

NOVEMBRE - DICEMBRE N. 148 2005

CARDIOLOGIA NEGLI OSPEDALI

RIVISTA DELL'ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDILOGI OSPEDALIERI - ANMCO



Non è da tutti avere il ritmo del cuore perfetto, con i suoi settantaquattro battiti al minuto da una certa età in su (i bambini e gli animali sono dei tachicardici, come sa chiunque abbia stretto le mani intorno al petto del figlio per sollevarlo a guardar fuori della finestra qualcosa d'insolito, o abbia preso il gatto di casa per la vita soffice e calda, ricevendo nella palma un precipitare di colpi forsennato, da non poter resistere, da cercar subito alla cieca un punto meno angoscioso dell'area toracica), e la normale accelerazione sino a novanta dopo molle scale, o con la febbre che cresce, o durante e alla fine di tanti altri sforzi, piacevoli o no; ma non è da tutti neppure questa sorta di nevrosi che ti fa assegnare ai servizi sedentari, e mentre parla con te un tale, in treno, ecco non segui più il filo perché un'extrasistole, o peggio una salva nutrita di extrasistoli, ti ha scosso.

AMICI
DELL'ANMCO

AstraZeneca • Boehringer Ingelheim • Pfizer Italia • Roche • Sanofi-Aventis • Servier Italia • Takeda



XXXVII
Congresso
Nazionale
ANMCO
31 maggio
3 giugno
2006

È possibile iscriversi ai
Corsi del Centro
Formazione ANMCO
con modalità *on-line*
attraverso il sito web
dell'Associazione
(www.anmco.it)



IN QUESTO NUMERO:

DAL PRESIDENTE

2 QUANDO IL FUTURO RITORNA
di Giuseppe Di Pasquale

DAL CONSIGLIO DIRETTIVO

6 PRENDE IL VIA IL 5° CENSIMENTO DELLE STRUTTURE CARDIOLOGICHE ANNO 2005
di Francesco Bovenzi

7 ANMCO E REGIONI: UN MOMENTO DI CONFRONTO DELLE DIVERSE ESPERIENZE
di Francesco Clemenza

DAL CONGRESSO ESC - EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY

9 REPORT DAL CONGRESSO DELLA SOCIETÀ EUROPEA DI CARDIOLOGIA
di Leonardo De Luca

DALLA HEART CARE FOUNDATION

12 CONTRATTACCO CARDIACO - CARDIOLOGIE APERTE
di Franco Valagussa

14 PIANO DELLA RICERCA 2005-2006

DAL CENTRO STUDI ANMCO

16 IL PERCORSO ORGANIZZATIVO-GESTIONALE DELLA RICERCA CLINICA
di Aldo Pietro Maggioni

ANNUNCI

19 L'EDIZIONE 2005 DEL PREMIO ARRIGO RECORDATI
AD UN GRANDE RICERCATORE ITALIANO

20 CENTRO PER LA LOTTA CONTRO L'INFARTO - FONDAZIONE ONLUS
BANDO PER N. 5 BORSE DI STUDIO

DALLE AREE

25 AREA ARITMIE
CORSI RESIDENZIALI DI ARITMOLOGIA ED ELETTROFISIOLOGIA CLINICA ANMCO
di Maurizio Lunati, Roberto Mantovan

26 AREA MANAGEMENT & QUALITÀ IL SITO DELL'AREA MANAGEMENT & QUALITÀ
di Sergio Pede, Vincenzo Cirrincione

28 AREA MANAGEMENT & QUALITÀ RISK MANAGEMENT IN CARDIOLOGIA
di Giuseppe Rosato

30 AREA NURSING L'ERRORE IN CARDIOLOGIA: UN PROBLEMA DI TUTTI
di Quinto Tozzi

DALLE REGIONI

33 CALABRIA NEWS DALLA CALABRIA
di Marilena Matta

34 CAMPANIA
GRANDE SUCCESSO A PAESTUM DELL'OTTAVA EDIZIONE DE "IL CUORE, OGGI E DOMANI"
di Filippo Gatto

CUORI ALLO SPECCHIO

35 INTERVISTA DI FRANCESCO BOVENZI A GIAN LUIGI NICOLOSI
di Francesco Bovenzi

ISTRUZIONI PER L'USO

38 ACCESSO ALLA DIREZIONE DI STRUTTURA COMPLESSA
di Giovanni Gregorio

VIAGGIO INTORNO AL CUORE

42 PROTOCOLLI E TECNOLOGIA: DE PROFUNDIS PER LA CLINICA?
di Paolo Bocconcelli

FIGURARE LA PAROLA

44 a cura di Francesco Bovenzi

IN COPERTINA

Frase tratta da "Aritmie"
di Attilio Bertolucci
Edito da Garzanti



N. 148 - novembre/dicembre 2005
Rivista ufficiale dell'Associazione
Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri

Editor:

Francesco Boncompagni

Co-Editor:

Francesco Bovenzi

Comitato di Redazione:

Gennaro Santoro, Giuseppe Vergara

Redazione:

Simonetta Ricci

E-mail: cardiologiaospedali@anmco.it

Segreteria Nazionale:
ANMCO

Via La Marmora, 36 - 50121 Firenze

Tel. 055 588784 - Fax 055 579334

E-mail: segreteria@anmco.it

http://www.anmco.it

Direttore Responsabile:

Pier Filippo Fazzini

Aut. Trib. di Firenze n. 2381 del 27/11/74

Centro Servizi ANMCO srl

Stampa:

Tipografia Il Bandino - Firenze

QUANDO IL FUTURO RITORNA

Dal Giornale Italiano di Cardiologia all'Italian Heart Journal e ritorno, mentre nasce il nuovo Journal of Cardiovascular Medicine

Per lungo tempo all'interno dell'ANMCO si è svolto un vivace dibattito riguardo all'opportunità o meno di pubblicare in inglese il glorioso Giornale Italiano di Cardiologia. Gli argomenti dei sostenitori delle due posizioni erano entrambi validi: da una parte il desiderio di una diffusione internazionale acquisendo possibilmente l'impact factor, dall'altra l'orgoglio di continuare a pubblicare un Giornale in italiano per la comunità cardiologica nazionale. Questo dibattito è andato avanti per diversi anni, catalizzando ampi spazi nelle Assemblee dei Soci ANMCO durante il Congresso Nazionale di Cardiologia.

Quello che è avvenuto nel gennaio 2000 è stato un buon compromesso favorito dall'avvento della Federazione Italiana di Cardiologia, nata un anno e mezzo prima, e dalla disponibilità dell'ANMCO e della SIC a rinunciare alle proprie originali testate Giornale Italiano di Cardiologia e Cardiologia. La salomonica decisione fu quella di prevedere due Giornali in uno: l'Italian Heart Journal in inglese e l'Italian Heart Journal Supplement in italiano, entrambi Organi ufficiali della FIC e dal 2002 anche della Società Italiana di Chirurgia Cardiaca.

A mio parere è stata un'operazione felice, rappresentando un concreto passo avanti verso il consolidamento della FIC, che in quegli anni nasceva per l'illuminata intuizione di pochi, ma tra timori e diffuse diffidenze di tanti.

Inevitabile che oltre agli aspetti positivi apparissero evidenti anche alcuni dei limiti di questa scelta. La versione inglese dell'Italian Heart Journal, nonostante il prestigio dei suoi Editor, non è mai riuscita con costanza a raggiungere un circuito internazionale. Molti dei ricer-

catori italiani più attivi hanno continuato ad inviare i migliori lavori originali

alle Riviste cardiologiche internazionali, piuttosto che all'Italian Heart Journal, e così l'acquisizione dell'impact factor è rimasta una chimera.

L'Italian Heart Journal Supplement in italiano, paradossalmente titolato in inglese, ha probabilmente continuato a rappresentare per molti Soci ANMCO e SIC il vero Giornale della comunità cardiologica nazionale.

Si è così giunti ad un profondo ripensamento della strategia editoriale, sollecitato anche dalle crescenti difficoltà economiche ripetutamente rappresentate alla FIC da parte dell'Editore CEPI per il sostentamento della versione inglese dell'Italian Heart Journal.

La soluzione scelta dalla FIC, condivisa da ANMCO e SIC, è stata quella di procedere per la testata inglese a scegliere un Publisher internazionale e di continuare a pubblicare la testata italiana con l'Editore CEPI, con il quale esiste un consolidato rapporto di reciproca soddisfazione maturato in anni di comune lavoro.

In breve tempo, su mandato della FIC, Gian Luigi Nicolosi e Giuseppe Ambrosio hanno ricercato un nuovo Publisher interessato a lanciare in un ambito internazionale la testata in inglese. La scelta è caduta su Lippincott Williams & Wilkins uno dei più prestigiosi Publisher internazionali (è il Publisher di Circulation) e gestore della rinomata piattaforma informatica Ovid, che è apparso il Publisher più attraente e fortemente interessato a penetrare nel mercato editoriale scientifico europeo attraverso il nuovo Giornale della Federazione Italiana di Cardiologia.



GIORNALE ITALIANO DI CARDIOLOGIA

ASSOCIAZIONE NAZIONALE
MEDICI CARDIOLOGI OSPEDALIERI

ATTI
DEL IX° CONGRESSO NAZIONALE

FIRENZE, 31 MARZO - 2 APRILE 1978

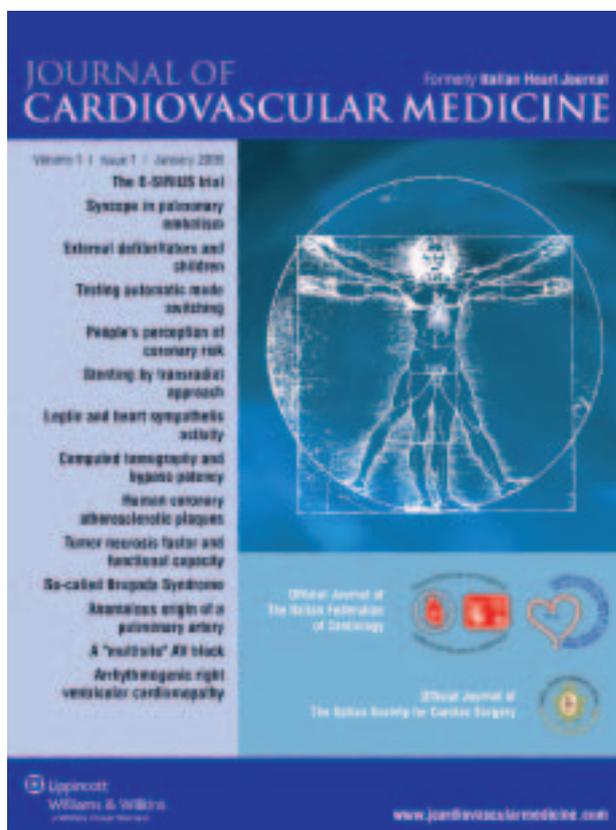
VOL. VIII, Supl. 2, 1978

Era a questo punto evidente la necessità di un cambiamento del nome della Rivista, e così, l'Italian Heart Journal da gennaio 2006 diventa Journal of Cardiovascular Medicine (JCM) e l'Italian Heart Journal Supplement diventa Giornale Italiano di Cardiologia (GIC). Quest'ultima una scelta logica del Consiglio Direttivo della FIC ed un gradito ritorno denso di storia nel "cuore" di molti.

In anni passati avremmo dovuto fare ardui sforzi di fantasia per identificare per la testata italiana un nome equidistante dalle due originali testate storiche dell'ANMCO e della SIC "Giornale Italiano di Cardiologia" e "Cardiologia". Lo spirito collaborativo del nuovo Organo Direttivo della SIC, ed in particolare del suo Presidente, Prof.ssa Maria Grazia Modena e dell'altro componente del Consiglio Direttivo FIC, Prof. Gaetano Thiene, hanno reso possibile la scelta del ritorno all'intestazione Giornale Italiano di Cardiologia.

Per concludere, ritengo sia giusto rivolgere un doveroso ringraziamento e formulare al tempo stesso una calorosa sollecitazione. Siamo tutti profondamente riconoscenti a Gian Luigi Nicolosi e a Giuseppe Ambrosio per avere felicemente realizzato l'obiettivo della trasformazione dell'Italian Heart Journal in una Rivista realmente internazionale. La proroga del loro incarico di Editor delle due Riviste della FIC è una garanzia di successo per l'impegnativo rilancio editoriale.

La sollecitazione è rivolta a tutti i Soci ANMCO a sostenere attivamente le due Riviste della FIC, con l'invio di lavori originali e commenti anche critici. L'invito è indirizzato in modo particolare ai cardiologi più giovani che vorremmo vedere sempre di più coinvolti nella crescita del JCM e del GIC, sia attraverso i contributi scientifici, che l'importante attività di Revisori. È forte intenzione dell'ANMCO valorizzare adeguatamente questo loro impegno attraverso un loro maggiore coinvolgimento attivo in ogni iniziativa scientifica della nostra Associazione.





FEDERAZIONE ITALIANA DI CARDIOLOGIA ITALIAN FEDERATION OF CARDIOLOGY

Consiglio Direttivo
ATTILIO MASERI
GIUSEPPE DI PASQUALE
GAETANO THIENE

Presidente
Vicepresidente
Segretario

FRANCESCO CHIARELLA Tesoriere
MARIA GRAZIA MODENA Consigliere
GIUSEPPE VERGARA Consigliere

Cari amici,

vi scrivo per annunciarvi che l'Italian Heart Journal ha raggiunto il suo scopo iniziale e con il nuovo anno cambierà: la sua versione inglese diventerà il "JOURNAL OF CARDIOVASCULAR MEDICINE – formerly Italian Heart Journal", la sua versione italiana diventerà "Giornale Italiano di Cardiologia": l'immagine dell'uomo di Leonardo che verrà mantenuta sulla copertina dei due giornali rappresenterà il segno della continuità.

L'adattamento tempestivo ai tempi che cambiano è una fondamentale strategia per un rapido progresso. Unanimemente il Consiglio Direttivo FIC, unitamente agli Editors, ha avvertito l'opportunità di questo cambiamento.

Nel 1998 la decisione di avere un giornale unico, espressione di tutta la Cardiologia Italiana, è stata la prima dimostrazione tangibile delle potenzialità della FIC. A quel tempo, come primo Editor insieme a Giannuzzi, ho ritenuto appropriato sottolineare sulla copertina "l'italianità unitaria". Ora che questa unità diventa una realtà sempre più consolidata, come ho potuto constatare durante questo primo anno di presidenza, un'ulteriore, rapida crescita della versione inglese del giornale richiede la sua internazionalizzazione (come già fatto dalla British Cardiac Society quando ha cambiato il nome della sua testata in "Heart").

Il Giornale Italiano di Cardiologia continuerà a seguire l'impostazione della versione italiana dell'Italian Heart Journal ed il Publisher della versione italiana continuerà ad essere CEPI. Il Publisher della versione inglese sarà Lippincot, attualmente Publisher dei giornali dell'American Heart Association. Il Journal of Cardiovascular Medicine sarà la prima testata Europea di Lippincot, ovviamente interessato a prendersi cura dell'impact factor del nuovo giornale, utilizzando quando già acquisito dall'Italian Heart Journal. La bassa percentuale di accettazione dei manoscritti di tutte le più importanti riviste (intorno al 10%) lascia una notevole potenziale richiesta di spazio per altri giornali internazionali. Sono certo che la notevole crescente produzione scientifica italiana troverà un trampolino di lancio efficace nel Journal of Cardiovascular Medicine. Il Consiglio Direttivo ha espresso il suo vivo apprezzamento agli Editors Ambrosio e Nicolosi per aver brillantemente portato al traguardo questa iniziativa.

Attilio Maseri

Presidente Federazione Italiana di Cardiologia

Editorial corner

Dear Reader,

Italian Heart Journal and *Italian Heart Journal Supplement*, both Official Journals of the Italian Federation of Cardiology and of the Italian Society for Cardiac Surgery, are going to change their editorial strategy, trying to improve their penetration into the Cardiological Community.

To reach this goal from January 2006, *Italian Heart Journal* will become *Journal of Cardiovascular Medicine* and will be published by Lippincott Williams & Wilkins. At the same time *Italian Heart Journal Supplement* will become *Giornale Italiano di Cardiologia*, published by CEPI-AIM Group. In this way the scientific Journal in Italian will be more clearly devoted and directed to the Italian Cardiological Community and *Journal of Cardiovascular Medicine* will try to reach not only Italian cardiologists, but also a wider international community.

While *Giornale Italiano di Cardiologia* has already a strong and consolidated tradition back in the past, we are fully aware of the many difficulties we are going to face with *Journal of Cardiovascular Medicine*, in trying to switch the Journal from an outstanding, but mainly national arena, to a larger international audience.

We are, however, very confident that there is a great need and a large room, in cardiovascular medicine, for finding new ways to have a look not only to, but beyond Evidence-Based Cardiology, with specific interest in the practice of cardiology in the challenging field of clinical daily world.

Journal of Cardiovascular Medicine will be then an international peer-review scientific Journal close to the clinician's needs, publishing not only and not necessarily original research articles, but trying to devote more editorial space to somewhat selected and neglected information, as for example outstanding research papers with negative results, epidemiological studies and surveys on the real world, review articles, points of view (even controversial with pros and cons "fighters"), new methodological and clinical approaches, case reports, designs and goals of clinical trials, editorials and images in cardiovascular medicine, updates and hotlines.

With all this in mind there would be also space in *Journal of Cardiovascular Medicine* for collaboration with subspecialty Societies or Working Groups in the fields of Cardiovascular Ultrasounds, Cardiac Arrhythmias and Stimulation, Interventional Cardiology, Cardiac Surgery, Sports Cardiology, Pediatric and Grown Up Congenital Heart Diseases, Genetics, Cardiovascular Physiology and so on.

To be closer to Readers and Authors we will try to speed up at our best the reviewing process, through the help of the Publisher and a solely internet-based submission of papers and editorial managing procedures, to achieve in some way a "fast track" usual evaluation process, before the final decision for publication.

To reach this goal we count on the friendly and competent help of all the Reviewers, of all the Members of the International Scientific Board and of the Local Editorial Board and Deputy Editors.

We are confident that the future of *Giornale Italiano di Cardiologia* and of *Journal of Cardiovascular Medicine* could be very brilliant and rich of scientific achievements, since they are deeply founded in the tradition of the past, while open to the future.

We really hope you will continue to support our Journals and to participate in this new challenge, sending suggestions and scientific contributions to *Giornale Italiano di Cardiologia* and *Journal of Cardiovascular Medicine*.

With our best regards,

Sincerely,

Gian Luigi Nicolosi

Editor Journal of Cardiovascular Medicine

Giuseppe Ambrosio

Editor Giornale Italiano di Cardiologia

Manuscripts submitted to *Journal of Cardiovascular Medicine*
should be sent to Dr. Gian Luigi Nicolosi
at the following e-mail address:
jcm@ifc-web.it
Editorial Office: via La Marmora, 36 - 50121 Florence, Italy

PRENDE IL VIA IL 5° CENSIMENTO DELLE STRUTTURE CARDIOLOGICHE ANNO 2005



In pochi anni i dati sulle strutture cardiologiche operanti in Italia risultano già superati, perchè in continua evoluzione. Il divenire delle conoscenze cardiologiche in ambito clinico, organizzativo e gestionale, i nuovi bisogni di salute dei cittadini, le recenti normative in ambito legislativo e amministrativo stanno velocemente modificando il tipo e il modo di erogare assistenza in Ospedale.

Ugualmente i piani sanitari regionali, anche se più lentamente, trasformano l'assetto organizzativo, l'allocazione delle risorse e più in generale il riordino degli Ospedali operanti su tutto il territorio nazionale, per far fronte a questi cambiamenti.

L'ANMCO è consapevole dell'inderogabile bisogno di conoscere a fondo, di monitorare questa realtà e di possedere uno strumento autorevole di dialogo con le Istituzioni al fine di operare corrette scelte di programmazione sanitaria. Anche questa volta, come nel 2000, l'ANMCO ha proposto alla FIC di organizzare il nuovo Censimento delle Strutture Cardiologiche Italiane facendo riferimento a dati di attività relativi al 2005. La proposta è stata accolta con favore dalla SIC. Come tradizione sarà il Centro Studi ANMCO a coordinare tutte le fasi del complesso lavoro.

