



## Cardiologia del Territorio

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

#### Prima pagina - Auguri Presidente

Fiocco rosa in casa ANCE <i>Riccardo Guglielmi</i>	Pag.4
In diretta dal Seggio elettorale	Pag.6
Il Presidente ringrazia e saluta <i>Giovanna Pantaleo</i>	Pag.7
Vivere una Società Scientifica <i>Paolo Teoni</i>	Pag.8
Focus on: il XXI Congresso nazionale I conti in tasca Porta a Porta con i nuovi Consiglieri nazionali <i>Riccardo Guglielmi</i>	Pag.10 Pag.12 Pag.13
<b>Le nostre interviste</b> Il 10% dell'intera umanità soffre di Ipertensione Arteriosa <i>Pasquale Vittorio Santoro</i>	Pag.18
Aggiornarsi via web Cardiologia e Diritto:sostituzione di un farmaco e responsabilità professionale Le situazioni a basso rischio non sono tutte uguali Forame piccolo paura grande <i>Riccardo Guglielmi</i>	Pag.23 Pag.26 Pag.27 Pag.31
<b>Flash di terapia</b> - La parola alla difesa <i>Riccardo Guglielmi</i>	Pag.37
Livello di evidenza IV. Come influisce nella pratica clinica <i>Massimo Romano</i>	Pag.39
<b>Vita associativa</b> - Dalle Sedi Regionali	Pag.40
<b>La vetrina delle idee</b>	Pag.42
<b>I nostri appuntamenti culturali nazionali</b>	Pag.43



## **Note di Segreteria**

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

Questo è l'attuale staff che provvederà alla 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)



**Garante per l'Etica**

*Prof. Enzo Romano*



**Capo Ufficio Segreteria**

*Dott.ssa Laura Vecchi*

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

# *Prima Pagina*



**AUGURI Presidente**

# *Fiocco rosa in casa ANCE*



*Sorrento  
22 Ottobre 2011  
Ore 19*



## **FIOCCO ROSA IN CASA ANCE**

*Riccardo Guglielmi*

Alle ore 19 del 22 ottobre, ultimato lo spoglio delle schede elettorali, come Presidente del seggio ho consegnato il risultato elettorale nell'aula dove erano riuniti i colleghi che seguivano i lavori del XXI Congresso Nazionale.

Il Prof. Vincenzo Romano, presidente uscente, ha comunicato l'esito delle votazioni ed assumendo la carica di Past-president, passava il testimone al nuovo Presidente dell'ANCE, la Dott.ssa Giovanna Pantaleo. Un momento di grande commozione terminato con un abbraccio sincero tra i due Presidenti. Minuti di grande significato simbolico a testimonianza di un passaggio corretto e lineare tra presente e futuro. Due generazioni che si incontrano e si stimano. Il passato che ha saputo mantenere la nostra Associazione stabile, bloccando sempre le tensioni, superando le difficoltà ereditate e che ha dato a tutti noi arricchimento culturale, caratterizzandosi per etica e signorilità. Il futuro che dovrà continuare l'opera del rilancio dell'Associazione nell'immagine e nei contenuti.

Giovanna ha vinto per la sua personalità, per le sue idee, per l'aria nuova che porterà nell'ANCE. Nasce siciliana, lavora a Milano, ha radici dal nord al sud della nostra Italia e ciò contribuirà ad un maggiore impegno e coesione tra le nostre sedi regionali. La nomina a presidente rappresenta la possibilità dell'uguaglianza, la speranza in un futuro fatto di tolleranza e di rispetto. Tutti vogliamo che un giorno le cose possano migliorare in ogni aspetto.



Da una donna ci aspettiamo praticità, intelligenza, eleganza e data la giovane età anche un maggior ricorso alla tecnologia per gli aspetti informatici e comunicativi. Continuare la tradizione nel rinnovamento. Il Direttore e tutti i componenti dello staff organizzativo di questa testata formulano un sincero apprezzamento e riconoscenza alla meritoria opera del Prof. Vincenzo Romano che invitiamo ad essere sempre vicino a tutti noi. Auguri di buon lavoro ai consiglieri riconfermati, Massimo Piccioni e Roberto Pescatori, ai nuovi consiglieri eletti, Valter Armellani, Antonio Casciello, Doriana Potente, Renato Nami. Congratulazioni al nuovo Vice presidente, Vittorio Panno ed al Segretario nazionale Enzo Contiello, che insieme al Presidente Pantaleo, formeranno il nuovo Direttivo. Un doveroso ringraziamento ai consiglieri uscenti, Claudio Bianchini, Ottavio Di Cillo e Roberto Marini, che nel triennio precedente, hanno offerto la propria collaborazione e competenza all'ANCE, con rinunce professionali e sacrifici familiari.

Voglio concludere descrivendovi un piacevole e significativo episodio di cui sono stato occasionalmente testimone.

Carlo Fernandez, il fondatore dell'ANCE, si è avvicinato a me ed a Giovanna e congratulandosi per la nomina ha detto una bella frase: ***“Ti affido una mia creatura ”*** . La risposta di Giovanna è stata immediata non studiata, non preparata da esperti della comunicazione, veramente sincera.

***“Sarò una brava mamma”***

Noi lo crediamo. Auguri Presidente



## IN DIRETTA DAL SEGGIO ELETTORALE



<b>RINNOVO CARICHE ISTITUZIONALI - CANDIDATURE</b>		
Seggio Elettorale	SALA NETTUNO-HILTON SORRENTO PALACE Via S. Antonio 13 - SORRENTO	Data: <b>22.10.2011</b>
<b>COMITATO DIRETTIVO</b>		
ELETTI	CARICA	RISULTATI
PANTALEO GIOVANNA	PRESIDENTE	216
PANNO ANTONIO VITTORIO	VICE - PRESIDENTE	215
CONTIELLO VINCENZO	SEGRETARIO	215
<b>CONSIGLIERI</b>		
CANDIDATI		RISULTATI
ARMELLANI VALTER		161
CASCIELLO ANTONIO		170
NAMI RENATO		173
PESCATORI ROBERTO		158
PICCIONI MASSIMO		212
POTENTE DORIANA		166
1° NON ELETTO: DI FRANCO MARCO		35
<b>REVISORI DEI CONTI</b>		
ELETTI		RISULTATI
BINA ALESSANDRO		152
CRISTIANO ANTONIO		170
D'ANNA SALVATORE		127
SUPPLENTE: RIO VINCENZO		98
<b>PROBI VIRI</b>		
ELETTI		RISULTATI
DE COLLIBUS CARLO		200
MARINI GIUSEPPE		161
MONIZZI DOMENICO		159



## IL PRESIDENTE RINGRAZIA E SALUTA

### Carissimi Soci,

é con grande orgoglio che mi accingo alla Presidenza dell'ANCE e desidero innanzitutto ringraziare tutti coloro che hanno posto in me la loro fiducia.

Per la stima e l'affetto che mi avete dimostrato ..... Grazie!

Cercherò di non deludervi e farò in modo che ognuno di voi possa dire "L'ANCE E' BELLA", in quanto porta avanti una "IDEA" e un "PROGETTO COMUNE": formare e aggiornare tutti i Cultori della Cardiologia del Territorio ed attraverso ricerche osservazionali e registri, indagare sul mondo "reale" che è quello che vediamo nei nostri ambulatori quotidianamente, assai diverso dal mondo dei Trials dove si studiano popolazioni selezionate. Tutto questo allo scopo di una cura migliore del nostro paziente e di riuscire a ridurre la morbilità e la mortalità per malattie cardiovascolari.

Vorrei essere il Presidente di tutti, poter essere la "voce" di ognuno di voi.

Vorrei che tutti insieme fossimo una "FORZA" per poter avere un peso nel mondo Cardiologico Italiano e nella politica Cardiologica Sanitaria Italiana.

