



# Cardiologia del Territorio

## Bollettino Telematico dell'A.N.C.E.

<b>PRESENTAZIONE e PRIMA PAGINA</b>	Pag.3
<b>Superate le difficoltà</b> <i>P.V. Santoro - B. T. Il Ritorno R. Guglielmi</i>	
<b>SALUTI e VIDEO SALUTO</b>	Pag.5
<i>V. Panno - E. Contiello - R. Guglielmi</i>	
<b>EDITORIALE</b>	Pag.8
ANCE 2.0, il rinnovamento è nell'aria <i>Riccardo Guglielmi</i>	
<b>OPINIONE</b>	Pag.10
Appropriatezza prescrittiva. Una questione di cultura e responsabilità <i>Riccardo Guglielmi</i>	
<b>SALUTE e SOCIETA'</b>	Pag.11
Professionista sanitario e l'etica della comunicazione <i>Annamaria Venere</i>	
<b>INTERVISTA</b>	Pag. 15
E' la qualità che fa la differenza <i>Antonio Casciello</i>	
<b>LA PAROLA ALL'ESPERTO</b>	Pag. 18
L'Ecocardiografia in Italia, le cinque lettere per una efficace diffusione <i>Paolo Colonna</i>	
<b>AGGIORNAMENTO</b>	Pag. 21
Angiotensin–Nepriylsin Inhibition: il commento di <i>Massimo Romano</i>	Pag. 22
Le novità dallo studio SPRINT <i>Renato Nami</i>	
<b>SALUTE E DIRITTO</b>	Pag. 25
Danno da nascita indesiderata: diritto di non nascere se non sano? <i>Angelo Russo</i>	
<b>VITA ASSOCIATIVA</b>	Pag. 30
<b>Dalle sedi regionali</b> <i>i Segretari regionali - Da Madrid Riccardo Guglielmi</i>	Pag.39
<b>CURIOSITA'</b>	Pag. 44
<b>VETRINA DELLE IDEE</b>	Pag. 45
<b>I NOSTRI EVENTI NAZIONALI</b>	Pag. 46
<b>AUGURI</b>	Pag. 47

Periodico Trimestrale  
Ed. online - Numero 4  
Anno 2015 n°1 Settembre – Dicembre

Data di invio 9 Dicembre 2015



## Note di Segreteria

Il Bollettino Telematico è prodotto prevalentemente dai Soci dell'A.N.C.E. e ha una diffusione interna tra gli iscritti.

Questo è l'attuale staff che provvederà all'organizzazione logistica ed alla realizzazione:



### Direttore Testata Giornalistica

“Bollettino Ufficiale dell’A.N.C.E. Cardiologia del Territorio”

Prof. Pasquale Vittorio Santoro



### Direttore Editoriale-Redattore Capo

Dott. Riccardo Guglielmi

[dott.guglielmi@gmail.com](mailto:dott.guglielmi@gmail.com)



### Capo Ufficio Segreteria

Dott.ssa Laura Vecchi

[segreteria.direzione@ancecardio.it](mailto:segreteria.direzione@ancecardio.it)

## **PRIMA PAGINA**

**Presentazione e saluto del Prof. *Pasquale Vittorio Santoro***

**Direttore Responsabile della testata giornalistica “ Bollettino Ufficiale dell’A.N.C.E. Cardiologia del Territorio” Reg. Tribunale di Roma**



### ***CARDIOLOGIA DEL TERRITORIO: superate le difficoltà***

Riprendono le pubblicazioni on line di “*Cardiologia del territorio*”. Ne siamo felici ed entusiasti. E’ questo, l’inizio di una rinnovata esperienza, che, come ogni momento di passaggio e di rinnovamento, è occasione di crescita ma, non nascondiamocelo, anche fonte di comprensibili difficoltà.

Per divulgare, con la necessaria consapevolezza le conquiste della scienza, il crescente uso di diagnostica tecnologica, l’affascinante e risolutiva terapia chirurgica e il corretto uso di farmaci sempre più efficaci e complessi che spesso richiedono particolari attenzioni, a un Uditorio di altissima qualificazione, l’Associazione cercherà di ricorrere anche a prospettive innovative nella cultura organizzata con metodologia conversazionale.

*Cardiologia del Territorio*, per mezzo del direttore redazionale, il brillante e coltissimo dott. Guglielmi, dello scrivente direttore responsabile, dell’insostituibile dottoressa Vecchi, del Presidente e del Consiglio Nazionale e con l’aiuto dei nostri Associati di buona volontà metterà in atto un processo di accumulazione e di stratificazione di conoscenze tali da soddisfare l’evidente vivace fermento di desiderio di formazione e di apprendimento in una vasta e gradita varietà di proposte culturali che tutti insieme cercheremo di realizzare.

Il clima di collaborazione con un Comitato di redazione allargato, operante on line, sarà ispirato da grande entusiasmo, profonda passione e vero spirito associativo.

Va incrementata e rinvigorita la dotazione conoscitiva di Ognuno favorendo l’indirizzo clinico-pratico, senza tuttavia trascurare gli interessi della biologia e pertanto non si potrà prescindere dalla conoscenza della patologia del territorio che rappresenta un autentico prezioso scrigno di dati. Dovremo perciò riabbracciare, nel suo insieme, la straordinaria eredità di un patrimonio culturale autentico e genuino accumulato in anni di attività, che è stato ed è l’elemento qualificante e fondativo dell’identità dell’Associazione che, aggiornandolo, contribuirà alla qualità professionale individuale e collettiva. Va assicurato, specie nei Giovani un efficace sistema di stimolazione e di esaltazione delle proprie intelligenze nella promozione e valorizzazione armoniosa di cultura e competenze professionali.

*Cardiologia del territorio* stimolerà, inoltre, l’accensione della scintilla dell’entusiasmo e dell’attenzione diffondendo, attraverso la sua attività di produttore e mediatore di conoscenze clinico-scientifiche, il riconoscimento che il difficile ma esaltante impegno professionale è tanto più efficace quanto maggiore è la consapevolezza della propria identità culturale.

*Il Prof. P.V. Santoro è iscritto ANCE da trentasette anni. Socio Fondatore, ex Presidente, ex Vice, ex Presidente dei Probi viri, ex Tesoriere. E’ anche Commendatore al “Merito della Repubblica Italiana” e Giornalista pubblicitario*

# Cardiologia del Territorio



## BT IL RITORNO

BATMAN ? No Bollettino Telematico

*Riccardo Guglielmi*

## ***SALUTO del Presidente nazionale***

***Vittorio Panno***



Ritorna dopo tre anni di assenza " **Cardiologia del Territorio** ", notiziario di segreteria della nostra associazione. Il notiziario che sarà divulgato, come ormai ci si sta orientando in tutto il mondo giornalistico, scientifico e non, esclusivamente per via telematica attraverso il nostro sito [www.ancecardio.it](http://www.ancecardio.it), si occuperà, oltre che dell'aggiornamento culturale e di curiosità varie, prevalentemente della nostra vita associativa, dando ampia diffusione e visibilità alle iniziative che si svolgono in periferia nelle varie regioni e province.

Saranno coinvolti in prima persona i vari segretari regionali e tutti coloro, segretari provinciali, responsabili dei gruppi di studio o solamente semplici soci regolarmente iscritti, che sono interessati alla crescita della nostra associazione.

Ho fermamente voluto questa ripresa delle pubblicazioni, che, insieme col restyling del sito (che vedrà impegnati in prima persona con compiti specifici diversi altri quadri Ance), alla crescita degli iscritti dell'Ance, (visibile dal moltiplicarsi delle iniziative in tutto il territorio nazionale e presso il Centro studi della nostra sede romana e dalla partecipazione sempre più numerosa e attenta ai lavori del nostro congresso e del seminario nazionale), vuole far conoscere al mondo cardiologico un'associazione tesa a riprendere il ruolo di leadership nell'aggiornamento culturale dei cardiologi che lavorano a vari livelli prevalentemente sul territorio.

A dirigere in prima persona con la sua consueta passione e creatività il Notiziario di Cardiologia, sarà il nostro socio Riccardo Guglielmi, pugliese, già consigliere e tesoriere nazionale Ance, nominato con delibera del consiglio nazionale Direttore editoriale e redattore capo .

Siamo sicuri che Riccardo, grazie alla sua esperienza associativa, al notevole background culturale, alle esperienze maturate nella sua attività professionale ospedaliera, ma soprattutto al suo grande amore per l'ANCE, che lo ha sempre caratterizzato, saprà offrirci un prodotto editoriale che dovrà migliorare i livelli di comunicazione tra soci, ridare visibilità e lustro alla nostra associazione, contribuire all'aggiornamento di quanti ci seguano.

Pertanto, nell'augurare a voi tutti una buona lettura, voglio inviare un caloroso ringraziamento a Riccardo, certo del raggiungimento degli obiettivi che tutto il Consiglio nazionale, a nome di tutti i soci, si è prefisso affidandogli la responsabilità di conduzione di questo rinnovato Notiziario.

Un saluto a tutti i lettori cardiologi e non e .....buona lettura.

Il Presidente nazionale

***Vittorio Panno***

## ***SALUTO del Segretario nazionale***

***Vincenzo Contiello***



Buongiorno a tutti i Segretari Regionali, nuovi e confermati, ma anche a quelli in pectore (Emilia- Romagna, Umbria, Piemonte/Valle d'Aosta).

Ormai è ufficiale!

È tornato il nostro amato Bollettino di Segreteria, già diretto in precedenza, in maniera eccellente, dall'amico Riccardo Guglielmi, confermato all'unanimità nello scorso Consiglio Nazionale del 12 novembre 2015.

Questa volta il notiziario è solo informatizzato, spendibile come allegato di posta elettronica a costo zero, senza spese di stampa e d'invio postale.

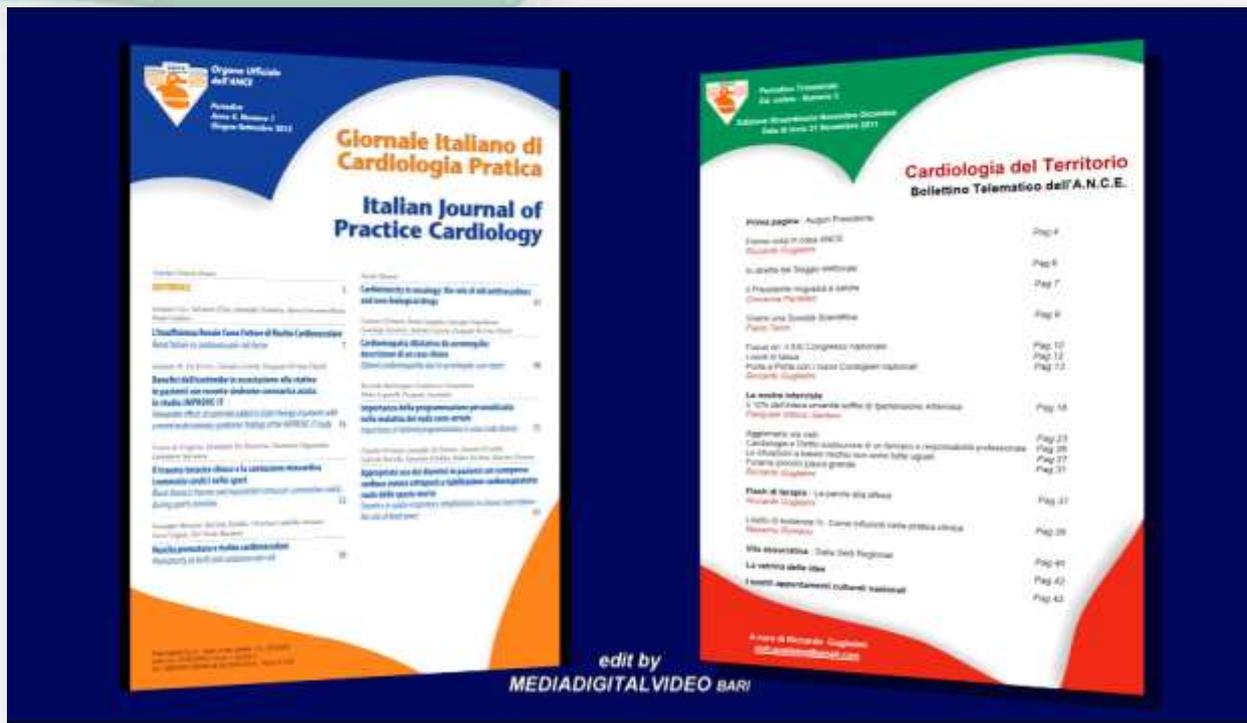
E poi non siamo più legati a poche uscite annuali, ma abbiamo la libertà di realizzare più uscite di bollettini anche di poche pagine, magari per diffondere le notizie più importanti e urgenti.

