sindromi vasculitiche, la malattia di tako-tsubo e le cardiopatie in gravidanza e peripartum, che presentano indubbe peculiarità di genere e richiedono efficienza, tempestività ed efficacia d'approccio.

6. Infine, quali sono le qualità che dovrebbe avere un professionista che ricopre una posizione apicale?

Maria Frigerio Quello che a mio avviso non deve mancare al "capo" è la capacità di assumersi la responsabilità per tutti e per ciascuno, sempre - pena la disistima e l'insicurezza dei collaboratori, che preferisco chiamare colleghi. Poi, la leadership può essere esercitata in molti modi. Io mi sono trovata a dirigere una struttura a 44 anni e un grande Dipartimento circa 10 anni dopo, con diversi colleghi di anzianità simile o superiore. Mi è sembrato opportuno cercare la condivisione e il consenso piuttosto che impormi, anche perché se un uomo alza la voce e batte i pugni sul tavolo è un tipo deciso, ma se lo fa una donna è un'isterica. Però oggi trovo più interessante studiare come riprogettare radicalmente l'organizzazione del nostro lavoro,

depotenziando le gerarchie a favore della responsabilizzazione delle persone e dei team sui processi e sulle attività, e sfruttando le possibilità di aggregazione e collaborazione anche a distanza che l'IT ci rende possibili.

Gianfranco Sinagra Credo nell'autorevolezza del leader che è la premessa di un esercizio pieno e riconosciuto della leadership e di un approccio al ruolo di governo clinico e coordinamento secondo logiche condivise e partecipate. Su questi principi generali il genere non fa differenze. Per una donna o per un leader giovane può essere più difficile, ma l'autorevolezza riconosciuta che deriva da quel che si è, si sa e si sa fare, dalla correttezza, dedizione e trasparenza e dalla cura delle relazioni positive, analisi degli inevitabili conflitti e criticità, pagano e premiano sempre, o quasi. Ognuno di noi è il frutto della propria intelligenza, cultura, educazione ricevuta, sensibilità sviluppate, attenzione alle relazioni con i malati, le famiglie ed i colleghi e della capacità di iscrivere le scelte in logiche di sistema, multidisciplinarietà e sostenibilità. Non avverto differenze di genere quanto a queste abilità e non credo di essere stato condizionato dal genere nei processi di selezione, valutazione, premialità. Ho però la sensazione che una donna che possa dedicarsi come desidera al proprio lavoro, possa avere una marcia in più. A me è accaduto di osservarlo. ♥



ANMCO

Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri

DOMANDA DI ISCRIZIONE



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

DATI ANAGRAFICI

Nome Cognome sesso M F

Data di nascita Luogo di nascita

Indirizzo Città Prov. CAP

Cell. Tel./Fax

e-mail

DATI PROFESSIONALI

Ospedale/Reparto

Indirizzo

Città Prov. CAP

Tel./Fax e-mail lavoro:

Specializzato in Cardiologia: Sì No Altre Specializzazioni

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

Se Sì indicare quale

Struttura

Ospedaliera Universitaria Distretto Sanitario Privata*

Altro *indicare se accreditata da SSN SI NO

Tipologia

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

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

Anno di assunzione nella struttura indicata

Nome del Primario o facente funzione

Nome del Responsabile (per Strutture aggregate)

Ruolo

Cardiologo

Cardiochirurgo

Medico

Specificare da quando viene svolto il ruolo indicato /
mese anno

Qualifica

Direttore di dipartimento

Direttore Generale

Direttore Sanitario

Direttore di struttura complessa

Responsabile di struttura semplice

Dirigente Medico

Ricercatore

Borsista

Specializzando

Ambulatoriale

Libero professionista

Altro

In quiescenza

Non di ruolo

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

Aritmologia ed Elettrostimolazione (AES)

Emodinamica e Cardiologia Interventistica (EMC)

Aterosclerosi, Emostasi e Trombosi (AET)

Epidemiologia e Prevenzione (EPR)

Biologia Cellulare del Cuore (BCC)

Farmacologia in Cardiologia (FCA)

Cardiopatie Valvolari (CAV)

Insufficienza Cardiaca (INC)

Cardiochirurgia (CCH)

Informatica (INF)

Cardiologia Clinica (CCL)

Ipertensione arteriosa sistemica (IPR)

Cardiologia Nucleare e Risonanza Magnetica in
Cardiologia (CNR)

Malattie del Miocardio e del Pericardio (MMP)

Cardiologia Pediatrica (CPD)

Sindromi Coronariche Acute (SCA)

Circolazione Polmonare e Funzione ventricolare destra
(CPF)

Terapia Intensiva Cardiologica (TIC)

Ecocardiografia (ECO)

Valutazione Funzionale e Riabilitazione del
cardiopatico (VFR)

SONO INTERESSATO ALLA SEGUENTE AREA

Area Aritmie - AR

Area Emergenza - Urgenza - AEU

Area Management & Qualità - AMQ

Area CardioChirurgia - ACH

Area Giovani - GIO

Area Nursing - ANS

Area Cardiolmaging - ACI

Area Malattie del Circolo Polmonare - MCP

Area Prevenzione Cardiovascolare - AP

Area Scopenso Cardiaco - AS

Ai sensi dell'art. 3 dello Statuto ANMCO dichiaro di non volermi iscrivere alla Fondazione "per il Tuo cuore" Heart Care Foundation ONLUS

Dichiaro di accettare lo Statuto dell'ANMCO come previsto dall'articolo 4

Luogo e data

Firma

INFORMATIVA 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")

L'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri – ANMCO (di seguito, "ANMCO", il "Titolare" o l'"Associazione"), con sede in Firenze, Via La Marmora n. 36, telefono 055-51011, fax 055-5101350 ed email soci@anmco.it, in qualità di Titolare del trattamento, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del Regolamento UE n. 679/2016 (di seguito, il "Regolamento privacy") e successive modificazioni ed integrazioni, raccoglie e successivamente tratta i dati personali¹ dei propri associati (di seguito, l'"Interessato" o l'"Associato").

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 web di ANMCO al seguente link: [Responsabile della Protezione dei Dati](http://www.anmco.it/pages/entra-in-anmco/chi-siamo/contatti) (<http://www.anmco.it/pages/entra-in-anmco/chi-siamo/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. costituzione e successiva gestione del rapporto associativo;
2. adempimenti di carattere fiscale, amministrativo e contabile strettamente connessi al citato rapporto associativo;
3. adempimento di specifici obblighi previsti dalla legge, da un regolamento o dalla normativa comunitaria;
4. invio periodico delle riviste scientifiche e degli altri prodotti editoriali di ANMCO;
5. invio della newsletter dell'Associazione per aggiornare l'Interessato su tutti i progetti, le iniziative, gli eventi promossi dalla medesima in ambito associativo;
6. consentire all'Associato ANMCO di essere iscritto, come da suo diritto, ad ESC (European Society of Cardiology) (di seguito, "ESC");
7. consentire ad ESC l'invio di riviste scientifiche, altri prodotti editoriali ed informazioni inerenti iniziative ed attività ritenute di interesse per l'Associato (anche formative).

Il trattamento dei dati personali avviene, sotto l'autorità del Titolare del trattamento, da parte di soggetti specificamente designati, autorizzati ed istruiti al trattamento ai sensi degli artt. 28 e 29 del Regolamento privacy e dell'art. 2-quadecies 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, consenso dell'Interessato.

Con riferimento alle finalità di cui al precedente paragrafo 1, punti 1., 2., 3., 4., 5., 6. e 7., il conferimento dei dati personali è obbligatorio e costituisce requisito necessario per la costituzione e la successiva gestione del rapporto associativo; infatti, il mancato conferimento determina l'impossibilità di iscriverlo all'Associazione e coinvolgerlo in ogni iniziativa della vita associativa, nonché di essere iscritto, come da suo diritto, ad ESH; pertanto, la base giuridica del relativo trattamento è la corretta instaurazione e amministrazione del contratto associativo, ai sensi dell'art. 6, comma 1, lett. b) del Regolamento privacy.

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

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

- (i) all'Amministrazione finanziaria e ad altre pubbliche Autorità, ove imposto dalla legge o su loro richiesta;
- (ii) agli istituti di credito per le disposizioni di pagamento afferenti la quota sociale;
- (iii) alle strutture e/o società esterne di cui ANMCO si avvale, preposte allo svolgimento di attività connesse, strumentali o conseguenti alla costituzione e successiva prosecuzione del

rapporto associativo (ad esempio, per la spedizione dei programmi congressuali, per le attività formative, per i progetti scientifici, per l'invio in abbonamento delle riviste scientifiche, ecc.);

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

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

(vi) per ragioni di rappresentatività comunitaria, ad ESC, in quanto società scientifica cui l'Associato ANMCO ha diritto di essere iscritto.

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

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

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

4. Diritti dell'Interessato.

Gli artt. 15 e segg. del Regolamento privacy conferiscono all'Interessato il diritto di ottenere:

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

L'Interessato ha inoltre il diritto:

- di opporsi, in tutto o in parte, per motivi legittimi, al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
- di opporsi, in tutto o in parte al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale;
- di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali nei casi previsti dal Regolamento privacy.

Per conoscere l'elenco dettagliato e costantemente aggiornato dei soggetti cui i dati personali dell'Interessato possono essere comunicati e per esercitare i diritti di cui 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 dell'Interessato saranno conservati per l'intera durata del rapporto associativo.

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



ANMCO

Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri

Sede Nazionale - Via La Marmora, 36 - 50121 Firenze
Tel. 055 51011 - Fax 055 5101350 - e-mail: soci@anmco.it

AUTORIZZAZIONE PER L'ADDEBITO IN C/C DELLE DISPOSIZIONI SEPA CORE DIRECT DEBIT (SINGLE EURO PAYMENTS AREA)

(COMPILARE IN STAMPATELLO E SPEDIRE IN ORIGINALE AD ANMCO - UFFICI AMMINISTRATIVI - VIA LA MARMORA, 36 - 50121 FIRENZE)

RIFERIMENTO MANDATO:(da completare successivamente da ANMCO)

Ragione Sociale del Creditore: ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDIOLOGI OSPEDALIERI (ANMCO)

Codice Identificativo del Creditore (Creditor Identifier): **IT410030000001301130488**

Sede Legale: **VIA A. LA MARMORA N°36** CAP: **50121** Località: **FIRENZE** Provincia: **FIRENZE** Paese: **ITALIA**

Nome e Cognome Socio

.....

Indirizzo

.....

Comune

.....

Prov. CAP

Telefono

.....

Codice Fiscale

Titolare/i del conto corrente

.....

IBAN⁽¹⁾

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Presso la Banca

.....

Codice SWIFT (BIC)

.....

Il sottoscritto autorizza:

- ANMCO a disporre sul conto corrente sopra indicato addebiti in via continuativa della quota associativa annuale ANMCO (normative, procedure ed importi come da Statuto e Regolamento visibili sul sito www.anmco.it);
- la Banca ad eseguire l'addebito secondo le disposizioni impartite dal Creditore.

Il sottoscritto ha facoltà di richiedere alla Banca il rimborso di quanto addebitato, secondo quanto previsto nel suddetto contratto; eventuali richieste di rimborso devono essere presentate entro e non oltre 8 settimane a decorrere dalla data di addebito in conto. Le parti hanno la facoltà di recedere in ogni momento dal presente accordo inviando comunicazione scritta alla rispettiva controparte. Il sottoscrittore dichiara di aver trattenuto copia della presente autorizzazione, che viene inoltrata ad ANMCO in originale.

Luogo e data

.....

Firma del sottoscrittore

⁽¹⁾Verificare con la propria Banca la correttezza del codice IBAN.

N.B. Per il primo anno il pagamento della quota associativa avverrà entro due mesi dalla data di ricevimento; per gli anni successivi l'addebito sarà effettuato entro il mese di febbraio, salvo eventuali modifiche deliberate dall'Assemblea.

Per avere ulteriori informazioni sulle modalità di pagamento è possibile contattare il Dipartimento Soci-Regioni ANMCO via email all'indirizzo soci@anmco.it o via telefonica allo 055 5101203.



ANMCO

Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri

Sede Nazionale - Via La Marmora, 36 - 50121 Firenze
Tel. 055 51011 - Fax 055 5101350 - e-mail: aree@anmco.it

AREE ANMCO CHI È INTERESSATO?

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

DATI ANAGRAFICI

Nome Cognome

Indirizzo

Città Prov.

--	--

 CAP

--	--	--	--	--

Cell. Tel. /Fax

e-mail

DATI PROFESSIONALI

Denominazione Ospedale

Denominazione Struttura

Indirizzo

Città Prov.

--	--

 CAP

--	--	--	--	--

Cell. Tel./Fax

e-mail

Nome Primario o F.F.

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

SONO INTERESSATO ALLA SEGUENTE AREA

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> AREA ARITMIE - AR | <input type="checkbox"/> AREA EMERGENZA - URGENZA - AEU | <input type="checkbox"/> AREA MANAGEMENT & QUALITÀ - AMQ |
| <input type="checkbox"/> AREA CARDIOCHIRURGIA - ACH | <input type="checkbox"/> AREA GIOVANI - GIO | <input type="checkbox"/> AREA NURSING - ANS |
| <input type="checkbox"/> AREA RADIOIMAGING - ACI | <input type="checkbox"/> AREA MALATTIE DEL CIRCOLO
POLMONARE - MCP | <input type="checkbox"/> AREA PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE - AP |
| | | <input type="checkbox"/> AREA SCOMPENSO CARDIACO - AS |

INFORMATIVA 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")

L'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri – ANMCO (di seguito, "**ANMCO**", il "**Titolare**" o l'"**Associazione**"), con sede in Firenze, Via La Marmora n. 36, telefono 055-51011, fax 055-5101350 ed email aree@anmco.it, in qualità di Titolare del trattamento, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del Regolamento UE n. 679/2016 (di seguito, il "**Regolamento privacy**") e successive modificazioni ed integrazioni, raccoglie e successivamente tratta i dati personali¹ di coloro che intendono manifestare il proprio interesse (di seguito, l'"Interessato") ad una o più Aree ANMCO (di seguito, le "Aree").

1. Finalità e modalità del trattamento.

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

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

Il trattamento dei dati personali avviene, sotto l'autorità del Titolare del trattamento, da parte di soggetti specificamente 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, consenso dell'Interessato.

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

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

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

- (i) alle pubbliche Autorità, ove imposto dalla legge o su loro richiesta;
- (ii) alle strutture e/o società esterne di cui ANMCO si avvale, preposte allo svolgimento di attività connesse, strumentali o conseguenti all'assolvimento della richiesta dell'Interessato di ricevere la documentazione afferenti le Aree prescelte (ad esempio, per la spedizione di detto materiale, ecc.);
- (iii) alla società Centro Servizi ANMCO S.r.l. Società Benefit e alla Fondazione "per il Tuo cuore" Onlus, quali soggetti facenti parte del mondo ANMCO.

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

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 dell'Interessato saranno conservati per la durata necessaria a soddisfare la sua volontà di manifestare la propria preferenza in materia di Aree. In ogni caso, il trattamento avrà una durata non superiore a 2 anni dalla richiesta di ricevere i citati aggiornamenti, se gli Interessati non ne avranno domandato antecedentemente la cancellazione. 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.

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



ANMCO

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

• da presentare entro il 29 febbraio 2020 •

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/chiamoci/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 29 febbraio 2020 •

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 dichiari 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.