Analogamente all'Anno 2000, il Censimento Anno 2005 avrà come destinatari oltre le Strutture Cardiologiche Ospedaliere, Universitarie e quelle loro equiparabili (IRCCS, CNR), anche le strutture private con posti letto accreditati per la cardiologia.

La definizione dei destinatari include le strutture complesse di Cardiologia, quelle semplici dipartimentali e quelle semplici se facenti capo a strutture complesse di Cardiologia ubicate in altro Ospedale, oppure se facenti capo ad una struttura complessa non cardiologica, pur-

ché dotate di delibera istitutiva e di personale dedicato. Per la prima volta i dati del questionario per il Censimento saranno raccolti via Web (link dalla homepage www.anmco.it). Come sempre i dati non verranno elaborati e divulgati per singola struttura, al minimo saranno aggregati a livello regionale.

Presto conosceremo la forza degli organici ospedalieri, le effettive realtà dipartimentali, gli indirizzi strategici delle attività formative, il livello d'impegno nella ricerca, i costi assistenziali globali e tanto ancora.

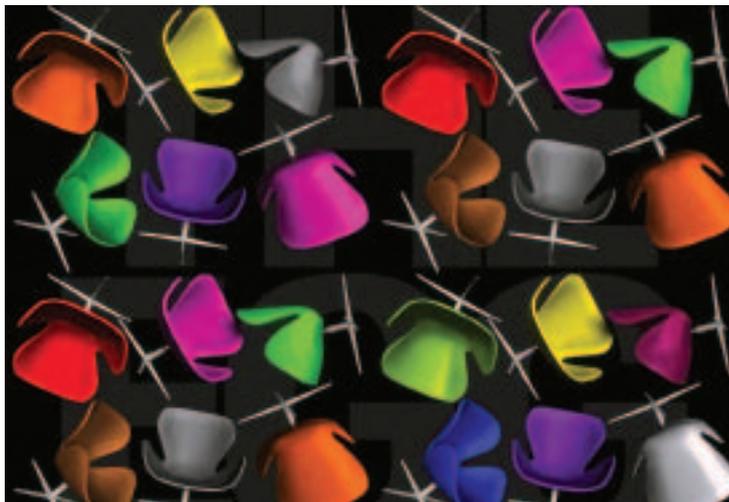


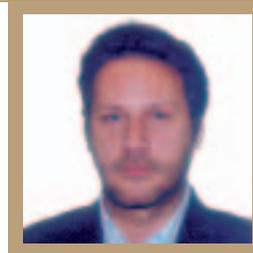
Foto web - "Mettere ordine"

L'inserimento accurato e completo dei dati non richiederà molto tempo. La predisposizione in formato elettronico faciliterà la compilazione del questionario, prevedendo una serie di help e di percorsi guidati. A tutti un invito a collaborare a fare bene e a fare presto.

I risultati preliminari del 5° Censimento saranno presentati al XXXVII Congresso Nazionale di Cardiologia ANMCO 2006, quelli definitivi saranno pubblicati su un Supplemento del nuovo "Giornale Italiano di Cardiologia".

ANMCO E REGIONI: UN MOMENTO DI CONFRONTO DELLE DIVERSE ESPERIENZE

I Presidenti Regionali hanno discusso dello stato di salute della Associazione al Consiglio Nazionale di settembre: un esame sereno con alcuni punti interrogativi



Il 23-24 settembre 2005 si è svolto a Firenze un Consiglio Nazionale ANMCO che aveva all'Ordine del Giorno un punto considerato dal Presidente Giuseppe Di Pasquale e dall'intero Consiglio Direttivo particolarmente importante: era stato richiesto a tutti i Presidenti di presentare sinteticamente le attività della propria Regione, evidenziando i progetti arrivati a conclusione, quelli in corso e – soprattutto – i problemi ed i punti di criticità più rilevanti. L'obiettivo era di avere un quadro generale realistico, da cui partire e su cui lavorare per sviluppare – laddove possibile – linee strategiche ed interventi correttivi; si tratterà di un processo complesso che impegnerà il Consiglio Direttivo e il Consiglio Nazionale per i prossimi mesi, e che avrà diversi momenti di confronto, fino a quello – auspicabilmente animato e partecipato – degli “Stati Generali ANMCO” convocati per aprile 2006.

La Riunione è stata in effetti molto fruttuosa, poiché tutti i Presidenti hanno colto lo spirito dell'incontro ed hanno fornito utili elementi al dibattito. Non è scopo di questo breve resoconto entrare nel merito delle attività di ciascuna singola regione; va detto peraltro che l'impressione emersa è quella di uno stato di salute dell'Associazione mediamente buono, con una vivacità organizzativa notevole e per certi aspetti – se si considera l'entità delle criticità pure emerse – sorprendente. Si cercherà in questa sede di evidenziare alcune linee generali di tendenza, che consentano di individuare una cornice complessiva, all'interno della quale le singole realtà hanno poi – come era del resto facile immaginare – specifiche progettualità e specifici problemi, secondo un disegno “a macchia di leopardo” che fa ormai parte della logica regionalizzata del sistema sanitario italiano.

Quello che segue è un riepilogo dei punti emersi come

terreno comune di lavoro per il prossimo futuro dell'ANMCO.

■ **Partecipazione alla vita associativa:** pur in presenza di una tendenza complessiva all'aumento numerico delle iscrizioni, è stata confermata da tutti la difficoltà di coinvolgere i Cardiologi più giovani; ciò era stato del resto più volte sottolineato in precedenza dal Consiglio Direttivo, che considera questo uno dei problemi più rilevanti, attraverso la cui risoluzione passa l'ulteriore sviluppo dell'ANMCO. Molte Regioni si sono già attivate per cercare di individuare strumenti che favoriscano il coinvolgimento, ma molto c'è ancora da fare in questo senso, e gli “Stati Generali” rappresenteranno certamente un momento in cui sviluppare iniziative concrete.

■ **Iniziative scientifiche e organizzative:** molti Presidenti hanno sottolineato il rischio di overdose delle prime, che – se sono certamente segno di desiderio di cultura e Formazione, denotando una grande disponibilità dei Cardiologi in questa direzione – rischiano di saturare le possibilità di professionisti già molto impegnati nelle attività lavorative quotidiane; è opportuno probabilmente imparare a selezionare maggiormente gli eventi di questo tipo. Emerge di contro la richiesta – evidentemente legata ad esigenze che sempre di più si manifestano appunto “nel quotidiano” – di una maggiore (in)formazione su temi quali il risk management, la responsabilità legale ed il conseguente contenzioso, l'appropriatezza, ecc.

■ **Rapporti con le Istituzioni:** a parte poche realtà – storicamente più “evolute” da questo punto di vista – continua ad essere denunciato dalla maggioranza dei Presidenti il malvezzo del rapporto basato su legami personali tra Assessore alla Salute e/o suoi delegati con singoli Cardiologi più o meno prestigiosi e rappresenta-



George Bellows, *Love of Winter*, 1914

tivi, mentre stenta ad affermarsi un modello – certamente più corretto ed auspicato dall’ANMCO – di rapporto tra “rappresentanti delle Istituzioni” e “rappresentanti delle Associazioni” come espressione delle esigenze oggettive del mondo cardiologico e degli utenti.

■ **Rapporti con la SIC:** continuano ad essere problematici nella maggior parte dei casi, anche se in alcune Regioni vi sono esempi di fattiva collaborazione. È un punto strettamente collegato a quello precedente, poiché proprio dal rapporto tra ANMCO e SIC all’interno della FIC dovrebbe nascere una forte rappresentatività della Cardiologia nel suo complesso nei confronti delle Istituzioni. Nelle poche situazioni in cui ciò si è realizzato l’incisività rispetto alla programmazione della politica sanitaria è stata certamente maggiore. Si tratta complessivamente di un (grande) problema aperto.

■ **Rapporti con le altre Associazioni:** in generale buoni, sia con le Società cardiologiche di settore (con cui si hanno spesso iniziative comuni) che con quelle non cardiologiche; tra queste il legame principale è quello con la FADOI, con cui si ha una buona collaborazione soprattutto in ambito di Scompensato, anche se in alcune Regioni è stata segnalata una certa tendenza alla “occu-

pazione di spazi” tradizionalmente cardiologici da parte degli internisti. In alcune Regioni si è sviluppato un buon rapporto con la Medicina Generale, in particolare fornendo un servizio di Consulenza telematica su temi di pratica clinica.

■ **Identità della Cardiologia ospedaliera:** tema molto sentito e vissuto come valore “da difendere”, sia nei confronti della Cardiologia universitaria (vedi quanto detto sopra a proposito della SIC) sia delle specialità non cardiologiche (vedi quanto detto a proposito degli internisti).

■ **Ricerca:** c’è nel complesso una buona propositività – per quanto concentrata soltanto in alcune regioni – per progetti di ricerca clinica. In aumento le proposte di Registri regionali su varie patologie.

■ **Reti:** in quasi tutte le regioni sono in fase avanzata di realizzazione – o comunque di progettazione – quelle per il trattamento delle SCA; tuttavia solo in una minoranza dei casi ciò è avvenuto con un formale coinvolgimento delle istituzioni sanitarie regionali. Complessivamente, comunque, il messaggio proveniente dal Consiglio Direttivo – che considera di primaria importanza strategica per la Cardiologia questo tema – è stato raccolto. Ancora in fase iniziale – e soltanto nelle Regioni tradizionalmente più sensibili da questo punto di vista – le Reti riguardanti le patologie croniche come lo Scompensato.

■ **Nursing:** quasi tutte le regioni prevedono specifici programmi di Formazione, anche questo in linea con le indicazioni nazionali. La partecipazione è sempre buona.

■ **Pagina WEB:** la tendenza generale è verso l’abolizione delle pagine regionali autonome, e la confluenza in quella nazionale.

REPORT DAL CONGRESSO DELLA SOCIETÀ EUROPEA DI CARDIOLOGIA

Vi proponiamo di seguito alcuni dei maggiori trial recentemente presentati al Congresso della Società Europea di Cardiologia



Il BASKET trial

Il trial Basel stent cost-effectiveness trial (BASKET) ha valutato il rapporto costo-beneficio degli stent medicati versus gli stent tradizionali in una popolazione non selezionata di pazienti trattati nella pratica clinica quotidiana. Lo studio ha incluso 826 pazienti consecutivi, di cui il 22% con infarto miocardico acuto ad ST sopraslivellato, il 36% con sindromi coronariche acute senza sopraslivellamento del tratto ST, il 42% con angina cronica stabile e il 69% con coronaropatia trivasale, trattati con angioplastica e stenting coronarico per un totale di 1281 lesioni de novo. Tali pazienti sono stati randomizzati a due differenti stent medicati (Cypher®, n=264; Taxus®, n=281) o ad uno stent non medicato cromo-cobalto (Vision®, n=281) e seguiti per 6 mesi per l'analisi di eventi cardiaci avversi e costi. L'incidenza totale di eventi cardiaci avversi (mortalità per cause cardiache, infarto miocardico o rivascolarizzazione del vaso trattato) è risultata essere pari al 7.2% nei pazienti trattati con stent medicato e del 12.1% in quelli trattati con stent tradizionale (odds ratio 0.56, 95% CI 0.35-0.91; p<0.02), senza differenze significative tra i due diversi stent medicati impiantati. I costi totali a 6 mesi erano maggiori per i pazienti trattati con stent medicato (\$ 13619 ± 8847 vs \$ 12450 ± 11711 nei pazienti con stent non medicato, p<0.001). Il rapporto costo-efficacia dello stent medicato vs stent tradizionale al fine di prevenire un evento avverso maggiore era pari a \$ 23860 senza differenze significative tra i due stent medicati. L'analisi dei sottogruppi ha però dimostrato che questo rapporto era al di sotto della soglia dei \$10000 per i pazienti ad alto rischio con malattia coronarica trivasale, pazienti con lesioni lunghe o dei piccoli vasi o pazienti con età superiore ai 65 anni. Nel "mondo reale" quindi, l'utilizzo indiscriminato di stent medicati appare non

presentare un rapporto costo-beneficio superiore agli stent non medicati. Comunque, il loro utilizzo sembra essere conveniente solo in alcuni sottogruppi di pazienti ad alto rischio, almeno sino a che i costi degli stent medicati non saranno ridotti significativamente. È d'uopo specificare che gli stent non medicati utilizzati in questo trial siano mediamente più costosi rispetto ad altri stent convenzionali, e ciò potrebbe inficiare l'analisi dei costi rispetto all'utilizzo routinario di stent medicati.

Il trial ELISA-2

Nel trial ELISA-2 è stato comparato l'utilizzo di una doppia verso una tripla terapia antiaggregante in pazienti con sindromi coronariche acute senza sopraslivellamento del tratto ST sottoposti ad angioplastica. I criteri di inclusione erano la presenza di almeno due dei seguenti: dolore toracico, sottoslivellamento del tratto ST >1 mm, elevazione dei livelli di Troponina T >0.05 µg/L, o di CK-MB. Criteri di esclusione considerati erano: età superiore agli 81 anni, shock cardiogeno e controindicazioni alla tripla antiaggregazione o al trattamento invasivo. L'endpoint primario dello studio era la valutazione dell'infarct size mediante rialzo enzimatico, mentre il flusso TIMI del vaso trattato rappresentava l'endpoint secondario. Un totale di 328 pazienti sono stati randomizzati ad un pretrattamento con doppia [N=166, Aspirina, Clopidogrel (600 mg)] o tripla antiaggregazione [N=162, Aspirina, Clopidogrel (300 mg) e Tirofiban (bolo di 10 microgr/kg, seguito da un mantenimento pari a 0.15 microgr/kg/min)] (vedi Figura 1). L'angioplastica è stata indicata 189 (58%) pazienti, il by-pass coronarico in 51 (16%), e la terapia conservativa in 40 (12%). Un flusso TIMI di grado 3 in corrispondenza del vaso trattato è stato ottenuto più frequente-

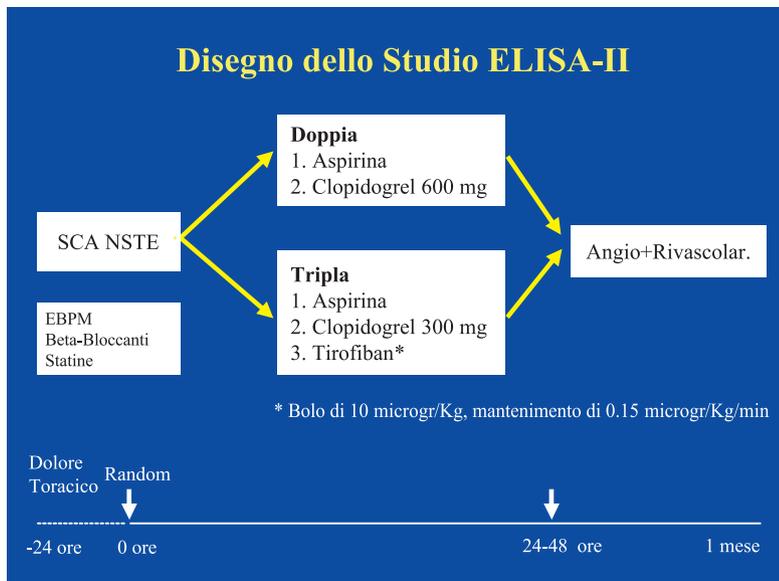


Figura 1

mente nel gruppo trattato con tripla antiaggregazione (67% vs 47%, $p=0.001$). Non si sono registrate differenze significative nell'infarct size tra i due gruppi (193 (75-466) vs 166 (60-349) nella tripla vs doppia antiaggregazione, rispettivamente, $p=0.2$). Al follow-up a 30 giorni, il 52% dei pazienti trattati con tripla antiaggregazione non presentava alcun rialzo del CK-MB, in confronto al 42% del gruppo trattato con doppia antiaggregazione, $p=0.065$. In conclusione, un pretrattamento con tripla antiaggregazione era associato ad una non significativa riduzione dell'infarct size, una significativa riperfusione del vaso trattato ed un trend verso una maggiore sopravvivenza a breve termine.

Lo studio ARTS-II

Il trial ARTS (Arterial Revascularisation Therapies Study) I era uno studio randomizzato che ha comparato il by-pass coronarico e l'impianto di stent non medicato per il trattamento dei pazienti con malattia multivasale. Nell'ARTS I, 754 pazienti con angina stabile sono stati assegnati all'intervento chirurgico (380), o allo stenting multivasale (374), mentre 451 pazienti con angina instabile sono stati assegnati alla chirurgia (225) o allo stenting (226). Il trial ARTS II è invece uno studio non-randomizzato, open label, che ha incluso 607 pazienti trattati con stent a rilascio di sirolimus, 221 dei quali con angina instabile. Sono stati successivamente

comparati gli eventi cardiovascolari e cerebrovascolari avversi ad un anno tra vari sottogruppi di pazienti inclusi nell'ARTS I e II. Il principale obiettivo di questo studio era di dimostrare la non inferiorità in termini di efficacia clinica degli stent medicati in confronto alla popolazione arruolata nell'ARTS I. Un obiettivo secondario era stabilire la superiorità degli stent medicati sugli stent tradizionali nel trattamento della coronaropatia multivasale. Tra i pazienti con angina instabile, l'incidenza cumulativa di morte, infarto miocardico, rivascolarizzazione ed eventi cerebrovascolari era del 10.4%, percentuale significativamente più bassa rispetto al gruppo trattato con stent non medicati (25.2%;

$p<0.001$), e statisticamente simile al gruppo trattato con by-pass coronarico (12.1%; $p=0.65$). Risultati simili sono stati ottenuti anche tra i pazienti con angina stabile. In questo studio l'incidenza di eventi cardio-cerebrovascolari è risultata comparabile tra i pazienti con angina instabile (10.4%) e stabile (10.4%). Questo trial ha quindi dimostrato la fattibilità e la sicurezza del trattamento con stent medicati nei pazienti con angina instabile e malattia multivasale, con risultati favorevoli rispetto ai pazienti trattati con stent non medicati e by-pass coronarico.

Esistono però importanti differenze da considerare tra la popolazione arruolata nell'ARTS I rispetto all'ARTS II. Anzitutto nell'ARTS I i pazienti erano randomizzati al trattamento chirurgico o interventistico, mentre tutti i pazienti dell'ARTS II erano giudicati eleggibili e selezionati specificamente per l'angioplastica. Inoltre, nell'ARTS II i pazienti trattati con stent medicato erano comparati con un gruppo di pazienti trattati con by-pass nell'ARTS I. Tali pazienti sono stati trattati 5 anni prima dell'ARTS II e ciò non consente un'accurata comparazione con pazienti trattati con le attuali tecniche chirurgiche. Un'altra limitazione maggiore dell'ARTS II è che attualmente disponiamo dei risultati ad 1 anno di follow-up e non sappiamo se l'incompleta endotelizzazione, rilevabile con un più ampio numero di pazienti ed un maggiore periodo di follow-up possa cambiare i risultati.



Stoccolma 2005

L'ASSENT-4 PCI

L'ASSENT 4 PCI (Assessment of the Safety and Efficacy of a New Treatment Strategy for Acute Myocardial Infarction) è un trial randomizzato, open-label che ha comparato l'utilizzo di un bolo a dosaggio pieno di trombolitico (tenecteplase) in combinazione ad un singolo bolo di eparina non frazionata ed all'angioplastica primaria (entro le tre ore) versus eparina non frazionata e sola angioplastica in pazienti con un infarto miocardico acuto esteso. L'ASSENT 4 PCI ha arruolato solo pazienti in cui l'angioplastica poteva essere eseguita tra i 60 minuti e le tre ore dalla randomizzazione. L'utilizzo di inibitori piastrinici delle glicoproteine IIb/IIIa non era previsto nel gruppo tenecteplase ma consentito nel gruppo angioplastica primaria. L'endpoint primario del trial era la morte o lo shock cardiogeno o lo sviluppo di scompenso cardiaco a 90 giorni. Tale studio è stato terminato prematuramente per la evidente differenza di

mortalità a 30 giorni osservata tra i due gruppi. L'arruolamento dei pazienti è stato sospeso ad aprile 2005 dopo le raccomandazioni del Data Safety Monitoring Board (DSMB) dopo l'analisi dei dati. Al momento della sospensione del trial, sono stati arruolati circa 1.670 pazienti con infarto miocardico con sopraslivellamento del tratto ST.