Allora in attesa delle Vostre, anzi, delle Nostre notizie regionali, auguro a tutti buon lavoro e un grosso in bocca al lupo al Direttore editoriale.

Il Segretario Nazionale

***Enzo Contiello***

## VIDEO SALUTO di **Riccardo Guglielmi**



*“Buon giorno. A tutti i colleghi e amici soci ANCE. Per me è motivo di grande onore e privilegio la nomina a Direttore editoriale di Cardiologia del territorio, il nostro notiziario di segreteria, bollettino ufficiale dell’Associazione. Assolverò questo compito con quell’immutato spirito di servizio che contraddistingue il mio rapporto associativo. Riprende la pubblicazione sospesa nel 2012. L’attuale congiuntura non permette la diffusione cartacea ma noi supereremo l’ostacolo con la realizzazione digitale e soprattutto con la diffusione online. E’ sostanzialmente invariata la grafica, in linea con l’altra nostra pubblicazione, il Giornale Italiano di Cardiologia Pratica. Volutamente i colori della nostra bandiera per implementare il messaggio dell’unità, in un momento così difficile per le società scientifiche e per tutto il mondo. Fantasia ed entusiasmo non mancano. Rispetto ai numeri precedenti in questa nuova serie molta rilevanza è data alla multimedialità. Sono attivati collegamenti ipertestuali e tra questi mi permetto di segnalarvi, la possibilità di scaricare i numeri precedenti e il magistrale articolo del compianto e indimenticabile Paolo Teoni, Vivere una Società Scientifica, pubblicato nel terzo bollettino del dicembre 2011. I contenuti saranno, come è giusto che sia, di tutti i soci ANCE. Chiedo la collaborazione dei Segretari regionali per ricevere notizie della vita associativa. Vi chiedo di diventare REDATTORI nel tempo libero. Non mancheranno come già nel primo numero i pareri di esperti qualificati e non solo cardiologi, per esempio in giurisprudenza e comunicazione, sempre con attinenza alla nostra professione. L’obiettivo è dare **visibilità** all’Associazione per valorizzare i nostri iscritti e meritarci il **rispetto** delle Società scientifiche consorelle. Impariamo a servirci delle moderne tecnologie di comunicazione per diffondere i nostri messaggi. Impariamo a essere **SOCIAL** e a costruire **RETE**. Auguriamoci buon lavoro, buona lettura e contribuiamo insieme alla crescita e alla ripresa dell’ANCE”*

Il direttore editoriale  
Riccardo Guglielmi

## **EDITORIALE**

### **ANCE 2.0 la ripresa è nell'aria**

*Riccardo Guglielmi*



Il 12 novembre 2015 il Consiglio nazionale ha approvato la richiesta del Presidente di riprendere la pubblicazione di [Cardiologia del Territorio](#), il nostro notiziario di segreteria, creato dalla fondazione dell'ANCE, dal mitico Carlo Fernandez.

Riconfermato lo staff che provvederà all'organizzazione logistica e alla realizzazione: a Pasquale Vittorio Santoro la direzione giornalistica sempre condotta con stile e capacità, a Laura Vecchi la segreteria, a me la direzione editoriale e redazionale. E' per me un grande onore e privilegio riprendere a pubblicare il nostro giornale la cui realizzazione genera grande entusiasmo. L'attuale congiuntura non permette la produzione cartacea, ma poiché creatività e passione non mancano, sfruttando l'informatica e la telematica, l'intero staff organizzativo garantirà la realizzazione e soprattutto la diffusione di un prodotto che nelle attese dovrà migliorare i livelli di comunicazione tra soci, ridare visibilità e lustro alla nostra associazione, contribuire all'aggiornamento di quanti ci seguano.

Viviamo il tempo del **web 2.0**, il binomio giovani-rete che, superando gli stereotipi, interpreta e riconosce l'originalità, le capacità, i valori e l'entusiasmo di una intera generazione che ha saputo costruirsi un'identità nel mondo digitale in modo partecipativo e collaborativo. Noi non siamo più giovani, direbbero molti, ma non è l'età anagrafica che conta. Conta l'età del cuore cioè il piacere del fare, l'entusiasmo e la voglia, molto mediterranea, dello stare insieme e in buona compagnia. Con un cuore così si è sempre giovani nella mente e nello spirito. La forza dei ragazzi è l'uso del web per diffondere e condividere; tocca a noi fare altrettanto nell'**ANCE 2.0**.

Quello che propongo è semplice e fattibile, se c'è entusiasmo. Restiamo cardiologi e nel tempo libero diventiamo REDATTORI di un prodotto che dobbiamo imparare a diffondere e a condividere, sfruttando quello che la tecnologia ci offre, senza più la lentezza, i costi dei mezzi tradizionali e soprattutto i condizionamenti di uomini e situazioni.

## EDITORIALE

### ANCE 2.0 La ripresa è nell'aria

Riccardo Guglielmi



I contenuti di [Cardiologia del Territorio](#), articoli e foto, saranno forniti prevalentemente da tutti Voi. Cultura, informazione, creatività, voglia di comunicare le proprie idee, esporre casi clinici particolari, scambiarsi esperienze professionali, esprimere critiche anche negative, fare proposte operative, mantenere un legame continuo tra periferia e centro saranno le forme di espressione che dovranno caratterizzare i contenuti della pubblicazione. Come in altre occasioni ho scritto, *Cardiologia del Territorio* è "l'agorà", la piazza, dove incontrarsi, conoscersi, creare rapporti, confrontarsi, nell'interesse di una crescita personale e associativa. A tutti, anche ai colleghi più giovani è data la possibilità, di essere cronisti e redattori, salire sul podio, in cattedra, in tribuna e contribuire secondo le personali capacità. La vita associativa va vissuta e condivisa anche a distanza, sfruttando i nuovi strumenti di comunicazione, social, smartphone, [siti web](#) e speriamo nel futuro prossimo anche con App dedicate. Chi si attiverà aumenterà la propria visibilità e avrà le credenziali giuste per proporsi come soggetti attivi negli eventi locali e nazionali. Condividiamo l'eleganza, il rigore scientifico e l'etica che nel passato ha permesso alla nostra Associazione di meritarsi il rispetto delle società scientifiche consorelle. Il profumo della ripresa è nell'aria.

**Crescita e rinnovamento dell'ANCE sono solo nelle nostre mani, "impariamo a essere SOCIAL".**



Per consultare i numeri di *Cardiologia del Territorio* realizzati nel 2011 cliccare sul riferimento e prelevare la copia corrispondente in PDF

[Numero 1 settembre 2011](#)

[Numero 2 novembre 2011](#)

[Numero 3 dicembre 2011](#)

## OPINIONE

### Appropriatezza prescrittiva

### Una questione di cultura e responsabilità



*“Immagine dal Notiziario Ordine Medici di Bari. N°2 - Ottobre 2015”*

L’**appropriatezza prescrittiva**, da oltre un decennio all’attenzione di una classe medica che vuole fornire prestazioni migliori e di qualità utilizzando al meglio le risorse disponibili, possiamo definirla come la necessità di fornire **al paziente giusto la prestazione giusta nel momento giusto**.

Purtroppo il D. Lgs. del ministro Beatrice Lorenzin in merito all’appropriatezza pone la questione in maniera errata, riducendola a tagli lineari e a sanzioni contro i medici, in netto contrasto con l’art.32 della nostra Costituzione che considera la salute fisica e psichica un diritto fondamentale per tutti. Noi medici dobbiamo saper sostenere questo diritto in un sistema sanitario equo, solidale e universalistico, fondato da sul patto di alleanza medico e soggetto assistito. Tagli, aumento dei ticket, nuovi balzelli, penalizzeranno ancora di più le regioni del sud, creando divario geografico e sociale. Al contrario investendo sul territorio e favorendo le prestazioni ambulatoriali ridurremmo le giornate di degenza e il numero di ricoveri ospedalieri inappropriati, con conseguente riduzione delle spese incontrollabili.

In un contesto di riduzioni di risorse alla sanità pubblica se vogliamo parlare di appropriatezza dobbiamo pensare all’aggiornamento, alla formazione, cioè alla **cultura** e soprattutto alla revisione giuridica della **responsabilità** medica. Senza tante ipocrisie di facciata il medico eccede nelle prescrizioni per poca esperienza ma soprattutto per atteggiamento difensivo, sperando così di mettersi al riparo da eventuali contenziosi legali. Non è facile fare diagnosi immediate e certe con i pochi mezzi che il cardiologo clinico ha sul territorio. E’ la situazione ideale per far crescere la medicina difensiva. Un aiuto è dato dagli Ordini professionali impegnati in campagne mediatiche e manifestazioni. Noi medici vogliamo lavorare con serenità, senza burocrazia opprimente e chiediamo alle Istituzioni un nuovo rapporto di confronto e

collaborazione per perseguire il prioritario obiettivo della salute del cittadino utente.



**Riccardo Guglielmi**



Sociologa Sanitaria e Dottore Magistrale in Scienze delle Professioni Sanitarie, ([www.av-eventiformazione.it](http://www.av-eventiformazione.it)), Direttore Editoriale "MEDIC@LIVE Magazine" ([www.medicalive.it](http://www.medicalive.it)), Libera docente di "Comunicazione Sanitaria"

## ***Il Professionista sanitario e l'etica della comunicazione***

La comunicazione è un aspetto essenziale della vita. Sarebbe faticoso cercare di mettere in dubbio la validità di tale asserzione, particolarmente nel caso degli esseri umani. Fin dall'inizio della nostra vita siamo, senza rendercene conto, coinvolti in un ininterrotto sviluppo di acquisizione delle leggi della comunicazione e, simultaneamente, ci comportiamo come soggetti attivi capaci di comunicare all'interno di un quadro globale di relazioni che coinvolge le nostre principali figure d'attaccamento.

La comunicazione umana è comunemente definita dalle teorie classiche come uno scambio di informazioni tra persone. Ma come si arriva a questa definizione? Per acquisire la conoscenza dei meccanismi comunicativi insiti nel comportamento umano, non è possibile tagliar fuori l'individuo dal suo contesto, ma è necessario valutare le conseguenze che il suo comportamento ha sugli altri, le loro reazioni e le circostanze in cui avviene l'interazione. Lo studio del comportamento umano va, inoltre, considerato in termini sistemici, cioè mettendo in evidenza l'interazione come relazione tra parti all'interno di un sistema e studiando, quindi, la comunicazione umana come veicolo delle espressioni comportamentali osservabili nella relazione stessa. In una tale direzione di senso acquista un valore fondante il concetto di *retroazione* [Wiener, 1970], grazie al quale si può sostenere che, all'interno di un qualsivoglia sistema interpersonale (famiglia, coppia, gruppo di lavoro, coppia professionista sanitario-paziente), ogni persona influenza le altre con il proprio comportamento ed è altrettanto suggestionata dal comportamento di altri. La stabilità ed il cambiamento sono sempre connessi al sistema e sono definiti da tali circuiti di retroazione. Sistemi interpersonali contraddistinti da comunicazione patologica sono abitualmente molto stabili. Ciò può avvenire all'interno di famiglie con un membro disabile in cui il ruolo e la presenza del paziente può diventare essenziale per la stabilità del sistema familiare che, in risposta a qualunque sforzo di modificazione della sua organizzazione, si ribellerà con un ciclo di retroazioni negative.