Noi Specialisti territoriali che ci prendiamo cura delle malattie cardiovascolari siamo un esercito che lavora in trincea e per primi ci relazioniamo da una parte con il medico di Medicina Generale e dall'altra con i Colleghi ospedalieri. Siamo quindi una "ruota dentata" che fa girare l'ingranaggio dell'intero percorso diagnostico - terapeutico del paziente cardiovasculopatico.

Siamo il "braccio" e il "filtro" tra territorio e ospedale, facendo sì che i ricoveri siano più appropriati e che, con la riduzione degli accessi impropri al pronto soccorso, si riduca la spesa sanitaria.

La popolazione invecchia e molti malati acuti diventano cronici invadendo così i nostri ambulatori ed è per questo che dobbiamo essere preparati e aggiornati per fornire la migliore cura della Patologia Cronica. Prevenzione, sia primaria che secondaria, diagnosi precoce del danno d'organo, stretta sorveglianza del paziente polipatologico cronico ..... , sono questi i nostri cavalli di battaglia.

Stretti tra Deontologia Medica e Risorse Economiche, tra il Giuramento d'Ippocrate e i Budget Sanitari, una sola è la via d'uscita: **la formazione**.

Ed è questo che fa e vuole fare sempre meglio l'ANCE, aprendo anche la collaborazione con altre discipline, per un approccio olistico del paziente.

Infine l'altra idea è uscire dal campo *strettamente medico* e aprirci alla gente comune per campagne di educazione sanitaria, possibilmente con il coinvolgimento dei comuni, per la prevenzione e la cura delle malattie cardiovascolari; ad esempio: "i Cardiologi del Territorio incontrano i cittadini ....".

Manteniamo l'entusiasmo, la passione per il nostro lavoro, rimaniamo uniti per non sentirci mai più soli.

- Giovanna Pantaleo -



## VIVERE UNA SOCIETA' SCIENTIFICA

*Paolo Teoni*

Abbiamo da pochi giorni votato una nuova dirigenza che riceve un testimone importante. Una riflessione è doverosa, affinché passato, presente e speranze per il futuro siano sintesi e guida del nostro agire, delle nostre decisioni.

Questo modello ci eviterà, come si dice, di rivivere le difficoltà del passato. Dobbiamo essere fieri della nostra creatività e capacità dimostrata in trenta anni di storia.

L' ANCE (Cardiologia Italiana del Territorio) ha avuto, prima di tante altre, la sensibilità e la lungimiranza di andare incontro alle esigenze e alle difficoltà di colleghi, che attualmente lavorano in solitudine sul territorio.

Il Cardiologo e i Medici di medicina generale, hanno per quanto detto sopra, la possibilità di chiudersi nella loro torre di avorio e cercare di operare al meglio possibile. Una scelta antica quando il medico, per definizione era al centro del sistema sanitario e sociale del proprio spazio territoriale.

La necessità odierna è di seguire la dinamicità della società. La comunicazione e l'aggiornamento sono momento fondamentale del miglioramento personale e professionale di ognuno di noi. Ciò è parte integrante della nostra secolare tradizione culturale.

**Partecipare** ad una società scientifica vuol dire ricercare nuovi orizzonti, aprire la propria mente e personalità a messaggi diversi che talora, all'inizio, possono mettere in crisi il singolo bagaglio culturale.

Però, a ben vedere, **associarsi** è manifestazione di libertà di scelta e di impegno etico verso se stessi, verso i pazienti e verso coloro che ti circondano.

**Aggiornarsi** significa portare al nostro paziente le conoscenze opportunamente valutate, della cultura attuale. **Accettare** il cambiamento di precedenti impostazioni non perché imposto da Enti regolatori, ma alla luce delle esperienze precedenti, le nuove conoscenze rappresentano un completamento ed un superamento di dubbi ed incertezze.



**La cultura è la palestra della mente**, favorisce la duttilità del singolo senza togliere nulla alla doverosa critica quando è necessaria ed opportuna.

Da quanto affermato si comprende che la società scientifica con il suo dibattito sempre aperto aiuta la necessaria laicità ed indipendenza professionale, fondamento della buona medicina.

Oggi purtroppo troppi Enti vogliono interferire nelle nostre scelte diagnostiche-preventivo-terapeutiche il cui orizzonte è volto ad evitare eventi morbosi negli anni, naturalmente slegato dai bilanci al trentuno dicembre di ogni anno.

La difesa della salute e quindi della qualità del vivere non ha una scadenza temporale preordinata, ma si proietta nel tempo. Il prolungamento attuale della vita media è iniziato ed è andato di pari passo con i miglioramenti sociali, scientifici e medici degli ultimi due secoli.

Detto questo non voglio contestare le attuali rigidità che ci sono state imposte dai tempi e dalle necessità economiche, però è indispensabile un momento di riflessione complessiva.

I Medici che lavorano nel territorio comprendono, prima di altri, le esigenze del cittadino che ci chiede "salute". Questo messaggio ci deve spingere affinché la medicina del territorio sia duttile e sappia sempre fare le sintesi necessarie in maniera libera e critica, però costruttiva e trasparente. E' su queste esigenze che si fonda un welfare sanitario motivato, efficace ed efficiente che risponde ai bisogni reali della società ed ai nostri doveri deontologici.

L'ANCE conosce storicamente il territorio ed è consapevole che, alla fine di questo percorso di crisi internazionale, interverrà un nuovo assetto. Pur nelle attuali incertezze, quasi giornaliere, è da saggi iniziare ad immaginare il futuro per non essere impreparati. A fronte di queste problematiche la presenza e la fidelizzazione dei Soci, specialmente giovani, è indispensabile per evitare l'impoverimento etico dell'arte medica alla quale abbiamo sempre tenuto e creduto come ci è stata trasmessa dai grandi Maestri.

*- Paolo Teoni -*



## FOCUS ON: XXI CONGRESSO NAZIONALE

*Riccardo Guglielmi*

Edizione straordinaria del Notiziario di segreteria, Cardiologia del Territorio, dedicata prevalentemente al recente XXI Congresso Nazionale, svoltosi a Sorrento dal 20 al 23 novembre.

Abbiamo partecipato a tanti congressi dell'ANCE, ma, mai dopo questo, siamo tornati a casa con nuove sensazioni. Non è stato solo incontro o scambio ma vero arricchimento culturale e personale. Elezioni senza stato di conflitto, candidature apprezzate e giudicate positivamente. Relazioni di eccellente contenuto scientifico esposte da relatori di alto profilo. Tale giudizio è assegnato non solo agli illustri invitati, ospedalieri ed universitari, ma anche ai nostri Soci che si sono cimentati come oratori, dimostrando capacità di comunicazione, rispetto dei tempi ed efficacia nei messaggi da trattenere. I Soci più giovani hanno dimostrato di essere pronti al cambio generazionale anche nei nostri quadri dirigenziali. Tutti i gruppi di studio, dalla Medicina Generale, che ha aperto il congresso, alla Riabilitazione che lo ha chiuso domenica 23 ottobre, hanno saputo evidenziare e proporre tematiche di attualità e praticità. Anche in questo caso i gruppi di studio dell'ANCE hanno dimostrato di rappresentare la nostra interfaccia propositiva. Commozione nel ricordo del Prof. Mario Condorelli, ringraziamento per la meritoria opera del Prof. Enzo Romano, Presidente uscente, apprezzamento e naturalmente giubilo per il nostro nuovo Presidente, la Dott.ssa Giovanna Pantaleo. Un ideale passaggio di consegne in armonia e lealtà come è giusto che avvenga in una associazione scientifica sana. Non va da tutti noi sottovaluto quanto esposto nella mia funzione di Tesoriere durante l'assemblea generale dei soci. Un pareggio di bilancio nonostante l'attuale congiuntura economica e la difficoltà nel recuperare risorse. Risultato positivo grazie all'oculato e saggio indirizzo di gestione del Direttivo uscente ed alla pregevole opera del Collegio dei revisori dei conti. Altra nota importante la presenza della giornalista Valentina Guzzardo che, con l'equipe di MedlineTv, ha intervistato e filmato molti di noi. Informazione, modernità e cultura per permettere il rilancio, grazie al Web, della nostra associazione. Iniziativa che speriamo accompagni i nostri futuri eventi, anche quelli locali. La Dott.ssa Valentina Guzzardo, grazie alla sua professionalità ed alla capacità di farci sentire a proprio agio, ha dato la possibilità non solo ai relatori più titolati, ma anche ai più giovani di avere uno spazio televisivo e di poter dominare la tensione iniziale. Grazie Dott.ssa Guzzardo. Questi sono gli aspetti positivi.