Mentre la frequenza di mortalità nel gruppo tenecteplase ed angioplastica era in accordo con quella osservata in altri larghi trial clinici (es. l'ASSENT-2 ed il 3), la frequenza di mortalità nel gruppo di angioplastica primaria è risultata essere notevolmente più bassa rispetto a quella attesa, nonostante la presenza di un flusso TIMI 3 iniziale significativamente più basso rispetto al gruppo trombolitico (15 vs 43.6%, $p < 0.001$). Tale differenza in mortalità non era attribuibile a sanguinamenti maggiori o a note complicanze riferibili al trombolitico. Ulteriori dati relativi a questo trial saranno presentati al prossimo Congresso dell'American Heart Association.



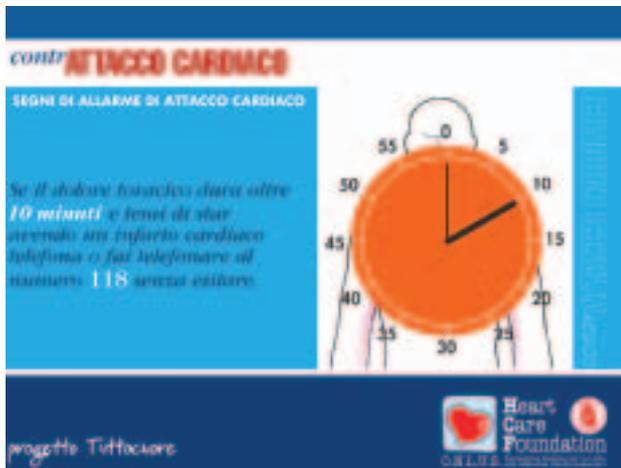
contrATTACCO CARDIACO - CARDIOLOGIE APERTE

L'adesione alla iniziativa delle Cardiologie Aperte 2005 è stata massiccia: oltre 270 U.O. di Cardiologia hanno colto l'invito di Heart Care Foundation a partecipare, compreso l'85% delle Unità Operative che avevano preso parte alla prima edizione 2004.

Quest'anno è stato proposto un tema da privilegiare con il motto "contrATTACCO CARDIACO" con l'obiettivo di promuovere la conoscenza dei segni di allarme di attacco cardiaco e di raccomandare un pronto ricorso al 118 riducendo il ritardo decisionale.

Oltre a poster e locandine per invitare i cittadini all'ini-





ziativa Heart Care Foundation ha anche predisposto, per il Progetto Tuttocuore, materiale informativo ed educativo sul tema del contrattacco cardiaco e per la promozione di uno stile di vita “salvacuore”, ed inoltre un CD con diversi file per sensibilizzare al riconoscimento dei segni di allarme e ridurre al minimo il tempo decisionale.

Molti sono i Cardiologi che hanno collaborato a produrre i contenuti del materiale: voglio ringraziarli tutti. Ma voglio ringraziare soprattutto la splendida Segreteria HCF che si è accollata il rilevante impegno organizzativo. Per rinforzare il messaggio principale si è pensato di riprodurre anche in queste pagine una parte del file del contrATTACCO CARDIACO in formato dia.



PIANO DELLA RICERCA 2005-2006

Hearth Care Foundation ha stabilito da tempo di procedere con l'iter di certificazione di Qualità (UNI EN ISO 9001 2000) per l'attività di ricerca condotta dal Centro Studi ANMCO, non solo perché poteva essere un utile per accedere a bandi di finanziamento pubblici, ma anche come "atto significativo", come garanzia di trasparenza verso le Istituzioni, i cittadini che sostengono la Fondazione e tutti coloro che si impegnano ogni giorno nell'attuazione dei protocolli di ricerca. La Fondazione ha definito i propri standard di qualità e le modalità per migliorarli. Decidere di certificare la

propria attività di ricerca, per HCF ha da una parte garantito la trasparenza e la visibilità dei propri processi e dall'altra ha spinto a introdurre miglioramenti e modifiche al sistema per renderlo sempre più funzionale ai propri scopi statutari ed in linea con quanto di concerto stabilito con la stessa ANMCO.

Il "Piano della Ricerca 2005- 2006" che di seguito pubblichiamo, individua le linee guida che Heart Care Foundation ed ANMCO intendono perseguire nell'ambito della ricerca scientifica cardiologica integrata in un sistema di qualità.

 <p>Heart Care Foundation Fondazione Italiana per la Lotta alle Malattie Cardiovascolari</p>	<p>HEART CARE FOUNDATION - ONLUS Fondazione Italiana per la Lotta alle Malattie Cardiovascolari Riconosciuta con Decreto del Ministero della Sanità del 25 Settembre 2000</p> <p>PIANO DELLA RICERCA 2005-2006</p>	<p>Rif. MD02 Ver. 0 Data 02/01/2005</p>
---	--	---

Le attività di ricerca della Fondazione, condotte operativamente dal Centro Studi ANMCO, saranno indirizzate, come di tradizione, a sviluppare progetti che utilizzino metodologie diverse e si svolgano nell'ambito delle più frequenti patologie cardiovascolari.

Più specificamente le attività di ricerca avranno le seguenti caratteristiche:

- epidemiologia clinica
- studi clinici controllati
- outcome research.

Le condizioni cliniche nelle quali saranno condotti studi specifici saranno:

- cardiopatia ischemica acuta
- prevenzione cardiovascolare
- aritmie
- scompenso cardiaco acuto e cronico.

Cardiopatia ischemica acuta

- *Studi epidemiologici.* Sarà attivato un registro per raccogliere informazioni sui pazienti con sindromi coronariche acute (IN-ACS) al quale è prevista la partecipazione di circa 270 Unità Coronariche di ogni tipo distribuite su tutto il territorio nazionale.
- *Studi clinici controllati.* Verrà sviluppata la pianificazione di due studi clinici controllati, uno nei pazienti diabetici con infarto miocardico, l'altro nei pazienti anziani con sindromi coronariche senza sopraslivellamento del tratto ST.
- *Studi di outcome.* All'interno del registro IN-ACS un sottogruppo di circa 100 Unità Coronariche

raccoglieranno informazioni non solo relative alla fase ospedaliera ma anche al follow-up a un anno, con l'obiettivo di conoscere l'andamento clinico della patologia su scala nazionale, le modalità di cura, la appropriatezza degli interventi terapeutici più rilevanti.

Prevenzione cardiovascolare

- *Studi epidemiologici.* Sarà attivato un registro per raccogliere informazioni su pazienti con eventi cardiovascolari pregressi che siano entrati in un programma di prevenzione secondaria (IN-Prevenzione). Al registro è prevista la partecipazione di circa 50 ambulatori dedicati alla prevenzione distribuiti su tutto il territorio nazionale.

Verrà inoltre avviato uno studio epidemiologico in pazienti diabetici senza segni clinici di cardiopatia al fine di valutare la prevalenza di disfunzione ventricolare sia sistolica che diastolica (studio DYDA). È prevista la partecipazione di circa 50 centri diabetologici e cardiologici con l'inclusione di circa 1.000 pazienti nell'arco di 2 anni.

- *Studi clinici controllati.* Verrà completato il follow-up dello studio GOSPEL, che in circa 3000 pazienti (già randomizzati) si prefigge di valutare l'efficacia di due diverse strategie riabilitative.

Aritmie

- *Studi clinici controllati.* Sarà avviato lo studio GISSI-AF, con il fine di valutare gli effetti dei sartani nella prevenzione delle recidive di fibrillazione atriale. L'obiettivo è di coinvolgere circa 100 strutture cardiologiche distribuite su tutto il territorio nazionale, che includeranno nell'arco di 12 mesi, circa 1400 pazienti, da seguire per un ulteriore anno di follow-up.
- *Studi di outcome.* Verrà avviato uno studio con l'obiettivo di valutare la appropriatezza dell'utilizzo della terapia anticoagulante nei pazienti con fibrillazione atriale, in particolare di una nuova strategia terapeutica, di cui sarà valutato il grado di applicazione nella pratica clinica e il suo grado di safety/effectiveness in pazienti del mondo clinico reale. La partecipazione sarà allargata ai reparti di medicina generale (circa 150 cardiologie e 250 divisioni di medicina generale).

Scadenza cardiaca acuto e cronico

- *Studi epidemiologici.*

Scadenza acuto. Sarà terminata la raccolta dei dati di follow-up dei circa 3.000 pazienti già inclusi in una survey avviata nel marzo 2004. L'obiettivo del prossimo biennio sarà quello, oltre al completamento della survey già in corso, di provare a sviluppare un registro permanente su questa situazione clinica.

Scadenza cronico. Sarà continuata la attività di raccolta dati del registro IN-CHF con la trasformazione del programma di raccolta dati in modalità WEB-based.

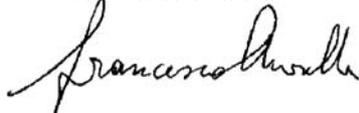
- *Studi clinici controllati.* Il programma principale in questo ambito è quello di completare due studi clinici randomizzati già in fase avanzata di randomizzazione. Il GISSI-HF, che testa statine e n-3 PUFA in termini di mortalità e ospedalizzazioni cardiovascolari, in pazienti con scadenza cardiaca cronico di ogni tipo e lo studio AREA-INCHF che valuta la capacità di un bloccante recettoriale dell'aldosterone di migliorare il remodelling ventricolare sinistro nei pazienti con scadenza lieve-moderato.

15 gennaio 2005

Presidente HCF
Dott. Franco Valagussa



Consigliere Delegato per la Ricerca HCF
Dott. Franco Chiarella



Presidente ANMCO
Dott. Giuseppe Di Pasquale





IL PERCORSO ORGANIZZATIVO-GESTIONALE DELLA RICERCA CLINICA

L'obiettivo di questa serie di tabelle è di illustrare quali sono le attività che il Centro Studi mette in atto per l'organizzazione, la conduzione e l'analisi dei dati di uno studio clinico dell'ANMCO.

È ovvio che non per tutti gli studi sono necessarie tutte le attività descritte. Uno dei compiti principali del gruppo di lavoro dedicato a uno specifico progetto sarà di valutare quali di queste attività devono essere condotte e di stabilirne tempi e modi.

Il Centro Studi ANMCO organizza la propria attività definendo per ogni progetto un gruppo di lavoro che ne è responsabile. Per le attività che invece sono comuni a

Attività di conduzione di uno studio clinico

• Organizzazione interna

- TEAM PER OGNI STUDIO
 - Monitor (M)
 - Segretaria (S)
 - Medico (DD)
 - Informatico (I)
- SERVIZI TRASVERSALI
 - Consulenza legale (LEG)
 - Aspetti regolatori (R)
 - Monitoraggio (M)
 - Materiali, documentazioni (CRF, slides, abstract, newsletter, manoscritti) (DOC)
 - Statistica (STAT)
 - Amministrazione (AM)
 - Validazione eventi (VE)

Tabella 1

Attività di conduzione di uno studio clinico

• Comitati esterni

- Steering Committee (SC)
- Event validation committee (PEC)
- Data and Safety Monitoring Board (DSMB)
- Operational Committee (OPC)
- Executive Committee (ExC)

Tabella 2

Attività di conduzione di uno studio clinico Prima dell'avvio dello studio

• PROTOCOLLO

- Revisione letteratura DD
- Definizione protocollo secondo un template prestabilito DD – DOC
- Sinossi protocollo DD – DOC

• CRF

- Definizioni variabili DD
- Organizzazione schede DD – I – DOC
- Definizione controlli DD – I

Tabella 3

Attività di conduzione di uno studio clinico Prima dell'avvio dello studio

• CONTRATTO CON IL FINANZIATORE

- Preparazione budget R - AM
- Template di contratto R – LEG
- Discussione variazioni R – LEG
- Definizione tranche R - AM

Tabella 4

Attività di conduzione di uno studio clinico Prima dell'avvio dello studio

• DEFINIZIONE CENTRI PARTECIPANTI

- Selezione I – DD – R – M
- Parere Presidenti Regionali ANMCO
 - Lettera standard
 - Sinossi
- Invito partecipanti
 - Lettera
 - Sinossi
 - Scheda di adesione
- Richiami
 - Fax/mail
 - Telefonici
- Definizione lista finale S – I

Tabella 5

più progetti sono stati organizzati servizi trasversali (Tabella 1).

Esistono ovviamente dei Comitati, esterni al Centro Studi (Tabella 2), con compiti di tipo decisionale, scientifico o di approfondimento clinico, generalmente co-

Attività di conduzione di uno studio clinico
Prima dell'avvio dello studio

- **ITER REGOLATORIO**
 - Preparazione package R – S – DD
 - Lettera di intenti
 - Protocollo
 - CRF
 - Brochure
 - Assicurazione
 - Consenso informato
 - Lettera per il medico curante
 - Richiesta esenzione pagamento CE
 - Elenco centri partecipanti
 - Bozza di contratto

Tabella 6

Attività di conduzione di uno studio clinico
Prima dell'avvio dello studio

- **ITER REGOLATORIO**
 - Rapporti con i CE R-S
 - Q and A R
 - Convenzioni R
 - Osservatorio delle Sperimentazioni Cliniche
 - Inserimento iniziale R
 - Aggiornamenti nel corso dello studio R – S

Tabella 7

Attività di conduzione di uno studio clinico
Prima dell'avvio dello studio

- **MATERIALI**
 - Protocollo DD – DOC
 - CRF DD – DOC
 - Set di diapositive DD+DOC+M+R+I
 - Protocollo (DD)
 - Razionale (DD)
 - CRF (DD)
 - Logistica (DD – M – R – I)
 - Poster DD – DOC
 - ID card DD – DOC
 - Agenda appuntamenti I – DOC
 - Guidelines relative alla patologia DD – DOC
 - Materiale illustrativo DD – DOC
 - Pazienti
 - Nurse
 - MMG

Tabella 8

Attività di conduzione di uno studio clinico
Prima dell'avvio e durante lo studio

- **ORGANIZZAZIONE MEETING**
 - Investigators S – DD
 - Steering Committee S – DD
 - DSMB S – DD
 - PEC VE

Tabella 9

Attività di conduzione di uno studio clinico
Prima dell'avvio e durante lo studio

- **FARMACO**
 - Etichettatura R – I
 - Logistica I
 - Gestione durante lo studio I – M – S

Tabella 10

stituiti da esperti dell'ambito clinico nel quale si svolge il progetto. Ad eccezione dello Steering Committee che ogni studio deve avere, questi comitati vengono composti ed attivati in dipendenza del tipo di studio clinico. Alcuni di essi possono anche non essere costituiti (per esempio il DSMB nel caso di studi osservazionali). Le Tabelle che seguono (dalla 3 alla 15), descrivono nel dettaglio le attività che vengono svolte prima, durante e al termine di ogni progetto di ricerca. Le tabelle riportano anche il profilo del responsabile delle specifiche attività.

Le ultime due tabelle (la 16 e la 17) riportano l'elenco degli studi attualmente in corso o recentemente ultima-

Attività di conduzione di uno studio clinico
Durante lo studio

- **AGGIORNAMENTI NEL CORSO DELLO STUDIO**
 - Template per ogni studio Team+DOC
 - Periodicità
 - Contenuti
 - Destinatari (ricercatori, finanziatori, comitati dello studio, CE)
 - Newsletter
 - Format:
 - editoriale (SC)
 - aggiornamento scientifico (DD)
 - stato di avanzamento (Team+DOC)
 - problemi (Team+M)
 - top ten (S)
 - Periodicità Team

Tabella 11

Attività di conduzione di uno studio clinico Durante lo studio

• COMUNICAZIONE

- Direttivo/Nazionale/Aree/Comitato Scientifico/CdA-HCF	DOC
- Poster, brochure annuali	DOC
- Stand ANMCO	DOC
- Stand ESC	DOC
- Pagina WEB	DD-I-DOC

Tabella 12

Attività di conduzione di uno studio clinico Durante lo studio

• GESTIONE STUDI IN CORSO

- Implementazione database dello studio	I-DD
- Stati di avanzamento	Team
• Periodicità	
• Caratteristiche	
• Destinatari	
- Gestione CRF in arrivo	S
- Solleciti CRF	S

Tabella 13

ti e il personale che oggi è in attività al Centro Studi ANMCO.

È sempre stata sottolineata l'importanza di essere del tutto indipendenti nel condurre i nostri progetti di ricerca clinica. In questo contesto, l'indipendenza non consiste solo nella libertà di disegnare studi clinici e nella diretta responsabilità di condurli e di analizzarne i risultati, ma anche nella disponibilità di risorse umane

Attività di conduzione di uno studio clinico Durante lo studio

• GESTIONE STUDI IN CORSO

- Correzione CRF	M – DD
- Generazione queries	M – DD – S
- Attività di monitoraggio on-site	M
- Input dati	S
- Contatti con i centri	DD – M – S
- Stato di avanzamento per i CE	R – DD – M – S
• Attività centro specifico	
• Attività generale	

Tabella 14

proprie capaci di gestire, con la massima professionalità e in ottemperanza alle regole vigenti in ambito di ricerca, ogni specifico aspetto necessario allo svolgimento di un progetto di ricerca.

Attività di conduzione di uno studio clinico Fine studio

• Rapporto finale	DD – S – STAT
• Comunicazione CE	S – R-M
• Comunicazione Osservatorio	S – R-M
• Piano di analisi	DD – I – STAT
• Manoscritto	DD – DOC-STAT
• Abstract	DD – DOC – STAT
• Sottoanalisi	
- Gestione	(DD – S)
- Piani di analisi	(DD – STAT)
- Distribuzione analisi	(DD – S)
- Manoscritto	(DD – DOC- STAT)

Tabella 15

ANMCO Research Center

Epidemiology (E) Clinical Trial (RCT) Outcomes Research (OR)

CV Prevention	CHD	Arrhythmias	Heart Failure
IN-CP# (E) HEART Survey (E) SPS (E) GOSPEL (RCT) CARDIO-SIS (RCT) ORIGIN * (RCT) SCOUT * (RCT) ONTARGET* (RCT) DYDA# (E) BEAUTIFUL* (RCT)	BLITZ 2 (E) OAT (RCT) G-CSF ISS# (RCT) IN-ACS (E, OR)	ACTIVE * (RCT) GISSI-AF (RCT)	IN-CHF (E) Survey Acute HF (E) AREA IN-CHF (RCT) GISSI-HF (RCT) CandHeart *# (RCT) EVEREST* (RCT)

Total: 24 projects

Euro Heart Surveys, Osservatorio MinSal

* Endorsement # Forthcoming

Tabella 16

Lo staff del Centro Studi

Director: Aldo P. Maggioni

Assistants: Barbara Bartolomei, Laura Sarti, Ilaria Cangioli, Elisa Bianchini, Laura Cipressa, Tiziana Benassai, Isabel Rangel

Data Managers: Marco Gorini, Giampietro Orsini, Daniele Dall'Osso, Alessandro Renzi

Statisticians: Donata Lucci, Renato Urso, Lucio Gonzini

Cardiology Consultants: Gianna Fabbri, Samuele Baldasseroni, Rinaldo Lavecchia, Angela Franchi, Francesco Orso

Regulatory and Administration: Andrea Lorimer, Paola Priami, Laura Costanzo

Monitoring: Martina Ceseri, Francesca Bianchini, Arianna Tafi, Jacopo Cangioli, Giuseppe Lonardo (in-house staff coordinating 17 external clinical monitors)

* in corsivo i consulenti o i dipendenti a tempo determinato

Tabella 17

L'EDIZIONE 2005 DEL PREMIO ARRIGO RECORDATI AD UN GRANDE RICERCATORE ITALIANO

Lo scorso 3 settembre a Stoccolma è stato assegnato il Premio Internazionale per la Ricerca Scientifica Arrigo Recordati edizione 2005.

Il Premio che prevede ogni due anni un riconoscimento di 100.000,00 Euro ad uno scienziato per il suo impegno ed i risultati ottenuti in Cardiologia, vuole richiamare l'attenzione sul mondo della ricerca e sui ricercatori che hanno dedicato la loro vita a questa attività e che, grazie alle loro idee e alle loro intuizioni, si sono spinti sempre oltre, esplorando le nuove frontiere.



Prof. Peter J. Schwartz

Il Premio Internazionale è un riconoscimento scientifico istituito per portare avanti l'eredità di Arrigo Recordati, imprenditore scomparso nel 1999 che credeva fermamente nell'importanza della Ricerca per la crescita dell'Industria Farmaceutica.