## SALUTE e SOCIETA'

Una valida coordinazione dei processi relazionali e comunicativi ha forti ricadute anche sulla qualità dei servizi socio-sanitari. Se a ciò si aggiungono corretti percorsi educativi e formativi, è possibile notare quanto questi strumenti forniscano l'opportunità di migliorare l'interazione con l'altro, dando la possibilità di leggere e modificare consapevolmente il comportamento. Inoltre è importante considerare come il cambiamento del comportamento ha un andamento complesso, che coinvolge molteplici variabili, dalla cultura di appartenenza al tipo di organizzazione nella quale gli operatori sanitari lavorano, insieme alla sensibilità delle organizzazioni nell'appoggiare interventi di promozione della salute. Diventa quindi ineludibile una grande attenzione del mondo sanitario nei confronti della qualità relazionale e comunicativa come elementi di sostegno obbligatori negli interventi di educazione alla salute e nelle attività delle professioni sanitarie. L'operatore sanitario che acquisisce consapevolezza delle caratteristiche intrinseche della comunicazione ha la possibilità di migliorare le proprie relazioni con l'utenza in termini di efficacia ed efficienza, con ricadute positive su tutta l'organizzazione del servizio.



In questo capitolo si mostrerà come, attraverso lo sviluppo di alcune abilità comunicative, in particolare l'ascolto e l'empatia relazionale, si sviluppi la capacità di ridare valore alla componente umana nel rapporto sanità-utenza. I rapporti umani risultano spesso complessi e critici e non esiste sanitario che non abbia provato disagio di fronte a un paziente che ha avvertito come «difficile» o a una situazione che non ha saputo come fronteggiare. Di fatto, ogni circostanza e ogni persona con cui si entra in contatto sono potenzialmente “difficili”, anche se impressioni di questa natura emergono solo nel momento in cui si vivono sensazioni di incertezza e di debolezza psicologica o emotiva

dell'operatore sanitario che spesso rimane “solo” con il suo bisogno di sostegno nella gestione della relazione. Può anche verificarsi la coesistenza di comportamenti non coordinati all'interno dell'equipe nei confronti del medesimo paziente, con notevole disturbo nel processo di consolidamento del rapporto di fiducia tra paziente e operatore e con grandi problemi anche nella relazione tra operatore e operatore. Diventa allora indispensabile capire, oltre alle componenti più tecniche, anche quali condotte e quali variabili di tipo etico entrano in gioco nella comunicazione sanitaria. Etica deriva dal greco *ethos*, condotta, carattere. L'etica è la disciplina che si occupa di esaminare e valutare l'insieme degli atti che costituiscono la condotta (l'agire) dell'individuo. La tutela della salute è da sempre stata una delle inquietudini maggiori per l'uomo. La malattia, di fatto, rappresenta una sfida alla vita che giunge dall'interno del corpo e per questo viene percepita come una forma di tradimento dalla vita stessa.

## SALUTE e SOCIETA'

L'uomo si sente così obbligato a domandarsi il senso dell'esistenza e della morte, della sofferenza e della limitatezza umana, ma più di ogni altra cosa il malato sintetizza il tutto nell'angosciante "perché proprio a me?". La malattia è lì, che lo consuma e lo fa soffrire diventando per l'uomo una lotta anche sul piano etico. La comunicazione è un mezzo basilare della relazione operatore sanitario-malato che, a sua volta, è l'immagine caratterizzante di qualsiasi medicina efficace. Inoltre, la vita professionale di chi opera in ambito sanitario è spesso contraddistinta dalla voglia di aiutare gli altri e «(...) coloro che hanno una predisposizione a prendersi cura, sono propensi ad offrirsi volontari e, se è necessario, a risolvere i problemi personali di qualcuno. La spinta ad aiutare deriva anche dalla sensazione che una persona ha di avere la competenza giusta per farlo» [Attili, 2000, p.325]. Il "saper fare" del professionista sanitario è in grado di esprimere una ricchezza di conoscenze, può concentrare un carico più o meno ricco di saperi ed esperienze, può essere tecnologicamente avanzato, ma se esso non è immerso nel rapporto stretto di sofferenza con il malato, se non è appoggiato da un'intima condivisione, parte essenziale della sua capacità terapeutica viene vanificata. Da sempre valutata in maniera agnostica, da qualche anno la comunicazione ha raggiunto, nell'ambito della formazione sanitaria, un grande valore in quanto rappresenta il tramite indispensabile per ottenere, per mezzo del contatto umano, un'autentica condivisione. Vi sono tuttavia circostanze in cui la comunicazione acquisisce note di intensa drammaticità. La legge obbliga il mondo sanitario ad una informazione attenta ed esauriente al malato circa la sua malattia, le terapie occorrenti e le complicità possibili. Eppure simili informazioni possono essere in contrasto con l'idea del professionista stesso, il quale è spesso convinto che lo sconforto psichico e la consapevolezza delle condizioni cliniche e di tristi prospettive future, possono evocare, soprattutto in personalità fragili, solo una maggiore sofferenza. Sorge spontaneo chiedersi qual è il comportamento più giusto da osservare. E in ragione agli obblighi giuridici sul consenso informato, quanto questi coincidano con l'etica.

Il concetto di salute non va inteso solo come salvaguardia dei fattori fisici e organici ma implica le dimensioni psichiche e spirituali della persona, comprendendo anche l'ambiente fisico, affettivo, sociale e morale in cui la persona vive ed opera. Alla luce di questa definizione la malattia non va percepita semplicemente come patologia, ma intesa come "malessere esistenziale" che comporta per l'operatore sanitario l'acquisizione, attraverso un lavoro costante, delle competenze indispensabili a sapere affrontare tutte le situazioni e quindi, non solo preparazione tecnica, ma anche coscienza dei valori universali dell'essere umano da condividere con tutti quelli che sono comunemente impegnati nella cura e nell'assistenza della persona malata. Qualità che segnano l'identità dell'operatore sanitario e danno forma alle doti morali senza le quali non è possibile stabilire un incontro concreto e corretto tra etica, medicina e assistenza sanitaria.



## SALUTE e SOCIETA'

Chiarezza, costanza, onestà, sincerità e considerazione sono valori etici che rappresentano punti di forza, che crescono e si arricchiscono nel tempo. Tra i diversi requisiti che rendono idonea e valida, in senso etico e costituzionale, la comunicazione sanitaria, la *chiarezza* ha per lo meno due punti critici basilari, l'essenzialità tecnica e l'appartenenza/appropriatezza del linguaggio. Bisogna cioè cercare di raggiungere il massimo di essenzialità e di chiarezza nell'esposizione del messaggio, ma è anche doveroso che la scelta delle parole rispetti il linguaggio dei riceventi ed eviti il rischio dell'emittente di celarsi dietro un linguaggio per esperti. Da questo, infatti, dipende sostanzialmente il risultato di una buona comunicazione in cui i professionisti sanitari possano comprendere fino in fondo la condizione di malattia della persona.<sup>1</sup>



---

<sup>1</sup> Tratto da “*Elementi di comunicazione per le professioni sanitarie – Strategie operative per le aree infermieristica, preventiva, riabilitativa e tecnica*” cap. 2.1-2.2 di A.Venere, A.Ginestra, A.Venere, R.Vignera (Franco Angeli, Milano 2008)



**E' la qualità che fa la differenza**  
*Lower is better, denser and smaller is worst*

La relazione lineare tra colesterolemia ed eventi CV è stata dimostrata in tutti i maggiori studi epidemiologici.



Nel corso degli anni la ricerca ha spostato il proprio interesse sulle sottopopolazioni HDL e LDL. Per la prima è stato dimostrato un chiaro ruolo protettivo nei confronti dell'apparato CV (maggiore concentrazione di HDLc, minor numero di eventi e di mortalità).

Per l'LDLc, invece, si è dimostrata una chiara correlazione negativa, confermata da tutti gli studi di prevenzione sia primaria, sia secondaria, condotti con statine.

**Dott. Casciello, Lei che è da anni impegnato nella ricerca clinica sulla prevenzione, vuole spiegare come mai individui con stili di vita virtuosi e valori della colesterolemia LDL a target sviluppano patologie tipiche dell'aterosclerosi**

Le soglie target stabilite dai grandi Trials sono state oggetto di successive revisioni, da parte degli organismi estensori, verso valori progressivamente decrescenti di LDLc. Nonostante ciò, una quota significativa dei soggetti "a target" continua a presentare eventi e questo ha messo in discussione il ruolo preponderante dell'LDLc nella valutazione del rischio dei nostri pazienti (particolarmente quelli a RCV più alto e dei diabetici). Appare adesso evidente che la **sola quantificazione delle LDLc non è sufficiente.**

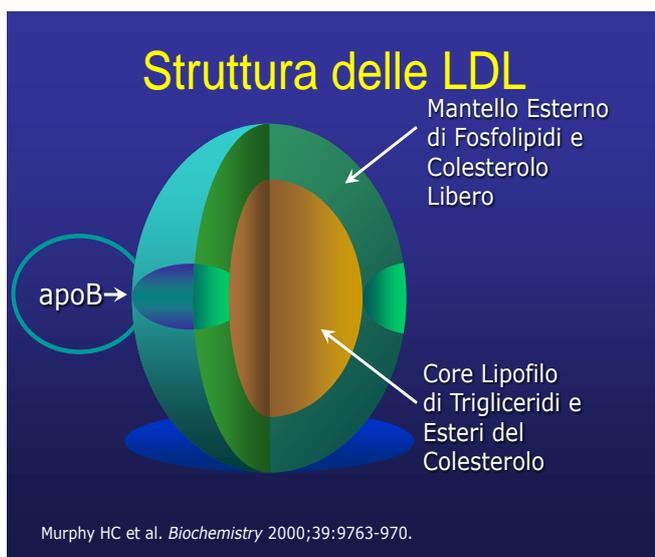
## INTERVISTA al dott. Antonio Casciello

Consigliere nazionale e Coordinatore gruppi di studio



**Questo argomento, a Lei molto caro, è stato oggetto di una Sua relazione in un nostro recente congresso nazionale. All'esperto chiediamo come va affrontata la problematica**

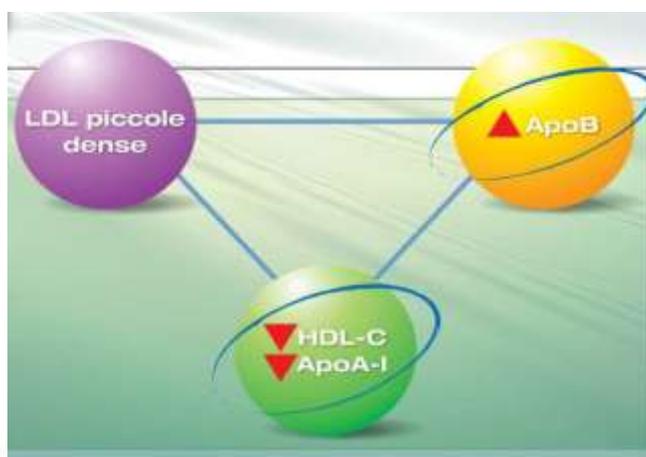
Non dobbiamo fermarci al valore numerico delle LDLc, bisogna valutare anche la densità delle particelle che compongono tale quota lipidica, poiché particelle di LDLc più piccole e dense hanno dimostrato un potere aterogeno molto più spiccato.