Report di un anno di energia coinvolgente, quella dei Giovani ANMCO

L'energia, la creatività e l'impegno sono i fondamenti su cui si sviluppa l'attività dei Giovani ANMCO. Grazie a tutte queste prerogative numerosi sono i frutti dell'intensa attività di squadra dell'Area Giovani. Tra le iniziative più originali ideate e realizzate dal Comitato di Coordinamento Area Giovani ANMCO in quest'anno spicca l'innovativa rubrica pubblicata sulle pagine web dell'ANMCO "PODFAST ANMCO: la cardiologia basata sull'evidenza". Mediante la realizzazione di una serie di file audio, Podcast, corredati da puntuali slide set, sono stati rese fruibili, in maniera immediata, le più accattivanti novità in ambito cardiologico, tratte da pubblicazioni delle principali riviste scientifiche internazionali. La facile accessibilità e la rapida comprensione costituiscono l'essenza di questa rubrica. Il progressivo e costante incremento del numero di contatti registrati sia sul sito ANMCO che su Youtube sono testimonianza dell'interesse che ha destato l'innovativa rubrica. Gli argomenti affrontati sono stati i seguenti:

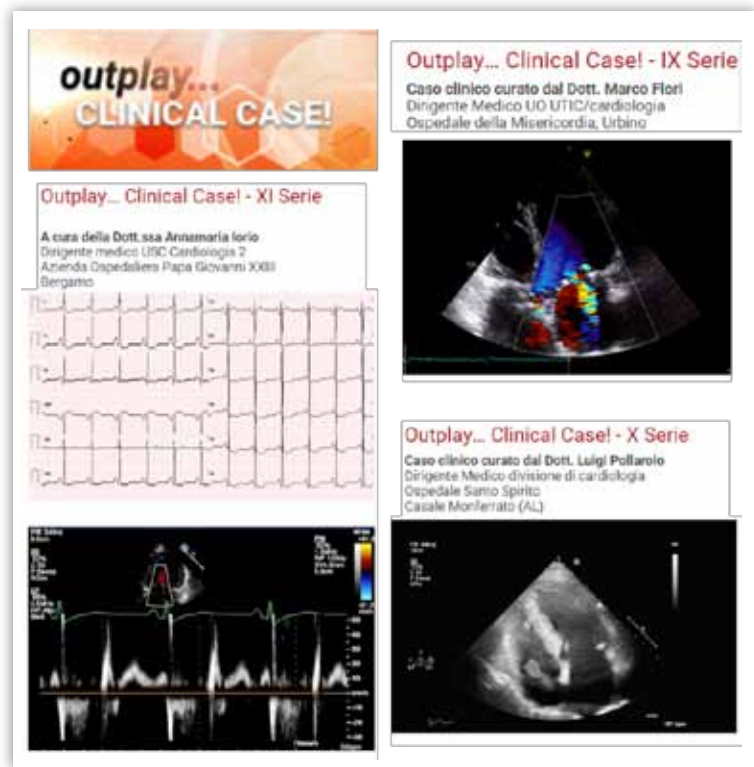


"Higgs vs Vita": la scintilla dell'origine. Autore: Alfj.

- Confronto tra stress test e TC coronarica in pazienti con diabete e sospetta malattia coronarica;
- Lo Scompenso Cardiaco nelle Cardiomiopatie: "position paper" dell'Heart Failure Association of the European Society of Cardiology;
- Un nuovo indice per la valutazione

- pre-operatoria del rischio cardiovascolare;
 - Vitalità miocardica ed esiti a lungo termine nella cardiomiopatia ischemica.
- Restate sintonizzati perché i PODFAST ANMCO continueranno ad intrattenervi nei prossimi mesi.

Inoltre, proseguendo le attività già avviate nei precedenti bienni l'Area Giovani continua a farsi promotrice della raccolta di casi clinici dall'iconografia emblematica che vengono pubblicati nella rubrica "Outplay...Clinical Case!".
 Con uno sguardo rivolto alla crescita professionale dei giovani cardiologi, ma non solo, la rubrica Job Opportunities tiene aggiornati tutti quanti siano desiderosi di fare un passo avanti nella propria carriera. Altra originale rubrica curata dall'Area Giovani è quella delle International Opportunities, unica nel suo genere nel panorama della Cardiologia Italiana. In questa rubrica vengono pubblicate le Opportunità offerte ai giovani Cardiologi da società scientifiche cardiologiche internazionali. Nel corso del 2019 fino ad oggi sono state pubblicate ben 10 iniziative che proponevano grant per formazione, attività di ricerca, partecipazione a congressi, workshop, mentoring ed ancora altre attività da svolgere oltre confine. Un puntuale aggiornamento delle International Opportunities pubblicate nella rubrica è divulgato anche tramite i social Twitter e Facebook. Tra le attività che nel corso di quest'anno hanno visto coinvolti i giovani Soci ANMCO grande entusiasmo ha suscitato il "Progetto Giovani Cardiologi", realizzato grazie alla sensibilità del Dott. Domenico Gabrielli, Presidente ANMCO e responsabile scientifico. Con un format innovativo, questo progetto





svoltosi il 25 e 26 Ottobre a Fermo ha raccolto le esperienze di giovani Cardiologi che si sono confrontati in piccole tavole rotonde per discutere di casi clinici particolarmente controversi nell'ambito della gestione della terapia anticoagulante. Come ha acutamente commentato il Dott. Furio Colivicchi, Presidente Designato ANMCO, il progetto è stato una vera e propria "palestra" formativa per i giovani Soci desiderosi di condividere le loro conoscenze e dare il loro contributo. Al termine delle due giornate di lavori, la vivace partecipazione di tutti i giovani presenti è stata premiata con l'iscrizione gratuita al prossimo Congresso Nazionale ANMCO che si terrà a Rimini dal 28 al 30 Maggio 2020. Sempre più promettenti saranno le future attività che avranno come protagonisti i giovani ANMCO. Infatti, lo sguardo oltreconfine, grazie alla partecipazione ad eventi internazionali come il congresso della Società Europea di Cardiologia e l'American College of Cardiology International Forum, permette di promuovere nuove modalità di collaborazione che allargano gli orizzonti dei giovani Cardiologi Italiani. È evidente, dunque, che anno dopo anno l'Area Giovani, istituita nel 2015 grazie alla previdente volontà del Dott. Michele Gulizia, Presidente ANMCO 2014-2016, permette una sempre maggiore partecipazione dei giovani Cardiologi sia in contesti nazionali che internazionali. ♥



Il Comitato di Coordinamento e i Consulenti dell'Area Giovani 2019-2020. (da sinistra: Marco Malvezzi, Annamaria Iorio, Luigi Pollarolo, Filippo Zilio, Stefania Angela Di Fusco, Marco Flori, Giuseppe Galati e Nadia Ingianni)

Biblioteca

Tutti Job Opportunities International Opportunities Master

Cerca

28 set 2019, 14:02
Grants della ESC per la formazione clinica in ambito cardiologico
La Società Europea di Cardiologia mette a disposizione dei grant finalizzati a favorire la formazione clinica in ambito cardiologico in una nazione (organizzato dall'ESC) o in una di quelle di residenza. Informazioni più dettagliate sugli obiettivi dei grant ed i criteri di eleggibilità dei giovani candidati si trovano alla pagina: <https://www.esccardio.org/Education/Grant-Development/Grant-aid-Beneficiaries-ESC-training-grants>

Per maggiori informazioni sui criteri di eleggibilità per i grant clicca qui

14 set 2019, 11:57
Grant del Working Group on Cardiac Cellular Electrophysiology
Un grant messo a disposizione dall'ESC Working Group on Cardiac Cellular Electrophysiology con l'obiettivo di rafforzare le relazioni tra istituti di ricerca di differenti paesi europei. Il grant sarà assegnato ad un giovane ricercatore per creare i costi di viaggio e alloggio per lavorare almeno un mese in un laboratorio di un paese europeo differente da quello in cui lavora abitualmente.

Per maggiori informazioni sui criteri di eleggibilità per i grant clicca qui

17 set 2019, 13:02
EHRA Congress Educational Grants 2020
La European Heart Rhythm Association mette a disposizione alcuni grant per la partecipazione al Congresso della ESC (EHRA) marzo 2020, Vienna - Austria. La deadline per inviare alla Call for application è il 31 ottobre 2019. I criteri di selezione degli assegnatari del "Congress Educational Grants" sono riportati al seguente link: <https://www.ehra.org/ehra-congress-educational-grants-2020>

14 ago 2019, 19:08
ESC Congress 2019 - Workshops Evening
Secondo il Congresso ESC 2019 di Parigi è stato organizzato un "workshop evening" dedicato a giovani cardiologi under 40. I posti a disposizione sono limitati e la deadline per sottoporre la propria candidatura è il 23 giugno 2019 all'indirizzo: www.esccardio.org/The-ESC-ESCV-Young-Community-the-young-community-at-our-congress

11 ago 2019, 16:11
EACVI Training grants
La European Association of Cardiovascular Imaging (EACVI) offre "training grants" finalizzati a favorire la migliore interazione di giovani medici (30 età inferiore a 40 anni) che vogliono accedere le loro abilità nel imaging cardiovascolare.

Per maggiori informazioni clicca qui

09 mag 2019, 14:02
Grant della ESC per promuovere la ricerca in campo cardiovascolare
La ESC offre dei grant per promuovere la ricerca in campo cardiovascolare. I grant sono rivolti a giovani di età inferiore a 40 anni. Scadenza presentazione domande 28 maggio 2019.

Maggiori dettagli sull'iniziativa si possono trovare alla pagina

04 apr 2019, 11:22
EDUCATIONAL TRAINING PROGRAMME
L'evento "Educational Training Programme" organizzato in stretta collaborazione con l'ESC Working Group on AHA & Peripheral Vascular Disease e dall'ESC Working Group on Thrombosis si svolgerà a Sofia, Bulgaria (Parco del 12 al 14 giugno 2019). Sono disponibili dei grant per il viaggio per il Congresso di Sofia e per il soggiorno a Sofia (non più dopo il 15/05). La deadline per la submission della domanda di grant è il 17 Aprile 2019.

Per ulteriori informazioni clicca qui

11 mar 2019, 13:44
ACNAP speed mentoring - EuroHeartCare 2019
"Speed mentoring session": Una intensa sessione nel corso del Congresso EuroHeartCare 2019 dedicata a mentore individuali con leader in campo Cardiovascolare. L'appuntamento è a Milano il 3 Maggio 2019. L'iniziativa organizzata dalla ACNAP della ESC è rivolta a Primari e altre Figure Sanitarie impegnate nel campo Cardiovascolare con età inferiore a 40 anni o in formazione.

Per ulteriori informazioni clicca qui

12 feb 2019, 09:37
ESC Spoke Research Grant
Una opportunità di formazione sulla ricerca nel campo di un paese membro della ESC diventa dal prossimo ESC Spoke Research Grant e progettato per coinvolgere un ricercatore di massimo un anno in un laboratorio di ricerca e scoperte in una clinica. È aperto a giovani medici (cardiologi, neurologi, oncologi, chirurghi oncologici, neurologi) e altre discipline con titolo MD, internista e professionisti simili) che hanno dimostrato interesse per l'area. Una borsa di studio annuale di 25.000 euro verrà assegnata al candidato prescelto. L'istituzione e l'argomento sono quelli del candidato. Approfite della proroga della domanda estesa fino al 17 febbraio 2019.

Per maggiori informazioni clicca qui

04 feb 2019, 11:00
Basic science summer school
Basic science summer school 14/23 giugno 2019 Sofia Bulgaria. Franco Organizzato dal Council on Basic Science, questo evento fornisce una a giovani una nuova generazione di leader della scienza cardiovascolare di base, sotto la supervisione di scienziati e medici più datati. Per saperne di più sul Congresso Basic Science va al link <https://www.esccardio.org/Council-on-Basic-Science>

Clicca qui per tutte le informazioni

International Opportunities

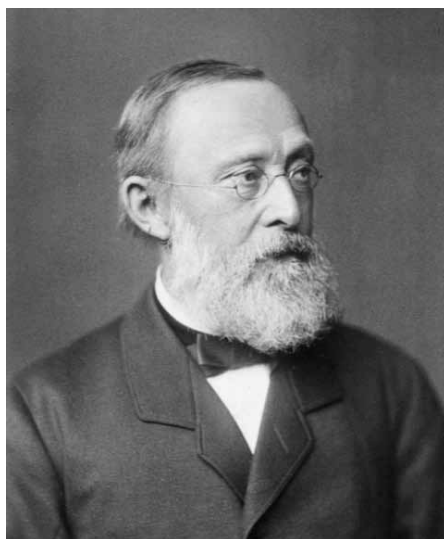
DI MARCO VATRANO, CLAUDIO PICARIELLO, IOLANDA ENEA, MARIA TERESA MANES, EGIDIO IMBALZANO, LEONARDO MISURACA, ELISABETTA DE TOMMASI, ANDREA GARASCIA, SERGIO CARAVITA, LORIS RONCON

Campagna Nazionale per la Prevenzione del Tromboembolismo Venoso: buon compleanno Prof. Virchow!

“The task of science is to stake out the limits of the knowable,
and to center consciousness within them”

Rudolf Virchow

Rudolf Ludwig Karl Virchow è stato un patologo, scienziato, antropologo e politico tedesco, pioniere dei moderni concetti della patologia cellulare e della patogenesi delle malattie. Nel 1855, all'età di 34 anni, pubblicò il suo ormai famoso aforisma “omnis cellula e cellula”. Ma perché ricordare Virchow? Non solo perché fu il medico più importante del XIX secolo, ma soprattutto perché fu il primo a spiegare i meccanismi della tromboembolia polmonare, correlando la trombosi nell'arterie polmonari ai trombi venosi periferici. Pochi sanno che il prof. Virchow nacque il 13 ottobre del 1821. Proprio il 13 ottobre u.s., in suo onore ed in coincidenza con la giornata mondiale contro la trombosi (“World Thrombosis Day”), su proposta dell'Area delle Malattie del Circolo Polmonare, ANMCO e Fondazione per il Tuo cuore hanno promosso la prima campagna nazionale di prevenzione del tromboembolismo venoso. Diversi centri cardiologici italiani, che si occupano



quotidianamente di malattie del circolo polmonare, hanno effettuato screening gratuiti, counseling, incontri scientifici per sensibilizzare l'opinione pubblica verso quella che è la terza causa di morte cardiovascolare e la prima causa di morte prevenibile in Ospedale. È stato per me, come Chairperson dell'Area delle Malattie del Circolo Polmonare, e per tutti i componenti del Comitato di Coordinamento, un

onore organizzare e condurre questa giornata di sensibilizzazione sulla prevenzione della malattia venosa trombo-embolica. L'emozione era tanta, soprattutto perché è il primo esperimento a livello nazionale di una campagna di prevenzione ed educazione “sul campo” su questo tema. L'Area Malattie del Circolo Polmonare ha lavorato alacremente per la realizzazione del progetto, convinta che potesse diventare un esempio per promuovere una maggiore sensibilità collettiva verso la prevenzione di questa grave malattia. Ogni centro aderente ha chiesto e facilmente ottenuto il supporto volontario di numerosi altri colleghi e sanitari, che con grande professionalità e passione, si sono prodigati per la concreta realizzazione di questa iniziativa. Inoltre, a testimoniare l'elevato valore etico di questa campagna, altre associazioni di volontariato hanno contribuito con encomiabile spirito di collaborazione, come il Corpo speciale volontario ausiliario dell'Esercito Italiano