Dopo gli aspetti positivi è giusto evidenziare qualche criticità per ottenere nel futuro una maggiore efficienza ed efficacia. Dalla sintesi delle impressioni e dei commenti generali tre sono gli aspetti negativi che dobbiamo evidenziare e per l'avvenire migliorare. Il **primo** è la scarsa presenza in aula. Belle relazioni, oratori eccellenti cui è stato concesso un pubblico molto ridotto. Il XXI Congresso Nazionale ha dimostrato che l'ANCE ha un grande alleato, l'INPS come pubblica amministrazione ed una grande risorsa, i suoi stessi medici legali, molti dei quali sono anche cardiologi, coordinati dal Prof. Massimo Piccioni. I temi che il seminario di cardiologia forense tratta non sono esclusivamente per gli addetti ai lavori, ma rappresentano aspetti della nostra pratica cardiologica quotidiana e hanno attinenza con la responsabilità professionale di tutti noi. L'alleanza tra ANCE e INPS, che le Associazioni nostre consorelle ci invidiano, ha radici profonde. Nasce grazie all'impegno dell'indimenticabile Francesco Richieri, si consolida e rafforza con Massimo Piccioni, la cui presenza nel Consiglio nazionale è fonte di cultura, operatività e praticità. Rispettiamo il nostro alleato almeno offrendo la nostra partecipazione attiva. Non mancherà ai nuovi quadri nazionali e locali la possibilità di saper implementare un maggiore spirito di servizio, senza mai tralasciare le occasioni che possano favorire la coesione tra i Soci, anche nel ricordo del sano spirito goliardico.



La **seconda** criticità è l'alto numero e la concentrazione delle relazioni. Certo esistono esigenze organizzative ed economiche, ma lo scrivere della problematica porterà i Comitati organizzatori futuri a trovare la soluzione più saggia e condivisa tra le parti.

La **terza** criticità deriva dalla seconda, il troppo poco tempo per la discussione. Compito dei moderatori un saggio controllo non solo dei tempi degli oratori, ma questo non è stato un problema nel nostro congresso, ma soprattutto pretendere dal pubblico domande brevi e pertinenti agli argomenti trattati.

Descritte le luci e le ombre passiamo agli **aspetti operativi**.

Stefano Castaldo ed il gruppo di studio di cardiologia forense hanno avuto la brillante idea di pubblicare in anteprima nel precedente numero del nostro bollettino telematico gli abstract del seminario di cardiologia forense, riprendendo così la tradizione, dimenticata da anni, della pubblicazione degli atti congressuali. Iniziativa giudicata positiva ed apprezzata con la speranza che fosse motivo di emulazione da parte degli altri gruppi di studio e dei relatori invitati al nostro congresso. Al Bollettino il merito di aver saputo evidenziare un problema e di aver trovato una soluzione pratica ed operativa.

Naturalmente non vogliamo creare doppioni con il nostro Giornale Italiano di Cardiologia Pratica che potrebbe dedicare un numero speciale all'edizione di tutti gli abstract di questo e dei successivi eventi scientifici nazionali. E' necessaria la collaborazione di tutti e non di singoli soci per promuovere la nostra editoria.

Il notiziario di segreteria, come i bits di un flusso di informazioni, corre su circuiti sotto forma di impulsi elettrici. Qualcosa di leggero e piacevole nella lettura, senza tuttavia ignorare cultura e contenuti.

Offriamo una vetrina, un podio a quanti di noi vogliono proporre idee, criticità e soluzioni.

Il tempo è sempre tiranno e molti oratori non hanno avuto la possibilità di esporre appieno i loro messaggi. Nella discussione sono emerse delle problematiche. Qualcuno ha avuto o avrà voglia di spiegare meglio dei concetti. Bene il Bollettino telematico è la sede giusta per questa "post produzione" culturale, anche sotto la formula dell'intervista. Qualche esempio anche nelle pagine successive. Inviare idee, proposte, notizie al Bollettino, pubblicazioni scientifiche ed abstract congressuali completi al Giornale.

**Secondo aspetto operativo.** In questa edizione straordinaria abbiamo ritenuto importante che i nuovi degli eletti a cariche istituzionali si presentassero a tutti i soci. A Valter Armellani, ad Antonio Casciello, a Renato Nami ed a Doriana Potente, i nuovi consiglieri nazionali, abbiamo chiesto un breve curriculum, di rispondere a queste domande "quale contributo vuoi dare e cosa ti proponi di fare per l'ANCE" e di comunicare hobby o caratteristiche particolari che possano caratterizzarli al di là dell'aspetto professionale.

In assemblea è stata lanciata l'idea di promuovere l'istituzione onorifica di un "Senato ANCE". Sarebbe un doveroso atto di riconoscenza e stima per quanti di noi si siano distinti per lealtà, impegno, abnegazione e spirito di servizio, specie nei momenti più difficili. Entrerebbero a farne parte di diritto i presidenti uscenti ed i colleghi segnalati e giudicati meritevoli dal Direttivo. Credo sia una proposta valida che invitiamo a portare in consiglio.

Lo Staff completo di Cardiologia del Territorio porge il ringraziamento al prof. Romano, per l'alta opera meritoria offerta negli anni della presidenza. Un doveroso saluto alla Dott.ssa Laura Vecchi per il costante impegno e la dedizione verso l'ANCE. Gli auguri più sinceri per un proficuo e costruttivo lavoro alla Dott.ssa Giovanna Pantaleo, al nuovo Direttivo, ai Consiglieri, ai Revisori dei conti ed ai Probi viri.



## I CONTI IN TASCA

La relazione del Tesoriere al rendiconto A.N.C.E. 2010

**Signori Associati,**

il Rendiconto che viene a Voi sottoposto presenta al 31.12.2010 un avanzo di € 1.924,95.

Nel corso dell'esercizio le entrate di competenza sono state di € 68.965,37 mentre le uscite sono state di € 67.040,42.

Durante il passato esercizio si sono utilizzate le risorse che venivano dalle attività dell'associazione, cercando di recuperare il disavanzo degli esercizi precedenti e ancora accantonato per € 46.749,04; ci stiamo impegnando a far fronte alla crisi che da tempo ha colpito il paese limitando le spese. Le uscite per i regionali sono state di € 40.000,00, mentre le entrate per E.C.M. sono state per € 14.815,37.

**I conti sono a posto, l'associazione non ha debito** ed in considerazione del fine che ci proponiamo, è nostro intendimento cercare di riportare la nostra Associazione alla funzionalità che aveva precedentemente; l'impegno che ci siamo assunti è rivolto alla conservazione di quanto abbiamo acquistato con stenti, in tanti anni di attività, tenendo presente che nell'attuale contingenza purtroppo l'aspetto reddituale è puramente marginale.