La giuria della edizione 2005, composta dal Presidente A. John Camm, da Kim M. Fox e Michel R. Rosen, ha consegnato congiuntamente il Premio a:

**Leonard A. Cobb, MD, Hemeritus Professor,
American College of Cardiology, Seattle WA, USA**

**Peter J. Schwartz, MD, Professor and Chairman,
Department of Cardiology, Policlinico San Matteo IRCCS, Pavia, Italy**

**Hein J.J. Wellens, MD, Honoré Retired Professor,
University of Maastricht; Director of Arrhythmology,
Interventional Electrophysiology and Cardiology,
University of Maastricht, Maastricht, The Netherlands**

Con la seguente motivazione: "Il Premio Recordati riconosce Leonard A. Coob, Peter J. Schwartz and Hein J.J. Wellens per il loro significativo contributo alla ricerca scientifica e all'innovazione clinica nel campo della morte cardiaca improvvisa".

L'attività di Ricerca del Prof. Schwartz iniziata 35 anni fa è stata prevalentemente indirizzata alla morte cardiaca improvvisa nei diversi aspetti di fisiopatologia, stratificazione del rischio, approcci terapeutici e meccanismi genetici.

Il prestigioso riconoscimento assegnato al Prof. Schwartz è motivo di orgoglio per l'intera comunità cardiologica italiana.

Al Prof. Schwartz le più vive congratulazioni da parte dell'ANMCO con l'augurio che il suo esempio possa essere seguito dalle giovani leve della Cardiologia italiana.

Pubblichiamo con piacere il Bando per n° 5 Borse di Studio da Euro 20.000 emanato dalla Fondazione Onlus "Centro per la Lotta contro l'Infarto". Si tratta di un'utile opportunità che ci auguriamo potrà essere di stimolo alla propositività in tema di Ricerca clinica dei cardiologi più giovani della nostra Associazione. Cerchiamo di approfittarne.

GIUSEPPE DI PASQUALE

Centro per la lotta contro l'infarto - Fondazione ONLUS

Bando per n. 5 borse di studio da € 20.000,00

Il Centro per la lotta contro l'infarto - Fondazione Onlus, in occasione del XXV anniversario del suo primo Congresso, bandisce cinque Borse di Studio della durata di un anno, per ricerche sulle malattie cardiovascolari, da svolgersi presso un'università, ospedale o istituto di ricerca italiano.

L'importo complessivo lordo di ciascuna borsa è di € 20.000,00.

Le borse sono destinate a ricercatori desiderosi di seguire la carriera universitaria od ospedaliera e di perfezionare la propria preparazione svolgendo un programma di ricerche, sia sperimentali che cliniche, in tema di malattie cardiovascolari.

Verranno privilegiate le ricerche indipendenti, i cui dati rimangano di proprietà del ricercatore e/o dell'istituto ove verrà svolta la ricerca, preferibilmente su temi non riguardanti farmaci o presidi terapeutici.

REGOLAMENTO

Il candidato, nel presentare la domanda, dovrà attestare:

- di essere cittadino italiano o residente permanente in Italia;
- di essere nato dopo il 31 dicembre 1970;
- di avere conseguito la laurea in Medicina o in altra disciplina scientifica attinente alle ricerche sulle malattie cardiovascolari;
- di lavorare continuativamente, da almeno due anni, in ambito cardiovascolare in istituti universitari o ospedalieri;
- di non fruire di borsa di studio o di altro finanziamento finalizzato all'esecuzione del programma di ricerche per il quale la borsa è erogata.

allegando alla domanda:

- *curriculum vitae* con elenco di tutte le pubblicazioni del candidato e rispettive pubblicazioni;
- lettere di presentazione da parte di due esperti che conoscano il candidato ed il suo lavoro;
- programma dettagliato delle ricerche sulle malattie cardiovascolari che intende svolgere;

- dichiarazione del direttore dell'istituto ove si svolgerà la ricerca e dell'esperto sotto il quale la ricerca verrà eseguita, che sono disposti ad accettare il candidato, mettergli a disposizione i mezzi necessari per la ricerca e seguirlo durante lo svolgimento di questa;
- ogni altro titolo scientifico o di carriera che ritenga utile;
- consenso al trattamento dei dati personali secondo la legge sulla *privacy*.

MODALITÀ DI INOLTRO DELLE DOMANDE E DI ASSEGNAZIONE DELLE BORSE

Le domande, corredate di tutte le necessarie documentazioni, dovranno pervenire al Presidente del **Centro per la lotta contro l'infarto - Fondazione Onlus**, Prof. Pier Luigi Prati, Viale Bruno Buozzi n. 60 - 00197 Roma, **entro il 31 dicembre 2005**.

L'assegnazione delle borse sarà decisa da una Commissione formata dal Consiglio di Amministrazione del **Centro per la lotta contro l'infarto - Fondazione Onlus**, che valuterà i titoli dei candidati, il valore del programma di ricerca proposto e si potrà avvalere, se necessario, di un colloquio, ristretto ad una rosa di candidati più meritevoli.

La comunicazione del nominativo dei vincitori avverrà nel corso del prossimo Congresso annuale del **Centro per la lotta contro l'infarto - Fondazione Onlus**, che si terrà a Firenze dal 24 al 26 marzo 2006. Il corrispettivo economico della borsa di studio sarà erogato direttamente al vincitore per il 50% al momento dell'assegnazione e per il restante 50% dopo sei mesi, previa presentazione dello stato di avanzamento del progetto di ricerca.

VERIFICA FINALE SULLA RICERCA SVOLTA

La realizzazione del progetto di ricerca dovrà essere documentata da breve relazione finale ed elenco delle relative comunicazioni e pubblicazioni entro 6 mesi dal termine del periodo per cui il finanziamento verrà erogato.

SEMPLIFICA LA TUA ISCRIZIONE

Sei già Socio ANMCO?

Puoi pagare la quota associativa con la tua **Carta di Credito**; basta compilare il coupon allegato ed inviarlo via fax alla Segreteria ANMCO, che provvederà al prelevamento.

Vuoi diventare Socio ANMCO?

Compila il modello pubblicato nella pagina seguente ed invialo al Presidente Regionale ANMCO della tua Regione per il preliminare visto di approvazione.

Se la richiesta sarà definitivamente accolta dal Consiglio Direttivo, potrai regolarizzare l'iscrizione tramite:

- bollettino di c/c postale (n. c/c postale 16340507 intestato a ANMCO - Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri)
- carta di credito (utilizzando il modulo sottoriportato)

L'iscrizione prevede il pagamento di € 10,00 (solo per i Soci Ordinari) come quota di adesione all'Associazione e di una quota sociale annua così differenziata:

- € 90,00 per i Direttori di Struttura Complessa
- € 70,00 per i Responsabili di Struttura Semplice / Dirigenti
- € 50,00 per i Soci Aggregati

Il suddetto importo include la somma di € 15,00 (quindici/00) comprensivo di IVA che, per il tramite della Federazione Italiana di Cardiologia, verrà versata in Vostro nome e conto alla società CEPI s.r.l., con sede a Roma, Via N. Tartaglia n. 3, 00197 Roma, Codice Fiscale: 00393740584 e Partita IVA 00877781005, a titolo di corrispettivo per l'abbonamento annuale all'organo scientifico della Federazione Italiana di Cardiologia, rivista denominata "Italian Heart Journal" con sottotitolo "Official Journal of the Italian Federation of Cardiology, Official Journal of the Italian Society for Cardiac Surgery".

Per ulteriori informazioni o chiarimenti la Segreteria rimane a disposizione dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 16.00 (tel. 055-571798 - fax 055-579334).

Io sottoscritto:

Cognome _____

Nome _____

Via _____ N° _____

CAP _____ Città _____ PROV. _____

Autorizzo a prelevare € _____

per la quota associativa dell'anno _____

Socio Ordinario

- € 90,00 per i Direttori di Struttura Complessa
- € 70,00 per i Responsabili di Struttura Semplice / Dirigenti
- € 10,00 Iscrizione Unatantum (solo per i nuovi Soci Ordinari)

Socio Aggregato

- € 50,00

a mezzo carta credito:

Carta Si Carta Visa Eurocard Master Card

numero carta:

data di scadenza:

____/____

firma: _____

PRESIDENTI REGIONALI ANMCO 2004 - 2006

ABRUZZO - Dott. ANGELO VACRI

Ospedale Civile San Massimo - Via Battaglione Alpini - 65017 Penne (PE)

tel. 085/8271-8276215 - fax 085/8276392 - e-mail: angelougo.vacri@tin.it

BASILICATA - Dott. FRANCESCO SISTO

Ospedale Regionale S. Carlo - Via P. Petrone - 85100 Potenza

tel. 0971/613563 - fax 0971613003 - e-mail: sistopz@tiscali.it

CALABRIA - Dott. MARIO CHIATTO

Presidio Ospedaliero - Via Viccinelli - 87075 Trebisacce (CS)

tel. 0981/5091-509263 - fax 0981/500164 - e-mail: compama@libero.it

CAMPANIA - Dott. MARINO SCHERILLO

Osp. G. Rummo - Via Pacevecchia, 53 - 82100 Benevento - tel. 0824/57679-689

fax 0824/57679 - e-mail: marino.scherillo@ao-rummo.it

EMILIA ROMAGNA - Dott. UMBERTO GUIDUCCI

Arcispedale Santa Maria Nuova - Viale Risorgimento, 80 - 42100 Reggio Emilia

tel. 0522/296111 - fax 0522/296495 - e-mail: guiducci.umberto@asmn.re.it

FRILUI VENEZIA GIULIA - Dott. GIANFRANCO SINAGRA

Ospedale Maggiore - Piazza Ospedale - 34100 Trieste - tel. 040/399111

fax 040/761637 - e-mail: gianfranco.sinagra@aots.sanita.fvg.it

LAZIO - Dott. FABRIZIO AMMIRATI

Ospedale San Filippo Neri - Via G. Martinetti, 20 - 00135 Roma

tel. 06/33061-33062467 - fax 06/33062489 - e-mail: fabammirati@libero.it

LIGURIA - Dott. GIANFRANCO MAZZOTTA

Ospedali Galliera - Via A. Volta, 8 - 16128 Genova - tel. 010/5634940-179

fax 010/57481037 - e-mail: gianfranco.mazzotta@galliera.it

LOMBARDIA - Dott. ANTONIO MAFRICI

Osp. Niguarda - Piazza Ospedale Maggiore, 3 - 20162 Milano

tel. 02/64442308 - fax 02/64442818 - e-mail: amafric@tin.it

MARCHE - Dott. MARCELLO MANFRIN

Osp. Cardiologico G.M. Lancisi - c/o Polo Osped. Torrette - 60122 Ancona

tel. 071/5965320-348 - fax 071/5965032 - e-mail: manfrinmar@libero.it

MOLISE - Dott. EMILIO MUSACCHIO

Ospedale Cardarelli - Contrada Tappino - 86100 Campobasso

tel. 0874/4091-409319 - fax 0874/409442 - e-mail: cardiologiabc@virgilio.it

PIEMONTE VALLE D'AOSTA - Dott. ANGELO SANTE BONGO

Ospedale Maggiore della Carità - Corso Mazzini, 18 - 28100 Novara

tel. 0321/3733336-243 - fax 0321/34897 - e-mail: a.s.bongo@libero.it

P.A. BOLZANO - Dott. WERNER RAUHE

Ospedale Generale Regionale - Via Boehler, 5 - 39100 Bolzano

tel. 0471/909950 - fax 0471/909977 - e-mail: werraubz@yahoo.it

P.A. TRENTO - Dott. ROBERTO BETTINI

Presidio Ospedaliero San Giovanni - Via Alpini, 11 - 38017 Mezzolombardo (TN)

tel. 0461/6111111 - fax 0461/611199 - e-mail: bettini@tn.apss.tn.it

PUGLIA - Dott. GIANFRANCO IGNONE

Ospedale Perrino - SS Brindisi - Mesagne - 72100 Brindisi

tel. 0831/537466 - fax 0831/537778 - e-mail: ignonegf@libero.it

SARDEGNA - Dott. GIAMPAOLO SCORCU

Ospedale San Michele Brotzu - Via Peretti - 09134 Cagliari

tel. 070/539517-510 - fax 070/531400 - e-mail: giampaolo.scorcu@tin.it

SICILIA - Dott. MICHELE GULIZIA

Ospedale S. Luigi - S. Currò - Viale Fleming, 24 - 95125 Catania

tel. 095/7591111 - fax 095/506773 - e-mail: michele.gulizia@tin.it

TOSCANA - Dott. FRANCESCO MAZZUOLI

Azienda Ospedaliera Careggi - V.le Morgagni, 85 - 50139 Firenze

tel. 055/4277285 - fax 055/241027 - e-mail: frmazzuo@tin.it

UMBRIA - Dott. GERARDO RASETTI

Ospedale Civile Santa Maria - Via Tristano da Joannuccio - 05100 Terni

tel. 0744/2051 - 205274 - fax 0744/205294 - e-mail: g.rasetti@aospertni.it

VENETO - Dott. GIORGIO RIGATELLI

Divisione di Cardiologia - Via Giannella, 1 - 37045 Legnago (VR)

tel. 0442/632299-632111 - fax 0442/632149 - e-mail: giorgiorigatelli@yahoo.it



Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO)

Sede Nazionale: 50121 Firenze - Via La Marmora, 36

Tel. 055 571798 - Fax 055 579334 - e-mail: soci@anmco.it



Non compilare

Codice Unico _____

DOMANDA DI ISCRIZIONE

Non compilare

Codice ANMCO _____

DATI ANAGRAFICI E PROFESSIONALI

NOME _____ COGNOME _____ DATA DI NASCITA _____

LUOGO DI NASCITA _____ INDIRIZZO _____

CITTÀ _____ PROVINCIA _____ CAP _____

TEL. _____ FAX _____ E-MAIL: _____

Anno di laurea _____ Specializzato in Cardiologia SI NO Anno di specializzazione _____

Altre specializzazioni _____

COLLOCAZIONE PROFESSIONALE

Ruolo: Cardiologo Cardiochirurgo Medico

Struttura: Ospedaliera Universitaria Distretto Sanitario Privata

Altro _____

Tipologia:

- Divisione di Cardiologia *
- Servizio di Cardiologia autonomo con posti letto *
- Servizio di Cardiologia autonomo senza posti letto *
- Divisione Medicina *
- Altro * _____
- Divisione di Cardiochirurgia *
- Servizio di Cardiologia aggregato con posti letto *
- Servizio di Cardiologia aggregato senza posti letto *
- CNR

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

Nome del Primario o facente funzione _____

Nome del Responsabile (per strutture aggregate) _____

Presidio:

DENOMINAZIONE _____

INDIRIZZO _____

CITTÀ _____ PROVINCIA _____ CAP _____

TEL. _____ FAX _____ E-MAIL REPARTO: _____

Qualifica:

- Direttore di struttura complessa Responsabile di struttura semplice Dirigente
- Ricercatore - Borsista - Specializzando Ambulatoriale Altro _____

In quiescenza:

Non di ruolo:

Non compilare

FOTOCOPIARE - COMPILARE IN STAMPATELLO - INVIARE VIA FAX ALLA SEGRETERIA (055/579334)

CAMPI DI IMPEGNO PROFESSIONALE

Generale (non più di due):

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

Sono interessato alla seguente Area:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Area Aritmie - AR | <input type="checkbox"/> Area Chirurgica - ACH | <input type="checkbox"/> Area Emergenza/Urgenza - AEU |
| <input type="checkbox"/> Area Informatica - AIN | <input type="checkbox"/> Area Malattie del Circolo Polmonare - AMCP | <input type="checkbox"/> Area Management & Qualità - AMQ |
| <input type="checkbox"/> Area Nursing - ANS | <input type="checkbox"/> Area Prevenzione Cardiovascolare - AP | <input type="checkbox"/> Area Scopenso Cardiaco - AS |

- Ai sensi dell'art. 3 dello Statuto ANMCO dichiaro di non volermi iscrivere alla Heart Care Foundation - ONLUS

INFORMATIVA E CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI - L. 196/2003 (Cosiddetta legge sulla privacy)

ANMCO, Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri, con sede in Firenze, Via La Marmora n. 36, è un'associazione a scopi scientifici che presta servizi ai propri associati, attivandosi per l'organizzazione di congressi a carattere scientifico. I dati vengono acquisiti direttamente dall'interessato (ad esempio, al momento dell'adesione all'associazione ovvero mediante i moduli di iscrizione ai convegni), nonché presso terzi, quali associazioni di categoria o pubblici elenchi, comunque nel rispetto dei principi di cui alla L. n. 196/2003. I dati richiesti sono necessari ad ANMCO per poter rendere i propri servizi per la costituzione dello stesso rapporto associativo.

Responsabili del trattamento sono il Centro Servizi ANMCO srl, con sede in Firenze, Via La Marmora n. 36, e la Federazione Italiana di Cardiologia, con sede a Milano c/o Università Vita-Salute San Raffaele Palazzo DIBIT, Via Olgettina, 58.

Per motivi inerenti allo svolgimento dell'attività istituzionale, i dati raccolti possono essere comunicati ad altri enti o associazioni, operanti nell'ambito della ricerca e dell'organizzazione di convegni a carattere scientifico, ed alla ESC (European Society of Cardiology, con sede in Sophia Antipolis Cedex - France - 2035, Route des Colles - Les Templiers), cui i Soci ANMCO hanno diritto ad essere iscritti.

È possibile inoltre che i dati raccolti siano comunicati da ANMCO a terzi, tipicamente case editrici che curano la spedizione delle riviste dell'associazione o di altre pubblicazioni agli associati, e ad altre associazioni, anche estere. La informiamo che, ai sensi della L. n. 196/2003, cit., la mancata prestazione di un Suo specifico consenso a tali forme di comunicazione impedisce l'esercizio delle stesse. D'altra parte, il rifiuto del consenso può comportare pregiudizio all'ordinario svolgimento dell'attività istituzionale dell'Associazione.

Un elenco dettagliato dei soggetti ai quali è possibile che siano comunicati i dati è disponibile presso la nostra sede.

Infine, ma sempre dietro prestazione del Suo consenso espresso, i Suoi dati potranno essere oggetto di pubblicazione (ad esempio, nell'annuario degli Associati o in eventuali opuscoli di carattere informativo), in forma telematica o, più semplicemente, su supporto cartaceo.

ANMCO assicura l'esercizio dei diritti ai sensi della L. n. 196/2003, quali, ad esempio, la richiesta di aggiornamento o di modificazione dei dati personali, oggetto del trattamento. Per l'esercizio dei predetti diritti è possibile rivolgersi ai seguenti indirizzi:

- Firenze, Via A. La Marmora 36, tel. 055/571798 (sede ANMCO, Centro Servizi ANMCO srl, Heart Care Foundation - Fondazione Italiana per la Lotta alle Malattie Cardiovascolari - ONLUS);

- Milano, Via Olgettina, 58, tel. 02/26433068 (sede della Federazione Italiana di Cardiologia c/o Università Vita-Salute San Raffaele Palazzo DIBIT).