Per una quantificazione del numero e della densità delle particelle che compongono una determinata concentrazione di LDLc possiamo riferirci alla quantificazione delle ApoB. Le Apo B rappresentano la componente proteica della lipoproteina che trasporta LDLc nel sangue. **Per ogni macromolecola di LDLc vi è UNA ed UNA SOLA ApoB.**

### Parliamo sempre di HDL e LDL, ma quale è la funzione delle Apoproteine

Sono essenzialmente tre. Una certamente "antipatica" è il trasporto dei lipidi. La seconda è che creano un segnale di ancoraggio per i recettori di membrana ApoB-100 (LDLR), la terza è quella di produrre una modulazione enzimatica ApoA-1 (LCAT), ApoB-CII (LPL).



## INTERVISTA AL DOTT. ANTONIO CASCIELLO

Consigliere nazionale e Coordinatore gruppi di studio



### Possiamo attribuire un valore target alle ApoB e cosa indicano le linee guida

Il valore target di ApoB è, attualmente, di 100 mg/dl. Nel 2008 l'American Diabetes Association e l'American College of Cardiology hanno redatto un documento di consenso che raccomanda la valutazione delle ApoB nei soggetti diabetici e/o ad alto rischio con un limite di 80 mg/dl per i pazienti che hanno già avuto un evento CV e 90 mg/dl per quelli senza eventi.



### Esistono evidenze scientifiche

Tali raccomandazioni sono il frutto delle evidenze scientifiche dei Trials che hanno valutato l'importanza del controllo delle particelle piccole dense nella quantificazione del rischio CV. Tra i più

importanti citiamo l'Interheart Study, l'Amoris e l'Epic-Norfolk (ove il RR dei pazienti studiati era significativamente più legato alla concentrazione di ApoB che del solo LDLc).

### Non tutte le LDL sono uguali e non è il numero che crea il danno

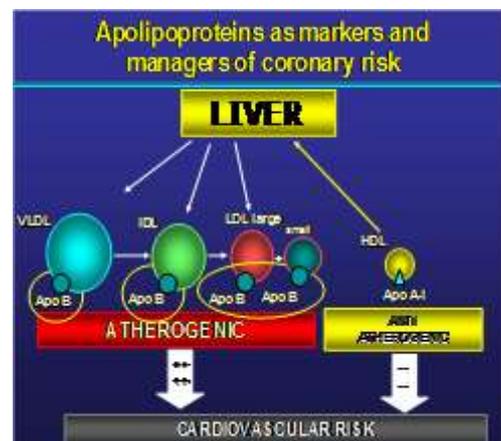
Certo le LDLc vanno conteggiate e studiate. Non è la quantità, ma è la qualità che fa la differenza. Maggiore sorveglianza in presenza di piccole e dense

In definitiva

**“Lower is better, denser and smaller is worst”**

Grazie dott. Casciello per questa utile chiacchierata

**Riccardo Guglielmi**



## LA PAROLA ALL'ESPERTO

A cura di Riccardo Guglielmi

**La parola all'esperto** rappresenta una vera novità per **Cardiologia del Territorio**. In ogni numero avremo il piacere di invitare un esperto nelle discipline cardiologiche di provata e acclarata fama nazionale e internazionale.

Il primo ospite è il dott. **Paolo Colonna**, Presidente Nazionale SIEC (Società Italiana di Ecografia Cardiovascolare) [www.siec.it](http://www.siec.it) e Responsabile dell'Unità referenziale "Ecocardiografia basale e complessa" dell'U.O.C. Cardiologia Ospedaliera L. Colonna; Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico di Bari. Alle capacità professionali, didattiche e umane, in questi anni ha saputo accrescere spessore scientifico e comunicativo con oltre 200 pubblicazioni, partecipazioni a eventi nazionali e internazionali e alle Task force dell'ESC.

E' un vero privilegio inaugurare la rubrica con il Presidente nazionale della SIEC e per me grande soddisfazione presentare un professionista con il quale ho avuto per anni la fortuna di condividere competenze e conoscenze. A nome personale e di tutti i soci dell'ANCE ringrazio il dott. Paolo Colonna con l'augurio che possa raggiungere meriti e più importanti riconoscimenti scientifici e di carriera.

Riccardo Guglielmi

### L'Ecocardiografia in Italia, le cinque vocali per un'appropriata diffusione



Paolo Colonna

L'Ecocardiografia in Italia, tante idee e tanti progetti che potrebbero ricoprire pagine di giornale, ma molti le leggerebbero svogliatamente. Per questo ho provato a schematizzare uno sviluppo di questa tecnica in cinque "parole guida" appoggiandomi alle vocali, pensando anche alla metafora del bambino che comincia ad apprendere, recitando il classico A E I O U.

#### **A** come Appartenenza

E' necessario che tutti i medici che s'interessano di ultrasuoni si sentano un'unica famiglia. Oggi e domani il web, Facebook e le pubblicazioni devono rendere facile l'interscambio fra ecografisti, evidenziando coloro che hanno particolari esperienze, certificazioni societarie, docenze ai corsi di formazioni, laboratori accreditati. Il gruppo dei giovani, partendo dai corsi di formazioni, deve decollare in tante iniziative. Anche i colleghi non ecografisti e i pazienti devono poter facilmente riconoscere i medici con esperienza e le loro competenze. Tutto questo favorirà la garanzia di uno standard qualitativo ottimale in tutti gli ospedali e i laboratori, così da assicurare ai pazienti, primario interesse del nostro operato, la migliore diagnostica ecocardiografica.



### **E come Ecumenismo**

L'ecocardiografia Italiana deve sempre più accogliere tutti coloro che s'interessano di ecografia cardiovascolare. Il gruppo dei Sonographer è pronto a esplodere con l'entusiasmo di una professione nascente, con la necessità di un riconoscimento istituzionale (è già avviato per loro un iter legislativo), con il desiderio di non dover emigrare per dimostrare l'eccellenza della loro professionalità. L'ecocardiografia si sta diffondendo fra Medici interni, Pneumologi, Diabetologi, Anestesiisti, Cardiochirurghi, Emergenzisti, Intensivisti, Pediatri e altri specialisti anche grazie agli ecocardiografi palmari. E' bene che siano uniti tutti questi professionisti, certificarne percorsi e competenze, interagire nella formazione con corsi dedicati, rappresentarne le necessità e

coordinare la ricerca. Infine vanno coinvolti nell'imaging i cardiologi, nell'intento di sviluppare sempre più un unitario Imaging Cardiaco: tutti i cardiologi devono sapere quando indicare e come leggere una risonanza, o una TAC coronarica. I super esperti d'imaging non ultrasonoro dovranno avvicinarsi ai cardiologi clinici realizzando a un'interazione che finora ha tardato a svilupparsi in Italia.

**I come Internazionale** L'Ecocardiografia italiana nell'ultimo decennio ha avuto momenti di maggior o minor visibilità nel panorama internazionale. Oggi importanti rappresentanti della nostra cardiologia sono riuniti nella *Società Italiana di Ecografia Cardiovascolare* ([www.siec.it](http://www.siec.it)), che mi onoro di presiedere, e fanno parte degli organi direttivi della società Europea di cardiac imaging e rappresentano l'imaging nei board e nei congressi internazionali. L'integrazione di position paper e linee guida internazionali è stata avviata come primo passo per aumentare le collaborazioni fra l'Italia e l'Europa. Oggi non è pensabile per un giovane cardiologo italiano essere fuori dall'integrazione europea e internazionale, pertanto divengono fondamentali gli interscambi lavorativi e di didattica con l'Europa e gli Stati Uniti.

**O come Organizzazione** L'ecocardiografia italiana è stata modello per decenni per tutte le società mediche nazionali ed europee per l'efficienza e per la qualità. Oggi una riorganizzazione della stessa deve superare alcuni ritardi dovuti alla crescita sproporzionata delle richieste di esami, di corsi e di accreditamento. Gli studi scientifici sono tanti e pronti a partire. Le "Linee Guida" vanno riformate, indicando quali esami sono appropriati, quando e come effettuarli. L'organizzazione nelle regioni è fondamentale vista la regionalizzazione della Sanità.

**U come Urgenza** Nei nostri pronto soccorso e nelle ambulanze c'è sempre più bisogno di ecocardiografia. I colleghi dell'emergenza si sono organizzati per crescere nella pratica quotidiana. La parte cardiologica dell'eco nell'emergenza deve essere riorganizzata, sottolineando le necessarie informazioni da ricercare, le macchine da utilizzare, la formazione da somministrare e certificando gli operatori per questa delicata attività diagnostica.

Si consideri che le più grandi società americane (American College of Cardiology e American Society of Echocardiography), nonché la Società Italiana di Ecografia Cardiovascolare ([www.siec.it](http://www.siec.it)), hanno stimato che per ottenere un livello avanzato di esperienza sia necessario aver eseguito personalmente almeno centocinquanta esami ecocardiografici e averne interpretati almeno trecento, e che questo “training” debba essere mantenuto negli anni per avere una competenza certificata. Da ciò l’importanza di avere un’ampia rete cardiologica per soddisfare la grande richiesta di ecocardiografie e strutture cliniche di elevata esperienza, quale la Cardiologia Ospedaliera del Policlinico di Bari, dove i cardiologi dell’Ecocardiografia operano su una mole di pazienti vasta e qualitativamente varia, spesso portatrice di patologie inconsuete o comunque di difficile interpretazione diagnostica.



In conclusione, l’ecocardiografia rappresenta oggi uno strumento irrinunciabile per il cardiologo il quale, per utilizzare al meglio tale risorsa, deve acquisire un ampio bagaglio di esperienza e poter accedere ad apparecchiature all’avanguardia, specialmente per diagnosi “difficili” che richiedano l’uso di metodiche sofisticate.

## AGGIORNAMENTO

Massimo Romano commenta



**Angiotensin–Neprilysin Inhibition versus Enalapril in Heart Failure, di John J.V. McMurray, Milton Packer et a. for the PARADIGM-HF Investigators and Committees**

[N Engl J Med 2014;371:993-1004](#)

E' stato pubblicato nel Settembre 2014 un lavoro che certamente costituisce una nuova pietra miliare nella farmacologia clinica dell'Insufficienza Cardiaca Cronica (ICC).

L'associazione preconstituita Valsartan e Sacubitril, un inibitore della Neprilisina è stata confrontata con l'Enalapril (20 mg/die) in pazienti affetti da ICC. L'etiologia dell'ICC era ischemica nel 60% e la frazione di eiezione ventricolare sinistra era in media del 30%. Il campione comprendeva più di ottomila pazienti, due terzi dei quali bianchi, un'età media di 63 anni e circa 21% di sesso femminile. Rispetto allo storico SOLVD la popolazione studiata era trattata ampiamente con beta-bloccanti (93%) e spironolattone (55%). Tre quarti dei pazienti studiati erano in I-II classe NYHA.

L'associazione era in modo altamente significativo più efficace su end-point come morte cardiovascolare e ricovero per scompenso congestizio, così come i sintomi e la qualità di vita. Vi era una più alta percentuale di pazienti con ipotensione ma minori percentuali di disfunzione renale, iperpotassemia e tosse. Il beneficio rispetto a un farmaco, altamente efficace e sinergico con i beta-bloccanti, come Enalapril era quantizzabile intorno a un 20%.

Le mie osservazioni su questo importante studio sono le seguenti:

- Lo studio offre dopo anni di assenza di nuovi farmaci per l'ICC una potente arma in una patologia severa;
- Il beneficio è indipendente da età, sesso, razza e presenza di insufficienza renale;
- Il campione studiato include per  $\frac{3}{4}$  pazienti in I-II classe NYHA. Il beneficio è bene evidente nelle classi I-II mentre sembra meno rilevante nelle classi III-IV;
- Il campione in III NYHA non è rappresentato tanto da essere comparabile coi dati dello studio CHARM che è tuttora il più ampio lavoro nell'ICC nell'era di ampio uso di farmaci beta-bloccanti;
- Il problema ipotensione sintomatica resta rilevante (16.7% vs 10.6% in un campione di pazienti prevalentemente non severamente compromesso, dato sono le NYHA III-IV le più affette dal problema; del resto criterio di esclusione era l'ipotensione sintomatica o una pressione sistolica sotto 100 mmHg durante il trial.