Terminata l'esposizione tecnica del rendiconto una riflessione personale è doveroso comunicare. In previsione di un'ulteriore riduzione e contrazione di risorse, vista anche la continua frammentazione della cardiologia italiana, è necessario che la nostra Associazione si doti di maggiore "appeal" culturale ed organizzativo gestionale. Solo così pubblico e privato potranno convogliare le loro poche risorse nelle iniziative dell'ANCE. Anche quest'anno il bilancio è in pareggio e per conseguire questo obiettivo nel futuro è necessario, da parte di tutti noi, spirito di servizio ed unità. L'ANCE non ha bisogno di divisioni; uniti si va avanti e si vince.

Il Tesoriere  
Riccardo Guglielmi

Il rendiconto associativo è stato presentato nel corso dell'Assemblea Generale dei Soci del 21 ottobre 2011. Dopo il parere positivo del Presidente del Collegio dei Revisori dei Conti, Dott. Marco Chierchi, approvazione all'unanimità.

# Porta a Porta

## con i nuovi Consiglieri

*Riccardo Guglielmi*

Conosciamo meglio i nostri nuovi Consiglieri nazionali eletti durante il recente congresso. Abbiamo invitato Valter Armellani, Antonio Casciello, Renato Nami e Doriana Potente nel nostro salotto virtuale e, con la formula dell'intervista, vogliamo dar loro la visibilità dovuta alla carica che dovranno ricoprire nei prossimi tre anni e la possibilità di evidenziare ai Soci le loro attese, gli impegni e cosa vorranno proporre per la crescita e il rilancio associativo.



**Valter Armellani - Antonio Casciello - Renato Nami - Doriana Potente**

### Subito il curriculum

#### **Valter Armellani**

Medico di Medicina Generale (Convenzionato con la ASL di Pescara)

Specialista in cardiologia (Libero professionista)

Dirigente Medico presso Casa di Riposo "S.Volto" di Montesilvano (PE)

Tutor/valutatore per l'esame di stato dei laureati in medicina e chirurgia presso l'Università G. D'Annunzio di Chieti.

Già: Presidente medici in associazione H24- Componente commissione invalidi civili presso AULS (PE)-Medico scolastico -Docente presso la scuola per vigilatrici d'infanzia-Consulente presso l'Istituto di Riabilitazione "S.STEFANO"-Consulente presso la Casa di cura " Villa Serena " Città S.Angelo (PE)-Componente di più commissioni all'Assemblea Generale della ASL Pescara.

## Antonio Casciello

Nato a Salerno il 28/04/1959. Laurea con lode in Medicina e Chirurgia presso la II Facoltà di Napoli nel 1984  
Già dal 1982 frequentava l'Istituto di Cardiologia del prof. Mario Condorelli come allievo volontario.  
Diploma di Specializzazione con lode in Malattie dell'Apparato Cardiovascolare presso la II Facoltà di Napoli nel 1987  
Dal 1987 al 1989 frequenta l'Ambulatorio di Chirurgia Vascolare presso l'Istituto di Chirurgia Generale del prof. Francesco Mazzeo ove s'interessa di Dopplersonografia vascolare.  
Master in Ecocardiografia presso l'Ospedale S.Camillo di Roma nel 1991  
Fellowship in Cardiovascular Magnetic Resonance presso la Penn University di Philadelphia nel 1992  
Responsabile dell'Unità Funzionale di Cardiologia, Casa di Cura Tortorella di Salerno, ove ricopre anche il ruolo di Responsabile dell'Ambulatorio di Diagnostica clinica e strumentale dal 1994  
Responsabile del Reparto di Cardioangiologia della CdC Tortorella dal 2000  
Iscritto all'ANCE dal 1994  
Responsabile Provinciale di Salerno dal 1999 al 2005  
Coordinatore Nazionale del Gruppo di Studio Prevenzione dal 2006  
Neo eletto al Consiglio Nazionale (ottobre 2011)

## Renato Nami

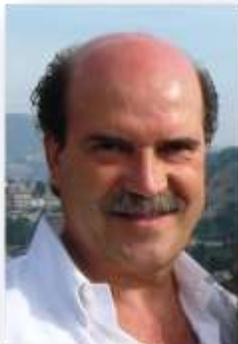
Laureato in Medicina e Chirurgia (110/110 e lode) presso l'Università degli Studi di Siena:	1971
Assistente Ord.Ist.Clinica Medica, Semeiotica Medica, Patologia Medica, Univ.Siena:	1973-1985.
Specialista in Malattie Cardiovascolari e Reumatiche (70/70 e lode), Univ.Siena:	1974
Specialista in Igiene e Medicina Preventiva Univ. Siena:	1978
Responsabile Articolazione Funzionale di Diagnosi e Cura Ipertensione Arteriosa, Univ Siena:	1985-2003.
Prof. Associato di Cardiologia, Università di Siena:	1986-2011
Conseguito il Master in " Hypertension and associated cardiovascular complications". University of Houston (USA,CA)	1999
Direttore del Corso di Perfezionamento in Diagnostica Clinica e Strumentale dell'Ipertensione Arteriosa, Università di Siena:	2000-2005
Conferito il diploma di "European Specialist on Clinical Hypertension", dalla European Society of Hypertension.	2000
Direttore dell'U.O.S. di Diagnosi e Cura dell'Ipertensione Arteriosa, Azienda Ospedaliera Universitaria di Siena:	2003/2011
Docente di "Malattie dell'Apparato Cardiovascolare" (MACV) al Corso integrato di Medicina Interna, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Scuola di Spec. Cardiologia, Scuola di Spec. Geriatria, D.U. di Dietoterapia, D.U. di Fisioterapia, D.U. di Tecnici della Prevenzione, Corso di Laurea Tecnici Neurofisiopatologia, Corso di Laurea per Infermieri,Università di Siena	1998-2011
Coordinatore Nazionale Gruppo di Studio Ipertensione, ANCE	2004-2011
Socio ordinario fondatore della Società Italiana dell'Ipertensione Arteriosa (SIIA), Socio ordinario SIMI, ANCE, SIC, SISMED,	

**Doriana Potente**

Nata e residente a Pieris di S. Canzian d'Isonzo, Gorizia, specialista in Cardiologia, esercita la professione di Medico di Medicina Generale massimalista e di cardiologa libera professionista. Tutor per l'esame di abilitazione professionale e per la formazione specifica in medicina generale. Animatore di formazione. Professore a contratto al VI anno presso la Facoltà di Medicina dell'Università di Trieste. Presidente x 6 anni dell'OMCEO di Gorizia e per 3 della Federazione regionale degli OMCEO del FVG. Già Coordinatrice nazionale dell'Osservatorio Nazionale FNOMCEO sul disagio medico e Componente della Commissione regionale ECM. Attuale Presidente Provinciale SIMG. Iscritta all'ANCE da 20 anni e attuale presidente Provinciale, carica già ricoperta per 6 anni in passato.

Visti i Vostri *curricula* vi preghiamo di rispondere a queste domande

**In sede di congresso, quest'anno si è proceduto al rinnovo delle cariche istituzionali, e lei è stato eletto tra i Consiglieri del Consiglio nazionale dell'ANCE. Come intende dare un contributo alla nostra Società Scientifica?**



*"Meglio essere precisi e sintetici. Sarebbe mio desiderio:*

- 1. Potenziare i rapporti con le due scuole di Specializzazione in Cardiologia ( Chieti- L'Aquila) favorendo programmi comuni;*
- 2. Sensibilizzare le istituzioni locali per promuovere la Telemedicina (Telecardiologia)*
- 3. Rapporti costanti e continui con i mass media, per divulgare iniziative, aggiornamenti, eventi che l'ANCE andrà ad organizzare;*
- 4. Intensificare l'interscambio professionale con altre Società Scientifiche (SIC,ANMCO,ARCA,SISA,FIMMG,SIMG etc. ) presenti sul territorio;*
- 5. Promuovere campagne di prevenzione relative al rischio cardiovascolare"*



*"Per l'ANCE auspicherei un maggior interscambio con le altre Società Scientifiche.*