dell'Associazione dei cavalieri italiani del Sovrano militare Ordine di Malta (EI-SMOM) e gli "Amici del Cuore". Anche a loro va la nostra riconoscenza e la promessa di ritrovarci insieme in tutte le manifestazioni rivolte alla promozione della salute nel paziente cardiopatico e non solo. Sentiamo la necessità di condividere, con Voi lettori, qualche breve racconto di quella giornata. A Rovigo, il Dott. Roncon ed il Dott. Picariello, con l'aiuto fondamentale di tutti gli "Amici del Cuore", nella magnifica cornice della Sala Riunioni del Palazzo Roncale, dopo una breve introduzione del Dott. Pietro Zonzin sull'importanza di conoscere questa patologia "subdola", hanno effettuato simulazioni reali di doppler venosi e hanno risposto alle tante domande dell'uditorio, composto per la maggior parte da pazienti desiderosi di avere maggiori dettagli sulla patologia. La giornata si è poi conclusa con un breve aperitivo a testimoniare la vicinanza tra medico e paziente. A Caserta, con la Dott.ssa Enea, la manifestazione si è svolta in forma di counseling e di visite di screening gratuite presso l'Ambulatorio per la Gestione del Tromboembolismo Venoso e le Patologie del Circolo Polmonare

dell'A.O.R.N.S. Anna e S. Sebastiano. Il counseling si è rivelato utilissimo per gli utenti di entrambi i sessi che mostravano di non conoscere i fattori di rischio, le cause, i sintomi, la terapia del tromboembolismo venoso. Di particolare utilità si è rivelato per una donna trombofilica in attesa di sottoporsi a inseminazione artificiale. Scendendo verso la punta dello stivale, la Calabria ha dimostrato grande spirito di iniziativa. A Paola la Dott.ssa Manes con il suo team di Cardiologi, Dott. B. Manduca e Dott. L. Ibello, presso l'UOC di Cardiologia, UTIC ed Elettrostimolazione del Presidio Ospedaliero di Paola Cetraro, di cui la stessa è Direttore, ha aderito alla campagna di prevenzione dividendo la giornata in una parte divulgativa ed una operativa in cui i cittadini intervenuti venivano sottoposti a valutazione elettrocardiografica, misurazione dei valori pressori, esame clinico degli assi venosi. La Dott.ssa Manes insieme ai suoi collaboratori, ha infine intervistato i pazienti prima e dopo la parte divulgativa documentando un significativo miglioramento della consapevolezza dei fattori di rischio trombotico e degli stili di vita corretti finalizzati alla prevenzione primaria. Nella

mia città, presso il P.O. "Pugliese-Ciaccio" di Catanzaro, insieme ai sanitari ospedalieri ed a quelli dell'EI-SMOM, sono stati condotti numerosi screening cardiovascolari con questionari autosomministrati ed ECG, numerosi esami ecocardiografici e doppler venosi. Infine, il Dott. Imbalzano, presso il Policlinico Universitario di Messina, durante la giornata di sensibilizzazione, avendo documentato una trombosi venosa profonda in una giovane paziente, ha avviato un iter diagnostico multidisciplinare che, in pochi giorni di degenza, ha consentito di porre rapidamente la diagnosi di neoplasia del colon ad uno stadio iniziale. In conclusione, facendomi portavoce di tutte le Cardiologie aderenti, esprimo la grande soddisfazione per l'iniziativa promossa ed un sentito ringraziamento all'ANMCO, alla Fondazione per il Tuo cuore ed a tutti gli amici per il supporto fornito, convinto che questa esperienza iniziale sia solo la prima di una serie di iniziative per far capire alla popolazione quanto noi, medici ospedalieri, amiamo lavorare per la salute e la prevenzione pubblica "in mezzo alla gente" e non solo in Ospedale. ♥



REFERENTI TASK FORCE

CARDIOGERIATRIA

**GIUSEPPE ZUCCALÀ**

Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli - Roma

www.anmco.it/pages/entra-in-anmco/aree-anmco/task-force-cardiogeriatra

CARDIOLOGIA DI GENERE

**DANIELA PAVAN**Ospedale di S. Vito al Tagliamento San Vito al Tagliamento
Pordenonewww.anmco.it/pages/entra-in-anmco/aree-anmco/task-force-cardiologia-di-genero

CARDIOLOGIA PEDIATRICA

**MARIA GIOVANNA RUSSO**Università della Campania "Luigi Vanvitelli", Ospedale Monaldi
Napoliwww.anmco.it/pages/entra-in-anmco/aree-anmco/task-force-cardiologia-pediatria

CARDIOMETABOLICA

**EDOARDO GRONDA**

Policlinico di Milano - Milano

www.anmco.it/pages/entra-in-anmco/aree-anmco/task-force-cardiometabolica

CARDIONCOLOGIA

**IRMA BISCEGLIA**

Ospedale San Camillo - Roma

www.anmco.it/pages/entra-in-anmco/aree-anmco/task-force-cardioncologia

CARDIONEUROLOGIA

**STEFANO STRANO**

Policlinico Umberto I - Roma

www.anmco.it/pages/entra-in-anmco/aree-anmco/task-force-cardioneurologiaRESPONSABILITÀ
PROFESSIONALE E
SICUREZZA DELLE CURE**GIOVANNI GREGORIO**

Ospedale San Luca - Vallo della Lucania (SA)

www.anmco.it/pages/entra-in-anmco/aree-anmco/task-force-responsabilita-professionale



Il Loop Recorder Impiantabile dopo uno Stroke Ischemico: facciamo luce nelle zone d'ombra

La Fibrillazione Atriale (FA) identificata dopo un ictus ischemico acuto apre almeno due scenari. È la fibrillazione ad essere la responsabile dell'evento ictale o ne è una diretta conseguenza? Abboud H et al. (Ann Neurol 2006) osservarono come la FA fosse presente in misura significativa nei pazienti con un infarto cerebrale dell'insula rispetto a coloro che non avevano un danno insulare. Sappiamo che la corteccia dell'insula è un'area di attivazione del network autonomico centrale e potenzialmente espone al rischio di aritmie. Tuttavia questo dato si poteva riscontrare in uguale misura anche nei pazienti con una storia di precedente malattia vascolare. Possiamo dunque ipotizzare che in molti di questi pazienti la FA fosse già presente ma non conosciuta? I risultati dello studio Assert (NEJM 2012) rappresentano una pietra miliare per i successivi studi che hanno cercato di dare una risposta non soltanto a questa domanda ma anche al problema più generale



dell'identificazione della FA e delle sue caratteristiche, in termini di durata e profilo di rischio tromboembolico associato, ai fini della terapia di prevenzione primaria o secondaria dell'ictus ischemico cardioembolico. In questo studio effettuato su pazienti sottoposti ad un primo impianto di PMK o ICD, il device identificava dopo i primi 3 mesi

una tachiaritmia atriale subclinica nel 10.1% dei pazienti. In questi si rilevava un aumento del rischio di FA clinica e stroke. Ma lo studio Assert mette sul tavolo altri interrogativi: Quando cercare la FA silente? In quali pazienti? Il Loop Recorder impiantabile è da preferire? Una risposta ci viene dallo studio Crystal AF (NEJM 2014) che ha utilizzato il

Loop Recorder impiantabile (ILR) invece del follow-up convenzionale per l'identificazione della FA silente, su popolazioni di pazienti sopravvissuti ad un primo Stroke ischemico Criptogenetico (CS). Lo studio CRYSTAL ha dimostrato che il monitoraggio ECG a lungo termine con ILR è superiore al tradizionale follow-up nel rilevare tutti gli episodi di FA (sintomatici ed asintomatici) in questi pazienti, riuscendo così ad individuare la causa probabile dell'Ictus in una significativa percentuale di pazienti (30.0% in 36 mesi vs 3.0%). Inoltre, la rilevazione di FA ha cambiato la gestione del trattamento verso la terapia anticoagulante nel 97% dei pazienti. Un altro possibile approccio è l'uso dei sistemi non invasivi di lunga durata come i registratori di eventi per la registrazione quotidiana dell'ECG ed ogni qual volta il paziente abbia la percezione del sintomo. Lo studio EMBRACE (NEJM 2014) ha dimostrato che nei pazienti con CS il monitoraggio ECG non invasivo di 30 giorni aumenta di 5 volte la possibilità di rilevare la FA rispetto al monitoraggio ECG Holter di 24 ore. Questo studio ha identificato la presenza di FA con l'Event recorder nel 16,1 % dei pazienti dopo soltanto 3 mesi dallo stroke. Tuttavia bisogna considerare che i pazienti dello studio EMBRACE erano molto più anziani ed è noto che l'età aumenta di 3 volte la prevalenza di diagnosi di FA. Ma in quali CS va impiantato un ILR? In

altre parole quali sono i predittori della diagnosi di FA dopo stroke? Le variabili come l'età, l'ipertensione arteriosa, il diabete, il BMI, la storia di Stroke e di cardiopatia ischemica e lo scompenso cardiaco sono importanti fattori predittivi clinici. Tra gli altri fattori, hanno valore predittivo quelli morfologici come la sede, l'estensione delle lesioni cerebrali ed il volume atriale sinistro e quelli ECG come le prematurità atriali e la tachicardia atriale. Tuttavia allo stato attuale, i dati sui predittori di AF in CS sono ancora inconclusivi. In attesa di ulteriori studi, i pazienti anziani con prolungamento del PR e/o prematurità atriali ed un alto punteggio CHADS2 sembrano i candidati più appropriati ad ILR. Il percorso diagnostico per l'identificazione delle cause di stroke è quasi sempre molto complesso in ragione della complessità della malattia stessa che riconosce diversi tipi etiologici di stroke e del fatto che le cause degli stroke "non criptogenetici" non sono mai certe ma probabili o possibili. Infine al termine del percorso diagnostico, sino al 70% dei CS rimane senza una diagnosi etiologica. Tuttavia il fatto di ricercare la FA ha una valenza a prescindere dal tipo etiologico di stroke. Infatti i tipi etiologici non sono a "compartimenti stagni" ed è stato stimato che solo il 50% delle recidive ictali sono dello stesso tipo etiologico dell'index stroke. Questo concetto è bene espresso dall'analisi post-hoc dei

risultati dello studio PROFESS (Int J Stroke 2013) ed il fatto di ricercare la FA silente in prevenzione secondaria sembra altrettanto ragionevole negli stroke Lacunari ed Aterotrombotici. Infatti, una significativa percentuale di pazienti con index stroke aterotrombotico o lacunare aveva una recidiva di tipo cardioembolico. Inoltre, il dato sembra rappresentare la punta dell'iceberg del fenomeno. Questi risultati fondano il razionale del trial ongoing SAFFO (Silent Atrial Fibrillation After Stroke) che muove dall'ipotesi che i Pazienti con primo stroke aterotrombotico con uno o più fattori di rischio o malattia vascolare sono a rischio di sviluppare fibrillazione atriale (silente o manifesta). L'ILR dovrebbe consentire di identificare FA con frequenza significativamente più elevata rispetto al monitoraggio standard. Si tratta di uno studio spontaneo, multicentrico, interamente italiano, che recluta i pazienti esclusivamente da 38 stroke unit che collaborano in forma organizzata con le proprie strutture di riferimento cardiologico (Rete Italiana delle Neurocardiologie). È un trial calato nel mondo reale che terminerà nel 2020 e faciliterà il trasferimento dei risultati dello studio nella pratica clinica. Importanti aggiornamenti sul SAFFO li avremo il 30 e 31 gennaio 2020 al VII Congresso Nazionale della Rete delle Neurocardiologie a Roma. ♥





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 - Milano
 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 Vile - Campobasso



Federico Nardi

PIEMONTE E VALLE D'AOSTA

Presidente

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



Massimo Grimaldi

PUGLIA

Presidente

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



Marco Corda

SARDEGNA

Presidente

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



Giovanna Geraci

SICILIA

Presidente

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



Giancarlo Casolo

TOSCANA

Presidente

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



Edoardo Bonsante

TRENTINO ALTO ADIGE

Presidente

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



Gianfranco Alunni

UMBRIA

Presidente

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



Sakis Themistoclakis

VENETO

Presidente

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



Autunno di prevenzione cardiovascolare in Calabria

Anche l'autunno è stato per la Calabria una stagione intensa e scoppiettante dedicata principalmente al tema della Prevenzione Cardiovascolare. Evento cardine della regione è stata infatti la partecipazione calabrese al Progetto Nazionale di Prevenzione Cardiovascolare, "Truck Tour Banca del Cuore 2019", promosso dalla Fondazione per il Tuo cuore - HCF Onlus dell'ANMCO, con il patrocinio della Presidenza del Consiglio dei Ministri, del Dipartimento Nazionale di Protezione Civile, di Rai - Responsabilità Sociale e di Federsanità - ANCI, ideato e coordinato dal Presidente della Fondazione per il Tuo cuore Prof. Michele Gulizia e fortemente voluto in Calabria dal Dott. Roberto Ceravolo, Presidente Regionale ANMCO Calabria e Direttore della Cardiologia di Lamezia Terme, da sempre entusiasta fautore di questa iniziativa, a cui contribuisce tutto l'anno portando avanti in prima persona il progetto Banca del Cuore capillarmente sul territorio calabrese. Il Jumbo Truck ha infatti fatto tappa a ottobre sia a Maida, dove il Dott. Ceravolo con





Premio al Prof. Michele Gulizia, Presidente della Fondazione per il Tuo cuore

la collaborazione dei sindaci dei Comuni di Jacurso, Maida, San Pietro a Maida e Cortale ha operato un'importante azione di cultura preventiva ponendo l'attenzione dei cittadini sulla prevenzione cardiovascolare con il rilascio di 373 BancomHeart, sia a Reggio Calabria dove la Dott.ssa Fabiana Lucà, Co-Chairperson dell'Area Management & Qualità ANMCO, ha coordinato le intense giornate di prevenzione cardiovascolare nel territorio reggino insieme ai Dott.ri Caterina Ceruso, Giuseppe Majolo e C. Massimiliano Rao, Dirigenti Medici della Cardiologia del Grande Ospedale Metropolitan di Reggio Calabria diretta dal Dott. Frank Benedetto erogando 337 BancomHeart e donando ad altrettanti cittadini la possibilità di uno screening cardiovascolare completo. L'evento "Truck Tour" ha riscosso in Calabria un enorme interesse mediatico con



Premio al Prof. Ciro Indolfi, Presidente Nazionale Società Italiana di Cardiologia

il coinvolgimento delle maggiori testate televisive e giornalistiche locali compresa Rai 3, che ha portato nella regione l'eco della sfida primaria per la tutela del diritto alla salute di tutti i cittadini calabresi. La regione è stata anche attiva in termini di organizzazione di eventi scientifici. Dal 13 al 14 settembre 2019 si è svolto infatti a Catanzaro, il meeting scientifico "Right Side of Heart Disease", organizzato dal Dott. Marco Vatrano, Chairperson dell'Area Malattie del Circolo Polmonare ANMCO, responsabile scientifico dell'evento e dai Presidenti del Convegno, Dott. Vincenzo A. Cicone, Presidente dell'Ordine dei Medici ed Odontoiatri della Provincia di Catanzaro e del Dott. F. Cassadonte, Direttore della Cardiologia dell'A.O. "Pugliese-Ciaccio", con la partecipazione in diretta del Presidente Nazionale ANMCO, Dott. D. Gabrielli e di altri esperti sulla gestione del paziente con embolia ed ipertensione polmonare che si

sono confrontati sui delicati temi dei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali. Dal 25 al 26 ottobre 2019 è stato invece Vibo Valentia il teatro di un prestigioso meeting scientifico che ha trattato una nuova frontiera emergente che da poco ha avviato il suo percorso anche in Calabria: la Cardio Neurologia. Il Cardiologo vibonese Dott. Alfredo De Nardo, Consigliere Regionale ANMCO Calabria e responsabile scientifico dell'evento, ha infatti organizzato insieme ai Presidenti del Congresso Dott. Michele Comito e Franco Galati, direttori delle Unità di Cardiologia e Neurologia del nosocomio "Jazzolino" di Vibo Valentia, due intense giornate scientifiche in cui un pool di specialisti Cardiologi e Neurologi, di levatura internazionale e nazionale si sono confrontati sul tema dell' "alleanza cardio cerebro vascolare". Il convegno ha visto la partecipazione dei maggiori esponenti della Società Italiana di Cardiologia e dell'Associazione Nazionale Medici

Cardiologi Ospedalieri quali il Dott. Michele Gulizia, Presidente della Fondazione per il Tuo cuore, il Dott. Furio Colivicchi, Presidente Designato ANMCO e il Dott. Stefano Strano, Referente della Task Force Cardioneurologia ANMCO. Momento toccante del convegno è stata la premiazione da parte dei Dottori De Nardo e Comito al Presidente della Fondazione per il Tuo cuore Michele Gulizia, con la consegna di un'opera d'arte orafa originale in argento e bronzo per il sostegno e la disponibilità profuse dalla Fondazione verso la cardiologia vibonese. Anche il Prof. Ciro Indolfi, Presidente delle Società Italiana di Cardiologia, ha ricevuto la medesima opera in segno di gratitudine per la disponibilità dimostrata nei confronti della Cardiologia di Vibo Valentia.