Occorre attendere nuove sottoanalisi per chiarire eventuali dubbi. Lo studio rappresenta un'eccellente prospettiva terapeutica e conferma la validità della terapia tradizionale con ACE-inibitore (a dose congrua) e beta-bloccanti che resta comunque superata dall'Associazione Valsartan-Sacubitril nel campione di pazienti studiati.

## AGGIORNAMENTO

### Renato Nami

Docente di Cardiologia, Scuola di Specializzazione di Malattie Cardiovascolari,  
Università degli Studi di Siena



## Novità per il trattamento del paziente iperteso dallo studio SPRINT

Sia le ultime linee guida Europee ESH/ESC 2013 sia quelle Americane (JNC 8) sono attualmente concordi nel consigliare come *target*, nel trattamento dell'ipertensione arteriosa, valori pressori generalmente inferiori a 140/90 mmHg, anche in presenza di diabete mellito, nefropatia o complicanze cardiovascolari, mentre nei pazienti ipertesi anziani possono essere accettabili anche valori inferiori a 150/90 mmHg. Comunque, il *target* pressorio sistolico (140 mm Hg) è stato recentemente messo in discussione dallo studio americano [SPRINT \(Systolic Blood Pressure Intervention Trial\)](#), i cui risultati recentemente pubblicati nel novembre 2015, su *NEJM*, suggeriscono che nei pazienti ipertesi, ad elevato rischio cardiovascolare (CV) un *target* pressorio sistolico < 120 mm Hg può ridurre ulteriormente gli eventi CV e la mortalità.

Lo studio, che è stato finanziato dal *National Institutes of Health* (NIH), ha arruolato 9361 pazienti statunitensi che erano ipertesi, senza diabete mellito o storia di pregresso ictus, ma che presentavano almeno uno dei seguenti fattori di rischio: malattia CV sintomatica o asintomatica, nefropatia o velocità di filtrazione glomerulare compresa tra 20 e 59 mL/min/1.73 m<sup>2</sup>, rischio CV a 10 anni (calcolato con il metodo di Framingham) superiore o uguale al 15%. I partecipanti sono stati arruolati tra il novembre 2010 e marzo 2013 in 102 centri clinici. Tutti avevano una pressione arteriosa (PA) sistolica compresa tra 130 e 180 mmHg, ed avevano almeno 50 anni di età; 28% erano di età superiore a 75 anni, e il 35% erano donne. La scelta dei farmaci antiipertensivi per ottenere il controllo della PA è stato lasciato ai singoli medici sperimentatori. Circa la metà dei partecipanti sono stati randomizzati a un *target* di PA sistolica < 120 mmHg (terapia intensiva) e trattato con circa tre farmaci antiipertensivi. L'altra metà ha avuto un *target* di PA < 140 mm Hg (terapia standard) e ha ricevuto una media di due farmaci antipertensivi. Ad un controllo ad un anno la PA sistolica media era di 121,4 mmHg nel gruppo a trattamento intensivo e di 136,2 mmHg nel gruppo a trattamento standard.

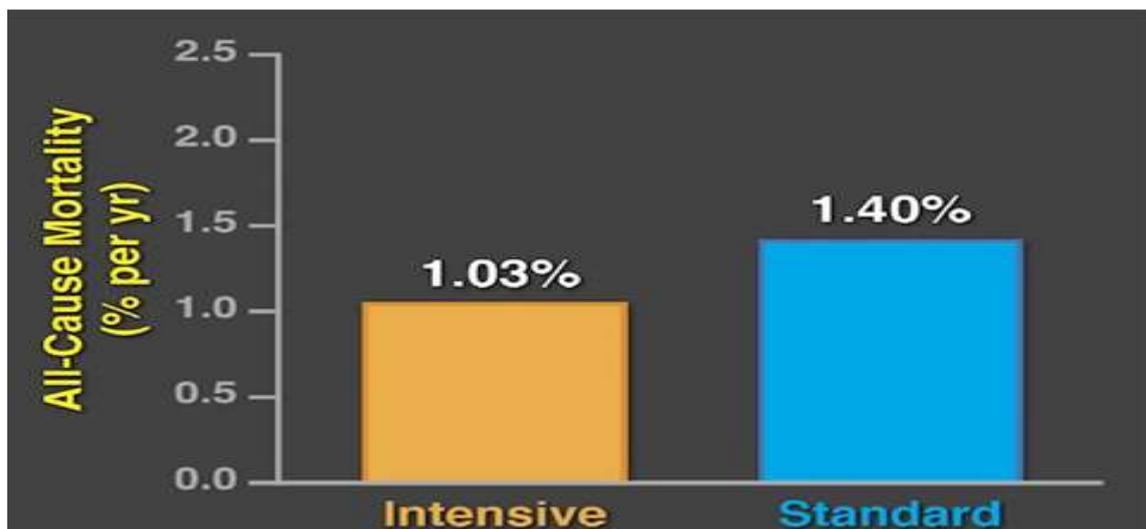
Lo studio è stato interrotto anticipatamente dopo un *follow up* medio di poco più di 3 anni in quanto si è visto che il trattamento intensivo riduceva significativamente del 25%, rispetto a quello standard, l'*endpoint* primario composto da: infarto miocardico, sindrome coronarica acuta, ictus, insufficienza cardiaca o morte cardiovascolare (Figura 1).

**Fonte:** [J Am Coll Cardiol](#). 2015 Oct 31. pii: S0735-1097(15)07103-X. doi: 10.1016/j.jacc.2015.10.037. [Epub ahead of print] **Generalizability of results from the Systolic Blood Pressure Intervention Trial (SPRINT) to the US adult population.** [Bress AP<sup>1</sup>](#), [Tanner RM<sup>2</sup>](#), [Hess R<sup>3</sup>](#), [Colantonio LD<sup>2</sup>](#), [Shimbo D<sup>4</sup>](#), [Muntner P<sup>5</sup>](#)



**Figura 1.** Riduzione dell'*endpoint* combinato nel gruppo di trattamento intensivo (PA sistolica < 120 mm Hg) vs quello standard (PA sistolica < 140 mm Hg)

Anche la mortalità totale, che però non costituiva un *endpoint* primario, risultava significativamente ridotta del 27% nel gruppo trattamento intensivo vs quello standard (Figura 2).



**Figura 2.** Riduzione della mortalità totale nel gruppo di trattamento intensivo (PA sistolica < 120 mm Hg) vs quello standard (PA sistolica < 140 mm Hg)

Comunque, nel gruppo trattamento intensivo sono risultati più frequenti gli effetti avversi gravi del trattamento: ipotensione, sincope, anomalie elettrolitiche, nefropatia acuta e insufficienza renale.

Gli autori concludono che tra i pazienti ad alto rischio di eventi cardiovascolari, ma senza diabete mellito o storia di pregresso ictus, il target di una PA sistolica < 120 mmHg, rispetto a quello di una PA sistolica < 140 mmHg, ha comportato minori tassi di morte cardiovascolare fatale e non fatale e morte per qualsiasi causa, anche se i tassi significativamente più elevati di alcuni effetti negativi devono essere tenuti in considerazione.

Lo studio SPRINT aprirà una notevole discussione nel mondo scientifico che è già iniziata. I dati dovranno essere valutati con cautela, con particolare attenzione ai criteri di inclusione ed esclusione adottati nello studio. Infatti, lo studio ha escluso sia i pazienti diabetici (in cui già lo studio ACCORD BP aveva suggerito che non vi è un beneficio dal trattamento intensivo nei pazienti ipertesi diabetici), sia quelli con storia di pregresso ictus. Inoltre la popolazione arruolata aveva un rischio cardiovascolare medio-elevato per cui i risultati di questo *trial* non sono automaticamente trasferibili a tutti i pazienti ipertesi. Infine, la PA veniva misurata con un apparecchio automatico, senza la presenza del medico o del personale sanitario. Questo modalità di misurazione della PA sicuramente costituisce un punto critico in quanto non rappresenta lo *standard* abituale nella pratica clinica corrente. Infatti, la PA così misurata, probabilmente, risulta essere inferiore anche di 10 mm Hg o più, rispetto a quella che tradizionalmente viene registrata presso l'ambulatorio dal medico. Tutti questi distinguo devono essere tenuti ben presenti quando si dovrà decidere se i valori PA sistolica del nostro paziente sono accettabili o richiedono una variazione della terapia farmacologica.

**In conclusione:** se decidiamo che il target di pressione sistolica del paziente debba tendere a valori prossimi o < 120 mm Hg dobbiamo essere certi che si tratti di un soggetto con caratteristiche simili a quelle dei partecipanti allo studio SPRINT, dobbiamo dare un'importanza relativa ai valori riscontrati nello studio medico e valorizzare invece quelli determinati con l'automisurazione domiciliare. Infine, non va dimenticato che un trattamento troppo intensivo e non personalizzato sul singolo paziente iperteso, al di là dei risultati eclatanti dello studio SPRINT, potrebbe non essere tollerabile e portare ad effetti collaterali gravi, come, peraltro, lo studio SPRINT stesso ha evidenziato.

**Renato Nami**



*Avvocato Cassazionista, Diritto Civile, Diritto Amministrativo, Diritto Sanitario, Catania*

## **Danno da nascita indesiderata: diritto di non nascere se non sano?**

### **La parola alle Sezioni Unite della Corte di Cassazione**

Non è infrequente che la cronaca giudiziaria consegni al lettore episodi nei quali l'evento "*nascita*" assuma la connotazione di fonte di danno; danno non tanto (o non solo) rappresentato dalla nascita in sé ma dai costi (in senso non soltanto economico) che ne derivano e che, nella prospettiva risarcitoria, si pretende di non far ricadere sulla famiglia bensì sul "*medico*" (da intendersi con accezione lata) tutte le volte in cui si percepisca come "*violato*" il desiderio che il bambino non nasca.

L'espressione "*danno da nascita indesiderata*" indica, nella prassi comune, il danno sofferto dai genitori che assumono la lesione del proprio diritto di scegliere *se e quando* avere figli.

Correlativamente, sotto il profilo dell'*agere*, l'espressione "*danno da nascita indesiderata*" connota l'operato del medico che, o attraverso una condotta colposa ovvero trascurando di informare la madre gestante, produce la lesione del suo diritto di non avere figli ovvero di interrompere la gravidanza.

Nella pratica, quindi, la su riferita condotta del medico può ricorrere quando la nascita di un figlio avviene *contra voluntatem* del/i genitore/i oppure quando la nascita avviene *secundum voluntatem* che, tuttavia, può avere subito vizi nella fase della sua formazione tutte le volte in cui l'omessa o erronea informazione in ordine allo stato del feto preclude alla gestante la possibilità di interrompere la gravidanza.

## **SALUTE e DIRITTO**

Nella variegata casistica giurisprudenziale in materia di *“danno da nascita indesiderata”*, si registra, recentissima, l'ordinanza della Corte di Cassazione (23.2.2015) che ha ritenuto di rimettere gli atti del processo al Primo Presidente per l'eventuale assegnazione del ricorso alle Sezioni Unite, rimessione che si fonda sul contrasto giurisprudenziale in ordine a due differenti questioni.

La fattispecie all'esame della Suprema Corte concerne, in particolare, la problematica afferente la richiesta risarcitoria nei confronti del medico (e/o della struttura sanitaria) ritenuto responsabile (secondo la prospettiva dei genitori) dei danni conseguenti alla nascita di un figlio affetto da sindrome di Down, assumendosi che la madre sarebbe stata avviata al parto in assenza dei necessari approfondimenti benché i risultati degli esami ematochimici avessero fornito valori non rassicuranti.