INFORMATO DI QUANTO SOPRA ESPOSTO,
CON RIFERIMENTO ALLA COMUNICAZIONE DEI MIEI DATI A TERZI

DO IL CONSENSO

NEGO IL CONSENSO

INFORMATO DI QUANTO SOPRA ESPOSTO,
CON RIFERIMENTO ALLA PUBBLICAZIONE DEI MIEI DATI

DO IL CONSENSO

NEGO IL CONSENSO

Data _____

Firma _____

Il Presidente Regionale ANMCO _____ della Regione

_____ dichiara che il suddetto collega, in base allo Statuto ed ai Regolamenti dell'Associazione, può essere iscritto nell'Albo dei Soci dell'ANMCO con la qualifica di:

Socio Ordinario Socio Aggregato

Data _____ Il Presidente Regionale _____

La presente domanda d'iscrizione è stata accolta dal Consiglio Direttivo ANMCO in data _____

Il Segretario Generale _____

DALLE AREE

Comitati di Coordinamento Aree ANMCO 2005-2006

AREA ARITMIE

Chairman: Maurizio Lunati (Milano)
Co-Chairman: Giuseppe Inama (Crema)
Comitato di Coordinamento: Vincenzo Ciconte (Catanzaro), Roberto Mantovan (Treviso), Carlo Menozzi (Reggio Emilia), Antonio Vincenti (Monza - MI)
Referente Area Chirurgica: Stefano Benussi (Milano)
www.anmco.it/aree/elenco/aritmie

AREA CHIRURGICA

Chairman: Claudio Zussa (Venezia - Mestre)
Co-Chairman: Claudio Grossi (Cuneo)
Comitato di Coordinamento: Pino Fundarò (Milano), Ugolino Livi (Udine), Maurizio Gentile (Pedara - CT), Luigi Martinelli (Genova)
Consulenti: Alessandro Mazzola (Teramo), Alessandro Pardini (Terni)
www.anmco.it/aree/elenco/chirurgica

AREA EMERGENZA-URGENZA

Chairman: Cesare Greco (Roma)
Co-Chairman: Gianni Casella (Bologna)
Comitato di Coordinamento: Lorenzo Borgo (Genova), Maurizio Del Pinto (Perugia), Patrizia Maras (Trieste), Zoran Olivari (Treviso)
Consulenti Scientifici: Claudio Fresco (Udine), Stefano Savonitto (Milano)
Consulente per le tematiche di rete e clinical competence: Claudio Cuccia (Brescia)
Consulente per le problematiche del dolore toracico: Filippo Ottani (Forlì)
Comitato Editoriale: Cesare Baldi (Salerno), Fabrizio Bandini (Firenze), Giovanni Barbieri (Roma), Maurizio Burattini (Roma), Maria Luisa Finocchiaro (Roma), Giuseppe Fradella (Firenze), Roberto Luongo (Roma), Danilo Neglia (Pisa)
Referente Area Chirurgica: Carlo Antona (Milano)
www.anmco.it/aree/elenco/utichotline

AREA INFORMATICA

Chairman: Antonio Di Chiara (Udine)
Co-Chairman: Luigi Badano (Udine)
Comitato di Coordinamento: Francesco Antonio Benedetto (Reggio Calabria), Giancarlo Casolo (Firenze), Pier Camillo Pavesi (Bologna), Giuseppe Trocino (Monza - MI)
Consulenti tecnico-scientifici: Gianfranco Mazzotta (Genova), Walter Pitscheider (Bolzano), Christian Pristipino (Roma), Davide Terranova (Padova), Paola Vaghi (Lissone - MI)
Referente Area Chirurgica: Paolo Magagna (Vicenza)

Comitato G8-Cardio ANMCO

Coordinatori: Antonio Di Chiara (Udine), Gianfranco Mazzotta (Genova)
Per l'aritmologia: Massimo Zoni Berisso (Genova)
Per la cardiologia nucleare: Marco Mazzanti (Ancona)
Per l'ecocardiografia: Luigi Badano (Udine)
Per l'emodinamica: Leonardo Paloscia (Pescara)
Per l'ergometria: Roberto Tramarin (Pavia)
Per la prevenzione: Sergio Pede (San Pietro Vernotico - BR)
Per la risonanza magnetica: Peter Knoll (Bolzano)
Per le SCA: Francesco Chiarella (Pietra Ligure - SV)
www.anmco.it/aree/elenco/informatica

AREA MALATTIE DEL CIRCOLO POLMONARE

Chairman: Giuseppe Favretto (Motta di Livenza - TV)
Co-Chairman: Carlo D'Agostino (Bari-Carbonara)
Comitato di Coordinamento: Chiara Arcangeli (Firenze), Giovanna Mureddu (Nuoro), Andrea Rubboli (Bologna), Giovanni Tortorella (Reggio Emilia)
Consulenti: Franco Casazza (Milano), Stefano Ghio (Pavia), Pietro Zonzin (Rovigo)
Referente Area Chirurgica: Andrea Maria D'Armini (Pavia)
www.anmco.it/aree/elenco/circolo

AREA MANAGEMENT & QUALITÀ

Chairman: Vincenzo Cirrincione (Palermo)
Co-Chairman: Giuseppe Rosato (Avellino)
Comitato di Coordinamento: Franco Ingrilli (Palermo), Loredano Milani (San Donà di Piave - VE), Luciano Moretti (Ascoli Piceno), Sergio Pede (San Pietro Vernotico - BR)
Consulenti: Ignazio Catalano (Palermo), Francesco Mazzuoli (Firenze), Giuseppe Pinelli (Bologna), Pier Antonio Ravazzi (Alessandria), Gino Tosolini (Udine)
Referente Area Chirurgica: Domenico Mercogliano (Alessandria)
www.anmco.it/aree/elenco/management

AREA NURSING

Chairman: Quinto Tozzi (Roma)
Co-Chairman: Paolo Bonomo (Cagliari)
Comitato di Coordinamento: Maria Teresa Capalbi (Potenza), Claudio Coletta (Roma), Armando Francesconi (Sassuolo - MO), Renata Rebaudo (Pietra Ligure - SV)
Consulenti: Paola Di Giulio (Torino)
Referente Area Chirurgica: Antonio Vicentini (Milano)
www.anmco.it/aree/elenco/nursing

AREA PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE

Chairman: Carmine Riccio (Caserta)
Co-Chairman: Furio Colivicchi (Roma)
Comitato di Coordinamento: Piero Clavario (Arenzano - GE), Alberto Genovesi Ebert (Livorno), Stefania De Feo (Peschiera del Garda - VR), Stefano Urbinati (Bologna)
Consulente Editoriale: Maurizio Abrignani (Trapani)
Consulente per la formazione: Massimo Ugucioni (Roma)
Referente Area Chirurgica: Paolo Ferrara (Avellino)
www.anmco.it/aree/elenco/prevenzione

AREA SCOMPENSO CARDIACO

Chairman: Andrea Di Lenarda (Trieste)
Co-Chairman: Fabrizio Oliva (Milano)
Comitato di Coordinamento: Guido Gigli (Sestri Levante - GE), Andrea Mortara (Monza - MI), Giovanni Pulignano (Roma), Luigi Tarantini (Belluno)
Consulenti: Gianfranco Alunni (Perugia), Gabriele Castelli (Firenze), Giuseppe Di Tano (Messina), Alessandro Filippi (Mozzanica - BG), Giuseppina Majani (Montescano - PV), Giovanni Mathieu (Pinerolo - TO)
Medical Writer: Renata De Maria (Milano)
Referente Area Chirurgica: Ettore Vitali (Milano)
www.anmco.it/aree/elenco/scompenso

ARITMIE

DI MAURIZIO LUNATI, ROBERTO MANTOVAN

Corsi residenziali di aritmologia ed elettrofisiologia clinica ANMCO

Proposta operativa per far conoscere il mondo EF ai non addetti

L'aritmologia è spesso considerata una branca della Cardiologia superspecialistica difficile e spesso ostica. Il recente sviluppo di tecniche interventistiche sempre più sofisticate (ablazioni transcatetere; impianti di dispositivi per l'interruzione delle aritmie ventricolari maligne, ICD; impianti di dispositivi per la resincronizzazione cardiaca, CRT) ha in qualche misura ulteriormente aumentato le distanze tra questa specialità e la Cardiologia clinica. Le difficoltà di comunicazione tra clinico ed elettrofisiologo e la incompleta conoscenza, o addirittura la non conoscenza, di alcune metodiche possono determinare il mancato ricorso a provvedimenti ad alto beneficio per molti pazienti con efficacia "evidence-based". L'altro rischio determinato dal costituirsi di centri "esperti" di aritmologia interventistica, che possono disporre di tecnologie e strumentazioni all'avanguardia, e di altri con minore know-how è ovviamente una discrepanza di trattamento dei pazienti che afferiscono in sedi diverse con diverse possibilità di ricorso a tutti i provvedimenti.

Nell'ambito dell'Area Aritmie riteniamo opportuno (a fianco delle tradizionali modalità di formazione e didattica) proporre e costituire quelli che potremmo chiamare "Clinical Residence Courses", che in

modo più diretto ed informale consentano un contatto tra l'Elettrofisiologo interventista, il Cardiologo clinico, l'Elettrofisiologo in formazione ed eventualmente il Medico di Medicina Generale. Riteniamo infatti che la partecipazione in laboratorio di elettrofisiologia ad una procedura interventistica, ovviamente preceduta dalla discussione del caso e dalla presentazione di "ciò che accadrà in vivo" sia molto più efficace e formativa di un lungo corso teorico.

In altri termini si propone l'apertura di questi "misteriosi" laboratori di elettrofisiologia a tutti i Cardiologi, e non.

I corsi dovrebbero consistere in brevi stage (accreditati dall'ANMCO con punteggio ECM) da attuare presso centri o laboratori di consolidata esperienza aritmologica. Dovrebbero prevedere un massimo di due o tre allievi che possano scegliere un centro di loro gradimento e possano attendere per una settimana a tutte le attività di elettrofisiologia ed elettrostimolazione, sia interventistiche che cliniche e ambulatoriali, con discussione di casi clinici e lezioni teoriche. La scelta dei centri elettrofisiologici dovrebbe essere svolta su base volontaria. I centri che si vorranno proporre dovranno tuttavia garantire nell'ambito della settimana di frequenza l'esecuzione di alcu-

ne procedure "tipo" quali:

- almeno 1 impianto di pacemaker o ICD biventricolare;
- almeno 1 impianto di ICD monocamerale;
- impianti di PM convenzionali;
- almeno 2 procedure di studio EF con ablazioni standard;
- almeno 1 procedura di ablazione di fibrillazione atriale o di tachicardia ventricolare con mappaggio non fluoroscopico.

In parte le procedure potranno essere concordate con gli allievi stessi sulla base delle loro specifiche richieste.

Il centro aritmologico dovrà provvedere alla ricerca di sponsor disponibili alle spese di soggiorno del candidato e stipulare un programma della settimana che dovrà inviare all'ANMCO, le pratiche amministrative saranno espletate dalla Sede Nazionale ANMCO.

L'obiettivo ambizioso è di destinare questi corsi al maggior numero di persone interessate a capire in cosa consistano particolari procedure: il giovane Cardiologo che voglia affrontare l'elettrofisiologia invasiva, l'aritmologo che voglia visionare le nuove tecniche interventistiche, il cardiologo ambulatoriale e il medico di medicina generale interessati al problema.

Sollecitiamo interventi atti a verificare suggerimenti, proposte, modifiche, critiche e quant'altro.

Il Sito dell'Area Management & Qualità

Uno strumento per l'implementazione del Governo Clinico in Cardiologia

Obiiettivo dichiarato del programma dell'Area Management & Qualità per il biennio 2005-2006 è di riuscire a svolgere un ruolo propositivo nella implementazione del Governo Clinico in Cardiologia.

Si tratta di fornire indicazioni culturali e strumenti operativi per la definizione e la messa in atto dell'insieme delle regole, dei processi e dei comportamenti che influenzano il modo in cui una organizzazione eroga l'assistenza sanitaria. Il Comitato di Coordinamento dell'Area ha individuato nel proprio Sito (www.anmco.it/aree/elenco/management) uno di questi strumenti e per renderlo funzionale a questa finalità, ne ha curato il restyling ed ha affidato a Sergio Pedè il compito di coordinatore. Nella sua attuale riconfigurazione il Sito è organizzato in una serie di Sezioni, che, nel loro insieme e nella loro sequenza, descrivono la storia e l'operatività dell'Area e forniscono una serie di informazioni e di documenti che dovrebbero diventare, nel loro complesso, un sup-



Foto web - Il "cuore" al centro del nostro lavoro

porto organico di conoscenza e di esperienza per l'attività dei Cardiologi Italiani.

Le Sezioni sono 9:

1. Organigrammi

È prevista una articolazione in sotto-sezioni, individuate dal biennio relativo al mandato del singolo Comitato di Coordinamento dell'Area.

Una tendina con l'elenco cronologico dei bienni consente di entrare nelle sotto-sezioni in ognuna delle

quali è riportato l'organigramma relativo al singolo biennio.

2. Programmi

L'articolazione è identica a quella precedente; in ognuna delle sotto-sezioni è riportato il programma relativo al singolo biennio.

3. Iniziative dell'Area

In questa Sezione le sotto-sezioni sono individuate dal singolo anno.

Si entra in esse attraverso una tendina che riporta la successione degli anni.

In ogni sotto-sezione sono inserite le iniziative avviate in ogni specifico anno.

Ogni iniziativa viene illustrata sinteticamente ma con completezza.

4. Attività Editoriale

L'articolazione è identica a quella precedente. In ogni sotto-sezione vengono inseriti tutti i dati relativi ai lavori "prodotti dall'Area" in ogni specifico anno.

5. Journal on line

È la Sezione dedicata al "Journal on line", il giornale che viene inviato

gratuitamente per posta elettronica a tutti i Soci che ne abbiano fatto richiesta alla Segreteria dell'ANMCO tramite il form apposito. Ogni numero è abitualmente composto da:

- un editoriale relativo ad un articolo o ad un problema che abbiano attinenza con il management sanitario o con processi di qualità;
- una rassegna bibliografica relativa agli articoli relativi al mese precedente la stampa che abbiano sempre un interesse sul piano del management o dei processi di qualità con una breve nota esplicativa;
- le principali normative prodotte dal Governo o dalle Regioni in tema di Sanità;
- le indicazioni dei concorsi banditi nelle cardiologie italiane, i principali congressi in programma nei mesi successivi;
- i link con i siti di interesse cardiologico.

Entrando nella Sezione si dispone di tutti i numeri pubblicati.

6. Progetti sul Territorio

Questa Sezione costituisce una importante novità.

Quando si entra compare la Cartina d'Italia con le Regioni individuate da diversi colori; ogni Regione è una sotto-sezione e in ognuna di esse vengono riportati i progetti di management proposti o realizzati nel territorio di quella Regione.

Lo scopo è quello di fornire documenti relativi a ideazioni e realizzazioni di interventi finalizzati a dare

concretezza operativa agli indirizzi di struttura, di organizzazione e funzionamento della Cardiologia: potere avere conoscenza concreta di quello che viene pensato e realizzato nelle varie parti del Paese può essere un valido supporto per i propri progetti.

7. Dai Congressi

In questa Sezione viene ripresa l'articolazione in sotto-sezioni, individuate dall'anno.

In ogni sotto-sezione vengono inseriti o testi di relazioni o slide o testi e slide relativi ad argomenti di pertinenza dell'Area trattati nei Congressi che si svolgono nel Paese.

Le segnalazioni per questi inserimenti sono a cura dei Componenti del Comitato di Coordinamento dell'Area, dei Consulenti, degli Iscritti all'Area e di quanti vogliono contribuire.

Ogni segnalazione viene riportata con il riferimento del Congresso e con i dati del relatore.

Anche questa Sezione è una novità e intende essere complementare alla Slide Bank del Sito ANMCO: in questa viene riportata una raccolta di diapositive, organizzata in 3-5 blocchi, relative ad argomenti generali di particolare interesse e di competenza delle Aree (in questo caso dell'Area M & Q) mentre nella Sezione "Dai Congressi" vengono inserite slide che provengono da eventi congressuali che si svolgono nel corso dell'anno e che, per questo, rappresentano un elemen-

to di dinamismo informativo; peraltro le slide possono essere illustrate da un commento, generale o singolo per slide, e possono essere accompagnate o sostituite dal testo della relazione a cui si riferiscono.

Dunque nessun conflitto con la Slide Bank ANMCO.

8. In Bacheca

Questa Sezione è riservata ad annunci, aggiornamenti, notizie, messe a punto e altro.

È un altro elemento di dinamismo informativo del Sito finalizzato a sollecitare l'attenzione verso le attività di Management attraverso l'inserimento di documenti, di report di eventi e di altro materiale che riporti novità nei vari ambiti del Governo Clinico.

Gli inserimenti di particolare interesse potrebbero essere segnalati, per un congruo periodo, sulla home-page del sito ANMCO.

9. Link

Questa è l'ultima Sezione e contiene il link con una serie di altri Siti dedicati al Management:

- NICE www.nice.org.uk
- National Guidelines Clearinghouse www.guideline.gov
- JCAHO <http://www.jcaho.org/>
- Piano Nazionale LLGG del Ministero Salute www.pnlg.it/
- AHRQ <http://www.ahrq.gov/>
- Canadian Cardiovascular Outcomes Research Team (CCORT) (www.ccort.ca/effect.asp) and ICES (www.ices.on.ca).



RISK MANAGEMENT IN CARDIOLOGIA

Prevenzione dell'errore in medicina attraverso il "risk management" inteso come strumento di controllo di tutto il percorso assistenziale e delle strutture in cui si opera

■ **La cultura della sicurezza deve comportare la gestione dei rischi e deve prendere in considerazione quegli elementi tecnici, umani ed organizzativi che favoriscono i sinistri**

Sono due i principi fondamentali nel Clinical Risk Management:

- non tutti i danni sono dovuti a negligenza;
- non tutti i danni sono prevedibili.

È stato evidenziato che il modo migliore per ridurre la frequenza e la gravità dei danni nella prospettiva del contenimento dei costi, è lo sviluppo di un sistema di prevenzione dell'errore in tutte le strutture sanitarie.

L'obiettivo si è dunque progressivamente spostato sulla ricerca della modalità per la riduzione dei danni arrecati al paziente, indipendentemente dalla ricorrenza o meno di una richiesta di risarcimento. Il problema degli errori nelle cure non sta nel cercare ad ogni costo il colpevole, ma nel creare una cultura della sicurezza e nel promuovere la qualità delle cure.

■ **Principali strategie utili per ridurre gli errori nelle cure mediche:**

- passare da un sistema punitivo e repressivo nei confronti dei presunti responsabili ad un sistema non punitivo, che favorisca la segnalazione spontanea degli errori;

- passare da un sistema recettivo (individuazione e correzione degli errori) ad un sistema proattivo, consistente nel creare una cultura della sicurezza basata sulla prevenzione e, soprattutto, sulla previsione dei possibili errori;

- realizzare un sistema di individuazione e correzione sistematica su scala nazionale delle situazioni a rischio di errore e di danno.

In merito a quest'ultimo punto è opportuno segnalare che in Italia non esiste una "banca dati degli errori", infatti i pochi dati raccolti sono fondamentalmente quelli derivati dalla analisi dei sinistri, ovvero degli eventi denunciati dal paziente a fini risarcitori o dalle azioni penali nei confronti dei professionisti sanitari.

Il rischio clinico è la probabilità che un paziente sia vittima di un evento avverso, cioè subisca un qualsiasi "danno o disagio imputabile, anche se in modo involontario alle cure mediche prestate durante il periodo di degenza, che causa un prolungamento del periodo di degenza, un peggioramento delle condizioni di salute o la morte" (Kole 1999).

"Uno degli aspetti delle cure mediche è la capacità di causare disabilità e disagi. Ovunque cure mediche vengono dispensate il paziente corre il rischio di essere vittima

di un danno in conseguenza involontaria di quelle stesse cure. Per tale motivo oggi la percentuale di danni iatrogeni causati è diventata un importante indicatore di qualità delle cure" (Thomas, 2000).

■ **L'atto finale che determina l'evento avverso non è altro che la risultante di una serie di comportamenti non corretti**

L'applicazione di questi concetti al rischio clinico ha portato a spostare l'attenzione dall'errore del singolo professionista all'errore di sistema e ad affrontare il tema del rischio in termini di messa in sicurezza del paziente.

Il tema del rischio clinico può quindi essere affrontato in due ottiche:

- la tutela del paziente (rapporto personalistico-comunicazione);
- la difesa del medico (o della struttura).

La volontà di offrire la migliore cura possibile, in rapporto al tempo storico in cui si opera, ha inoltre condotto alla costruzione di protocolli terapeutici e linee guida. La loro corretta applicazione e la pratica di una buona medicina, non eliminano tuttavia il rischio insito nell'attività sanitaria essendo il rischio stesso la possibilità di un evento e quest'ultimo la conseguenza di un errore nell'applicazione di una procedura.



Foto web - Il rischio

Un corretto programma di gestione del rischio clinico deve dunque condurre all'identificazione dei rischi intrinseci al processo stesso (rischio legato al caso) ed all'eliminazione, ove possibile, o quanto meno alla riduzione di quelli connessi ad una cattiva organizzazione o gestione dei processi assistenziali.

L'attività di un risk management è efficace se interessa tutte le aree in cui l'errore si può manifestare durante il processo clinico assistenziale del paziente e se si sviluppa in più fasi:

- conoscenza ed analisi dell'errore (sistemi di report, revisione delle cartelle, utilizzo degli indicatori);
- individuazione e correzione delle cause di errore;
- monitoraggio delle misure messe in atto per la prevenzione dell'errore;

- implementazione e sostegno attivo delle soluzioni proposte.

Le molteplici sfaccettature ed esigenze culturali ed operative derivanti dalle differenti figure interessate dal risk management (il cittadino insoddisfatto, il personale sanitario e l'azienda ospedaliera), richiedono che la gestione del rischio clinico non sia affidato ad una sola figura professionale bensì ad un gruppo di lavoro in cui si integrino diversi background professionali ed umani.