«Finché ci sarà l'autunno, non avrò abbastanza mani, tele e colori per dipingere la bellezza che vedo.»
Vincent van Gogh ♥

DI ORESTE FEBO, SIMONA PIERINI, ROBERTO BONATTI, BENEDETTA DE CHIARA, LUCA FERRI,
LUIGI FIOCCA, ATTILIO IACOVONI, DANIELE NASSIACOS, GIUSEPPE DI TANO

Percorsi di Cardiologia Riabilitativa post-SCA in Lombardia I risultati di una Survey

Dopo un ricovero per SCA: quali percorsi riabilitativi in Lombardia

Le recenti Linee Guida europee e nord-americane sulla gestione del paziente post-SCA raccomandano, con elevati livelli di evidenza, la implementazione di percorsi strutturati di prevenzione secondaria a lungo termine e sottolineano in particolare come l'attivazione di un programma di Cardiologia Riabilitativa (CR) dopo un ricovero per Sindrome Coronarica Acuta (SCA) rappresenti un importante indicatore di performance per la Cardiologia dell'acuto. È infatti appurato che la loro implementazione riduce significativamente la mortalità totale e cardiovascolare, le reospedalizzazioni e migliora la qualità della vita. Dopo un episodio di SCA – anche in caso di adeguata strategia ripercussiva coronarica – infatti permangono, in funzione di specifiche caratteristiche cliniche, gradi diversi di incremento del rischio di progressione della malattia aterosclerotica, di mortalità, di insorgenza di nuovi eventi cardiovascolari, spesso di disabilità e

comunque di peggioramento della qualità della vita. Nel nostro paese l'importanza dell'implementazione di programmi strutturati di CR e di prevenzione secondaria è stata significativamente sottolineata nel Documento intersocietario ANMCO/GICR-IACPR/GISE sulla organizzazione dell'assistenza nella fase post-acuta delle SCA. L'attivazione di tali modelli però anche nel nostro paese, così come nel resto d'Europa, è ancora tendenzialmente bassa, come recentemente rilevato dal BLITZ 4 (15.9 % dei pazienti post-SCA). Il Consiglio Regionale ANMCO della Regione Lombardia si è proposto tra i primi obiettivi dopo il suo insediamento, di rilevare sul campo se l'avvio di tali programmi sia adeguato o meno, in un contesto teoricamente più organizzato – come nel caso della propria Regione – dove l'offerta di prestazioni CR (seppure sempre inferiore rispetto alla potenziale domanda), tra le più alte del panorama nazionale, come documentato dall'ultimo censimento

ISYDE 2013 effettuato dalla AICPR (Associazione Italiana Cardiologia Preventiva e Riabilitativa), potrebbe consentire almeno la intercettazione dei pazienti ad elevata priorità perché caratterizzati da un più alto rischio clinico. Nell'ottobre 2018 è stata quindi proposta una Survey, riservata ai soli Responsabili di Strutture Cardiologiche per acuti della Lombardia, con lo scopo di conoscere e successivamente analizzare:

- 1) la disponibilità e la tipologia di percorsi strutturati post-dimissione dopo un ricovero per SCA, coinvolgenti la CR;
- 2) le modalità di attivazione di questi specifici percorsi;
- 3) le modalità di utilizzo, quando disponibili, e gli eventuali motivi per il mancato utilizzo e/o le criticità relative alla loro implementazione.

I risultati sono stati comunicati al Congresso Regionale ANMCO Lombardia, tenutosi il 28-29 marzo scorso a Como.



I Risultati della Survey

- La percentuale di disponibilità di percorsi di Cardiologia Riabilitativa (CR) in Lombardia è superiore al 70%.

- I percorsi condivisi sono prevalentemente a setting degenziali, pertanto l'invio è ritenuto indicato nel 10-20% dei pazienti.

- Le indicazioni a percorsi di CR sono le stesse indicate in letteratura: ottimizzazione terapeutica, miglioramento della prognosi, miglioramento capacità lavorative e della qualità della vita.

- L'indicazione al setting degenziale è sostenuta oltre che dalle caratteristiche cliniche anche dalla presenza di una coesistente sindrome da allettamento. Tra le caratteristiche cliniche la presenza di una severa disfunzione ventricolare sinistra è risultata poco influente come specifica indicazione alla CR.

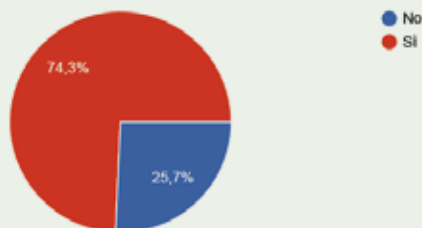
- I percorsi di Riabilitazione ambulatoriale sono molto meno condivisi (anche quelli ambulatoriali complessi che in Lombardia hanno sostituito il Day-hospital) e sono indicati prevalentemente da caratteristiche cliniche e problemi logistici locali.

Considerazioni

Anche nella nostra regione, dove per altro le disponibilità di percorsi riabilitativi è tra le più alte, abbiamo rilevato un sottoutilizzo dei programmi di riabilitazione nel post-SCA. Il setting che si predilige appare essere quello degenziale, dove la presenza di disfunzione ventricolare sinistra o la presenza di scompenso in fase acuta (circa il 20% dei pazienti SCA) dovrebbe essere la indicazione prevalente. Il setting ambulatoriale, semplice o complesso

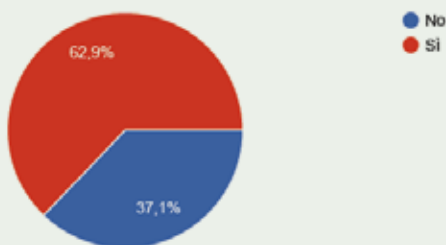
Nella tua Azienda esistono percorsi strutturati post-dimissione dopo SCA?

35 risposte



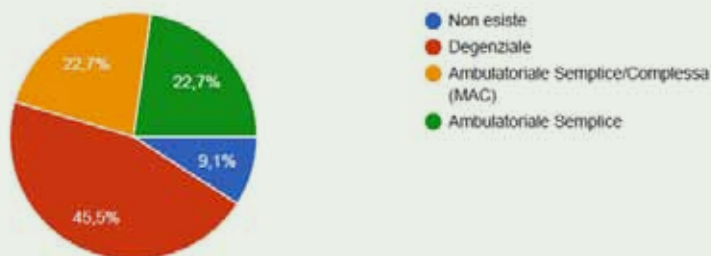
Nella tua Azienda vi è una U.O. o Struttura di Cardiologia-Riabilitativa?

35 risposte



Se hai risposto SÌ alla domanda precedente: Esiste un percorso condiviso di cardiologia riabilitativa?

22 risposte



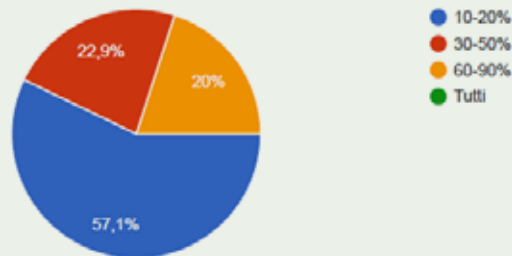
(Macroattività Ambulatoriale Complessa in sostituzione Day-Hospital in Lombardia) per la CR appare poco condiviso e questo riduce significativamente il numero dei pazienti riferiti ad un programma strutturato di prevenzione secondaria e di riabilitazione. Da segnalare che l'80% degli intervistati ritiene utile l'utilizzo di percorsi riabilitativi domiciliari con supporto telematico per incrementarne la partecipazione e la adesione dei pazienti. La partecipazione a tali programmi nell'ambito dei diversi setting a

disposizione, come sottolineato dalle LG dovrebbe essere sicuramente più alta. Un recente pubblicazione della Mayo Clinic ha stimato che in USA incrementando la partecipazione alla CR dal 20 al 70% si potrebbero salvare 25.000 vite ed avere 180.000 reospedalizzazioni in meno ogni anno. Sarebbe utile un confronto con realtà regionali diverse, ma la sensazione diffusa e supportata anche dall'analisi dei nostri dati lombardi, è che ci sia ancora molto da lavorare nella sensibilizzazione e nella condivisione di modelli

organizzativi con le Strutture per acuti. Oggi è indiscutibilmente noto che la cura della patologia coronarica non si esaurisce soltanto in una adeguata ed efficace strategia terapeutica-riperfusiva della fase acuta, ma deve continuare oltre l'Ospedale per acuti, dove il paziente ritorna per evitare una recidiva, ed in tale prospettiva la CR, anche se con modelli organizzativi diversi in relazione alle disponibilità Aziendali o inter-Aziendali, rappresenta una opportunità prioritaria. ♥

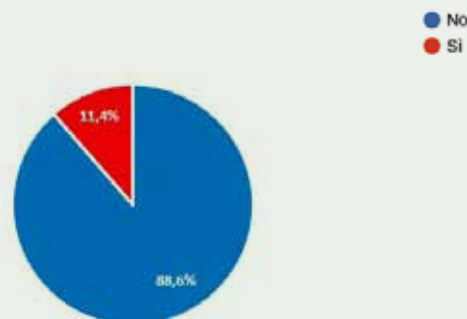
Nella tua realtà, quanti pazienti dopo una SCA ritieni che dovrebbero potenzialmente essere inviati ad un percorso di cardiologia riabilitativa?

35 risposte



A tutti i pazienti a cui si ritiene indicato viene, comunque, proposto un percorso di cardiologia riabilitativa?

35 risposte





Progettazione di un PDTA per la valutazione cardiologica dei pazienti candidati ad intervento di chirurgia non cardiaca

Tra appropriatezza clinica e organizzativa e clinical governance

Il modello PDCA

Fase Do: predisporre ed implementare le soluzioni scelte.

Fase Act: standardizzare il nuovo comportamento, monitorarlo, documentarlo e ripartire.

Fase Check: misurare gli effetti delle azioni sul problema.

Fase Plan:

- evidenziare il problema o criticità
- puntualizzare il problema
- descrivere il processo: identificare, analizzare e rappresentare le cause
- misurare e valutare problema e cause
- selezionare le soluzioni più adeguate



Il processo di costruzione di un PDTA si realizza secondo il modello *Plan-Do-Check-Act*, che prevede alcuni momenti fondamentali:

- Scelta del problema di salute
- Ricognizione dell'esistente
- Costruzione del percorso ideale
- Costruzione del percorso di riferimento con i relativi processi
- Fase pilota
- Attuazione all'interno dell'Azienda

Il numero di pazienti candidati a chirurgia non cardiaca è in costante incremento (ogni anno sono circa 5.000/10.0000 abitanti) a causa dei progressi della medicina e dell'allungamento della vita media; sono spesso anziani, con comorbidità e a rischio di complicanze cardiovascolari durante l'intervento. La valutazione cardiologica preoperatoria è di fondamentale

importanza per stratificare il rischio e prendere i conseguenti provvedimenti diagnostici e terapeutici allo scopo di ridurre gli eventi indesiderati, come consigliato da specifiche linee guida delle Società Scientifiche. Queste ultime non sono però applicate con sistematicità nel mondo reale, nel senso che possono essere indicati a pioggia più accertamenti diagnostici del dovuto, con conseguente

incremento dei costi, dei rischi (sia insiti nelle metodiche stesse, spesso invasive o con esposizione a radiazioni ionizzanti, sia per i ritardi nei tempi di intervento) e dei tempi di attesa; viceversa, può essere sottovalutata la possibile comparsa di complicanze perioperatorie cardiovascolari anche fatali nell'operando, col conseguente rischio di procedimenti per malpractice a carico dell'Azienda e dei

sanitari. La consulenza cardiologica preoperatoria richiede quindi una pianificazione ampiamente strutturata, in modo tale che una potenziale criticità, intesa come difficoltà per il sistema/organizzazione di garantire gli outcome (soddisfazioni di bisogni) dei sistemi clienti si può trasformare in un'opportunità di miglioramento. La ricerca del giusto equilibrio tra adeguata allocazione delle risorse e rischio clinico trova la sua naturale soluzione nell'appropriatezza, che insieme a economicità, equità, efficacia ed efficienza rappresenta un criterio fondamentale di risposta al bisogno di salute della popolazione. L'appropriatezza clinica e organizzativa definisce un intervento sanitario correlato al bisogno del paziente, fornito nei modi e nei tempi adeguati, sulla base di standard riconosciuti, con un bilancio positivo tra benefici, rischi e costi. Il D.L. 299/1999 stabilisce (art. 1.6) che sono escluse dalle prestazioni erogate a carico del SSN (non fanno parte quindi dei LEA) quelle che non soddisfano *i principi dell'efficacia e dell'appropriatezza, ovvero la cui efficacia non è dimostrabile in base alle evidenze scientifiche disponibili o che sono utilizzate per soggetti le cui condizioni cliniche non corrispondono alle indicazioni raccomandate e dell'economicità nell'impiego delle risorse, o che non garantiscono un uso efficiente delle risorse quanto a modalità di organizzazione dell'assistenza.* Fondamentali per assicurare l'appropriatezza sono i percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali (PDTA), strumenti di gestione clinica metodologicamente standardizzati e costantemente aggiornati, usati per definire il miglior processo assistenziale, finalizzato

Cronogramma (diagramma di Gantt)

Attività	Mese											
	1	2	3	6	9	12	18	24	30	36		
Individuazione del G.C.	■											
Riunione del G.C.	■	■										
Creazione del PDTA e della modulistica	■	■	■									
Formazione del personale												
Avvio e realizzazione del PDTA				■	■	■	■	■	■	■	■	
Raccolta dati e monitoraggio				■	■	■	■	■	■	■	■	
Stesura report intermedio												
Stesura report annuale												
Revisione del PDTA												
Pubblicazione dei risultati												

G.C.: Gruppo di Coordinamento

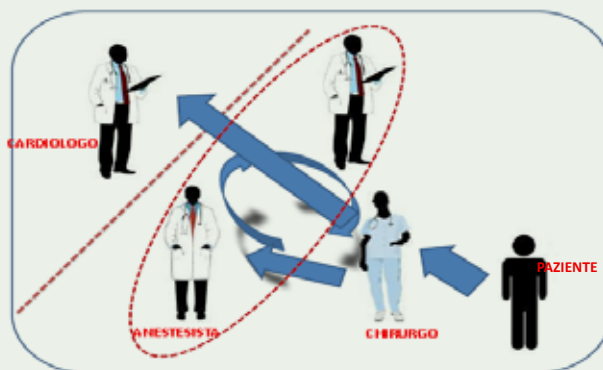
La Clinical Governance e gli obiettivi del progetto



Gli obiettivi, definiti in forma **SMART** (Specifici, Misurabili, Raggiungibili, Realistici, Temporizzati), sono i seguenti:
Obiettivo generale: aumentare la sopravvivenza a breve medio e lungo termine, ridurre le complicanze perioperatorie e migliorare la preparazione dei pazienti all'intervento e la qualità assistenziale complessiva.
Obiettivi specifici:

- Creare una rete multidisciplinare e un sistema di raccolta dati tramite analisi di indici ed indicatori specifici ricavati dai registri delle Unità Operative coinvolte e da apposite schede, finalizzato a misurare gli *output* (le prestazioni erogate) e gli *outcome* (i loro effetti), accrescendo il grado di conoscenza della realtà epidemiologica aziendale in termini di complicanze perioperatorie;
- Formare il personale ospedaliero e i MMG al fine di renderli edotti sul PDTA, garantendo continuità assistenziale;
- Ridurre le giornate medie di ricovero, le liste di attesa e i costi di ospedalizzazione;
- Attrarre l'utenza riducendo la mobilità passiva.