*Sogno di rivitalizzare il Centro Studi di Roma, che nella mia formazione ha rappresentato un luogo di aggregazione e di crescita culturale ed umana, per riportarlo al centro delle attività della nostra Associazione".*

# Porta a Porta

## con i nuovi Consiglieri

Stessa domanda agli altri due nuovi Consiglieri



*“Ringrazio innanzitutto gli amici Soci dell’ANCE per aver sostenuto la mia candidatura e spero di non deluderli, durante il mandato a me affidato. Durante i molti anni di attività come Coordinatore del Gruppo di Studio dell’Ipertensione dell’ANCE, ho avuto modo di conoscere e collaborare con molti dei nostri Soci, nel promuovere e partecipare ad iniziative, simposi ed incontri scientifici sia presso il Centro Studi di Roma, sia a livello nazionale, regionale e nel territorio. Mi sono così reso conto che la nostra Società possiede, tra i nostri Soci, molte energie e risorse umane, che, una volta individuate e ben indirizzate, possono dare il loro prezioso contributo scientifico e culturale alla nostra Società, da non invidiare affatto altre Società Scientifiche Cardiologiche anche più blasonate. Anzi, le esperienze acquisite sul territorio conferiscono alla nostra Società un patrimonio culturale unico e peculiare, che la contraddistingue dalle altre, più orientate*

*verso la realtà del paziente ricoverato in ambiente ospedaliero. Inoltre, seguendo le esigenze imposte dalle recenti restrizioni economiche, che rendono sempre più difficile l’attuazione di simposi e convegni tradizionali, il mio contributo, fin d’ora, è rivolto alla realizzazione di nuove forme di comunicazione, come la formazione a distanza, in modo da consentire una diffusione capillare delle notizie e degli incontri scientifici a tutti i nostri Soci, senza dover affrontare gli onerosi costi di realizzazione degli attuali eventi culturali”.*

*“Credo nell’ANCE e nella sua dimensione territoriale, collegamento tra la Medicina Generale, la Pediatria di libera scelta, la Continuità Assistenziale da un lato e la Medicina Ospedaliera e Universitaria dall’altra. Già l’ultimo ACN è stato firmato congiuntamente, il prossimo, in preparazione, sancirà la nascita effettiva di UTAP e Case della Salute dove lavoreranno assieme MMG, PLS, CA e Specialisti Ambulatoriali. Credo che siano le radici a sostenere la pianta, quindi propongo una Newsletter periodica per fidelizzare i soci, ampliare il numero di iscritti istituzionalizzando al massimo il pagamento della quota annuale tramite ASL. Rafforzare i collegamenti con la SIMG per la realizzazione di studi scientifici sul territorio. Realizzare corsi FAD per i Colleghi in difficoltà con i crediti ECM. Creare collegamenti (per l’insegnamento della cardiologia) con le Scuole Regionali di Formazione per la Medicina Generale, triennali. Darò il massimo sostegno al nuovo Consiglio Nazionale ed al nostro Presidente, dott.ssa Giovanna Pantaleo, nell’ambito delle mie competenze”.*



Porta

a

Porta

**con i nuovi Consiglieri**

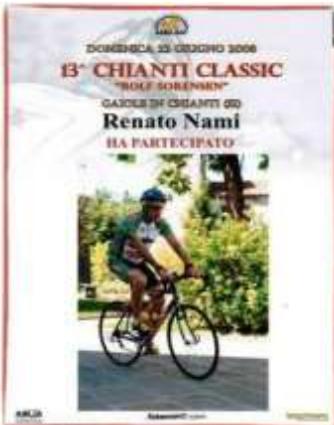
Oltre alla Sua attività professionale molto intensa, universitaria e congressuale, trova il tempo per qualche hobby o può specificare qualche altra caratteristica che La identifica ?

**Armellani** *“Pratico attività sportiva, in particolare sci e nuoto”*

**Casciello** *“Ho due figli Carlo e Mattia. Amo il mare e lo sport e pratico con costanza il tennis e lo sci. Gruppo musicale preferito: Genesis”*



**Nami**



*“Ricavarsi del tempo libero per qualche hobby, è sempre stato per me, anche se difficile, un dovere che mi sono sempre imposto. Pertanto, direi da sempre, coltivo la passione del ciclismo, prima agonistico e poi di puro svago, che mi ha portato a percorrere, da circa 30 anni, circa 6.000 km l’anno, da solo o in compagnia di amici nei luoghi più caratteristici della campagna senese. E’ durante le uscite in bici, che ritrovo il mio equilibrio psiso-fisico e mi alleno a sostenere e smaltire le fatiche e lo stress quotidiani. E’ con un certo vanto, che esibisco la mia foto in bici, di qualche anno fa, in occasione di un raduno ciclo-amatoriale nel Chianti, che mi ha visto primeggiare tra altri partecipanti, tutti rigorosamente over-60...!”*

**Potente** *“Mi piace il sole ed il mare, specie quello della Grecia, mia seconda patria, quando possibile faccio sport (nuoto, camminate, bicicletta), leggo (saggistica e romanzi gialli) e ascolto musica. Sono abbonata da sempre al cinema ed al teatro (prosa e musical). Ma la mia attività principale, al di là del lavoro, è quella di Consigliera con delega alla Casa Famiglia presso la Fondazione Villa Russiz di Capriva del Friuli, Fondazione Regionale composta da un Centro Educativo per l’accoglienza di minori in situazioni di disagio che viene sostenuta dai proventi dell’Azienda vinicola Villa Russiz, produttrice di vini di qualità tra i migliori 10 in Italia, tenuta fondata nel 1868 dalla contessa austriaca Elvine Ritter de Zahony sposa del conte francese Teodoro de La Tour”*

Grazie Consiglieri e buon lavoro.

- Riccardo Guglielmi -



INTERVISTA AL PROF BRUNO TRIMARCO

## *Ipertensione Arteriosa: ne soffre Il 10% dell'intera umanità*

*Pasquale Vittorio Santoro*

L'ANCE si onora di annoverare tra i suoi Amici, quelli che spontaneamente offrono solidarietà culturale, associativa ed amicale, il prof Bruno Trimarco, illustre Clinico, appassionato Ricercatore, raffinato Scienziato ed affascinante Intellettuale. Mi sono trattenuto con Lui in un interessante colloquio, e sono particolarmente lieto di poterlo trascrivere a beneficio dei Soci e dei numerosi lettori di "Cardiologia del Territorio"

Nato a Napoli, il prof Trimarco, ha qui conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia col massimo dei voti e lode il 2 luglio 1973. L'anno successivo veniva già assunto nell'Istituto di Patologia Speciale Medica e Metodologia Clinica con compiti assistenziali e, successi va mente, per le sue spiccate doti di profondo conoscitore della Medicina, fu incaricato di attività didattica autonoma per l'internato clinico obbligatorio. In rapida successione ha conseguito le specializzazioni in Cardiologia e in Radiologia Diagnostica entrambe col massimo dei voti. Durante questi corsi ha vinto una borsa di studio messa a disposizione dalla N.A.T.O. da Lui espletata presso la "Clinique Cardiologique du Hopital Lariboisier di Parigi" per ricerche in elettrofisiologia cardiaca. Un paio di anni dopo ha lavorato presso la "Cardiovascular Research Unit of the Royal Medical School a Londra. Dal 1980, a seguito di Concorso riservato a Ricercatori universitari fu inquadrato presso la Clinica Medica della facoltà di Medicina dell'Università Federico II di Napoli come aiuto e successivamente, con una mirabile progressione, ha raggiunto tutte le vette del Docente e del Clinico superando i concorsi per Professore di Medicina Interna prima straordinario ed in immediatamente dopo come Ordinario ed incaricato di insegnamento presso la Scuola di Specializzazione in Cardiologia, Chirurgia Vascolare, Geriatria e Medicina Interna e di seguito nominato Direttore dello stesso Istituto di Scuola di Specializzazione. Il curriculum del prof. Trimarco è denso di enormi successi e di prestigiose titolarità che per brevità vengono esposte molto sinteticamente. E' attualmente professore ordinario di Clinica Medica, responsabile dell'Unità di Terapia Intensiva Coronarica, dirige il centro di Medicina Sociale per la lotta alle Malattie Cardiovascolari che comprende anche il Centro per la Diagnosi e Cura dell'Ipertensione dove affluiscono ben 15.000 persone per anno. E' autore di oltre 300 pubblicazioni nelle più prestigiose riviste italiane ed internazionali su molteplici argomenti di medicina Interna ed in prevalenza dell'omeostasi pressoria, della circolazione coronarica, circolazione polmonare, del metabolismo glicidico dell'ipertensione arteriosa nei suoi vari aspetti come l'epidemiologia, la patogenesi, la diagnostica strumentale e la farmacologia clinica. Per la sua particolare versatilità e conoscenza dell'ipertensione Arteriosa e delle malattie cardiovascolari è stato presidente della Società italiana dell'ipertensione; è socio della International Society of Hypertension; è referee di "Journal of Hypertension", di "Circulation" e di "Clinical Sciences"; da quest'anno è presidente della Società italiana per la Prevenzione Cardiovascolare.