Al riguardo appare di rilevanza, anche se purtroppo non vincolante in termini di obblighi legislativi, il fatto che la Commissione Tecnica sul Rischio Clinico, istituita dal Ministro della Salute (DM 5 marzo 2003), raccomanda nel documento "Risk management in sanità. Il problema degli errori", che in ogni struttura sanitaria dovrebbe essere costituita una Unità di Gestione del Rischio. Inoltre, affinché le Aziende effettuino investimenti proficui in materia è necessario però che siano individuati ed adottati indicatori di risultato/efficacia condivisi affinché possa essere oggettivata l'utilità, anche in termini economici, dell'impegno assunto in tema di gestione del rischio.

■ **Necessità di realizzare una metodologia di risk management**

In sintesi, la necessità di realizzare una metodologia di risk management che riduca al minimo il rischio di errore richiede:

- individuazione delle aree a rischio;
- individuazione degli standards qualitativi da applicare e monitorare per riconoscere e prevenire l'errore (report, reporting system, sentinel event);
- corretta gestione del contenzioso con uno scambio continuo di informazioni tra uffici legali delle organizzazioni sanitarie, ufficio relazioni con il pubblico ed aree ospedaliere in cui sono stati registrati gli errori;
- sviluppo di un programma di informazione e formazione del personale;
- miglioramento dell'informazione erogata al paziente;
- utilizzo di protocolli e procedure scritte;
- sviluppo ed implementazione di un sistema di incident report con resoconti periodici;
- utilizzo di una tecnologia appropriata nei contesti organizzativi adeguati;
- potenziamento dei sistemi di feed-back per migliorare l'azienda.

Gli uomini possono sbagliare; i medici sono uomini e anche i medici sbagliano.

Non facciamo in modo che da un banale errore possa derivare per molti anni una sofferenza psichica spropositata all'errore stesso. Facciamo in modo che l'errore si verifichi il più raramente possibile e che la pena sia commisurata all'errore stesso.



L'errore in cardiologia: un problema di tutti

La gestione del rischio clinico: uno strumento per migliorare la sicurezza dei pazienti (ed anche quella degli operatori)

L'errore è una componente ineliminabile delle attività umane. Il concetto sicuramente sgradevole ma indubbiamente reale lo è ancora di più, e per evidenti motivi, se applicato alle attività sanitarie; la sua entità, le numerose valenze di cui non ultime quelle etiche, professionali, medico legali ed economiche, la diffusa sottostima dell'entità e di tutte le sue conseguenze pongono le condizioni per farlo considerare "il" problema emergente della sanità di oggi e, molto probabilmente anche di domani. Sarà infatti sempre meno tollerato che un sistema sanitario che assorbe una così ingente quantità di risorse sia, al contempo, anche così rischioso per chi lo utilizza.

Troppo spesso negli operatori sanitari i meccanismi, più o meno inconsci, di rimozione fanno sì che di esso troppo spesso ci si occupi solo quando si è costretti nella (illusoria e diffusa) convinzione che certe cose accadono solo agli altri. L'affermazione solo apparentemente forte trova una inequivocabile conferma se consideriamo cosa sta accadendo già da alcuni anni negli Stati Uniti, paese da (quasi) tutti preso a modello quantomeno organizzativo delle attività sanitarie. Le conseguenze legali ed

economiche degli errori sanitari sono infatti di entità tale che condizionano in modo spesso sostanziale le amministrazioni, l'organizzazione e le stesse attività professionali di medici ed infermieri.

Il problema è, per sua stessa natura trasversale, multiprofessionale e multidisciplinare comprendendo tutti gli ambiti di responsabilità compreso il top management, l'amministrazione ed i servizi di supporto; non esistono infatti professioni sanitarie e specialità clinico assistenziali che possano esimersi da responsabilità dirette od indirette conseguenti ad errori. Ciò che varia è il profilo di rischio e le conseguenze potenziali degli errori.

Affrontando la questione con metodologia scientifica si nota immediatamente un primo rilevante problema di fondo: la povertà dei dati. Il clamore mondiale sull'errore parte nel 1999 con la pubblicazione da parte dell'Institute of Medicine (IOM) statunitense della relazione "To err is human" in cui si asserisce, tra l'altro, che ogni anno negli USA muoiono circa 90.000 pazienti per errori medici. Lo studio è stato condotto con un esame retrospettivo su circa 15.000 cartelle cliniche da cui sono stati

estrapolati tutti i dati.

La cifra di 32.000 decessi l'anno in Italia per errori medici deriva dalla proiezione sugli stessi dati statunitensi (percentuale di morti presunte per errore su numero di ricoveri per anno in Italia).

Altre fonti di dati sono molto esigue e non sempre correttamente paragonabili. Il bias, dovuto anche alla immensa difficoltà nel raccogliere questi dati in modo diretto, attendibile e sufficiente non deve comunque far sottovalutare il problema: l'errore (lo sappiamo indubbiamente tutti) esiste, è sicuramente grande ed è certamente sottostimato. Per errore non si intende infatti solo ciò che provoca un danno materiale di varia entità al paziente ma comprende anche il disservizio organizzativo (che sfocia spesso in danno economico) e, soprattutto, la insufficiente qualità professionale: non applicare delle innegabili evidenze scientifiche ove indicato comporta oggettivamente un danno diretto od indiretto al paziente.

La estrema difficoltà nel quantizzare obiettivamente il danno conseguente alla non applicazione delle migliori procedure diagnostiche terapeutiche non consente di affermare implicitamente ed inconsa-

pevolmente che l'errore non esista; non parlare degli errori non li esorcizza né li previene. Chi non sottovaluta la questione è sicuramente un numero sempre maggiore di pazienti particolarmente (e spesso ingiustamente) agguerriti, le associazioni dei pazienti, gli avvocati di parte (il business indotto è molto più grande di quanto si possa pessimisticamente immaginare), le compagnie di assicurazioni (che stanno uscendo dal mercato perché troppo rischioso) ed i media (le cui informazioni non sono a volte il massimo della veridicità); solo da poco sta destando l'interesse anche delle nostre amministrazioni quasi sempre per il (consueto) prosaico motivo che l'aumento delle denunce per errori provoca un incremento parallelo ed insostenibile dei costi delle polizze di responsabilità professionale. Paradossalmente chi, in linea di massima e nei fatti, sottovaluta maggiormente il problema sono i diretti interessati cioè gli stessi professionisti sanitari (tutti noi). Il concetto di rischio del paziente corre parallelo al concetto di rischio legale ed assicurativo del professionista (medico, infermiere e tecnico); tali rischi sono in gene-

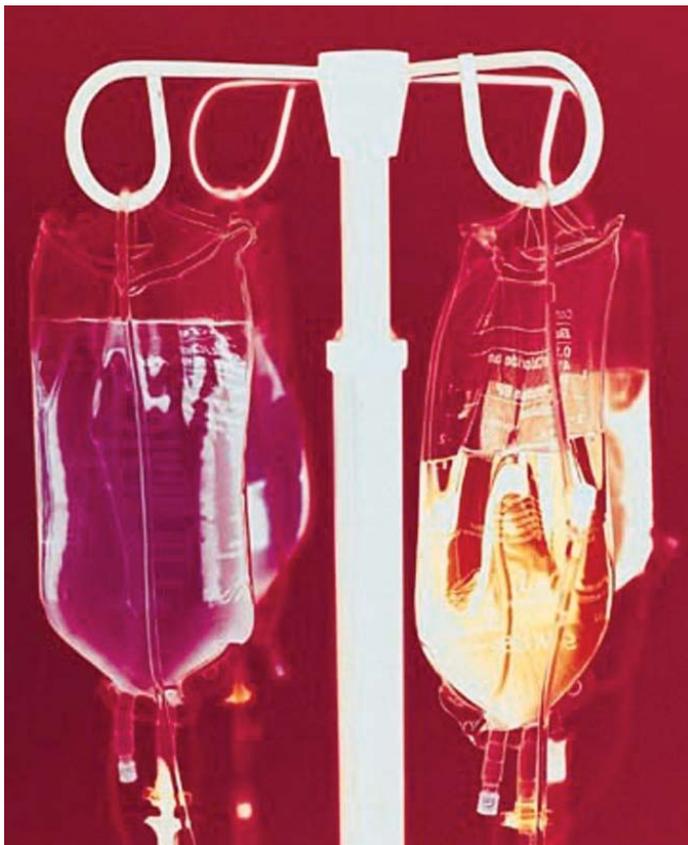


Foto web - Lavoriamo per proteggere il cuore

re correlati e proporzionali per cui riducendo il rischio del paziente (in termini concreti aumentando la sua sicurezza) si riduce anche il rischio di contenzioso dell'operatore sanitario. La banalizzazione e l'errata interpretazione di questo concetto porta alla "medicina difensiva" che, paradossalmente, invece di ridurre il margine di rischio lo aumenta: ampliando infatti il numero delle procedure diagnostiche (anche se a basso rischio) aumenta proporzionalmente il rischio stesso un eccesso di informazioni se non coerentemente organizzate ha un effetto confondente (cioè più rischio). Dai non numerosi dati a disposi-

zione le specialità mediche a maggior rischio di errore sono: ginecologia, ortopedia, chirurgia e le terapie intensive; la cardiologia in generale si colloca in una fascia di rischio medio basso, non così ovviamente le branche interventistiche, chirurgiche e l'UTIC.

Per cercare di arginare il problema dell'errore in medicina è essenziale un corretto approccio metodologico; a questo punto preziosa è l'esperienza già da ben oltre un decennio messa in atto in vari paesi anglosassoni ed in qualche angolo d'Italia. La

tecnica universalmente diffusa è quella del Clinical Risk Management.

Da quanto esposto è evidente come alla base delle condizioni che ruotano intorno al concetto di errore ed in particolar modo alla sua prevenzione vi sia un problema culturale. Nessuno di noi è stato infatti accademicamente formato su questo tema (ma anche in molti altri oggi necessari a svolgere meglio la nostra professione). Indispensabile una iniziale fase formativa che introduca in tutti gli operatori sanitari la cultura della sicurezza e le relative metodologie; passo successivo è la raccolta dati (la cosiddetta mappatura del ri-

schio) che può essere fatta sia direttamente con un sistema di incident reporting (segnalazione volontaria degli errori, degli eventi sentinella o dei near miss o quasi errori) sia indirettamente utilizzando specifici set di indicatori.

Elemento basilare di tutte le metodiche per la lotta agli errori è, per la delicatezza estrema del tema e le possibili ed importanti ripercussioni legali, la condivisione delle scelte da parte di tutti gli operatori sanitari; qualsiasi approccio impositivo è sicuramente parziale e destinato comunque al fallimento.

La fase successiva tipicamente operativa può essere suddivisa in due approcci principali:

Retrospettiva: il principale strumento è Root Cause Analysis (analisi delle cause radice) in cui si analizzano, a posteriori e con una specifica metodologia, tutte le cause organizzative, gestionali e professionali che direttamente od indirettamente hanno creato le condizioni e condotto ad un dato errore. Successivamente vengono messi in atto dei progetti di miglioramento per superare i punti critici messi in evidenza.

Preventiva per mezzo della tecnica HFMECA o Hospital Failure Mode Effect Critical Analysis (analisi dei modi di errore e degli effetti) in cui si determina il profilo di rischio di un processo (ad esempio la terapia farmacologica); tale processo viene suddiviso in modo estremamente analitico in tutti i suoi sottoprocessi e per ognuno di essi il

gruppo di lavoro assegna, con una specifica metodologia, uno score di rischio, di gravità e di individuabilità dell'errore (mappatura del rischio). Vengono così messe in evidenza tutte le potenziali condizioni che possono portare ad un errore e su questa base vengono messi in atto degli specifici progetti di miglioramento.

Altro elemento ineludibile per un approccio concreto al problema dell'errore è la multidisciplinarietà: non è infatti solo del medico o solo dell'infermiere che commettono l'errore ma vi è quasi sempre una condivisione reale, diretta od indiretta delle responsabilità e delle condizioni che hanno condotto all'errore.

È evidente come ciò non significhi la deresponsabilizzazione degli operatori qualora vi sia una responsabilità oggettiva e diretta, ma la chiamata in causa di ampissimi settori organizzativi e gestionali da sempre sfuggiti ad ogni controllo. È infatti dimostrato che alla base della maggior parte degli errori vi è un problema organizzativo prima e culturale poi.

Le tecniche di risk management consentono di individuare e quantizzare anche questi livelli di responsabilità.

L'errore ha ovviamente anche una relevantissima, oggettiva e giustificata valenza medico legale; è però fondamentale non limitare il risk management ai soli aspetti legali ed assicurativi (e quindi economici, passivi e difensivi) perché per-

derebbe quella valenza innovativa e costruttiva essenziale alla soluzione del problema, spingerebbe verso la medicina difensiva (che non difende però in realtà nessuno) e si allontanerebbe dalle valenze squisitamente professionali ed organizzative vitali per tutti noi.

È quindi evidente come l'approccio all'errore, per quanto riguarda anche e soprattutto il nostro paese, non possa prescindere da un profondo cambiamento culturale e ad importanti miglioramenti in campo professionale (ed in questo ambito il ruolo delle società scientifiche è fondamentale), non possa non passare da una consapevole condivisione di tutti gli operatori, non possa non utilizzare una metodologia rigorosa, non possa avere solo valenze difensive, economiche, medico legali ed assicurative (la difesa avviene sempre dopo l'errore ma non lo evita, la prevenzione è inoltre economicamente vantaggiosa).

Mettere in atto le procedure descritte dipende in realtà solo in piccola parte da altri ed in massima parte da noi quali diretti responsabili della sicurezza dei pazienti (oltre che nostra). Rinviare scelte difficili sarà possibile ancora per qualche tempo; quando il problema raggiungerà valenze sociali, mediatiche e soprattutto economiche non più sostenibili (l'esperienza degli USA è illuminante) il rischio di passare da attori a semplici spettatori del cambiamento del sistema diverrà concreto.

CALABRIA

DI MARILENA MATTA



News dalla Calabria

Cardiopatia Ischemica e le donne: diversità cliniche, diagnostiche e terapeutiche. Attualità in tema di Scompenso. Comunicato ANMCO Regionale

In Calabria una donna dedica una intera giornata di lavori scientifici alle donne discutendo un tema che fino a qualche anno addietro era considerato di esclusiva pertinenza del sesso maschile la cardiopatia ischemica. Infatti presso la Casa delle Culture in Cosenza, la Dott.ssa M.T. Manes insieme a F. Boncompagni (Consigliere Nazionale ANMCO), A. Buffon (Primario U.O. Cardiologia di Cosenza), D. Pavon (U.O. S. Vito in Tagliamento) e al Presidente Regionale ANMCO M. Chiatto, ha organizzato un convegno dal tema "Cardiopatia Ischemica e le donne: diversità cliniche, diagnostiche e terapeutiche".

L'incontro ha visto coinvolti i Cardiologi Ospedalieri e territoriali, i MMG, i responsabili delle strutture territoriali, il personale infermieristico nonché i Responsabili dell'Associazione Donne Medico Calabresi. Una giornata "tinta di rosa" il cui scopo fondamentale è stato quello di divulgare informazioni e proporre sistemi operativi per la specifica gestione delle donne cardiopatiche e non in pre e post menopausa. Il corso è stato organizzato in due sessioni: la prima dedicata alla diversità della cardiopatia ischemica, alla sua modalità di pre-

sentazione, responsabile di un ritardato accesso al PS da parte delle donne che sono colpite da attacco cardiaco e una seconda in cui si è dato largo spazio alla valutazione diagnostica e prognostica. Molto apprezzata la proposta Preventiva di spazi dedicati al counseling peri - menopausale nell'ambito della medicina generale o negli Ambulatori cardiologici con l'ausilio del personale specializzato infermieristico.

A Montepaone si è tenuto un incontro dal tema "Attualità in tema di Scompenso" evento organizzato dall'U.O. Dipartimento Cardiologia di Soverato - Chiaravalle.

Sono state due giornate intense dedicate alla tematica dello Scompenso Cardiaco: nella prima giornata si è discusso di gestione integrata tra ospedale e territorio con un simposio congiunto tra medici e infermieri e una seconda giornata esclusivamente rivolta ai Medici per fare il punto sullo stato dell'arte della terapia medica ed elettrica di una patologia in crescente aumento anche in Calabria in sintonia con le stime nazionali.

Un comunicato ANMCO Regionale è stato rivolto a tutti i Soci dal titolo "L'incidenza dello Scompenso Cardiaco è in aumento". Questa comu-

nicazione, a cura del Dott. G. Misuraca e del Dott. M. Chiatto, rivolta ai Cardiologi Ospedalieri di tutta la Regione, mette in risalto l'aumentata incidenza di questa patologia facendo un'analisi accurata dei costi che assorbe circa il 2% della spesa sanitaria totale dei paesi occidentali. Nel comunicato si evidenziano i risultati conseguiti per la cura di questi pazienti con terapie che contrastano l'evoluzione della malattia e con la riduzione dei ricoveri. Fondamentale, perciò, si legge nella lettera, l'intervento preventivo mirato a conoscere malattie familiari che ci consentono di individuare i soggetti malati ai primi segni di alterazione della funzione cardiaca. La Sezione Regionale ANMCO Calabria sta decidendo perciò un piano operativo integrato con Cardiologi, Medici Internisti, Geriatri, MMG, e Specialisti ambulatoriali per individuare all'interno di ogni ospedale la figura di un Referente per attivare un Ambulatorio Dedicato e stabilire contatti con altri reparti dell'ospedale e i MMG.

Questo sicuramente prevede un investimento di risorse ma sarà un'occasione di crescita per i Cardiologi e una migliore qualità di vita e assistenza per gli ammalati affetti da questa patologia.

CAMPANIA

DI FILIPPO GATTO



Grande successo a Paestum dell'ottava edizione de "Il Cuore, oggi e domani"

Ha avuto luogo il 6 e 7 ottobre 2005, nella splendida cornice del Centro Congressi dell'Hotel Ariston di Paestum (SA) l'8° Corso di aggiornamento in Medicina Cardiovascolare "Il Cuore, oggi e domani 2005" promosso dalla U.O. Utic - Cardiologia dell'Ospedale "S. Luca" ASL SA/3 di Vallo della Lucania.

La presenza di oltre 2.000 partecipanti conferma l'attenzione assai viva nel mondo sanitario verso le problematiche cardiologiche. L'iniziativa rivolta a Cardiologi, Internisti, Medici di Urgenza, continuità assistenziale e a personale infermieristico interessato alla Cardiologia, è caratterizzata dalla messa a punto, scientificamente rigorosa ma anche realisticamente pratica delle conoscenze e dei traguardi raggiunti dalla Cardiologia, ma al tempo stesso una esplorazione sulle questioni che caratterizzeranno il futuro.

È per dirla con una metafora, ricordando il logo della manifestazione, un tuffo sulle certezze e i dubbi di oggi, ma anche uno slancio verso il domani, così ricco di innovazioni,



Tomba del Tuffatore, Paestum, 480 a. C.

problemi e prospettive. I lavori del Convegno sono stati introdotti dal Dott. Giovanni Gregorio, Direttore del Dipartimento Cardiovascolare ASL SA/3, dal Dott. Vincenzo Paesano, Responsabile Ufficio Formazione ASL SA/3, dal Dott. Pantaleo Palladino, Direttore Sanitario ASL SA/3 e dal Dott. Claudio Furcolo, Direttore Generale dell'ASL SA/3.

L'iniziativa si è articolata in 28 sessioni che hanno visto il coinvolgimento di 48 moderatori, 54 relatori e 2 letture magistrali.

Gli argomenti trattati hanno spaziato dalla prevenzione all'organizzazione, dalla diagnostica alla terapia, dalla cardiologia interventistica, coronarica e non, all'aritmologia.

Apposite sessioni hanno riguardato problematiche infermieristiche in Cardiologia.

Sin dall'inizio, vista la grande affluenza e la partecipazione attiva, si ha avuto la sensazione che le scelte dell'organizzazione relative agli argomenti e l'altissimo livello dei relatori, abbiano incontrato l'interesse e la curiosità dei partecipanti e premiato lo sforzo e i sacrifici degli or-

ganizzatori.