Le questioni sulle quali la Corte di Cassazione potrebbe essere chiamata a pronunciarsi a Sezioni Unite sono:

a) *Onere probatorio* in relazione al nesso causale fra il lamentato inadempimento del medico (e/o della struttura sanitaria) e il mancato ricorso all'interruzione della gravidanza e alla sussistenza delle condizioni per potervi ricorrere *secundum legem*.

b) *Legittimazione del nato* a richiedere il risarcimento nei confronti del medico inadempiente che abbia eliso la facoltà della madre gestante di accedere all'interruzione volontaria della gravidanza.

Sulla prima questione la Giurisprudenza registra due distinti orientamenti.

Un primo orientamento, risalente nel tempo, che ritiene *“corrispondente a regolarità causale che la gestante interrompa la gravidanza se informata delle gravi malformazioni del feto”* (Cassazione Civile n. 6735/2002, n. 14488/2004, n. 13/2010 e n. 15386/2011) con la precisazione che *“è sufficiente che la donna allegghi che si sarebbe avvalsa di quella facoltà se fosse stata informata della grave malformazione del feto, essendo in ciò implicita la ricorrenza delle condizioni di legge per farvi ricorso”* compresa quella del *“pericolo per la salute fisica o psichica derivante dal trauma connesso all'acquisizione della notizia”*.

Un secondo, più recente, orientamento - che ha sottoposto a critica il precedente - che ha evidenziato, in sintesi, che *“in mancanza di una preventiva dichiarazione di volontà da parte della donna di interrompere la gravidanza in caso di malattia genetica, il giudice è chiamato ad una valutazione caso per caso che si dovrà basare su «ulteriori elementi (di qualunque genere)»*

## **SALUTE e DIRITTO**

*presentati dalla parte attrice; il fatto di aver richiesto di essere sottoposta ad accertamenti non sarà di per sé elemento sufficiente” (Cassazione civile n. 16754/2012), che “è onere della parte che agisce in giudizio allegare e dimostrare che, se fosse stata informata delle malformazioni del concepito, avrebbe interrotto la gravidanza” e che “tale prova non può essere desunta dal solo fatto che la gestante abbia chiesto di sottoporsi ad esami volti ad accertare l’esistenza di eventuali anomalie del feto, poiché tale richiesta è solo un indizio privo dei caratteri di gravità ed univocità” (Cassazione civile n.7269/2013, da ultimo confermate da Cassazione Civile n. 27528/2013 e n. 12264/2014).*

Anche sulla seconda questione, come sulla precedente, si registrano due diversi orientamenti, con evidente e marcato contrasto fra gli stessi.

Un primo orientamento, meno recente, che sancisce il principio secondo il quale *“non esistono, nel nostro ordinamento, né un diritto a non nascere, né un diritto a non nascere se non sano”* con la conseguenza che *“verificatasi la nascita non può dal minore essere fatto valere come proprio da inadempimento contrattuale l’essere egli affetto da malformazioni congenite per non essere stata la madre, per difetto di informazione, posta nella condizione di tutelare il di lei diritto alla salute facendo ricorso all’aborto”* (Cassazione Civile n. 14488/2004, n. 16123/2006 e n. 10741/2009).

Un secondo orientamento, più recente, che ha, in contrasto col precedente, evidenziato che una volta venuto ad esistenza, il nascituro *“ha diritto ad essere risarcito da parte del sanitario con riguardo al danno consistente nell’essere nato non sano, e rappresentato dell’interesse ad alleviare la propria condizione di vita impeditiva di una libera estrinsecazione della personalità, a nulla rilevando né che la sua patologia fosse congenita, né che la madre, ove fosse stata informata della malformazione, avrebbe verosimilmente scelto di abortire”* (Cassazione civile n. 16754/2012).

Le questione, peraltro, registrando l’intersecazione del contenuto dell’obbligo di informazione gravante sul medico con le condizioni legittimanti il ricorso all’interruzione volontaria della gravidanza, si arricchisce, inevitabilmente, di considerazioni e di valutazioni sociali, religiose e morali tali, inevitabilmente, da influenzare il dibattito e la soluzione che ciascun lettore riterrà *“giusta”*.

La delicatezza e la complessità delle questioni sottese al *“danno da nascita indesiderata”* e la difficoltà, non solo giuridica, di garantire il contemperamento degli interessi in gioco, è ben presente nelle pronunce della Corte di Cassazione che, prima della citata ordinanza del 25.2.2015,

## **SALUTE e DIRITTO**

si sono occupate della *vexata quaestio* e che, come dianzi visto, hanno marcato distinti e contrastanti principi.

In considerazione della assai cospicua produzione giurisprudenziale in ordine al contenuto ed alla forma dell'obbligo di informazione gravante sul medico, col presente contributo si intende focalizzare l'attenzione sulle diverse caratterizzazioni che l'obbligo di informazione predetto riveste in materia di diagnosi prenatale.

E' noto che il diritto del paziente di essere, in generale, informato – cui corrisponde il correlato dovere del medico di informare – trova fondamento su norme sia di rango costituzionale (artt. 2, 13 e 32 Costituzione) che di rango ordinario (ex multis, l'art. 33, co. 1 e 5, l. 23.12.1978, n. 833, in base al quale *"gli accertamenti ed i trattamenti sanitari ... devono essere accompagnati da iniziative rivolte ad assicurare il consenso e la partecipazione da parte di chi vi è obbligato"*; l'art. 14 l. 22.5.1978, n. 194 a tenore del quale *"in presenza di processi patologici, fra cui quelli relativi ad anomalie o malformazioni del nascituro, il medico che esegue l'interruzione della gravidanza deve fornire alla donna i ragguagli necessari per la prevenzione di tali processi"*).

La necessità del consenso è, peraltro, prevista dal *"Codice di deontologia medica"* che precisa, fra gli atri doveri, che *"Il medico deve fornire al paziente la più idonea informazione sulla diagnosi, sulla prognosi, sulle prospettive e le eventuali alternative diagnostico-terapeutiche e sulle prevedibili conseguenze delle scelte operate"*.

Dal superiore quadro di riferimento normativo la Giurisprudenza conclude che la volontà del paziente di consentire l'intervento medico può dirsi liberamente formatasi solo in presenza di una informazione completa e dettagliata in ordine alla natura dell'intervento o dell'esame, alla portata e l'estensione dell'intervento o dell'esame, ai rischi correlati, alla possibilità di successo ed alle eventuali inadeguatezze della struttura ove l'intervento dovrà essere eseguito.

La Corte di Cassazione ha individuato, peraltro, limiti assai rigorosi all'obbligo di informazione, ricomprendendovi tutti i rischi prevedibili, escludendo i rischi anomali, cioè quelli che possono essere ricondotti solo al caso fortuito.

Con specifico riferimento al settore del danno da nascita indesiderata, la Giurisprudenza si è preoccupata di sottolineare l'importanza che la diagnosi prenatale sia caratterizzata non solo dall'obbligo di informare la gestante sui risultati obiettivi dell'esame, ma sia accompagnata da obblighi informativi aggiuntivi.

Alcune pronunzie hanno posto l'accento sulla *“necessità che il medico che visiti la gestante (seppur non gli siano richieste indagini diagnostiche sul feto), se riscontri l'esistenza di patologie della donna tali da nuocere alla salute del nascituro, è tenuto ad informarla della possibilità di sottoporsi ad indagini prenatali, quantunque rischiose per la sopravvivenza del feto”* (Cassazione civile, n. 2354/10).

Altre decisioni hanno sottolineato l'obbligo del medico di *“informare la madre in ordine alla concreta utilità del test prescelto per la diagnosi prenatale con il correlato obbligo del medico di informarla dell'esistenza di esami più efficaci, che consentano – rispetto a quello indicato dalla gestante - anche l'accertamento dell'esistenza di malformazioni congenite”* (Cassazione civile n. 16754/2012 cit.).

La Suprema Corte ha, altresì, sottolineato l'obbligo del medico di informare la gestante in ordine alla possibilità di ricorrere ad un centro di più elevato livello di specializzazione *“se l'esame diagnostico compiuto non abbia consentito, senza colpa del medico, una completa ed esaustiva visualizzazione del feto”* (Cassazione civile n. 15386/2011).

In altre pronunzie, inoltre, la Corte di Cassazione ha focalizzato l'obbligo per il medico - che prescrive alla gestante farmaci potenzialmente dannosi per il concepito - di informarla dei rischi derivanti dal loro uso, condannando *“il medico che aveva omesso di fornire tale informazione al risarcimento del danno da nascita indesiderata in un caso in cui il concepito venne al mondo con malformazioni congenite, delle quali non era possibile stabilire se fossero state causate o meno dai farmaci assunti dalla gestante* (Cassazione civile n. 10741/2009 cit).

In conclusione la devoluzione alle Sezioni Unite della Corte di Cassazione consentirà di risolvere il contrasto giurisprudenziale su questioni quanto mai delicate e che rappresentano, nella pratica giudiziaria quotidiana, motivo di sempre crescente contenzioso dai costi sociali ed economici non più sopportabili.

## VITA ASSOCIATIVA

Dal Friuli Venezia Giulia **Dorita Chersevani**

**Segretario regionale**

Due sono stati gli eventi più importanti in regione : a settembre il Congresso “Cuore e Ossigeno” con relatori di livello internazionale a cui ha partecipato un folto numero di medici e che tuttora viene ricordato come uno dei congressi meglio organizzati a Trieste nel 2015. Numerose sono state le richieste di iscrizioni all'ANCE. Dorita Chersevani, Claudio Pandullo e Doriana Potente hanno curato la segreteria scientifico-organizzativa.

Il secondo importante evento è stato il congresso organizzato dal Roberto Marini “Cuore cervello e vasi: dall'ospedale al territorio”, svoltosi a Gorizia a novembre, che ha riunito colleghi ospedalieri e non in una non sempre facile attività di confronto clinico e pratico.

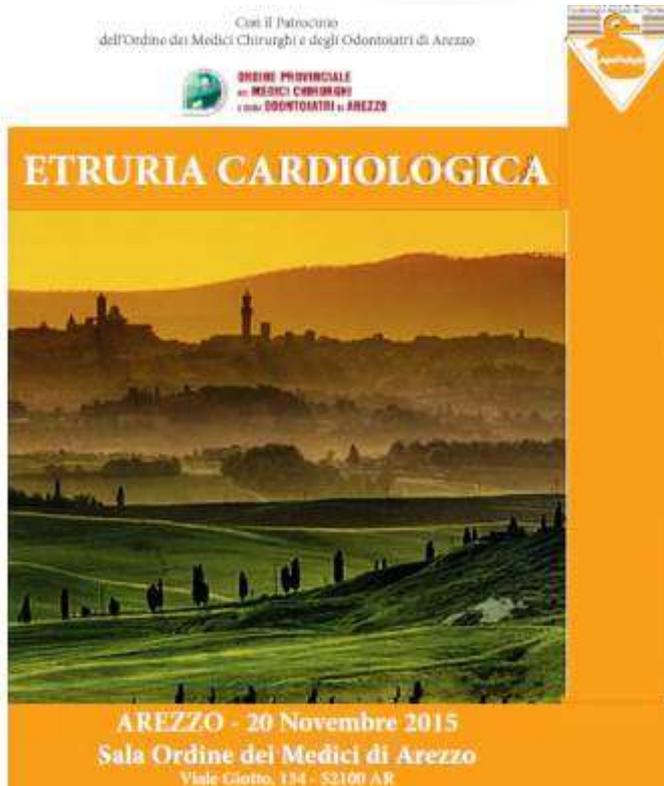
Il titolo del VI° Congresso Regionale ANCE che si svolgerà a settembre 2016 sarà “**Cuore e appropriatezza**” e vorrà essere ancora un utile messaggio di aggiornamento per tutti i colleghi, mentre il Dott. Marini svolgerà a novembre “**Cuore e tiroide**”.