I percorsi interdisciplinari





a rispondere a specifici bisogni di salute, sulla base di raccomandazioni riconosciute, adattate al contesto locale, tenute presenti le risorse disponibili. Il loro obiettivo è favorire l'integrazione fra gli operatori, contribuire a diffondere la medicina basata sulle evidenze, garantire efficacia ed efficienza nell'uso delle risorse umane e materiali, pianificare l'assistenza basata sulla *best practice*, standardizzare gli interventi, contenere i costi attraverso una riduzione di pratiche inutili o ripetute, permettere di valutare le prestazioni erogate mediante indicatori (consentendo il confronto *benchmarking*) e ridurre al minimo i rischi per il paziente in funzione del miglioramento continuo della qualità. È il miglior percorso praticabile per contestualizzare Linee Guida, relative a una patologia o problematica clinica, nella specifica realtà organizzativa di un'azienda sanitaria, considerate le risorse disponibili. Ci siamo pertanto proposti di definire l'iter di valutazione e condivisione di un PDTA rivolto alla consulenza cardiologica preoperatoria. I punti di forza del progetto sono la razionalizzazione dei percorsi evitando la frammentazione degli accertamenti specialistici con riduzione degli sprechi e dei tempi di degenza, la valorizzazione delle competenze degli operatori e dell'interdisciplinarietà e la maggiore sicurezza perioperatoria coniugata con la facilità di accesso e la *customer satisfaction*. Il PDTA sarà coordinato da un'unità multidisciplinare, formata da rappresentanti delle discipline interessate (Cardiologi, Anestesisti, Chirurghi), col mandato di analizzare le linee guida nazionali e internazionali esistenti e proporre

un percorso condiviso finalizzato alla standardizzazione delle procedure e alla razionalizzazione delle risorse utilizzate e della raccolta dati. Il gruppo di coordinamento dovrà altresì provvedere all'elaborazione di protocolli gestionali per tipologia di intervento in elezione, integrare percorsi specifici dedicati ai pazienti in emergenza-urgenza, elaborare le schede di monitoraggio eventi, raccogliere, analizzare e diffondere i risultati delle stesse con report periodici e farsi carico, insieme all'U.O. Formazione del Personale, di corsi tematici dedicati a tutti gli attori interessati, sia ospedalieri sia extraospedalieri. L'organizzazione di uno specifico PDTA, nell'ottica del miglioramento continuo della qualità e della *Clinical Governance*, sintesi fra eccellenza delle cure, verificabilità dell'attività professionale e coerenza col finanziamento del SSN, sarà strumento essenziale per il coordinamento in rete delle risorse umane coinvolte. Oltre al rilevante contenuto in termini di qualità assistenziale, il progetto assume anche un significato di contenimento dei costi attraverso la riduzione della degenza ospedaliera e l'attenzione all'uso efficiente e razionale delle risorse, soprattutto dell'utilizzo dei presidi diagnostici. ♥

Bibliografia

Attolico L. Innovazione lean. Strategie per valorizzare persone, prodotti e processi. 2012, Hoepli, Milano.
Ministero della Salute. Progetto "Mattoni SSN". Mattoni Misure dell'appropriatezza. Piano sanitario di Rientro dal disavanzo del 31 luglio 2007. <http://www.mattoni.salute.gov.it>
Morosini-Perraro. "Enciclopedia della gestione della qualità in sanità", 2001, Centro Scientifico Editore, Torino.
Ruffino E, Salza E. Dizionario della Sanità, Milano, Il Sole 24 Ore, 2008. ISBN: 978-88-324-6679-9.



La responsabilità medica oltre il rapporto medico-paziente: il diritto al risarcimento (anche) dei prossimi congiunti

In genere, quando si parla di responsabilità medica si è portati a pensare alle richieste risarcitorie che possono essere formulate nei confronti del professionista sanitario dal paziente “insoddisfatto”. Siamo infatti abituati a pensare alle conseguenze dell’erronea od omessa diagnosi o, ancora, della non corretta esecuzione di intervento chirurgico o terapeutico: in ipotesi di tal fatta, è pressoché scontata la promozione di azione risarcitoria da parte del paziente che, coerentemente alle regole generali, dovrà dimostrare non soltanto la sussistenza del danno, ma anche il carattere colposo e quindi rimproverabile della condotta del medico in uno alla sussistenza del rapporto di causalità tra questi due “poli”. L’esperienza tuttavia dimostra che, sempre più sovente, l’ambito della responsabilità medica va ampliandosi da un punto di vista, per così dire, soggettivo: in tal senso, il medico può essere tenuto, ove ne ricorrano tutte le condizioni, al risarcimento del danno anche nei confronti di soggetti differenti dal destinatario della propria prestazione.

Ti riferisci alla categoria di quei soggetti che stiamo abituandoci a conoscere come “prossimi congiunti”?

Esattamente! Si tratta di una fortunata formula descrittiva emersa nella prassi dottrinale e giurisprudenziale. Come facilmente intuibile, essa indica certamente i componenti della famiglia nucleare (genitori e figli, a titolo esemplificativo), ma anche soggetti ulteriori. In tal ultimo caso, tuttavia, si ritiene necessaria la convivenza, atteso che, secondo la giurisprudenza, tale elemento vale quale connotato minimo attraverso cui si esteriorizza l’intimità dei rapporti parentali, anche allargati, caratterizzati da reciproci vincoli affettivi, di pratica della solidarietà, di sostegno economico. Solo in tal modo, infatti, il rapporto tra il danneggiato primario – il paziente – e secondario – il prossimo congiunto – assume rilevanza giuridica ai fini della insorgenza di obbligo risarcitorio.

A che titolo i prossimi congiunti possono formulare la propria richiesta risarcitoria nei confronti del sanitario?

È una domanda estremamente interessante che individua peraltro uno degli aspetti sui quali si è registrata una significativa evoluzione

nell’ambito della giurisprudenza e, quindi, del diritto vivente. Da un punto di vista fattuale, occorre evidenziare come, tendenzialmente, i prossimi congiunti agiscano in giudizio nei confronti dei professionisti sanitari nei casi in cui alla prestazione medica consegua il decesso di un proprio caro. In tal caso, essi possono agire non soltanto, come si dice nel linguaggio giuridico, iure hereditario – ossia per chiedere il risarcimento del danno, patrimoniale e non patrimoniale, sofferto dal proprio congiunto, consolidatosi nel patrimonio di quest’ultimo e poi transitato per successione nel loro – ma anche, in via autonoma potremmo dire, iure proprio utilizzando l’espressione tecnica, per lamentare danni che si sono prodotti in via originaria e non derivata quindi nella loro sfera giuridica. Ed è proprio questo l’aspetto per noi più interessante.

La prestazione medica quindi può riflettersi anche nei confronti di soggetti terzi rispetto alla relazione medico-paziente?

È proprio così: ovviamente purché ricorrano tutte le condizioni specificamente richieste dalla



normativa, per come interpretata dalla dottrina e dalla giurisprudenza, per affermare la responsabilità del sanitario e conseguente obbligo risarcitorio nei confronti del congiunto del paziente.

Che tipo di danno è quindi risarcibile in favore dei familiari o dei conviventi del paziente?

Anche in tal caso viene in rilievo la risarcibilità sia del danno patrimoniale che del danno non patrimoniale, categorie che, come oramai sappiamo, individuano rispettivamente le conseguenze di carattere strettamente economiche e i pregiudizi non immediatamente quantificabili economicamente, quali la sofferenza interiore, l'invalidità fisica e psichica, il peggioramento della qualità della vita di una persona. Certamente più interessante è per noi il riconoscimento della risarcibilità del danno non patrimoniale in favore del prossimo congiunto e nell'ambito di tale categoria, più nello specifico, di quella particolare voce di danno rappresentata dal c.d. danno parentale.

Soffermiamoci allora su questa voce di danno.

Certamente! Credo che il punto di partenza necessario non possa che essere la relativa definizione la quale, peraltro, ci fa ben comprendere come tale danno venga in considerazione, purtroppo, allorché si verifica il decesso del paziente. Il danno parentale o da perdita parentale, infatti, deriva dalla privazione del valore personale (e proprio per questo è da collocarsi nella dimensione non patrimoniale) relativo all'irreversibile perdita del godimento del familiare e all'impossibilità di intrattenere

reciproche relazioni interpersonali: esso è stato elaborato per la prima volta da una innovativa sentenza del Tribunale di Milano del 1990 ed ha poi trovato "conferma" ed autorevole riconoscimento anni dopo ad opera della Corte di Cassazione a Sezioni Unite e riconosce, dunque, il diritto risarcitorio ai prossimi congiunti del c.d. macroleso, a mente dell'art. 2059 c.c., proprio per le non transeunti sofferenze psicofisiche risentite per lo sconvolgimento del menage familiare. **È quindi una sorta di danno riflesso, potremmo dire così? Non è una conseguenza diretta della condotta medica, ma mi pare una sorta di precipitato della stessa.**

A patto di usare queste espressioni in senso generale, certo, potremmo ben dirlo. E, anzi, tali affermazioni colgono perfettamente il senso della innovazione rappresentata da tale voce di danno il cui riconoscimento ha determinato il superamento del principio traluzio in forza del quale i prossimi congiunti, non soffrendo per i patimenti del proprio familiare, non sarebbero stati colpiti in modo diretto ed immediato dalla condotta lesiva del terzo responsabile. Si è invece ammesso e, diciamo anche, riconosciuto che uno stesso fatto illecito ben può riverberare, immediatamente e contemporaneamente, i suoi effetti dannosi su più soggetti. E, d'altra parte, è massima di comune esperienza che i prossimi congiunti soffrono sia nell'ipotesi di morte che di lesioni gravi della vittima del fatto illecito, alle quali consegue generalmente un autentico sconvolgimento dell'esistenza, caratterizzato da fondamentali e radicali cambiamenti dello stile di vita.

Questi sono in effetti dati dell'esperienza quotidiana difficilmente negabili. Mi chiedo a questo punto se ed in che modo essi incidono anche su quello che ormai sappiamo essere l'onere probatorio che il preteso danneggiato deve assolvere in giudizio.

Anche quest'osservazione è assolutamente pertinente e ci impone di effettuare una distinzione. Non ci sono dubbi rispetto alla necessità di allegare e provare il carattere colposo, quindi rimproverabile, della condotta del medico che abbia avuto in cura la vittima primaria, così come anche il nesso di causalità. Quanto al danno, tuttavia, e mi riferisco ovviamente al danno parentale del quale stiamo parlando nello specifico, è pressoché maggioritario in giurisprudenza l'orientamento che – nel caso di perdita del rapporto familiare la quale colpisca soggetti legati da uno stretto vincolo di parentela – ritiene venga in rilievo un danno non patrimoniale presunto. Proprio per tale ragione non si impone la relativa prova specifica, desumendosi essa dalla intensità del legame affettivo.

Quali sono quindi le regole per la determinazione dell'ammontare del danno parentale?

In tale caso il giudice procederà ad una valutazione equitativa, sulla scorta dei criteri recepiti nelle cc.dd. tabelle di Milano o di Roma e comunque tenendo conto di tutte le circostanze del caso concreto – età del danneggiato primario, intensità del vincolo familiare tra gli altri – che conducono alla c.d. personalizzazione del danno e dei quali il giudice dovrà dare adeguata esplicitazione nella motivazione della sentenza. ♥

DI LEONARDO MISURACA, CLAUDIO PICARELLO, EGIDIO IMBALZANO, SERGIO CARAVITA,
ELISABETTA DE TOMMASI, IOLANDA ENEA, MARIA TERESA MANES, LORIS RONCON, MARCO VATRANO

Uno spaccato della realtà: utilizzo della trombolisi nell'embolia polmonare in Germania

Il lavoro che andiamo a commentare è una delle 478 voci bibliografiche delle ultime linee guida europee sulla gestione dell'embolia polmonare acuta: "Trends in thrombolytic treatment and outcomes of acute pulmonary embolism in Germany", primo Autore Keller K., pubblicato su *European Heart Journal* ad aprile 2019. È il primo studio nazionale europeo di grosse dimensioni che quantifica l'utilizzo della trombolisi sistemica nel paziente con embolia polmonare nel decennio 2005-2015. Si costituisce così uno dei più vistosi paradossi della medicina cardiovascolare attuale: la trombolisi è un presidio efficacissimo per la cura dell'embolia polmonare acuta ad alto rischio, eppure è impiegata raramente. In nessun altro distretto corporeo accade che un farmaco iniettato in una vena periferica raggiunge interamente l'organo bersaglio come nel caso dei polmoni. Nel decennio scandagliato dagli Autori, si è registrato l'aumento dell'incidenza di embolia polmonare, attribuibile sia all'invecchiamento della popolazione che all'affinamento della diagnosi (aumentata sensibilità della TAC). Parallelamente è emersa

la riduzione della mortalità, dovuta sia alla moderna gestione della terapia sulla base della stratificazione del rischio, sia alla diagnosi di embolie "minori", periferiche (a volte falsi positivi, in realtà), a decorso benigno. Se non sussistono controindicazioni assolute, le linee guida raccomandano la trombolisi in classe di raccomandazione I nel paziente definito ad "alto rischio", ossia in shock cardiogeno o che ha necessitato di rianimazione cardiopolmonare, e nel paziente a rischio intermedio che va incontro a collasso emodinamico. In Germania, dal 2005 al 2015, la percentuale di pazienti con embolia polmonare in shock trattata con trombolisi sistemica è stata inferiore al 15%. In gran parte dei casi la ragione della mancata somministrazione non è stata la presenza di una controindicazione assoluta, ma la percezione di un aumento del rischio emorragico non basata su tabelle standardizzate. La mortalità intraospedaliera dei pazienti emodinamicamente instabili ha superato il 75%. Dati molto pesanti. La quota di pazienti trombolisati che ha avuto una emorragia intracranica è stata dell'1.7%, contro lo 0.5% dei

soggetti non trombolisati. Il lavoro purtroppo non specifica il dosaggio utilizzato, per cui dobbiamo speculare che sia stata generalmente impiegata la dose standard (es. 100 mg di rTPA): 1.7% di emorragia intracranica è un prezzo sempre drammatico, ma accettabile a fronte del beneficio clinico netto che la riperfusion farmacologica offre (mortalità intraospedaliera del 28% nei pazienti trombolisati, contro il 50% di quelli non trombolisati). Gli Autori del lavoro hanno eroicamente catalogato le caratteristiche cliniche, la terapia e la mortalità ospedaliera di quasi 890.000 pazienti, dimostrando che in Germania si verifica un discostamento enorme dalle raccomandazioni delle linee guida che, di edizione in edizione, continuano a riconfermare la trombolisi sistemica come prima opzione di trattamento dell'embolia polmonare ad alto rischio. E in Italia? Sarebbe entusiasmante poter intraprendere un progetto di questo tipo, analizzando retrospettivamente come abbiamo trattato i nostri pazienti con embolia polmonare ad alto rischio. L'Area Malattie del Circolo Polmonare lancia l'appello! ♥





La comunicazione centrata sul paziente

(parte seconda)

Continua dal N. 230 - 231 di
“Cardiologia negli Ospedali”

L'orientamento della cura verso la persona

Alessandro è in lista per il trapianto: nell'aprile 2011 arriva la prima chiamata.