Non è infatti casuale che entrambe le sale in cui si svolgevano i lavori, siano rimaste affollate fino all'ultima sessione, nonostante su tutti pesassero due intere giornate intense di lavori ininterrotti.

Le conclusioni alla fine delle due giornate del Corso sono state tratte dal Presidente del Congresso, Dott. Giovanni Gregorio, dal Presidente Nazionale dell'ANMCO Dott. Giuseppe Di Pasquale e dall'Assessore Regionale alla Sanità della Campania Prof. Angelo Montemarrano.

Sul piano organizzativo tutto o quasi si è svolto regolarmente grazie al grande lavoro ed impegno del personale medico ed infermieristico del Dipartimento cardiovascolare dell'ASL SA/3 di Vallo della Lucania.



Ultimo tango per l'Italian Heart Journal Nasce il Journal of Cardiovascular Medicine

Intervista di Francesco Bovenzi a Gian Luigi Nicolosi

di FRANCESCO BOVENZI

Nei giorni in cui sta per essere pubblicato dal prestigioso editore internazionale Lippincott Williams & Wilkins il primo numero dell'atteso Journal of Cardiovascular Medicine parliamo con Gian Luigi Nicolosi, primo Editor del nuovo Giornale.

Le sue parole ci aiuteranno a capire di più le motivazioni e gli obiettivi dell'importante scelta editoriale decisa dalla Federazione Italiana di Cardiologia.

Come nasce il Journal of Cardiovascular Medicine e come si potrà contribuire ad accrescere l'autorevolezza tramandata dall'Italian Heart Journal?

La nascita del Journal of Cardiovascular Medicine (o JCM) è stata inizialmente motivata e condizionata da esigenze molto "banali", per così dire, ma essenzialmente di sopravvivenza. L'Italian Heart Journal in inglese non poteva infatti essere più sostenuto per la pubblicazione dall'attuale Publisher CEPI (che continuerà la pubblicazione in italiano del "neonato" Giornale Italiano di Cardiologia). L'Editore CEPI ha dato infatti la sua disponibilità a continuare la pubblicazione in inglese solo fino al dicembre 2005.

La Federazione Italiana di Cardiologia ha quindi ritenuto di affidare congiuntamente a Giuseppe Ambrosio, Editor della parte italiana, e al sottoscritto l'arduo compito di valutare la possibilità di reperire un altro publisher internazionale, potenzialmente interessato a questa nuova iniziativa editoriale. In qualche modo inaspettatamente l'interesse suscitato è stato notevole e si sono presentati in competizione ben tre Publishers di livello Internazionale, fra i quali la Federazione Italiana di Cardiologia, insieme a noi due Editors, ha scelto Lippincott.

Questo primo risultato, che ritengo fortemente positivo, dipende probabilmente da diversi fattori: in parte dall'autorevolezza già acquisita dall'Italian Heart Journal, in parte dalla considerazione che viene riposta a livello internazionale nella Federazione Italiana di Cardiologia, in parte forse anche dal nuovo taglio editoriale che ha accompagnato le

trattative con i publishers. È quindi verosimile che tale autorevolezza potrà accrescersi se tutte queste componenti continueranno a partecipare in maniera attiva, determinata e continuativa al sostegno dell'iniziativa.

Cosa differenzia Journal of Cardiovascular Medicine dall'Italian Heart Journal?

Il passaggio da Italian Heart Journal al Journal of Cardiovascular Medicine significa fondamentalmente l'acquisizione di un nuovo strumento editoriale potenzialmente capace di esprimersi e diffondersi a livello della audience cardiologica internazionale e non solo in Italia.

Questo offre la grande opportunità di una "vetrina" internazionale per la ricerca e i lavori scientifici italiani, ma anche



Un ultimo tango

offre alla cardiologia estera un nuovo potenziale mezzo di diffusione scientifica, sia in Italia che all'estero.

Quali le novità dell'impianto grafico, strutturale e dell'organizzazione editoriale?

Lippincott ha molto curato il lancio di JCM a livello internazionale, partendo dal recente Congresso Europeo di Stoccolma. Si è così arrivati a una nuova copertina sui toni dell'azzurro, che riporta l'uomo di Leonardo in una nuova veste grafica. Viene riportata in copertina la continuità con Italian Heart Journal (formerly Italian Heart Journal). JCM viene definito in copertina come l'organo ufficiale della FIC (SIC e ANMCO) e della Società Italiana di Chirurgia Cardiaca. JCM avrà un suo sito (in attivazione) che sarà in continuità con il sito dell'Italian Heart Journal.

Tutto il lavoro editoriale sarà organizzato per via telematica attraverso un Editorial Manager a cui chiunque potrà accedere come Autore (se desidera inviare lavori scientifici) o come Revisore, se deve valutare e commentare qualche lavoro affidato dalla Redazione. Viene in tal modo praticamente abolita la necessità di inviare materiale cartaceo, con ovvie facilitazioni per gli Autori e i Revisori.

L'altro elemento determinante è stata la organizzazione del Recapito e della Segreteria Editoriale a Firenze, presso Via La Marmora 36, con l'affidamento della Segreteria di Redazione alla Sig.ra Franca Lorefice, persona di grande professionalità ed esperienza, che già lavora da tempo in sede di Segreteria ANMCO, e che ha accettato con determinazione ed entusiasmo questa nuova sfida.

Come pensi di guidare il cambiamento dei contenuti per superare la competizione con le altre Riviste internazionali.

Questa è stata una preoccupazione molto presente fin dall'inizio del percorso di JCM. Ma fin dall'inizio si è chiaramente cercata una via editoriale innovativa. L'analisi accurata degli indici di molte riviste prestigiose della letteratura internazionale dimostra infatti che molte di esse riportano spesso lavori la cui ricaduta pratica non è così immediata. In molte di tali situazioni il messaggio è spesso in qualche modo contenuto o limitato e comunque talora scarsamente applicabile alla realtà clinica quotidiana e alle esigenze decisionali sul malato.

Si è quindi delineata l'esigenza di un giornale più concreto, più vicino alla "vita reale" della decisione clinica sul malato, anche con le sue contraddizioni e i suoi contrasti e le sue molteplici sfaccettature, spesso al di là e oltre la "religione" dell'Evidence Based Medicine. Ciò è stato in parte anche approfondito nell'Editorial Corner, a firma di Giuseppe Ambrosio e mia, pubblicato sul numero di settembre 2005

dell'Italian Heart Journal.

A testimonianza di tale impostazione sono però anche i numeri mensili già pubblicati nel corso del 2005 in collaborazione con diverse Società Scientifiche Specialistiche e Gruppi di Studio che hanno condiviso con entusiasmo l'iniziativa. Tale percorso è ancora attivo e porterà a ulteriori sviluppi.

Come saranno reclutati i Revisori? Se uno di loro ti leggesse: cosa gli vorresti raccontare o magari raccomandare.

I Revisori sono la ricchezza di un Giornale, così come i suoi Lettori e i suoi Autori, ma è sempre molto difficile valorizzare il loro lavoro e il loro impegno. Va d'altra parte detto che i Revisori sono molto eterogenei. C'è chi si offende se non viene invitato: ma in genere si tratta di chi poi ha talmente tanti impegni da essere indisponibile per definizione. Talora è così impegnato da far passare settimane prima di comunicare la propria indisponibilità.

Credo che ciò dovrà cambiare. JCM è una occasione troppo importante per tutti i cardiologi, in quanto JCM può essere davvero un'arena sempre più a disposizione dei giovani di cultura e di scienza, disponibili a un lavoro accurato, in tempi accettabili, ma senza acredine o massimalismi, con disposizione costruttiva (ed "educativa") verso gli altri e il loro lavoro. Sono a caccia di questo tipo di revisori e spero che mi verranno segnalati dalle Società, dai Gruppi di Studio, dalle Regioni, ecc.

Dice in una delle sue più belle canzoni Ivano Fossati: "Dicono che c'è un tempo per seminare e uno che hai voglia di aspettare". Come ed in quanto tempo pensi si riuscirà a raggiungere l'obiettivo dell'Impact Factor? Scrivi un numero magico e indica il tempo necessario per raggiungerlo.

Vorrei poter dare una risposta secca, ma non voglio riportare tempi non credibili.

In realtà Lippincott sa tutta la nostra determinazione per raggiungere questo obiettivo ed è al nostro fianco per aiutarci a raggiungerlo. Speriamo di poter recuperare la storia di Italian Heart Journal e del passato: questo potrebbe farci bruciare le tappe... cross the fingers!!!

Come intendi far superare l'ambito scientifico nazionale conciliandone l'auspicato coinvolgimento attivo di altre Società Scientifiche Italiane?

Questo fino ad ora non è stato un problema e spero non lo diventerà per il futuro.

Le Società di Settore e i Gruppi di Studio hanno molto compreso l'iniziativa di JCM e hanno coinvolto anche

Autori e Specialisti provenienti dall'audience internazionale: il lavoro che ne è scaturito è stato davvero molto proficuo e collaborativo. Vedremo cosa riserverà il futuro!

In fondo, senza voler apparire iconoclasta o eretico, bisognerà anche vedere come saremo capaci di far crescere la Federazione Italiana di Cardiologia, come momento di aggregazione "universale".

In quale misura la più forte maturazione federativa in ambito FIC ha contribuito alla nascita del Giornale.

È stata determinante, come anche ho espresso più volte durante questa intervista. È essenziale che il sostegno della FIC alle sue due testate, *Journal of Cardiovascular Medicine* e *Giornale Italiano di Cardiologia* continui ad essere totale, determinato, costante e qualificato.

Come verrà finanziato il Giornale?

Come autofinanziamento d'impresa da parte della Lippincott e, come già di recente accadeva per l'*Italian Heart Journal*, da una piccola parte delle quote associative delle Società Scientifiche di cui il giornale è l'organo ufficiale.

Web & Journal of Cardiovascular Medicine: dalla facile accessibilità ai testi, all'immagine che lo proietterà nel mondo. È così?

Certamente, come ho già espresso in precedenza. In più JCM sarà parte della piattaforma editoriale Ovid di Lippincott.

Ospedale e giovani, un difficile binomio che viviamo in ANMCO. In che modo il giornale potrà contribuire ad accrescere il loro coinvolgimento associativo.

Diventando Revisori, come sopra indicato. Leggendo e partecipando di più all'attività editoriale. E poi bisogna scrivere di più.

Diventare Autore è una vera grande scuola per ogni cardiologo, in qualsiasi settore si trovi ad operare. E poi non c'è bisogno di scrivere da soli: l'attività scientifica può aiutare anche a collegare istituzioni, settori, competenze e ricchezze scientifiche diverse e complementari. È difficile, molto difficile. Tutti siamo oberati dal lavoro, ma occorre iniziativa, fantasia, innovazione e creatività! ... Per non morire...



Foto web

Cosa pensi sia più importante nella formazione dei giovani?

Valorizzare il vantaggio di essere giovani e non vivere alla giornata o lasciarsi travolgere dal lavoro ripetitivo e acritico. È necessario farlo comprendere ai "Capi" e ritagliarsi spazi di pensiero, di curiosità e di creatività. Da dove può venire il futuro se non dai giovani?

Il reale "ritorno al futuro" lo scopriamo con la rinascita della gloriosa testata ANMCO il Giornale Italiano di Cardiologia che sostituirà l'Italian Heart Journal Supplement, pubblicato da CEPI e con Editor Giuseppe Ambrosio. Come le due nuove testate indipendenti potranno interagire.

Sono due facce della stessa realtà; sono complementari: possono costituire il contrappunto e una diversa opportunità sempre in linea con quanto dicevamo prima.

Famiglia, tempo libero, ospedale e giornale: un'inconciliabile distribuzione del tempo che nulla toglie. Tra comprensioni, rinunce e compromessi racconta ai Lettori i segreti per affrontare il faticoso impegno.

Il mio tempo libero è la Famiglia. Per il resto ... ancora mi diverto!

L'ANMCO si identifica tra i più fedeli Lettori che avrà il *Giornale Italiano di Cardiologia* ed il *Journal of Cardiovascular Medicine*. "Cardiologia negli Ospedali", il Consiglio Direttivo, la Segreteria Generale, così come tutti gli organi e organismi associativi dell'ANMCO augurano un grande successo editoriale, consapevoli delle responsabilità e della dedizione dedicata a questa difficile nuova sfida culturale.

ACCESSO ALLA DIREZIONE DI STRUTTURA COMPLESSA

di Giovanni Gregorio

*Non è detto che gli intelligenti arrivino in alto
e gli stupidi rimangano in basso.
Ascesa e caduta non costituiscono affatto
un processo razionale*

VIRGINIA WOOLF, *Le Tre Ghinee*

Tra gli elementi di novità introdotti dalla Legge di Riforma Sanitaria vi è senz'altro quello concernente l'accesso alla Direzione di Struttura Complessa, che avviene non più attraverso un concorso e con rapporto di lavoro a tempo indeterminato ma si realizza attraverso un avviso ed una selezione che porta ad un elenco di idonei, tra i quali il Direttore Generale sceglie per l'attribuzione di un incarico che è a tempo determinato.

Le Fonti Normative

Sono essenzialmente rappresentate dal:

- D.lvo 30.12.1992 n° 502, così come modificato dal D.lvo n° 517.93 e dal D.lvo n° 229.1999.
- DPR 10 dicembre 1997 n° 484 "Regolamento recante la determinazione dei requisiti per l'accesso alla direzione sanitaria aziendale e dei requisiti e dei criteri per l'accesso al secondo livello dirigenziale per il personale del ruolo sanitario del Servizio Sanitario nazionale".
- Ulteriori indicazioni sono contenute nella Circolare

n°1221 del 10 maggio 1996 del Ministero della Sanità Art. 15 del decreto legislativo n° 502/1992 e successive modifiche. Incarico di dirigente del ruolo sanitario di secondo livello.

Le Tappe dell'accesso alla Direzione di Struttura Complessa

Il processo che porta alla selezione degli aspiranti ad incarico di struttura complessa si articola in diversi momenti (Figura 1) che possono essere schematizzati nel modo seguente:

- esistenza di un posto di Direttore di Struttura Complessa vacante
- pubblicazione dell'avviso sul Bollettino Ufficiale della Regione e sulla Gazzetta Ufficiale
- domanda di partecipazione
- costituzione della Commissione
- ammissione dei candidati
- Colloquio
- Elenco degli idonei
- Nomina del vincitore.

Requisiti

L'accesso alla Direzione di Struttura Complessa (Figura 2) è riservato a coloro che sono in possesso dei seguenti requisiti:

- a) laurea in medicina e chirurgia ed iscrizione all'albo professionale;
- b) anzianità di servizio di sette anni, di cui cinque nella disci-

Le tappe di Accesso alla Direzione di Struttura Complessa

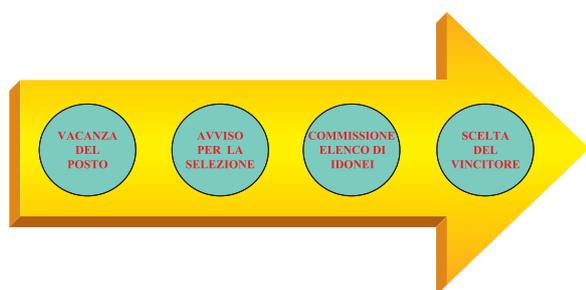


Figura 1

Requisiti per l'accesso alla Direzione di Struttura Complessa



Figura 2

TABELLA I DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

Al Direttore Generale
dell'Azienda Sanitaria Buona Sanità
p.zza Della Salute
XZYT BELPAESE

Il sottoscritto Edmondo Cor **chiede** di essere ammessa a partecipare all'avviso pubblico per il conferimento dell'incarico di Direttore di Struttura Complessa di Cardiologia da codesta ASL e pubblicato integralmente sul BURC n. 49 del 18/10/2004 ed, in estratto, sulla GU della R.I. - IV° Serie Speciale n. 92 del 19/11/2004. A tal fine dichiara sotto la propria personale responsabilità:

a) di essere nata a BELPAESE (LI) il XX/XX/YXYX di essere residente a BELPAESE in via NUOVA CARDIOLOGIA 80 C.A.P. XYXYXY;

b) di essere in possesso della cittadinanza italiana;

c) di essere iscritta nelle liste elettorali del Comune di BELPAESE;

d) di non aver riportato condanne penali;

e) di essere in possesso del Diploma di Laurea in MEDICINA E CHIRURGIA conseguito il XX/XX/XXXX presso UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI BUONAUNIVERSITÀ e dell'Abilitazione all'esercizio della professione di MEDICO-CHIRURGO;

f) di essere in possesso dei seguenti requisiti specifici richiesti per la ammissione all'avviso: (Iscrizione all'Albo dell'Ordine dei Medici della Prov. di BELLAPROVINCIA - anzianità di servizio nella disciplina a concorso di anni 14 (quattordici), Specializzazione in Cardiologia Curriculum documentato come previsto al del bando);

g) di aver assolto agli obblighi militari;

h) di aver prestato servizio:

- Dal XX/XX/YXYX al XX/XX/YXYX in qualità di assistente medico (area funzionale di Medicina) di ruolo presso la Divisione di Cardiologia dell'Ospedale Buona Sanità con rapporto di lavoro a tempo pieno

- Dal XX/XX/YXYX alla data odierna in qualità di Dirigente Medico di ruolo presso la Divisione di Cardiologia dell'Ospedale Buona Sanità con rapporto di lavoro a tempo pieno con rapporto di lavoro esclusivo;

i) che il domicilio presso il quale deve essere fatta, ad ogni effetto, ogni necessaria comunicazione inerente l'avviso è il seguente: Dott. EDMONDO CORI Via NUOVA CARDIOLOGIA BELPAESE CAP XYXYXY

Dichiara, altresì, di aver preso conoscenza del bando, come sopra pubblicato, e di accettare senza riserve le prescrizioni e le precisazioni in esso contenute. La sottoscritta allega alla presente la seguente documentazione specificatamente richiesta dal bando: Iscrizione all'Ordine dei Medici - Certificato di servizio e/o Specializzazione - Curriculum datato e firmato, e corredato dalla documentazione richiesta dal bando - Elenco delle pubblicazioni presentate - Elenco cronologico di tutte le pubblicazioni prodotte ed edite a stampa).

Il sottoscritto allega, inoltre, n. XX titoli. Tutta la documentazione presentata è indicata nel prescritto elenco dei documenti, accluso in triplice copia alla presente domanda, datato e firmato.

BELPAESE 1 OTTOBRE 2005

FIRMA

plina o disciplina equipollente, e specializzazione nella disciplina o in una disciplina equipollente ovvero anzianità di servizio di dieci anni nella disciplina;

c) curriculum ai sensi sia documentata una specifica attività professionale ed adeguata esperienza. L'aspirante all'incarico di Direzione di Struttura Complessa deve aver svolto una specifica attività professionale nella disciplina stessa

dimostrando di possedere una casistica di specifiche esperienze e attività professionali come stabilito, per ogni disciplina e categoria professionale, con decreto del Ministro della Sanità, sentito il Consiglio Superiore di Sanità. Le casistiche devono essere riferite al decennio precedente alla data di pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana dell'avviso per l'attribuzione dell'incarico



Figura 3



Figura 4

e devono essere certificate dal direttore sanitario sulla base della attestazione del Direttore del competente dipartimento o unità operativa della unità sanitaria locale o dell'azienda ospedaliera. Il DPR 484/1997 esclude che tale attestato possa essere autocertificato;

d) attestato di formazione manageriale, il cui possesso non è richiesto fino all'espletamento del primo corso di Formazione Manageriale.

La Domanda di Partecipazione

La Domanda di partecipazione all'Avviso deve essere prodotta nei termini e con le modalità previste dal Bando, tenendo presente che la mancanza di uno solo dei requisiti o la incompleta certificazione porta alla non ammissione al colloquio.

Uno schema di domanda è riportato nella Tabella I.

Nella Tabella II è riportata la Sintesi dei documenti che vanno allegati alla domanda di partecipazione.

La Commissione

La Commissione per la Selezione (Figura 3) è nominata dal Direttore Generale dell'Azienda ed è composta dal Direttore Sanitario, che la presiede, e da due dirigenti dei ruoli del personale del Servizio Sanitario Nazionale, preposti ad una struttura complessa della Disciplina oggetto dell'incarico, uno dei quali indicato dal Collegio di Direzione Strategica dell'Azienda e nei casi in cui non sia stato costituito dal Consiglio dei Sanitari ed uno nominato dal Direttore Generale.