Prof Trimarco Lei ha fatto ricerche in Italia, Francia e Gran Bretagna; dove ha trovato metodi e sistemi più idonei e di maggiore efficienza per i suoi studi? Ha dei ricordi particolari?

**Non penso che ci siano differenze sostanziali nelle metodologie della ricerca nei paesi occidentali, la differenza sta nella disponibilità di fondi e quindi nelle maggiori difficoltà che si incontrano nel nostro Paese per raggiungere un obiettivo. I ricordi più vividi riguardano le ricerche su protocollo del prof Luigi Condorelli e, soprattutto, la presentazione e la discussione dei risultati con una Figura, per me, mitica**

Tra le malattie non trasmissibili possiamo in questa prima occasione parlare della Ipertensione Arteriosa? Quali sono i dati epidemiologici aggiornati in Italia in Europa e nel Mondo? Globalmente nella intera comunità umana i casi di I.A.,rispetto a 50 anni indietro, sono aumentati o diminuiti?

**Certamente sono cresciuti e non solo perché c'è maggiore consapevolezza della malattia. Basterebbe pensare che i livelli pressori che definiscono l'ipertensione sono stati rivisti in basso negli anni per giustificare un incremento dei casi di ipertensione arteriosa che oggi costituiscono il 20% della popolazione dei paesi ad alto livello di civilizzazione, con punte che superano il 70% nelle età più avanzate.**

A parità di rischio e di condizioni biologiche la penetranza dei fattori ed il danno prodotto è sempre eguale in tutti i soggetti? E nelle varie regioni del mondo?

**Il rischio legato ai livelli pressori dipende naturalmente dal contesto in cui si realizzano, ad esempio a parità di valore di pressione il rischio è maggiore nel diabetico che nel normoglicemico. Le differenze etniche configurano invece differenze negli organi bersaglio. Ad esempio nei paesi orientali è maggiore il rischio di ictus rispetto a quello di infarto del miocardio, che prevale invece nei paesi occidentali.**

I singoli fattori hanno una specificità patogena preferenziale di organo?

**Quella più evidente è il cervello per l'ipertensione arteriosa**

Gli obesi ipertesi, rispetto agli ipertesi normopeso danno anche un diversa risposta vegetativa che partecipa con primaria responsabilità alla Sindrome Metabolica?

**Soprattutto hanno più spesso ipertensione resistente**



Ed ancora la dieta iposodica produce gli stessi risultati in tutti gli Ipertesi ?

**La riduzione dei valori pressori si realizza solo nei sodio sensibili (3 su 10) ma l'effetto di prevenzione cardiovascolare riguarda tutti.**

L'azione benefica della dieta ricca di frutta e di verdura si esercita prevalentemente attraverso l'endotelio?

**Il beneficio degli antiossidanti è certamente più facile da cogliere sull'endotelio che è presente in tutti gli organi e quindi offre una sintomatologia più ricca, vedi ad esempio miglioramento della disfunzione erettile e della perfusione miocardica, ma il beneficio riguarda anche altri organi.**

Oltre l'azione degli antiossidanti vengono liberate sostanze ematochimiche che stimolano l'endotelio ?

**Certamente, nel bene e nel male. Ad esempio una parte dei danni prodotti da un'emorragia cerebrale è dovuta all'azione dannosa sull'endotelio svolta da sostanze liberate dalla raccolta di sangue.**

Trova corretto che l'ipertensione arteriosa venga definita come "l'avanzamento fisiologico di una condizione biologica" e non come una malattia nosologicamente identificata?

**Personalmente non concordo con questa interpretazione neanche per quanto riguarda l'ipertensione dell'anziano. Ritengo che l'avanzamento fisiologico rimanga tale fino a quando non travalica i confini del patologico. Il discorso è ancora più chiaro per l'ipertensione dell'adulto o dell'adolescente.**

E non sarebbe quanto meno strano che una condizione fisiologica possa recare danni irreversibili o addirittura la morte?

**Certamente sarebbe strano, per questo dico che non è una condizione fisiologica.**

E sarebbe in contraddizione con la definizione di "Malattia" del Microcircolo?

**No.**

In che modo il microcircolo partecipa al processo ipertensivo?

**A mio modo di vedere il microcircolo partecipa soprattutto al danno d'organo.**



La partecipazione dell'Endotelio è un fenomeno primario di fisiopatologia ovvero un effetto della I.A.

**Abbiamo dati nell'animale da esperimento che suggeriscono un'alterazione primitiva dell'endotelio nell'ipertensione.**

Che cosa è la "rarefazione microvascolare? E' un danno iniziale o tardivo? E' reversibile?

**E' la conseguenza di uno sbilanciamento tra la crescita dei tessuti e quella dei vasi che devono nutrirla, ad esempio nell'ipertrofia ventricolare la massa miocardica cresce più del letto coronarico.**

Le modifiche strutturali e funzionali dei vasi nell'I.A. vengono definite come il "Rimodellamento della media vascolare"; in che cosa consiste il rimodellamento?

**Nella modifica del rapporto lume/vaso che può essere ipertrofico, con aumento dello spessore della media, o eutrofico, senza aumento di spessore, ed in ogni caso con una riduzione del calibro del vaso.**

Esiste una differenza di danno e di prognosi tra ipertensione pressoriamente stabile ed ipertensione con ampie oscillazioni dei valori pressori?

**La variabilità dei valori pressori costituisce anch'essa un fattore di rischio.**

Per i diabetici ipertesi e per gli anziani è sempre valido il concetto di mantenere i livelli pressori intorno a 120 mmHg ?  
I Neurologi non concordano su questa posizione terapeutica.

**Oggi neanche gli internisti che vedono come ottimale un valore intorno a 140 per gli anziani e 130mmHg per i diabetici.**

Quali soggetti ipertesi vanno prevalentemente soggetti a "Leucoaraiosi"?

**Quelli che controllano male i valori pressori.**

Quale significato assume e di conseguenza quale vantaggio determina ai fini diagnostici il "Test di Reattività Vascolare?"

**Personalmente lo considero più utile per la ricerca che per la clinica.**



E scusandomi per aver enormemente abusato del suo tempo e della sua garbata pazienza le pongo ancora soltanto una ultima domanda.

E' giustificato il timore ancora esistente, che, anche se terapeuticamente necessario, non vada abbinato un ACEinibitore con un Sartano isolatamente o ancor peggio in contemporanea somministrazione neanche nelle forme resistenti?