Mi telefonano verso le 18-19, per comunicarmi che un paziente candidato al trapianto presentava qualche difficoltà e non era certo che potesse essere sottoposto all'intervento. Per cui mi chiamavano affinché mi recassi in ospedale e, nel caso in cui quel paziente non avesse avuto i requisiti necessari, sarei subentrato io. Mi dicono di allertare il 118 e la Prefettura per la scorta all'ambulanza. La funzionaria della Prefettura, che riceve la telefonata, è molto attenta e mi rassicura che tutto sarà fatto nel più breve tempo possibile e che mi richiamerà quando tutto sarà attivato. Ero agitato? Di più. Mia moglie ed io attendiamo, speranzosi, ma non troppo. Mi è stato detto chiaramente che non sono il candidato numero uno. Arriva la telefonata della funzionaria della Prefettura che mi dice che la procedura è stata attivata e l'ambulanza mi sta venendo a prendere. Mia moglie ed io salutiamo i figli... Arriva l'ambulanza ed entrati sulla statale si va a sirene spiegate e lampeggianti accesi verso l'autostrada. La scorta ci raggiunge in autostrada dopo una ventina di minuti. C'è traffico,

è venerdì sera. Siamo costretti ad uscire causa incidente e sulla statale si procede lentamente anche con le sirene spiegate e lampeggianti attivati. Rientriamo al casello successivo. Non potete immaginare le emozioni che possono assalirti in quelle occasioni. Arriviamo che sono quasi le 22. Mi fanno firmare i soliti consensi informati ed eseguono i primi prelievi ematici di controllo. Riesco ad intravedere il paziente che è stato chiamato prima di me per il trapianto e mi si stringe il cuore nel pensare che sono lì per sostituirlo. Ho la sensazione di essere un grande egoista. Dopo circa un'ora ci avvertono che il paziente ha superato i controlli e che quindi...

La procedura standard ospedaliera impiegata, con la necessità di verificare i criteri di trapiantabilità e di avere un candidato di riserva per il trapianto dell'organo, coniugata nel mondo della vita, rimbomba del suono delle sirene spiegate, del rumore del traffico troppo lento e presenta un vortice di emozioni, desideri, speranze e dubbi che Alessandro e la moglie portano con sé durante la visita medica prima del possibile trapianto e che si infrangono nella realtà del mancato intervento. Con l'evocazione dei dubbi e delle speranze di un paziente, siamo giunti ad un punto centrale per ogni cardiologo che voglia

mettersi in gioco, orientando le cure sulla persona. Orientare la cura del paziente significa operare una vera e propria rivoluzione nelle priorità del medico. Ogni volta che è possibile, prima di ogni atto diagnostico e terapeutico, il primo fine da perseguire sarà quello di far emergere e di comprendere ciò che il paziente porta all'attenzione del medico: la sua agenda.

L'agenda del paziente

La ricognizione dell'agenda del paziente diviene quindi il primo obiettivo formativo di ogni possibile tecnica di comunicazione in sanità. D'altra parte, se i pazienti sono incoraggiati a esplicitare la loro agenda, i medici identificano più problemi e i pazienti sono più soddisfatti della profondità della relazione medico-paziente²⁵. Con il termine “agenda del paziente”²⁶ si intende: *ciò che quel paziente, in quel giorno, vorrebbe portare all'attenzione del cardiologo ospedaliero*. Ogni paziente, infatti non va all'appuntamento medico come una tabula rasa, ma, al contrario, presenta delle priorità che rappresentano la sua agenda e che vorrebbe discutere con il professionista della salute. Tali priorità riflettono le dimensioni dell'agenda che sono: il *contesto*, le *idee* e le *rappresentazioni*, le *aspettative*

e i desideri ed infine i sentimenti e l'emozione che manifesta. Ogni paziente, infatti, possiede delle proprie idee e delle rappresentazioni su ciò che gli è successo e su come interpreta la situazione attuale. Ha costruito una propria immagine della malattia con rapporti di causa ed effetto più o meno precisi. Si segnala che le idee possono essere false, le aspettative infondate e l'immagine della malattia distorta, ma questo rafforza la necessità di farle emergere nella visita medica, poiché, solo in questo caso, sarà possibile utilizzare le abilità comunicative per tentare di modificarle e renderle più adeguate alla realtà. Per comprendere meglio cosa si intende per contesto ed emozioni, torniamo ad Alessandro e al momento del suo trapianto, avvenuto dopo la terza chiamata nel maggio 2012.

"Signor Rossi, l'abbiamo chiamata per il trapianto.". Dio mio che emozione... "Oh Dio, aspettavo questa chiamata, aspettavo questa chiamata". Cerco di calmarmi, ma mi sale un groppo alla gola. Continuo la conversazione, non è facile, per me, gestire quelle emozioni che tutte insieme si affollano alla mente, non lo è neppure dopo le tante volte che ho riletto queste righe... "Allora chiamo il 118 e la prefettura per la scorta, giusto?". "Sì, per le 20 deve essere qui per la preparazione all'intervento. Adesso non le serve nulla, pensiamo a tutto noi. Allora l'aspettiamo qui in ospedale.". "Sì certo, a dopo". Mi viene da piangere, avverto subito mia moglie: grande, incontenibile emozione, mia moglie ed io piangiamo abbracciandoci. È un pianto liberatorio. Devo recarmi in Ospedale per il trapianto. Questa volta è la volta buona, è la terza chiamata, non può andar male. Telefono in prefettura perché attivino la

scorta d'accompagnamento ed al 118 per il trasporto in ambulanza, intanto mia moglie prepara la sua valigia. I miei figli sono al mare, cerco di contattarli. Riesco a contattare solo mio figlio che dopo un po' arriva con la sua ragazza. Aspettiamo, tremo, sono emozionatissimo. Chiedo a mio figlio ed alla sua ragazza di abbracciarmi, ho bisogno di essere abbracciato. Sono stato tutti quegli anni, sette, a minimizzare a non far preoccupare nessuno, conservando la mia autonomia in ogni mia attività e recandomi ai controllo quasi sempre da solo. Ora è arrivato il momento di lasciarmi andare. Arriva l'ambulanza, silenziosa, mia moglie ed io salutiamo mio figlio e la sua ragazza e mia suocera che abita vicinissimo a noi. In giro non c'è anima viva. Solite sirene spiegate e lampeggianti attivi, solito rendez-vu con l'auto della polizia. L'ultimo tratto di autostrada viene percorso sulla corsia d'emergenza per le code presenti sulle altre corsie. La corsia è sporca ed ogni tanto, schizzati dalle ruote dell'auto della pattuglia che ci precede, arrivano sassi che colpiscono il parabrezza. Uno di questi addirittura lo incrina. Arrivato in ospedale, scendo dall'ambulanza, ringrazio gli agenti. L'autista dell'ambulanza si premura di accompagnarmi all'ingresso. Comincia la preparazione all'intervento: qualche carta da firmare, prelievi ematici, doccia disinfettante... Mia moglie è sempre lì ad aiutarmi. Ogni tanto ci abbracciamo, gli sguardi sono esplicativi ancor più delle parole, specie le mie con le quali mi sforzo di rassicurarla. Sono circa le 23:30, arriva il momento di andare: ancora un saluto, con le lacrime trattenute a stento e tanta speranza vengo fatto entrare in sala operatoria su un lettino, con il solito camice verde e cuffia in testa. Sono cosciente che può succedere di non risolvere un bel niente perché all'ultimo momento il cuore potrebbe non essere adatto a me per

dimensione o per chissà quale altro motivo, ma il pensiero di lasciarci le penne non mi sfiora minimamente, per la fiducia che ho nei medici di quella struttura ed anche in me stesso.

Appena entrato, mi dicono qualcosa, non ricordo cosa, mi mettono una mascherina sul naso e bocca ... e Buona Notte!

Questa è la storia del trapianto cardiaco di Alessandro. Si ritiene che, alla luce di questa storia, il suo risveglio, descritto all'inizio dell'articolo, acquisti un significato particolare, dopo averla ascoltata, forse, l'infermiera di fronte a "Ma io non sono diabetico" avrebbe risposto diversamente. Riuscire a far emergere l'agenda di Alessandro, come quelle delle migliaia di pazienti che abbiamo il privilegio di aver cura, è il primo passo ineludibile verso un rapporto centrato sulla persona. Si spera di poter illustrare successivamente la struttura comunicativa e le tecniche necessarie per rendere efficace l'approccio narrativo sostenuto da un ethos umanitario.

Nota

Si ringrazia Alessandro Rossi, per aver acconsentito alla pubblicazione di alcuni brani della sua storia, per il prezioso contributo fornito dopo la lettura del testo e, soprattutto, per la fiducia accordatami nella nostra ventennale relazione di cura. ♥

25. Middleton JF, McKinley RK, Gillies CL, Effect of patient completed agenda forms and doctors' education about the agenda on the outcome of consultations: randomised controlled trial, BMJ, doi:10.1136/bmj.38841.444861.7C (published 17 May 2006).

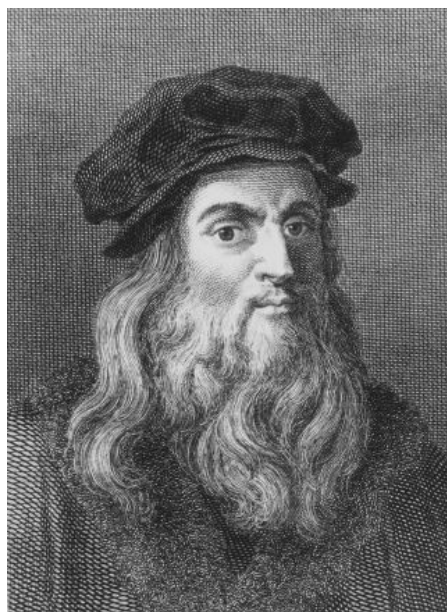
26. Moja E., Vegni E., La visita medica centrata sul paziente, Raffaello Cortina, 2000.



Leonardo da Vinci (1452-1519) e il cuore: Arte e Scienza tra micro e macrocosmo

L'Uomo Rinascimentale: lo Spettacolo di maggior meraviglia della scena del Mondo

La figura del genio leonardesco si associa, quasi all'istante, nell'immaginario collettivo all'immagine dell'Uomo Vitruviano, il più celebre dei suoi disegni, databile intorno al 1490 e ad oggi conservato presso il Gabinetto di Stampe e Disegni delle Gallerie dell'Accademia di Venezia. Non si tratta solo del disegno più celebre ma anche di quello più emblematico della visione rinascimentale dell'artista: il potere fortemente evocativo dell'immagine traduce con chiarezza il concetto chiave dell'uomo leonardesco come misura di tutte le cose. È stato affermato – ed a ragione – che il disegno leonardesco può essere considerato la trasposizione in immagini del *De Hominis Dignitate* di Pico della Mirandola – edito nel 1496 – opera considerata il manifesto del pensiero rinascimentale in cui l'autore ricordava come l'uomo



*Leonardo da Vinci (1452-1519),
Provenienza: Archivio Privato*

nella scena del mondo fosse lo spettacolo di maggiore meraviglia. Quella di Leonardo non era di certo la prima rappresentazione di un uomo nudo a braccia aperte iscritte in un cerchio o in un quadrato: si tratta di un'immagine che ricorre



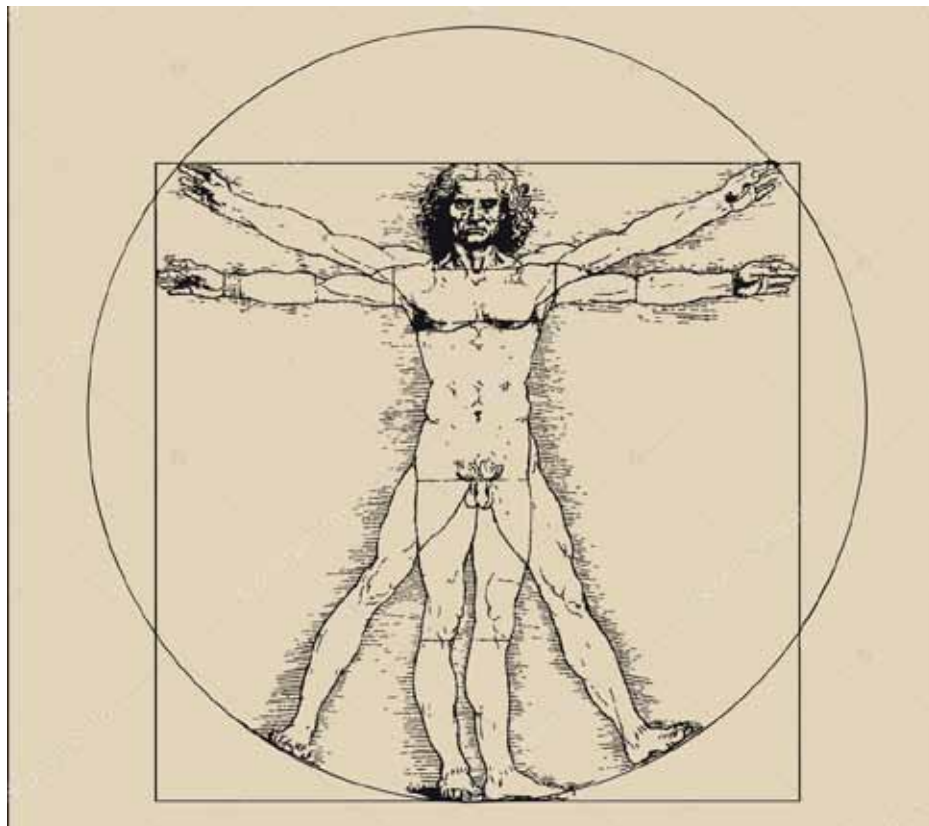
Giovanni Pico Della Mirandola (1463-1494), Provenienza, Archivio Privato

di frequente nelle miniature dei codici medievali in cui l'uomo – espressione del microcosmo – viene posto in relazione all'universo con le correlate implicazioni astrologiche e corrispondenze tra parti del corpo e segni zodiacali disposti intorno al



Liber divinorum operum di Hildegarda di Bingen, miniatura riproduzione facsimilare del ms conservato presso la Biblioteca statale di Lucca, Provenienza, Archivio Privato

cerchio. Leonardo è indubbiamente erede di questa tradizione ed è stato inevitabilmente attratto dalle relazioni tra l'uomo e il cosmo, rielaborate secondo la prospettiva rinascimentale. Il riferimento al *De Architectura* di Vitruvio si coglie dalle note mss. apposte in alto nel disegno ed è verosimile che pur non essendo Leonardo un "omo di lettere" come si definiva, non avendo studiato il latino, ebbe modo di leggere l'opera in una delle diverse edizioni in volgare che cominciarono a circolare nella seconda metà del sec. XV, dopo la prima traduzione integrale manoscritta di Francesco di Giorgio Martini. La rielaborazione operata da Leonardo della fonte vitruviana è significativa della visione culturale,



Uomo Vitruviano stilizzato, Provenienza, Archivio Privato

pienamente rinascimentale, entro cui egli opera: non solo sintetizza in un'unica immagine le due figure antropometriche vitruviane – *Homo ad quadratum ed Homo ad circulum* – ma traduce attraverso il linguaggio matematico e geometrico, le leggi della natura contenute all'interno del corpo umano e delle sue proporzioni. L'uomo nella sua struttura possiede quelle stesse leggi biologiche e fisiche che regolano il creato. Indagare l'uomo, conoscerne la sua struttura, comprenderne le sue leggi significa conoscere le stesse leggi con cui opera la natura. L'Uomo diventa la chiave di lettura del Grande Libro della Natura per cui è essenziale osservarne la struttura – attraverso l'anatomia – descriverla attraverso l'immagine

e comprenderne il funzionamento traducendolo nel linguaggio matematico e geometrico. Leonardo condusse dissezioni anatomiche su cadaveri presso l'Ospedale di S. Maria Nuova in Firenze, a Milano, Pavia ed anche a Roma all'Ospedale S. Spirito dove fu addirittura denunciato al Papa come profanatore di cadaveri umani. Da queste indagini e da quelle eseguite su cadaveri animali ne è derivato l'immenso corpus dei suoi disegni e schizzi anatomici che, secondo alcune ipotesi, rappresentano il lavoro preparatorio di un trattato intitolato *De Figura Umana* che egli andava progettando ma che non portò a termine. Leonardo con la sua anatomia descrittiva parla ieri come oggi ad artisti e medici.