Tutto il nostro team è pronto ad accogliere il Seminario Nazionale

## VITA ASSOCIATIVA

Dalla Toscana **Claudio Bianchini**  
Segretario regionale



Si è svolto il 20 novembre, ad Arezzo, il Congresso regionale dell' A.N.C.E.  
**ETRURIA CARDIOLOGICA.**

Scopo del corso trovare in primo luogo una forma di collaborazione e comunicazione tra medico di medicina generale e cardiologo che opera sul territorio in modo da evitare ripetizioni di accertamenti diagnostici, sovrapposizioni terapeutiche e di conseguenza uno spreco inutile di risorse finanziarie e umane. Gli argomenti trattati sono stati quelli a maggiore incidenza sul territorio e hanno avuto un taglio essenzialmente pratico in modo da integrare la fisiopatologia con la clinica e il trattamento farmacologico.

All'inizio e durante i lavori è stata più volte ricordata la figura di **Paolo Teoni \*** da tutti i relatori e dal Presidente dell'Ordine dei medici di Arezzo il dott. Droandi.

\* [Vivere una Società Scientifica](#) - Cardiologia del Territorio n° 3 - Pag.8



## VITA ASSOCIATIVA

Dalla Campania **Vincenzo Aulitto**

Segretario regionale



Il 07/11/2015, a Pozzuoli (Na), si è svolta la prima giornata del “**Corso di formazione regionale ANCE Campania**” in cui è stato proposto un semplice ma efficace modello organizzativo e gestionale, territoriale, per la terapia e la prevenzione secondaria dei pazienti, affetti da cardiopatia ischemica in fase post-acuta, non richiedenti un trattamento di tipo degenziale. L’obiettivo della prima giornata è stato formare il cardiologo territoriale alla gestione integrata di programmi e di interventi multi-disciplinari effettivamente realizzabili nelle

strutture periferiche.

Le altre giornate del corso saranno svolte: il 23/01/2016 a **Pompei** (NA); il 12/03/2016 a **Caserta**; il 2/04/2016 a **Benevento**; l’11/06/2016 ad **Avellino**; il 16/09/2016 a **Salerno** ed il 25/11/2016 a **Napoli**.



Una tavola rotonda, costituita dai primari dei reparti di cardiologia di alcuni ospedali di Napoli e provincia e dai rappresentanti della medicina generale locale, dopo la relazione del dr. Aulitto, ha discusso su tale modello organizzativo ed ha invitato il dr. Aulitto stesso ad organizzare, al più presto, una riunione ad hoc dei vari attori della cardiologia partenopea per stilare “un accordo di programma” locale, rapidamente attuabile, basato sul principio dell’integrazione “ospedale territorio”.

## VITA ASSOCIATIVA

Dalla Puglia **Giuseppina Debeneditis**

Consigliere Nazionale

LA GAZZETTA DEL MEZZOGIORNO



### **CONGRESSO REGIONALE ANCE PUGLIA 2015**

*Associazione Nazionale Cardiologi Extraospedalieri*

#### ***"Recenti progressi in Cardiologia: quello che il Cardiologo deve conoscere per migliorare la propria pratica clinica quotidiana"***

Si è svolto a Lecce il Congresso Regionale dell'Associazione Nazionale Cardiologi Extraospedalieri (ANCE) 2015, venerdì 27 e sabato 28 marzo, presso il Monastero degli Olivetani, Università del Salento. La manifestazione è stata organizzata dall'Associazione Nazionale Cardiologi Extraospedalieri Puglia col Patrocinio della Regione Puglia, Università del Salento, Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Lecce, ASL Lecce.

Durante i due giorni di lavoro sono intervenuti 37 relatori, 7 dei quali provenienti da fuori regione. Il primo giorno, dopo la registrazione dei partecipanti, l'introduzione è stata curata dal dott. Luigi Greco, organizzatore del Congresso insieme con la dott.ssa Giuseppina De Benedittis, Consigliere Nazionale ANCE, il prof. Alessandro Distante ed il dott. Luigi Dante Giuncato, Segretario Regionale ANCE Puglia, che ha presentato la manifestazione.

Sono stati approfonditi temi di frequente riscontro da parte dello specialista cardiologo il quale, in collaborazione con colleghi specialisti di neurologia, nefrologia, geriatria, ginecologia, reumatologia e internisti, cerca ogni giorno scelte più opportune per la cura e la gestione del paziente cardiopatico cronico.

Relatori di fama internazionale, come il prof. Raffaele De Caterina, il prof. Gianfranco Perna, il prof. Matteo Di Biase, il prof. Luigi Biasucci, il prof. Alessandro Distante, il prof. Renato Nami ed il Presidente Nazionale ANCE, dott. Vittorio Panno, insieme con altri egregi colleghi leccesi e non, hanno approfondito argomenti quali la fibrillazione atriale non valvolare e lo stroke, lo scompenso cardiaco e l'IRC, il trattamento delle dislipidemie, la cardiopatia ischemica e la psoriasi, ipertensione arteriosa nel giovane ed in particolare nella giovane donna in gravidanza, ipertensione arteriosa e demenza, le novità in tema di cardiopatia ischemica cronica, con particolare riferimento al documento ANCE-ARCA, il diabete mellito e la gestione sul territorio, la disfunzione erettile e l'osteoporosi come marker clinico della cardiopatia ischemica.

L'ANCE, Provider Nazionale ECM, ha assegnato al Congresso 15 crediti formativi per 100 partecipanti.

Scopo del Convegno è stato quello di favorire una comunicazione sempre più ampia e sollecitare una sinergia tra cardiologi territoriali, ospedalieri ed universitari, infermieri, e fornire una omogeneità di informazione nella diversità dei ruoli, consapevoli del fatto che una migliore gestione extraospedaliera delle patologie croniche è fondamentale per migliorare la qualità di vita e la prognosi di tanti utenti territoriali. In ragione di ciò sono stati illustrati progetti di ricerca del territorio pugliese, sollecitando momenti di discussione e confronto costruttivo, utile a migliorare la pratica clinica quotidiana di tutte le figure professionali coinvolte.

**[Giuseppina Debeneditis](#)**

VITA ASSOCIATIVA

Dalla Puglia Luigi Dante Giuncato  
 Segretario regionale



**CONGRESSO REGIONALE ANCE PUGLIA**  
 Cardiologia Italiana del Territorio

MONASTERO DEGLI OLIVETANI - UNIVERSITÀ DEL SALENTO  
 VIALE SAN NICOLA, s.n. - LECCE

**RECENTI PROGRESSI IN CARDIOLOGIA**  
 Quello che il Cardiologo deve conoscere per migliorare la propria pratica clinica quotidiana

VENERDI 27 MARZO 2015  
 SABATO 28 MARZO 2015  
 LECCE

15

CON IL PATROCINIO DI:  
 ANCE, CARDIOLOGIA ITALIANA DEL TERRITORIO, ASL LECCE, UNIVERSITÀ DEL SALENTO

COMITATO SCIENTIFICO:  
 Dott.ssa GIUSEPPINA DE BENEDETTIS  
 Prof. ALESSANDRO DEBANTE  
 Dott. LUIGI DANTE GIUNCATO  
 Dott. LUIGI GRECO

SI RINGRAZIA PER IL CONTRIBUTO ECONOMIZZANTE:  
 Bayer, Bristol-Myers Squibb, STRODER, ITALFARMAGO, MSD, sigma-tau

SCHEDE ORGANIZZATIVA:  
 MTT



**CONVEGNO ANCE** Cardiologia Italiana del Territorio

CORSO ECM DI AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE

**NUTRIZIONE E NUTRACEUTICA:**  
 NON SOLO IN ALTERNATIVA AL FARMACO  
 MA A SUPPORTO

SABATO, 23 MAGGIO 2015

POLO DIDATTICO ASL LECCE  
 Via Miglietta, 5 - LECCE

7

CON IL PATROCINIO DI:  
 ANCE, CARDIOLOGIA ITALIANA DEL TERRITORIO, ASL LECCE

SI RINGRAZIA PER IL CONTRIBUTO ECONOMIZZANTE:  
 AURORA biofarma, NATHURA, PIAM, PharmExtracta, Stardea

SCHEDE ORGANIZZATIVA:  
 MTT

**Dalla Puglia le proposte per il 2016**

**Luigi Dante Giuncato**

Segretario regionale

1) **Convegno Regionale ANCE Puglia 2016, "La Cardiologia Territoriale tra Innovazioni Tecnologiche e Protocolli Operativi"**, da realizzarsi da Venerdì pomeriggio 18 al Sabato mattina 19 Marzo, per 70 Medici e 30 infermieri, a....;

2) **Nutrizione e nutraceutica in Cardiologia: le nuove frontiere del Benessere**, il 28 Maggio 2016, Aula Magna, Università di Lecce, Ecotecne, per tutte le professioni 150 Medici e 30 Infermieri, 50 Biologi, 50 Farmacisti. A questa iniziativa ha già aderito il prof. De Caterina, che presenterà la lettura magistrale dal titolo: **"La nutrigenetica delle risposte cardiovascolari al caffè e alla caffeina"**.

3) **Corso di aggiornamento in Ecocardiografia Transtoracica per Cardiologi Territoriali**, data da definire in base alla disponibilità del prof. Barbier.

4) **Convegno Provinciale ANCE Taranto 2016**, "....." il..... , a Taranto, per 50 Medici, possibilmente Cardiologi del territorio o MMG Cardiologi o Specialisti di branche affini e 20 Infermieri.

5) **Convegno Provinciale ANCE Lecce 2016**, "....." il ... Ottobre, a ....., per 50 Medici, possibilmente Cardiologi del territorio o MMG Cardiologi o Specialisti di branche affini e 20 Infermieri.

Date da confermare

Dalla Calabria  
**Domenico Monizzi**  
Segretario Regionale



**Back to school ANCE Calabria**

Cosenza, Venerdì 27 /11/2015  
Ore 19.00

Villa Fabiano Palace Hotel  
Via Cristoforo Colombo, 5n 19 - 87036 - Rende (CS) -  
Coordinate GPS: lat. 39,3708 - long. 16,2387; Telefono: +39 0984 638626;

**Forum:**  
*La fibrillazione atriale oggi:.....e sul territorio?*

**Introduce: Tommaso Infusino**  
(Direttore Unità Operativa Elettrofisiologia, S. Anna Hospital, Catanzaro)

\*\*\*\*\*

**Incontro**  
**Ance** 2016

11-12 marzo 2016  
Sala Conferenze Palazzo Bellavista  
Monteponi - Iglesias

Segreteria Scientifica  
Dott.ssa Graziella Faedda



Dalla Sardegna  
**Graziella Faedda**  
Segretario regionale



## Ultim'ora dalla Calabria

VITA ASSOCIATIVA

**Domenico Monizzi**

**Segretario Regionale**



Il 27 novembre 2016 si è tenuto a Cosenza un Forum dal titolo: **La fibrillazione atriale oggi: ...e sul territorio?**

Ha introdotto **Tommaso Infusino** Direttore del Servizio di Elettrofisiologia e Cardiostimolazione del Sant'Anna Hospital di Catanzaro, dove ha sottolineato l'importanza, recentemente emersa in letteratura degli episodi di Fibrillazione atriale della durata di poche ore che potrebbero avere una significativa prognosi peggiorativa per quanto riguarda l'ictus cerebrale. Pertanto, si è sottolineata l'importanza del monitoraggio Holter, ma soprattutto la possibilità di monitorare tali episodi con Device "Loop recorder" che recentemente sono apparsi sul mercato di proporzioni decisamente convincenti per quanto riguardano i tempi di applicazione dell'ordine di circa 10 minuti.

Inoltre, è stato proposto uno studio di arruolamento di pazienti sul territorio con episodi di ictus cerebrale non meglio identificabili, sincope d'origine sconosciuta, pazienti ablati di prima procedura eccetera (sarà presentato a breve un protocollo di studio) dove parteciperanno iscritti ANCE della Calabria.