**Lo studio ONTARGET ha eliminato questi preconcetti, almeno nei pazienti ipertesi ad alto rischio cardiovascolare.**



Grazie, prof Trimarco. Le esprimo la mia ammirata e compiaciuta gratitudine per aver concesso all'ANCE questo "primo" piacevole ed utilissimo incontro. Spero che, a breve, ne seguiranno altri.



**AGGIORNARSI VIA WEB**  
**MEDLINE TV.COM**  
**IL MEGLIO DEI CONGRESSI, IN MENO TEMPO**

**MEDLINETV.COM** è una Web TV specialistica dedicata prioritariamente a medici e docenti, ma utilissima anche a specializzandi, farmacisti e professionisti della sanità pubblica e privata. Un portale, accessibile previa registrazione, che mette a disposizione dell'utente specializzato materiali video in HD fruibili tramite cinque canali tematici, oltre che forum, rassegne stampa e strumenti di informazione per lo specialista dell'area medico-scientifica.

Abbiamo chiesto a **Valentina Guzzardo**, responsabile del Canale di Cardiologia, di parlarci dell'importanza di una televisione telematica per l'aggiornamento.

*“Attualmente il settore di riferimento offre prodotti parziali, approssimativi e puramente contingenti di qualsiasi tema o evento si presenti all'attenzione della comunità medico-scientifica. Ci si trova così ad assistere a un panorama di eccessiva superficialità rispetto ad argomenti delicati, che necessitano una trattazione accurata, precisa, dettagliata e completa. Il tempo dell'approfondimento oggi è un lusso e la cura dei dettagli è diventata una vera e propria rarità. Obiettivo di MEDLINETV.COM è migliorare la qualità del servizio medico-scientifico, elevandone il livello tramite dettagliati approfondimenti su progetti/studi clinici/notizie. Non solo. Grazie al contatto diretto con i professionisti, che sollecitano essi stessi la trattazione di alcuni temi, MEDLINETV.COM intercetta e soddisfa la principale necessità espressa dalla stessa categoria medico-scientifica: quella di costante informazione e aggiornamento. Per questo c'è la sezione **Primo Piano Congressi**: notizie e videonews da convegni e meeting italiani e internazionali, interviste agli esponenti delle società scientifiche, abstract video e registrazioni di simposi”.*

Durante il nostro recente congresso nazionale Lei ha intervistato molti illustri relatori e partecipanti. Dove e quando potremmo vedere queste interviste e se potesse concederci qualche anteprima.

*“Sul sito MEDLINETV.COM, all'interno del Canale di Cardiologia, per tutto il mese di novembre verrà pubblicato il meglio del 21° Congresso Ance, che si è tenuto a Sorrento dal 20 al 23 Ottobre 2011. Ecco alcune anticipazioni delle le interviste ai protagonisti dell'evento:*

**Dott.ssa Giovanna Pantaleo**, Presidente ANCE

*“L'esigenza primaria dei cardiologi del territorio è avere una comunicazione tra di loro, creare un network. L'aspetto fondamentale, poi, è la prevenzione. La cura del cronico è il maggior punto d'attenzione della Cardiologia del territorio”.*

**Dott. Antonio Vittorio Panno**, vicepresidente ANCE

*“L’attenzione è puntata sul malato cronico. Oggi i costi della sanità sono notevoli. Per ridurli (e ridurre l’ospedalizzazione) è necessario che il territorio funzioni meglio”.*

**Dott. Riccardo Guglielmi**, tesoriere e direttore editoriale del Bollettino Telematico dell’ANCE

*“Negli ultimi dieci anni le denunce per responsabilità professionale sono aumentate del 200% con trend d’incremento annuale del 20%. Le assicurazioni affermano che per ogni denuncia, in media, versano un risarcimento di 30mila euro e quindi la pressione sul medico è sempre molto alta.*



*Per questo l’ANCE ha organizzato un’intera sessione di Cardiologia Forense: ci proponiamo di definire quando un cardiopatico è invalido e offrire un metodo di valutazione nel momento della consulenza cardiologica finalizzata al giudizio di operabilità, per evitare richieste di esami inappropriati e ridurre tempi di attesa per il paziente. Valutazione dei fattori di rischio secondo un algoritmo*

*matematico, espresso in forma tabellare, per non cadere nella trappola della medicina difensiva. Parole d’ordine: coscienza, diligenza, professionalità”.*

**Dott. Roberto Pescatori**, consigliere nazionale ANCE e coordinatore area Medicina Generale

*“E’ importante il rapporto tra il medico di famiglia e l’ospedaliero, che vede il paziente pochi giorni e lo rilascia di nuovo al territorio e per questo l’Ance si pone come trait d’union”.*

**Prof. Massimo Piccioni**, coordinatore gen. medico legale Inps e consigliere naz. ANCE

*“Un solo dato: nei paesi occidentali le malattie cardiovascolari sono la principale causa d’invalidità, quindi è indispensabile instaurare un rapporto di collaborazione tra l’INPS e la Cardiologia del Territorio. Il cardiologo e il medico legale, inoltre, hanno bisogno l’uno dell’altro”.*

**Dott. Valter Armellani**, consigliere nazionale ANCE

*“Come confermano studi giapponesi, lo stress per eventi estremi come terremoti o tsunami è strettamente collegato ai dati sull’aumento dell’incidenza di infarto del miocardio e dell’ictus”.*

Dott.ssa Guzzardo vedremo solo interviste ?

*“ Non mancano contenuti video speciali come il ritratto di Mario Condorelli fatto dal Professor **Bruno Trimarco**, Vice-Presidente Società Italiana Ipertensione Arteriosa e l’intervista ad uno dei soci fondatori dell’Ance, il professor **Carlo Fernandez**, che non parla del passato ma piuttosto del futuro della Cardiologia.*

*Per fare un solo esempio, è già on line l’intervista/dialogo tra Renato Nami, consigliere nazionale ANCE e professore associato di Malattie Cardiovascolari presso l’Università degli Studi di Siena e Franco Amatimaggio, specialista cardiologo extraospedaliero a Firenze. Due i focus: novità emergenti nella valutazione ultrasonica dei grossi vasi arteriosi nel paziente iperteso e variabilità pressoria quale nuovo fattore di rischio cardiovascolare”.*

Infine Le chiediamo di fornirci qualche consiglio pratico per accedere al Canale telematico di Cardiologia di Medline TV.

*“Per vedere tutte le interviste basta:*

- 1. collegarsi a <http://www.medlinetv.com> (è gratuito)*
- 2. cliccare su: “**Registrati Adesso!**” (in alto a destra).*
- 3. Inserire: nome / cognome / specializzazione medica e decidere la propria password d’accesso, ripetendola due volte.*
- 4. A questo punto arriverà per mail la conferma della registrazione e, cliccando sul link interno alla mail, l’accesso sarà abilitato”.*
- 5. Si potrà quindi tornare su <http://www.medlinetv.com> e vedere tutti i contenuti, dopo aver inerito password e username in alto a destra sull’home page.*

*Per qualsiasi necessità tutti i soci possono fare riferimento a: [valentina.guzzardo@medlinetv.com](mailto:valentina.guzzardo@medlinetv.com) “*

Grazie Dott.ssa Valentina Guzzardo, La ringrazio a nome di tutti i Soci dell’ANCE.

- Riccardo Guglielmi -



Avv. Gianfranco Iadecola

## **Cardiologia e Diritto : sostituzione di un farmaco e responsabilità professionale**

L'avvocato **Gianfranco Iadecola** di Teramo, già magistrato di Cassazione, è intervenuto, nella sessione "Attuali problemi della terapia dell'ipertensione arteriosa e dello scompenso cardiaco" del nostro XXI Congresso Nazionale di Sorrento, illustrando, ad una platea attenta, gli aspetti medico-legali. Al termine della sessione, visto l'interesse suscitato nel pubblico, abbiamo chiesto, all'illustre ospite di rispondere alla seguente domanda e poter così pubblicare un articolo su Cardiologia del Territorio.