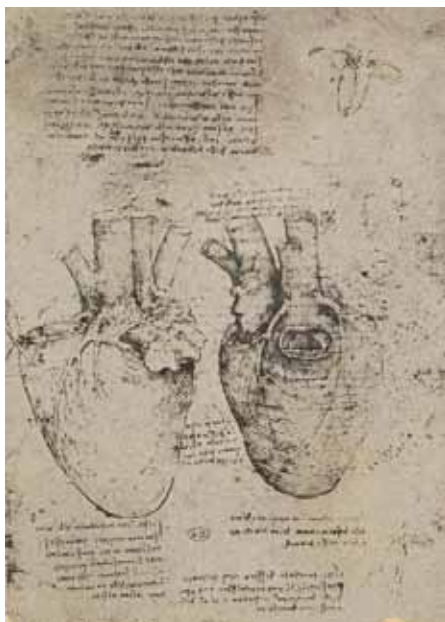


Il Cuore nel microcosmo leonardesco del corpo umano

Se, nella visione leonardesca, il mondo è concepito come un immenso organismo vivente, il corpo umano è a sua volta descritto in similitudine a quello terrestre:

“Se l’uomo ha in sé il lago del sangue, dove cresce e decresce il polmone nello alimentare, il corpo della terra ha il suo oceano mare... il sangue della terra – scrive nel Codice Leicester – sono le vene delle acque, il lago del sangue che sta dintorno al core, è il mare oceano, il suo alitare e l’crescere e decrescere del sangue pelli polsi, e così nella terra è il flusso e riflusso del mare”. È in questa prospettiva analogica che

va contestualizzato l’interesse di Leonardo per il cuore e l’apparato circolatorio di cui ci ha lasciato innumerevoli disegni conservati nei quaderni di anatomia della collezione nella Royal Library di Windsor. Non si tratta come è noto solo di rappresentazioni di organi umani ma anche animali, come nel caso del cuore che egli ritrae che è probabilmente quello di un bue. Del cuore Leonardo parlava indicandolo come “Instrumento mirabile, invenzionato dal sommo Maestro... il core è il nocciolo che genera l’albero delle vene... il core è un vaso fatto di denso muscolo, vivificato e nutrito dall’arteria e vena come sono li altri muscoli”. Ed ancora, a proposito del movimento del cuore, egli scrive: “... questo [il cuore] si move da sé, e non si ferma se non eternamente... il core che per sé si move, non si move, se non coll’aprirsi e riserrarsi...”. Oltre ad aver intuito l’automatismo



Leonardo da Vinci, Arterie coronarie del cuore di bue, riproduzione facsimilare del codice Windsor, Provenienza, Archivio Privato

del cuore, Leonardo si concentra sui suoi movimenti in quanto “... il suo aprire e riserrarsi fa moto per la linia che s’astende infra la cuspide e la basa over corona” ovvero i movimenti sistolico e diastolico avvengono nel senso dell’asse maggiore del cuore che si accorcia quando si contrae e si rilassa quando si allunga. Leonardo intuisce che lo stato del cuore al momento della morte è uguale al movimento che fa nell’atto della contrazione. Egli sembra derivare questa intuizione dall’osservazione di come si uccidevano i maiali nelle campagne toscane, inserendo uno spillo – strumento per la spillatura dalle botti – nel torace in direzione del cuore, operazione che consentiva di continuare ad osservare il movimento del cuore – tracciato da

quello dello spillo – fino al momento della morte dell’animale. Celebri sono i suoi studi sulle valvole del cuore dove le sue conoscenze di ingegneria idraulica – dighe, sbarramenti difensivi – e di architettura gli valsero intuizioni geniali: la valvola aortica a tre cuspidi paragonata ad un cancello con funzione antireflusso, la valvola mitrale e tricuspide le cui strutture – lembi, apparati tensori come muscoli papillari e corde tendilinee – vengono assimilate a quelle architettoniche della navata di una chiesa. Il modello architettonico, con le sue leggi matematiche, diventa strumento di lettura del corpo umano. Si comincia ad intravedere l’orizzonte di quella che, circa cinquant’anni dopo, sarebbe stata la rivoluzione anatomica vesaliana con il *De Humani Corporis Fabrica*. ♥

Bibliografia essenziale
F. Bottazzi, Leonardo scienziato, a cura di L. Donatelli, F. Ghirelli e Andrea Russo, Napoli, Giannini editore, 1986
C. Pedretti, L’anatomia di Leonardo da Vinci fra Mondino e Berengario: ventidue fogli di manoscritti e disegni nella Biblioteca reale Windsor e in altre raccolte presentati in facsimile nell’ordinamento cronologico. Con un saggio introduttivo di Paola Salvi, Firenze, Cartei & Becagli, 2005
A. Pazzini, Leonardo nella storia della cardiologia, Firenze, edizioni mediche italiane, 1960
G. Thiene, F. Zampieri, Il cuore di Leonardo, Memoria presentata nell’adunanza del 16 febbraio 2013, in Atti e Memorie dell’Accademia Galileiana di Scienze Lettere ed Arti – Memorie della classe di scienze matematiche, fisiche e naturali, CXXV, II, pp. 93 - 119
F. C. Wells, The Heart of Leonardo, Sprenger, 2013



Educazione alla salute e formazione degli operatori

Scriveva alcuni anni or sono un noto studioso russo/americano di semiologia che “comunicare” vuol dire non solo “emettere un messaggio”, ma più ancora “farlo passare”, cioè farlo pervenire al destinatario. Per esser tale, la comunicazione ha un'intrinseca valenza educativa in quanto – lo voglia o no l'emittente – produce in chi riceve il messaggio modificazioni di natura valoriale e comportamentale. Basta questa semplice e alquanto ovvia premessa per rendersi conto di quanto sia, oltre che delicato e complesso il compito degli operatori della salute (“health workers”), anche importante e vantaggioso per la comunità il contributo che essi possono dare all'affermazione di un'educazione, la più generalizzata possibile, al “benessere psico-fisico e sociale” dei cittadini (per ragioni che la ricerca psico-pedagogica ha ampiamente motivato, si preferisce definirli “operatori della salute” anziché “operatori sanitari”, essendo oggi la salute un tema che non è di esclusiva pertinenza del mondo sanitario e che per questo va affrontato con un approccio sistemico, ecologico e integrato). Ma perché il loro contributo sia efficace e proficuo, è necessario che essi, a qualsiasi

servizio appartengano e qualunque ruolo professionale svolgano, sappiano fare almeno due cose. La prima è che nel rapporto con i loro interlocutori dimostrino un atteggiamento realmente comunicativo, il che significa dimostrare grande disponibilità verso l'altro e massimo impegno nel superamento di eventuali difficoltà di ordine comportamentale e ambientale che possano interrompere il flusso comunicativo. Nel lavoro di tutti i giorni gli operatori di molte istituzioni, compresa quella sanitaria, hanno frequenti occasioni di comunicare con i cittadini, in situazioni educativamente non strutturate, ma tali da permettere un passaggio intenzionale di informazioni, di idee e di orientamenti che hanno rilevanti ricadute educative su coloro che li ricevono. Tale circostanza, però, in molti casi non induce le istituzioni a riconoscere la competenza comunicativa come una dotazione necessaria alla professionalità dei loro operatori, tant'è che, considerandola quale componente del tutto trascurabile nella dinamica lavorativa, non assumono adeguate iniziative formative conseguenti per i loro dipendenti, né la prevedono tra i

criteri di valutazione della produttività professionale.

La seconda cosa che un “operatore della salute” (e non solo) deve saper fare è che utilizzi un linguaggio comprensibile all'interlocutore, adeguando la componente verbale della sua comunicazione alla capacità di comprensione di chi gli sta di fronte, scegliendo i termini, le espressioni e gli esempi più adeguati alla circostanza. È lui che deve parlare come la “gente semplice”, e non il contrario. Ed invece molto spesso accade che l'adozione di un codice comunicativo non compreso dall'interlocutore rende inefficace la comunicazione e tradisce la volontà di rimarcare una separazione e di connotare un potere illegittimo e indebito sull'altro.

La formazione degli operatori

“Non si nasce sapendo comunicare, ma lo si impara” attraverso un insegnamento specifico. Seguendo il ragionamento delle due autrici inglesi dell'affermazione sopra riportata, tutti gli operatori che hanno rapporti comunicativi con i cittadini, compresi gli operatori della salute, devono essere forniti, mediante percorsi formativi specifici, di particolari competenze



di natura psico-socio-pedagogica e comunicativo-relazionale che li mettano in condizione di svolgere nel migliore dei modi il compito cui sono chiamati. Relativamente al settore sanitario, basta dare un'occhiata ai curricula formativi delle diverse figure professionali inserite nei vari servizi e unità operative per rendersi conto di quanto la situazione relativa alla loro competenza pedagogica e relazionale sia poco rilevante. A livello di formazione di base, i curricula di formazione universitaria del personale infermieristico e medico prevedono soltanto alcune ore di studio relative alle aree delle scienze umane (psicologia, pedagogia e sociologia) e della comunicazione, che sono ritenute assolutamente insufficienti a formare i futuri "community health workers" secondo i nuovi indirizzi della più avanzata ricerca sociale ed

epistemologica internazionale sulle strutture sanitarie. È ormai maturo il tempo di superare in concreto la vecchia concezione della salute come assenza della malattia e la ristretta base concettuale della medicina clinica e curativa di derivazione positivista, e di operare una riforma dei corsi di studio cui è affidata la formazione di base e specialistica degli operatori della salute, tenendo conto delle numerose sperimentazioni in atto in diverse realtà, universitarie e non, del Paese. A livello di formazione permanente, che è di competenza delle Regioni, il problema della riqualificazione del personale già inserito nelle strutture sanitarie si potrà affrontare, come molte esperienze confermano, attraverso la figura dell'"animatore della formazione" che, opportunamente formato sul piano teorico-pratico

in appositi percorsi, potrà essere impiegato in attività di formazione permanente a beneficio dei colleghi e di educazione attiva a beneficio della comunità dei cittadini. In entrambi i casi, nell'azione formativa esso porterà non tanto competenze tecniche quanto competenze di natura didattica, metodologica e organizzativa, al fine di favorire la più ampia diffusione della "cultura" della salute. Occorre, in conclusione, un decisivo salto di qualità nell'affrontare efficacemente i grandi problemi della salute del nostro tempo, rispetto alle timidezze e alle incertezze del recente passato, nella prospettiva di realizzare quel che l'Organizzazione Mondiale della Sanità qualche anno fa ha definito con una forte dose di ottimismo l'obiettivo a breve dell'umanità: "la salute per tutti".♥



Graphic Journalism: il fumetto racconta la realtà

“... A casa nostra Cronaca da Riace” Il Fumetto racconta la migrazione

Rizzo e Bonaccorso testimoniano le complesse
dinamiche dell'accoglienza in Italia



Che cos'è, esattamente, il fumetto? La risposta a questa domanda, che semiologi, studiosi, artisti, appassionati ed esperti si sono più volte posti nel corso di oltre un secolo, continua ad essere sfuggente, anche a chi ha dedicato parte della propria vita a ricercarla. Il fumetto è linguaggio, certo. Ma basta, oggi, questa verità a definire qualcosa che ha

la duttilità del mercurio? Come al centro di una tempesta di neve in cui ogni singolo fiocco è un'idea, una declinazione, un'applicazione, un'interpretazione di una realtà che è forma d'arte, d'artigianato e prodotto industriale, avvolti in una pioggia continua di sollecitazioni, immersi in una visione che del guardare in un aleph ha eco e sostanza, possiamo veramente

essere coerenti ed univoci nel rispondere? Probabilmente no. Forti di questa consapevolezza, in questo momento, mentre la nostra società ha la consistenza del magma, mentre cambia e si evolve con più velocità di quanta se ne può registrare in una corsa tra Superman e Flash, un assioma si impone nell'analisi: il fumetto, sempre e comunque di natura



Gli autori di "...A casa nostra", Lelio Bonaccorso e Marco Rizzo

popolare nel senso più sociale del termine, è testimonianza, fotografia disegnata di un tempo che si contraddice, tragico e meraviglioso. In questo contesto è evento l'uscita per Feltrinelli Comics di "... A casa nostra - Cronaca da Riace", opera di Marco Rizzo e Lelio Bonaccorso. Dopo "Salvezza", il precedente lavoro dei due autori, sempre pubblicato da Feltrinelli Comics, grazie al quale Rizzo e Bonaccorso hanno condiviso l'esperienza delle settimane passate in mare sulla nave Aquarius impegnata nel soccorso di numerosi migranti, arriva in tutte le librerie italiane un'opera che racconta il loro incontro con Mimmo Lucano, il loro viaggio a Riace, a San Ferdinando, nello Sprar di Caulonia, nella Calabria dell'accoglienza. Potremmo chiamarlo "Graphic Novel" oppure esempio di "Graphic Journalism" e non sbagliare. Ma la verità più semplice, per una volta che la verità

è semplice, è che il nuovo lavoro del dinamico duo di autori/giornalisti è un fumetto. Nulla di più. E non vi sembri poco, perché non lo è, dato che l'arte sequenziale, tra i primi linguaggi dell'uomo dai tempi delle caverne, è oggi come non mai centro di gravità, mediatica e comunicativa. "... A casa nostra" è un fumetto che testimonia la realtà, che racconta storie di emigrazione e immigrazione, di accoglienza e negazione di accoglienza, di una Calabria piena di contraddizioni, forte di una cultura greca, micenea, che le è propria e grazie alla quale le porte di casa non sono mai chiuse per chi chiede aiuto, dove c'è sempre un posto a tavola per chi ha fame, un bicchiere d'acqua e uno di vino, per chi ha sete. Ma anche di una Calabria debole come lo sono i territori che non riescono a sognarsi più grandi di quel che sono, che non sanno riconoscere e riconoscersi le proprie potenzialità.