La Commissione ha il compito:

- a) di ammettere i candidati al colloquio verificandone il possesso dei requisiti;
- b) di accertare l'idoneità dei candidati sulla base del colloquio e della valutazione del curriculum professionale.

Criteri sul colloquio ed il curriculum professionale

La Commissione (Figura 4) accerta l'idoneità dei candidati

sulla base del colloquio e della valutazione del curriculum professionale.

Il colloquio è diretto:

- 1) alla valutazione delle capacità professionali del candidato nella specifica disciplina con riferimento anche alle esperienze professionali documentate;
- 2) all'accertamento delle capacità gestionali, organizzative e di direzione del candidato stesso con riferimento all'incarico da svolgere.

I contenuti del curriculum professionale concernono le attività professionali, di studio, direzionali-organizzative, con riferimento:

- a) alla tipologia delle istituzioni in cui sono allocate le strutture presso le quali il candidato ha svolto la sua attività e alla tipologia delle prestazioni erogate dalle strutture medesime;
- b) alla posizione funzionale del candidato nelle strutture ed alle sue competenze con indicazione di eventuali specifici ambiti di autonomia professionale con funzioni di direzione;
- c) alla tipologia qualitativa e quantitativa delle prestazioni effettuate dal candidato;
- d) ai soggiorni di studio o di addestramento professionale per attività attinenti alla disciplina in rilevanti strutture italiane o estere di durata non inferiore a tre mesi con esclusione dei tirocini obbligatori;
- e) alla attività didattica presso corsi di studio per il conseguimento di diploma universitario, di laurea o di specializzazione ovvero presso scuole per la formazione di personale sanitario con indicazione delle ore annue di insegnamento;
- f) alla partecipazione a corsi, congressi, convegni e seminari, anche effettuati all'estero, valutati come di seguito indicato, nonché alle pregresse idoneità nazionali. Il DPR 484 considera corsi di aggiornamento tecnico-professionale i corsi, i seminari, i convegni ed i congressi che abbiano, in tutto o in parte, finalità di formazione e di aggiornamento professio-

TABELLA II ELENCO DOCUMENTI E TITOLI PRESENTATI

Allegato	Oggetto Allegato	Tipologia
1	Certificato di Laurea	Certificato in Copia Autentica con Autocertificazione
2	Certificato di Abilitazione Professionale	Certificato in Copia Autentica con Autocertificazione
3	Iscrizione all'albo professionale	Originale
4	Certificato di Servizio	Originale
5	Curriculum	Originale
6	Certificato qualiquantitativo delle prestazioni	Originale
7	Certificato di docenza	Originale
8	Partecipazione al VI Congresso di Cardiologia con ECM	Certificato in Copia Autentica con Autocertificazione
9	Partecipazione al 7° Congresso di Cardiologia senza ECM	Certificato in Copia Autentica con Autocertificazione
10	Partecipazione come relatore al seminario Nuova Cardiologia	Certificato in Copia Autentica con Autocertificazione
11	Elenco Cronologico delle Pubblicazioni	Originale
12	Elenco delle Pubblicazioni Allegate	Originale
13	Pubblicazione: La Cardiopatia Ischemica	Originale
14	Pubblicazione: Lo Scompenso Cardiaco	Originale
15	Elenco dei documenti autocertificati	Originale

nale e di avanzamento di ricerca scientifica con riguardo agli eventi accreditati per l'Educazione Continua in Medicina. Nella valutazione del curriculum è presa in considerazione, altresì, la produzione scientifica strettamente pertinente alla disciplina, pubblicata su riviste italiane o straniere, caratterizzate da criteri di filtro nell'accettazione dei lavori, nonché il suo impatto sulla comunità scientifica.

I contenuti del curriculum, esclusi quelli riguardanti la tipologia quali - quantitativa delle prestazioni e le pubblicazioni, possono essere autocertificati dal candidato ai sensi della legge 4 gennaio 1968, n. 15, e successive modificazioni.

Prima di procedere al colloquio e alla valutazione del curriculum la commissione stabilisce i criteri di valutazione tenuto conto delle specificità proprie del posto da ricoprire. La commissione, al termine del colloquio e della valutazione del curriculum, stabilisce, sulla base di una valutazione complessiva, la idoneità del candidato all'incarico.

La Commissione non può prendere in considerazione titoli non documentati formalmente.

Il giudizio riferito al Curriculum deve essere adeguatamente motivato in relazione ai singoli elementi documentali che sono stati presi in considerazione e che hanno contribuito a determinarlo.

La predisposizione dell'elenco degli idonei deve essere accompagnato da un giudizio complessivo motivato con particolare riferimento alla preparazione professionale, alla

capacità di direzione e organizzativa, evitando, comunque, di formulare una graduatoria.

Il Direttore Generale opera la sua scelta sulla base del parere della Commissione e quindi deve poter disporre di tutti gli elementi di valutazione che consentono tale scelta.

Attribuzione dell'incarico

L'attribuzione dell'incarico è effettuato dal Direttore Generale nell'ambito della rosa di idonei predisposta dalla Commissione.

L'incarico ha durata da cinque a sette anni ed è rinnovabile anche per periodi inferiori.

Conclusioni

L'attuale sistema di selezione dei Direttori di Struttura Complessa consente ampi margini di discrezionalità al Direttore Generale, che può operare la scelta in totale dissenso rispetto al giudizio espresso dalla Commissione.

Questo spiega la eccessiva e spesso deleteria politicizzazione registratasi in talune situazioni.

La riforma del sistema di selezione dei Direttori di Struttura Complessa, all'esame del Parlamento, restringe, anche se non vincola. La scelta del Direttore Generale ad una terna individuata dalla Commissione.

Meglio sarebbe se la scelta fosse rigidamente vincolata alla terna proposta dalla Commissione.

PROTOCOLLI E TECNOLOGIA: DE PROFUNDIS PER LA CLINICA?

L'impiego di protocolli e il ricorso alla tecnologia tendono a incentivare comportamenti "automatici" che favoriscono la rinuncia agli strumenti clinici tradizionali

di Paolo Bocconcelli

Valentino Rossi: "The Doctor", non a caso. L'intelligenza, la capacità organizzativa del team, l'osservazione e il ragionamento, l'esperienza, vincono sulla tecnologia. Una macchina data vincente perde con il pilota inadeguato, mentre la macchina data perdente vince se la "testa" che la guida è buona e ben utilizzata.

Un paradigma motociclistico fuor di luogo nella pratica medica? Non credo. In una interessante Lettura pubblicata sul *New England Journal of Medicine* nel 2003, Claude Lenfant del National Heart, Lung, and Blood Institute, di Bethesda (1), sottolinea che, nonostante molti dei risultati della ricerca scientifica, benché trasferiti nelle Linee Guida, si perdano nella pratica medica quotidiana ("lost in translation"), tuttavia lo sviluppo del progresso medico ha condotto ad un guadagno di circa 30 anni di aspettativa di vita dal 1900 al 2000, e di circa 1,5 anni solo nell'ultimo decennio. Il merito principale di tale guadagno è della riduzione di mortalità in campo cardiovascolare e specificamente nell'ambito della patologia ischemica miocardica (Figura 1).

La riduzione di mortalità è poi da ascrivere principalmente al miglioramento delle tecniche terapeutiche piuttosto che alla prevenzione, che sembra tuttora poco efficace. Dunque lo sviluppo tecnologico, che ha caratterizzato gli ultimi 30 anni e che è entrato prepotentemente nelle tecniche di diagnosi e terapia cardiovascolare ha giocato un ruolo importante.

Esiste però un rischio incombente: quello di considerare tutto ciò che è tecnologicamente all'avanguardia, solo per questo risolutore. La tecnologia che cura, poiché è la massima espressione della ricerca, automaticamente è vincente. La macchina più raffinata è quella che fa la diagnosi più sicura, la protesi più sofisticata è quella che guarisce meglio.

Questo luogo comune ovviamente genera il suo opposto: tutto ciò che non è al passo coi tempi (leggi altamente computerizzato, softwareizzato, digitalizzato ecc. ecc.) è reativo, superato, obsoleto praticamente inutile. Allora le mani, la vista, le orecchie, l'osservazione clini-

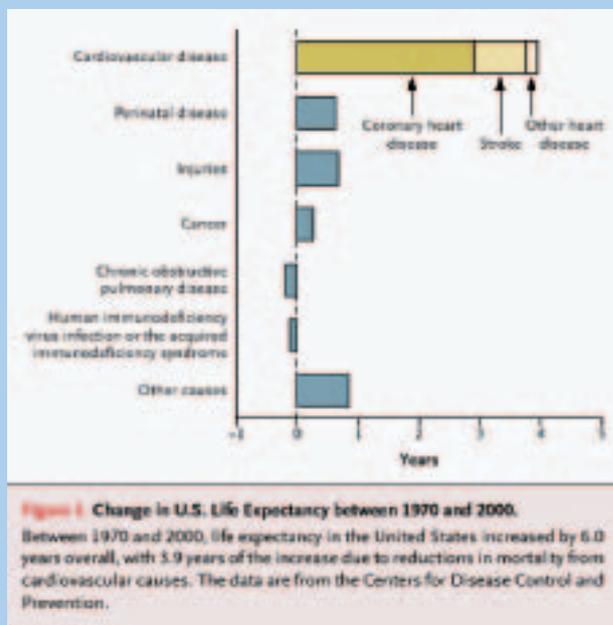


Figura 1

ca, l'esperienza, l'ATTENZIONE e l'ASCOLTO (accuratezza dell'anamnesi) verso il paziente sono obsoleti? Il ragionamento clinico, poiché è fatto con il "vecchio" cervello, è fuori moda? Talvolta purtroppo è così: soprattutto i più giovani (ma anche qualche "anziano" abbagliato dalle luci della tecnologia) sono portati a privilegiare lo strumento sofisticato di indagine o di terapia, ad applicare acriticamente protocolli, rinunciando ai "vecchi" strumenti clinici. In uno studio osservazionale effettuato presso il Dipartimento di Medicina del Rush Medical College di Chicago (2) è dimostrato che, in un soggetto su quattro (26%) ammessi in ospedale, l'esame fisico iniziale è determinante per la diagnosi definitiva e le conseguenti misure terapeutiche.

I risultati di questo studio si avvicinano a quelli relativi agli studi autoptici, nei quali il 21-25% dei pazienti presenta rilievi obiettivi post mortem decisivi per la diagnosi. Questo parallelismo, a detta dell'Autore, non sorprenderà i Clinici esperti, i quali ritengono che un atten-

to esame obiettivo e anamnestico, come un'autopsia, li aiuti tanto oggi come nel passato: tuttavia i risultati di questa indagine osservazionale suggeriscono che l'esame fisico, a differenza dell'autopsia, può essere d'aiuto non solo al medico, ma anche al paziente! È indubbiamente più utile al paziente non giungere all'autopsia e cercare di fare per lui qualcosa prima.

Ma l'abbaglio tecnologico che trascura l'attenzione clinica può essere pericoloso: in una review del Medicare statunitense in cinque Stati degli USA distribuiti geograficamente in modo casuale è stato rilevato che l'angioplastica percutanea coronarica è stata praticata in modo inappropriato, mediamente, nel 14% dei pazienti (range, dal 4 al 24%). Similmente, uno studio sulla rivascolarizzazione miocardica chirurgica in quattro differenti Stati americani ha documentato un uso inappropriato del by pass aorto-coronarico nel 10-14% dei pazienti (3). (Quite a lot, it seems, is being lost in translation).

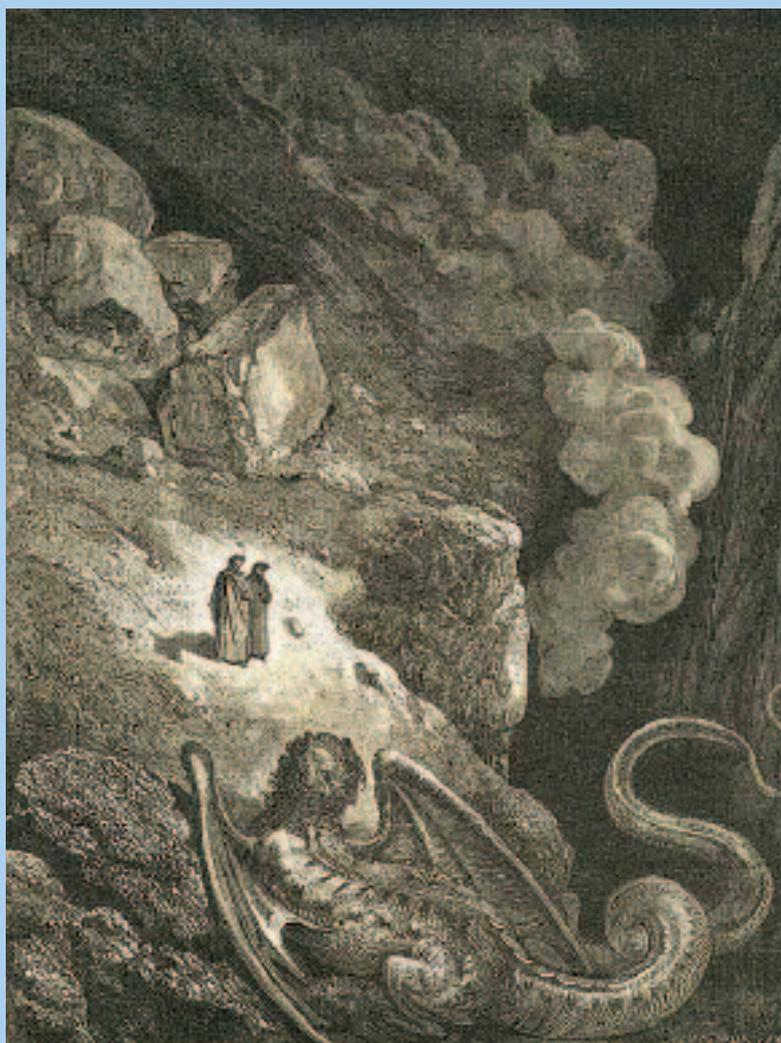
Non differente di sicuro è quanto accade nell'ambito delle tecniche interventive in elettrofisiologia, vedasi in specifico i risultati vantati, e non sempre confermati, dell'ablazione transcateretere con radiofrequenza della fibrillazione atriale (a questo proposito in un editoriale del Prof. J. Salerno di due anni fa veniva sottolineato che "un trattamento non farmacologico della fibrillazione atriale così importante quale l'ablazione transcateretere non merita di essere "bruciato" per la nostra incapacità di selezionare accuratamente la casistica da indirizzare a tale modalità di trattamento, dando origine a un meccanismo indesiderato di learning after burning" (4).

È dunque il momento, probabilmente, di fermarsi a riflettere: se non altro un uso più corretto della tecnologia ci farà risparmiare, e questa mi pare l'epoca giusta per farlo. Il grande potenziale di molti dei recenti progressi in Medicina può essere compiutamente realizzato se accettiamo che le nuove risorse debbano inte-

grare, non sostituire, i vecchi principi e la professionalità ad essi correlata, che tuttora rappresentano il fondamento per il "decision making" sanitario e la cura del paziente (5).

Bibliografia essenziale

1. "Clinical Research to Clinical Practice - Lost in Translation?" - Shattuck Lecture - Claude Lenfant, M.D., N Engl J Med 2003;349:868-74.
2. "Physical examination in the care of medical in patients: an observational study" Brendan M Reilly, Lancet 2003; 362: 1100-05.
3. "Racial differences in cardiac revascularization rates: does 'overuse' explain higher rates among white patients?" Schneider EC, Leape LL, Weissman JS, Piana RN, Gatsonis C, Epstein, AM. Ann Intern Med 2001; 135: 328-37.
4. "Stato dell'arte nell'ablazione transcateretere della fibrillazione atriale" Jorge A. Salerno-Uriarte, Ital Heart J Suppl 2003; 4 (10): 833-837.
5. "Pearls and pitfalls in patient care: need to revive traditional clinical values" Schattner A, Fletcher RH. Am J Med Sci. 2004 Feb;327(2):79-85.

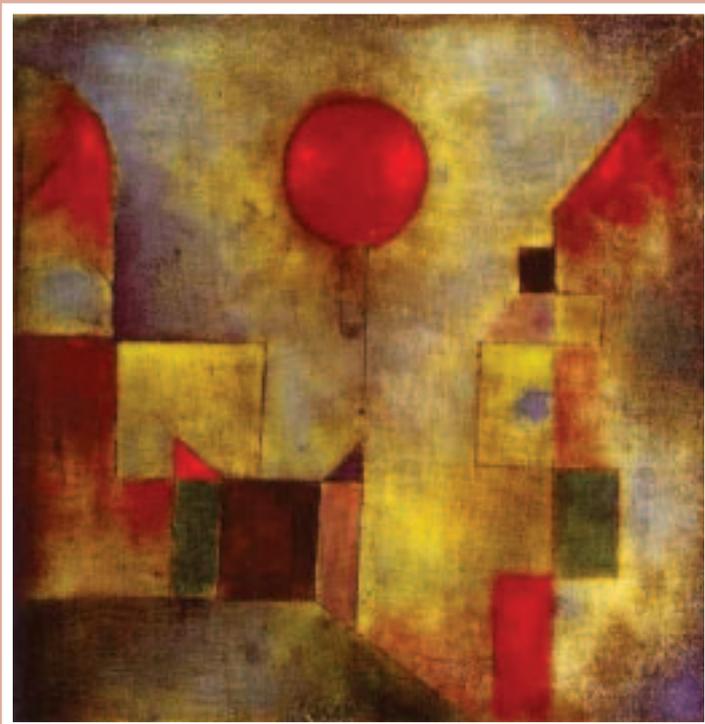


La frode, incisione di Gustav Doré, dalla Divina Commedia di Dante Alighieri (edizione della fine del 1800)

*E quella sozza imagine di froda
sen venne, e arrivò la testa e 'l busto,
ma 'n su la riva non trasse la coda.*

Inferno, c. XXVII, v. 7-9

a cura di FRANCESCO BOVENZI



Paul Klee, *Red Balloon*, 1922

*“Segua ognuno
il battito del suo cuore”.*

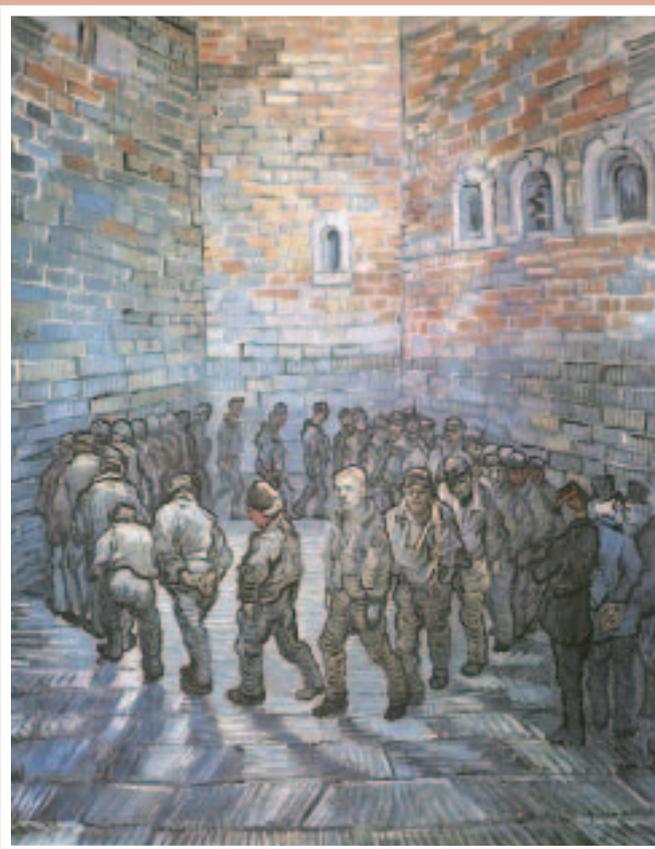
PAUL KLEE

*Aritmia del cuore aiutami a capire
La cadenza spezzata
L'equilibrio perduto
I gesti incontrollati
Le incoerenze senza numero...*

21 GENNAIO 1953

DOM HELDER CÂMARA

MILLE RAGIONI PER VIVERE - CITTADILLA EDITRICE



Vincent Van Gogh, *I Carcerati*, 1890



*La Redazione
di Cardiologia negli Ospedali
augura a tutti un Buon Natale
di pace e serenità
e un Felice Anno Nuovo
ricco di successi professionali*