Una interessante discussione è emersa durante il Forum con interventi di autorevoli colleghi cardiologi e di altre specializzazioni.



*A tavola con Don Pietro Vivona e Piero Chiappetta*

VITA ASSOCIATIVA

Dalla Sicilia **Marco Di Franco**

Segretario regionale

<p>con il patrocinio di</p>  <p>con il contributo non condizionante di</p>  <p><b>GENERICI PER SCELTA</b></p>	 <p>Corso di Aggiornamento <b>IL PAZIENTE CON NEFROPATIA CRONICA E PATOLOGIA CARDIOVASCOLARE</b> POSSIBILI SINERGIE TRA IL MEDICO DI MEDICINA GENERALE E GLI SPECIALISTI D'ORGANO</p> <p>28 novembre 2015 CEFPAS, Caltanissetta Direttore: Dr. Epifanio Di Natale</p>
--	---

## VITA ASSOCIATIVA

Da Madrid Riccardo Guglielmi

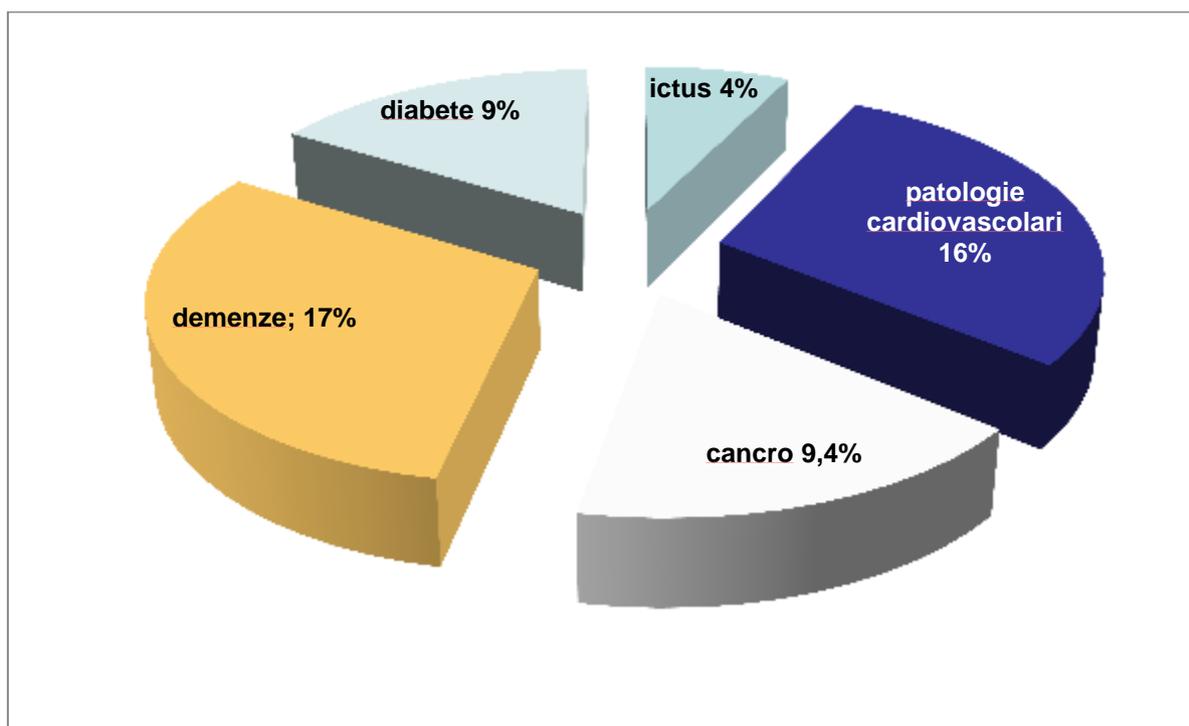


### *Visita agli stabilimenti CHEMO a Liconsa, Madrid* *Aggiornamento, curiosità e ironia*

Una delegazione degli iscritti ANCE ha visitato a Liconsa, periferia di Madrid, il 25 settembre, gli stabilimenti della Chemo, l'industria farmaceutica sede della produzione di farmaci equivalenti, Irbesartan, Omeprazolo, Telmisartan, commercializzati anche in Italia dalla DOC Generici.

L'occasione per partecipare ad un Medical meeting con i ricercatori e i dirigenti aziendali sulla spesa sanitaria e sulle modalità di riduzione.

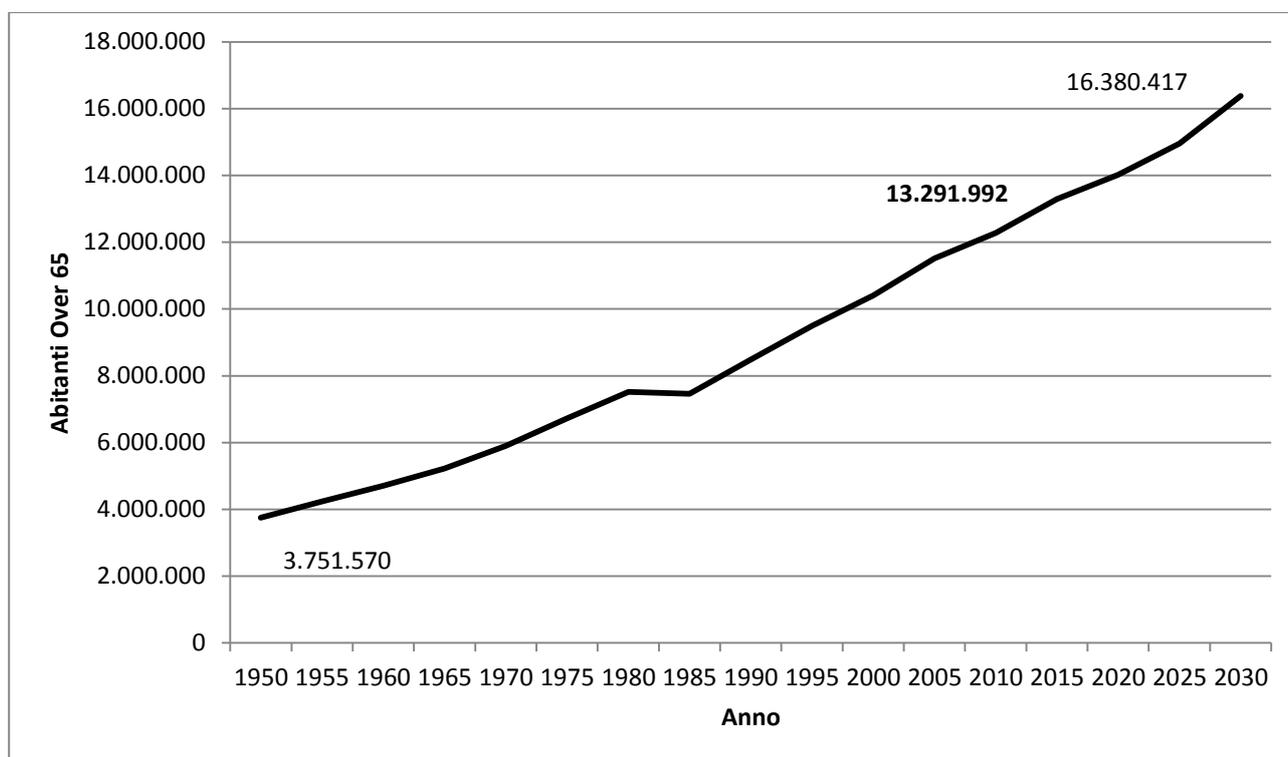
E' stato stimato che il capitolo di spesa relativa alle più comuni condizioni croniche in Europa ammonta a più di 1.000 miliardi di euro l'anno. Entro la metà del secolo si prevede che la spesa raggiungerà i 6.000 miliardi di euro a causa dell'aumento di patologie croniche ad impatto economico che in Italia corriamo il rischio di non vederle, o di dover migrare per averle.



Il nostro SSN si caratterizza per scarse risorse e domanda crescente di salute a causa della forte crescita delle aspettative da parte del cittadino utente. La politica adotta strategie per garantire la sostenibilità finanziaria della spesa sanitaria nel breve periodo, tagli e tetti di spesa, controlli stringenti su prezzi e volumi di fattori e prestazioni, aumento delle compartecipazioni alla spesa da parte dei cittadini.

Sono soluzioni di scarsa efficacia nel lungo periodo in quanto non riescono a tenere sotto controllo adeguatamente i principali fattori di crescita della spesa nel lungo periodo e presentano rischi per quanto riguarda il mantenimento dei livelli di qualità ed equità dei sistemi.

### Il numero degli anziani in Italia cresce più che in altri stati



Dobbiamo liberare risorse mantenendo e in alcuni casi migliorando, la salute e la qualità di vita dei pazienti malgrado la progressiva riduzione negli ultimi 10 anni il tasso di crescita del Fondo Sanitario Nazionale. Tra le soluzioni le più fattibili sono aumentare l'aderenza e la persistenza alla terapia specialmente nel paziente anziano, fragile, politrattato, e il maggior impiego di farmaci equivalenti.

L'industria farmaceutica illuminata deve avere la visione di un futuro in crescita e la voglia di essere protagonista di questa crescita. E' necessario offrire al paziente una gamma sempre più articolata di opzioni terapeutiche, contribuendo così significativamente allo sviluppo dell'intero comparto. Crescita per un'azienda è saper consolidare il ruolo di partnership affidabile nei confronti degli interlocutori del mondo della sanità, investendo sulle qualità umane e professionali dei collaboratori.



***E dopo tanto studiare .... di corsa all'ESTADIO SANTIAGO BERNABEU***



**Tutti a fare il tifo per la squadra ANCE alle prese con il REAL MADRID**



*ARRIVEDERCI da **Madrid***



## **CURIOSITA'**

### **Le massime di Massimo**

A cura di Massimo Romano *Cardiologo e filosofo*



***Semper magnae fortunae comes adulatio***

*Gli adulatori sono inseparabili compagni dei ricchi e dei potenti.*

(Velleo Patercolo)

### **L'angolo della poesia**

A cura di Michele Adamo *Cardiologo e poeta*



## **NON SIAMO PIU' SOLI**

*Fa seguito al grido ribelle  
la gloria, incanto di un mito.*

*L'aurora rompe il silenzio  
e non fa più sosta  
la parola taciuta  
nei ciechi sentieri.*

*Il quadro che non ha cornice  
libera la voce  
e lo spirito  
s'arrampica a nuova conoscenza.*

*Colori riaccesi e luce ridanno vita  
al **Notiziario Cardiologia del Territorio**,  
e dell'ANCE ,  
risvegliano i suoi tesori.*

*ANCECARDIO,  
vita e presenza,  
nuovi germogli di scienza  
ci placheranno la delusione  
e l'inquietudine del tempo avverso.*

*Nuova fertile voce  
richiamerà l'incanto del vero e della scienza  
e ci colmerà l'umana arsura del sapere.*

*Immagine di sublime poesia  
"L'Avanti sempre, Avanti ancora! per guardare più in alto".*

**Michele Adamo**

## **VETRINA DELLE IDEE**

**Spazio aperto libero riservato alle proposte, alla fantasia e alla creatività**

Inserite commenti, critiche, foto, link, relazioni, ricordi.

**Berlino 6 marzo 2009**



Ecco un esempio



[Clicca](#)

*I NOSTRI EVENTI NAZIONALI*

## **Il Seminario nazionale**



**20-22 Maggio 2016 – Trieste**

Non dimenticate di consultare con assiduità il nostro sito

<http://test.ancecardio.it/>

[Siamo anche su](#) **facebook**

*..... e per finire*

***Buon Natale e sereno 2016***



***dalla Redazione di CARDIOLOGIA del TERRITORIO***

*"Benedetto Gemma AMA Cuore Bari"*