L'opera racconta una Calabria che è la baraccopoli di San Ferdinando, che è Riace, prima di Lucano e dopo di Lucano, una Calabria che accoglie a braccia aperte e scaccia a pugno chiuso, una Calabria in cui il razzismo non esiste e una Calabria che sul razzismo vive, o sopravvive, come dimostra lo sfruttamento dei tanti migranti impiegati in nero nella raccolta di arance o pomodori, prodotti che arrivano sulle tavole macchiati col sangue di chi lavora sotto il sole 10 ore al giorno per 2 euro. Una Calabria, che è specchio del mondo e in cui il mondo si specchia, in cui ci commuoviamo guardando giovani madri africane portare al mercato neonati belli come putti di un colore che i pittori non hanno mai usato, e in cui non sappiamo da che parte torcere il collo, quando quelle ragazze dalla pelle dello stesso colore, in atto di prostituirsi, incrociano il nostro sguardo



falsamente stupito da dietro un finestrino, mentre sfrecciamo sulle nostre strade. Ma "... A casa nostra - Cronaca da Riace", non è solo testimonianza. Il volume ha una valenza importantissima: racconta, nel linguaggio il fumetto, con dati e numeri precisi, le contraddizioni dell'attuale sistema di accoglienza, distrutto dalla riforma Salvini, dal decreto sicurezza del 2018. Spiega, a chi non ha mai sentito parlare di SPRAR (Sistema di Protezione per chiedenti Asilo e Rifugiati), di SIPROIMI (Sistema di Protezione Internazionale e per minori stranieri non accompagnati), di CAS (Centri Accoglienza Straordinari), qual è l'incerto presente e quale sarà

il tragico futuro di coloro che hanno bussato alle porte del nostro mare e che ormai, che piaccia o meno, sono parte della nostra società, del nostro tessuto sociale. Racconta disperazione e speranza del reale, lontana da ogni fiction. Disperazione che non è solo quella dei tanti migranti, ma che appartiene anche agli operatori del settore, professionisti che nel mondo dell'accoglienza lavorano, con responsabilità e competenza, madri e padri di famiglia, che presto rischiano di trovarsi in mezzo ad una strada. Cosa rimane al lettore chiusa l'ultima pagina di questo volume? Può avere importanza il nome che diamo alla sua esperienza o il linguaggio del

racconto? Sono domande capziose, che forse, in questo momento, non meritano risposta. Merita invece, il lettore e la Calabria, di sapere cosa succederà ai protagonisti dell'opera quando l'oggetto di carta posto nella sua libreria avrà preso polvere. Cosa succederà in Italia e in Calabria ai tanti migranti, agli operatori dell'accoglienza, ai Mimmo Lucano, a Riace, ai ragazzi che vivono nella baraccopoli di San Ferdinando, ai beneficiari dello Sprar di Caulonia? Cosa succederà a tutti noi? Riusciremo, anche imparando da questa testimonianza, anche senza recarci nei luoghi che hanno visitato in prima persona gli autori, anche restando seduti sui nostri divani aspettando non si sa cosa, a vedere



PENSAVO CHE IL MIO RUOLO, LA MIA STORIA, CIÒ CHE ERA DIVENTATA RIACE, SAREBBERO RIUSCITI A IMPEDIRLO.

NON È STATO COSÌ: C'ERANO PERSONE CHE AVEVANO ALTRI INTERESSI.

EPPURE SIAMO STATI IN GRADO, ANCHE IN UNA TERRA COSÌ DIFFICILE, DOVE TUTTO SEMBRA OSTAGGIO DELLA RASSEGNAZIONE... DI COSTRUIRE UN PICCOLO SOGNO.



DOVEVO STARE PIÙ ATTENTO, NELLA GESTIONE DEI PROGETTI, NEGLI AFFIDAMENTI...

...CAPIVO CHE ALCUNE PERSONE CHE SI RAPPORTANO CON ME NON ERANO MOBBE DA IDEALI POLITICI, DA IDEALI SOCIALI...

...MA SOLO DALLA RICERCA DELL'OPPORTUNITÀ ECONOMICA.

PER ANNI IL MINISTERO, LA PREFETTURA MI HANNO SPINTO AD ACCOGLIERE... E POI C'ERA ANCHE CHI SI PRESENTAVA SPONTANEAMENTE.

MA SONO ARRIVATI ANCHE GLI AVVOLTOI.

un cambiamento? Saremo noi parte di quel cambiamento? Le risposte non sono certo tra le pagine di un libro, nella sua lettura amara, come è amara la terra di Calabria. Ma grazie a questa splendida opera, da leggere e far conoscere, possiamo imparare a prendere consapevolezza delle domande. Non è poco. Forse, in questo momento, è tutto ciò che ci possiamo permettere, almeno per ora. ♥



BENVENUTI A SAN FERDINANDO.

SIETE FORTUNATI, DI ME SI FIDANO PERCHÉ CON IL SINDACATO DIAMO UNA MANO... MA QUI O SONO REGOLE A PARTE.

IMMAGINO, PEPPE...

CHE ESISTA UN POSTO DEL GENERE IN ITALIA È INCREDIBILE, STRAPPATO E PORTATO QUI.

È COSÌ. QUESTO POSTO È MOLTO SIMILE AGLI SLUM DA CUI PROVENGONO ALCUNI DEGLI ABITANTI DELLA BARACCOPOLI.



Gente dei mercati

Le foto di questo mese sono di Angelo Camerieri, che ha allegato alle immagini queste brevi note: *Perché gente dei mercati? Perché ogni qual volta visito una nuova località mi fa piacere recarmi nei mercati per vivere la vita pulsante del posto, che spesso si respira in tali luoghi.*

Ad esempio uno dei mercati più interessanti è stato quello di Wonshong Hunias a Shanghai, dove si possono trovare le cavallette sia nella versione canterina (i cinesi amano le melodie di questi animaletti) che quella da combattimento dove la scelta della cavalletta combattente deve essere molto accurata come si evince dalla foto che ti allego.

Oppure il mercato ortofrutticolo "a terra" nella bellissima Bagan, città dei templi, in Birmania o il mercato acquatico sul lago Inle sempre in Birmania.

Oppure ancora il modo di cuocere il pane, secondo una tradizione millenaria, scaraventando l'impasto nella botola rovente che raggiunge temperature elevatissime ad Amman (Giordania). E infine, per tornare a casa nostra, la vivacità dell'asta del pesce appena pescato a Mazara del Vallo.♥



Asta del pesce appena pescato a Mazara del Vallo



Cottura del pane nella botola rovente, secondo una tradizione millenaria, ad Amman (Giordania)



Mercato ortofrutticolo a Bagan (Birmania)



*Vendita delle baguette
di fronte al mercato
dei Legumi a Chartres
(Francia)*



*Banco di frutta e verdura
ad Amman (Giordania)*



Mercato acquatico sul lago Inle in Birmania



I colori del mercato ortofrutticolo di Yangon (Birmania)



Vendita delle cavallette canterine o da combattimento al mercato di Wonshong Huanias a Shanghai



Che cosa distingue e rende unica la nostra specie?

Il romanzo celebra i nostri difetti e le mancanze che ci rendono umani e fa un elogio dell'incoerenza che ci distingue dalle macchine attraverso un pensiero profondo sul nostro "io"

L'ultimo capolavoro di Ian McEwan, pubblicato recentemente da Einaudi, è un romanzo intimo in cui il tema fantascientifico che si svolge in uno scenario apparentemente distopico, viene impiegato come pretesto per trattare aspetti dal forte connotato filosofico. Lo sguardo dello scrittore inglese è rivolto a profondi quesiti morali ed esistenziali che possono essere racchiusi e rappresentati da un'importante domanda cardine intorno a cui ruota l'intera narrazione e che riguarda le caratteristiche che rendono tale l'essere umano differenziandolo dagli altri animali e dalle macchine: che cosa distingue e rende unica la nostra specie? Il libro è ambientato nella Londra del 1982, un 1982 alternativo a quello che è stato realmente, in cui le vicende storiche sono rivisitate e riscritte alla luce dell'immaginazione dell'autore: i Beatles si sono appena riuniti e Alan Turing non è morto, anzi, contribuisce attivamente al progresso tecnologico. Il protagonista



è un trentenne squattrinato di nome Charlie, appassionato di informatica e robotica, che nella vita si occupa di compravendita on-line e che decide di fare un investimento, nonostante i debiti, e acquistare una novità tecnologica, un modello di robot dal nome evocativo. Sul mercato,

infatti, sono appena stati realizzati e messi in circolazione dei prototipi di umanoidi: tredici donne chiamate Eve e dodici uomini di nome Adam. Adam, bello e intelligente, è perfetto per tenere compagnia a Charlie e a Miranda, la sua fidanzata, inizialmente spaventata dall'umanoide, ma che finirà per interagirvi senza remore. Charlie forgia insieme a Miranda la personalità di Adam, immettendo le proprie preferenze nella memoria del robot e creandone le attitudini in una specie di corredo genético-culturale appartenente a entrambi. Adam si inserisce ben presto nelle dinamiche familiari, divenendo un componente necessario. Adam è sì artificiale, ma potrebbe confondersi con un essere umano perché capace di sviluppare la propria personalità attraverso interessi, sentimenti e un forte pensiero critico; il robot, infatti, ha una coscienza e una sensibilità particolari che sono frutto delle informazioni ricavate dall'esperienza e che lo rendono unico nel suo genere, del tutto simile all'uomo nel provare



Adam, il robot acquistato da Charlie, inizierà ben presto a sviluppare una propria coscienza sui sentimenti e una personalità scissa e distante dai propri doveri e dagli ordini che gli vengono impartiti

empatia, una propria emotività e addirittura il desiderio del suicidio. La caratteristica che differenzia il robot dagli esseri umani è soprattutto la velocità del ragionamento, basato ovviamente su algoritmi; Adam è talmente rapido ed efficiente che è capace di far fruttare in pochissimo tempo migliaia di sterline giocando in borsa ed è proprio così che Charlie lo utilizzerà per lavorare al suo posto. Adam però inizierà a sviluppare una propria coscienza sui sentimenti, una personalità scissa e distante dai propri doveri e dagli ordini che gli vengono impartiti, tanto che arriverà ad innamorarsi di Miranda, agendo in un modo di cui è difficile prevedere le conseguenze. I pensieri inquietanti che ben presto si fanno strada e diventano chiari alla coscienza della coppia protagonista si possono esprimere attraverso alcune domande esistenziali: che cosa accadrebbe se la coscienza e la sensibilità sviluppate da questi prototipi li portasse anche a chiedersi il senso della loro vita? Nel momento in cui i robot possono

provare sentimenti perché dovremmo continuare a vederli come diversi dal genere umano? È un libro dall'incedere straniante, inizialmente curioso per lo spunto narrativo e poi sempre più alieno, tanto che diventa impossibile per il lettore vedere Adam solo come un prototipo da laboratorio. Personaggi umani e robotici si confondono con ambiguità nella quale viene da pensare che se l'uomo vuole che la macchina funga da supporto, allora gli algoritmi devono includere valori etici e non solo numerici. L'etica rimane ciò che caratterizza squisitamente l'essere umano, lo rende unico e si fonda su valori che creano lo scarto definitivo con la macchina. Il nuovo McEwan celebra i nostri difetti e le mancanze che ci rendono umani e fa un elogio dell'incoerenza che ci distingue dalle macchine attraverso un pensiero profondo sul nostro "io", che tanto ci sforziamo di poter replicare, ma che diventa, invece, unico, proprio perché contraddittorio e inafferrabile. ♥

Ian McEwan nel suo ultimo romanzo fa emergere chiaramente l'idea che l'etica caratterizzi squisitamente l'essere umano, lo renda unico e crei lo scarto definitivo con i robot





Malato ma non troppo (con la formula dell'umana felicità)

Dopo “L’infarto. Piccola guida per evitarlo” (2015) e “Le Parole del cuore” (2017), Claudio Cuccia, Direttore del dipartimento cardiovascolare della Fondazione Poliambulanza di Brescia, già Presidente ANMCO della Lombardia e Presidente nazionale dell’ATBV, si cimenta in una nuova opera “Malato ma non troppo (con la formula dell’umana felicità)”, edito da Scholé, proponendo racconti, riflessioni, aneddoti della vita quotidiana di pazienti e medici. **Claudio Cuccia, Cardiologo colto, profondo, interessato agli aspetti umanistici oltre che tecnici e tecnologici della professione medica**, ama leggere la persona, comunicare con essa, ascoltarla prima di auscultarla, guardarla prima di scrutarla. Con una scrittura brillante, ma spesso dissacrante, mette in luce le contraddizioni e le stramberie della commedia umana, così come si svolge in un luogo certamente non ameno come l’Ospedale. Nel suo ultimo libro, con il suo solito spirito ironico, ma con la profondità ed umanità che lo contraddistinguono, presenta una serie di situazioni, personaggi, figure umane, con continui riferimenti al mondo e alla cultura classica. **Il testo si compone di XXV piccoli capitoli simpatici, talora sarcastici, che rappresentano la normale vita trascorsa da medici e pazienti in Ospedale** e si chiude con una



Claudio Cuccia

*Malato, ma non troppo
(con La formula dell'umana felicità)*

postfazione che annuncia la formula della felicità. E così il tempo trascorso in Ospedale può diventare “Témmo” (che divide, separa) o “tâpas” (calore), che tanto desidererebbero incontrare i nostri pazienti in un luogo senza tempo e spazio. Si possono leggere ed apprezzare storie ironiche, come quella in cui viene presentato il Dott. Evaristo Negroni, medico che parla ma non ascolta, mettendo a rischio la vita dei suoi pazienti o quella in cui viene rappresentato un paziente che, in gravi condizioni di salute, spera nel Risorto, divenuto a causa della sua “erre moscia” simpaticamente un “risotto”. **Nel testo è possibile incontrare un caleidoscopio di figure, di medici e pazienti**, come quella del nobile dottor Stefano Maria

Fontanella, professionista arrogante e superbo, forte con i deboli ed umile con i potenti o come il Dott. Manlio Plinio Cesare de Giovanardi Usberti, laureato con centodieci e lode per meriti nobiliari, o come la semplice, umile, sorridente e saggia ausiliaria di Santo Domingo.

Claudio Cuccia parteggia chiaramente per una umanità fatta di persone oneste, accoglienti, solidali. Il medico a cui pensa non è colui che è forte del suo sapere, ma è colui che sa comunicare e rappresentare il dramma della malattia con grande maestria, perché **essere medici è “una forma d’arte”**. Il bravo medico è quello che pensa, che si nutre di scienza, che conosce la tecnica, ma che sa e vuole distinguere la malattia dalla persona che ne è affetta; il bravo medico percorre la strada del rispetto e dell’ascolto, e lo fa ricco di ogni risorsa che la scienza gli può offrire. **L’ultima parte del libro affronta il tema della felicità** che Cuccia sviluppa con una sofisticata formula, costruita con l’aiuto di un suo amico matematico di Oxford, Temitope, che lo porta a proporre di pensare a far bene più che a star bene. La professione medica può diventare un’occasione straordinaria per scoprire e comunicare ingredienti fondamentali quali amicizia, salute, libertà e pace.

Complimenti all’amico Claudio e ad Maiora. ♥



Natale 2019
Auguri a tutti i nostri lettori