### **Consigliere perché la sostituzione di un farmaco può essere interpretata colpa e soprattutto quali sono i rischi medico legali del cambiamento.**

*Nel mio intervento a Sorrento, mi sono soffermato su possibili profili di responsabilità in cui possa incorrere il medico che prescriba un farmaco senza la indicazione della clausola della non "sostituibilità". Per sintesi: siccome la letteratura scientifica e l'esperienza insegnano che il farmaco generico, (proposto e) dato dal farmacista in sostituzione, possa non possedere le medesime caratteristiche quanto a quantità di principio attivo e ad eccipienti di quello prescritto dal sanitario, potrebbe insorgere un profilo di colpa in capo al sanitario stesso allorché il paziente, avuto riguardo alle sue particolari condizioni di malattia, riceva un pregiudizio (quale un aggravamento della patologia, o anche una maggiore protrazione del male) dall'impiego del farmaco ricevuto in sostituzione (meno terapeuticamente "efficace" dell'altro prescritto dal medico). E ciò perché potrebbe essere al sanitario rimproverato di non avere precauzionalmente considerato che, attese le -ad esempio- particolarmente compromesse condizioni del paziente (ovviamente a lui ben note), questi avrebbe viceversa avuto necessità proprio della copertura più completa ed idonea del farmaco (di marca) prescritto, e che lo stesso (paziente) avrebbe potuto essere danneggiato dal ricorso ad un diverso farmaco, di tipo generico, offerto (secondo la previsione di legge) e consegnato dal farmacista, dotato di minore capacità terapeutica nel caso concreto (avuto riguardo alle sue -già conosciute o comunque prevedibili- differenze, per così dire, "contenutistiche").*

*Naturalmente la responsabilità del sanitario (di tipo penale o civile) presuppone anche la dimostrazione, in sede di giudizio, della esistenza di nesso causale tra la somministrazione del farmaco generico ed il danno riportato dal malato, nel senso che possa affermarsi in termini persuasivi che se il paziente avesse assunto il farmaco originariamente prescritto dal medico, il danno non si sarebbe verificato. Di qui la sollecitazione al medico ad adottare, in ogni caso appena critico, la clausola di "non sostituibilità" del farmaco prescritto.*

Con la speranza di rivederLa nei nostri eventi scientifici La ringrazio per Sua squisita disponibilità e per la bella lezione di diritto che ci ha offerto a Sorrento.

- Riccardo Guglielmi -



*Le situazioni a rischio non sono tutte uguali  
Come riconoscere l'aterosclerosi subclinica nel soggetto asintomatico*

La valutazione del RISCHIO CARDIOVASCOLARE si articola nella formulazione di una diagnosi che viene costruita in maniera semplice, ma completa, percorrendo una strada che andrà ad identificare l'eventuale presenza del danno d'organo, la cui presenza risulta di fondamentale importanza nell'indirizzare le scelte terapeutiche e la strategia clinica. Il paziente è l'elemento fondamentale che unisce il rischio cardiovascolare alla realtà clinica, attraverso una trattazione che si poggia sui pilastri dell'esperienza clinica e delle conoscenze. Ciò significa considerare e proporre il problema della corretta valutazione dei fattori di rischio, ipertensione arteriosa, alterazioni dell'assetto lipidico, stili di vita, dalla parte del medico che deve ragionare e razionalizzare il proprio intervento in termini di approccio clinico personalizzato. L'obiettivo prioritario è la determinazione del livello di rischio cardiovascolare globale del singolo paziente. Quindi instaurare gli opportuni interventi farmacologici, conoscere ed accedere alle varie possibilità di approfondimento diagnostico che le strutture centrali di riferimento sono in grado di offrire. L'attuale situazione congiunturale, la continua perdita di risorse della sanità pubblica non permetteranno, come nel passato, la richiesta indiscriminata di indagini diagnostiche sofisticate e costose nel paziente asintomatico o con un basso profilo di rischio cardiovascolare. Sarà compito del clinico la prescrizione appropriata ed oculata.

Abbiamo chiesto al Direttore della U.O. di Diagnosi e Cura dell'Ipertensione Arteriosa, Azienda Ospedaliera Universitaria di Siena, il prof. **Renato Nami**, che ha sapientemente coniugato nel corso degli anni clinica e ricerca, di parlarci dell'importanza di evidenziare l'aterosclerosi subclinica nel paziente asintomatico.

*“Recentemente è stato appurato che nella valutazione del rischio cardiovascolare nel paziente asintomatico, non tutte le situazioni di basso rischio a breve termine sono uguali tra loro. Infatti, un basso rischio cardiovascolare a breve termine può tradursi in differenti tipologie di rischio a lungo termine a seconda di alcune caratteristiche del paziente come età, sesso, dislipidemia, ipertensione arteriosa o diabete mellito, e, soprattutto, a seconda del grado di progressione dello spessore intima-media della carotide, considerato un markers precoce di aterosclerosi subclinica”.*

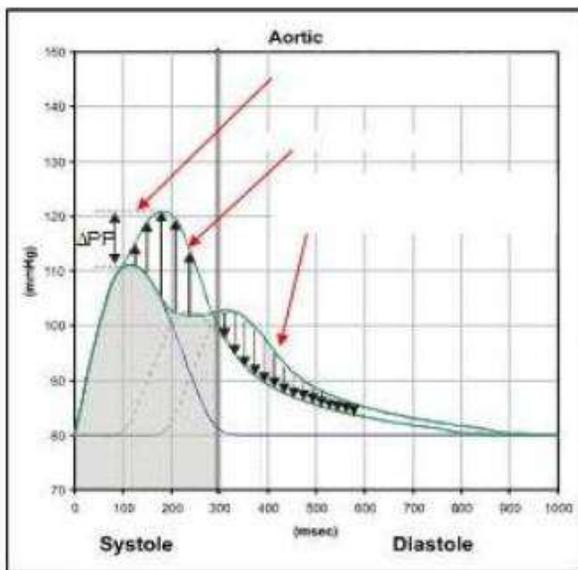
Qual è il ruolo della pressione arteriosa?

*“In particolare, le precoci alterazioni funzionali ed anatomiche dei vasi arteriosi nelle prime fasi della aterosclerosi subclinica, condizionano un aumento della rigidità di parete, che, a sua volta provoca un aumento della pulse wave velocity (PWV) e dell'onda pulsatoria riflessa, con le caratteristiche modificazioni dell'onda sfigmica, caratterizzata da un aumento della PA sistolica ed una diminuzione della PA diastolica. L'ipertensione sistolica è responsabile di un aumento della PA centrale, con un aumento del rischio di ictus e di insufficienza renale cronica, di un aumento del post-carico, con conseguente ipertrofia ventricolare sinistra e rischio di sviluppo di insufficienza cardiaca. D'altro canto alla ipotensione diastolica consegue una riduzione della perfusione coronarica con aumento del rischio di cardiopatia ischemica (Fig. 1)”.*



Esistono dei markers diagnostici accessibili per costi e facilità di esecuzione?

*“Le recenti linee guida ESC/ESC sulla gestione del paziente iperteso hanno proposto una serie di markers di danno d’organo e di aterosclerosi subclinica, differenziandoli per criterio di fattibilità, valore prognostico e costi. Dalla Fig. 2 è possibile rilevare che la microalbuminuria, la misura stimata della clearance della creatinina, la valutazione ecocardiografica ed ultrasonica delle carotidi rappresentano attualmente i markers diagnostici che soddisfano maggiormente i criteri di disponibilità, predittività e costi, per cui sono attualmente raccomandati come esami aggiuntivi a quelli standard di routine, in quanto permettono una stratificazione più precisa del rischio cardiovascolare globale nel paziente iperteso, specie in quello asintomatico”.*



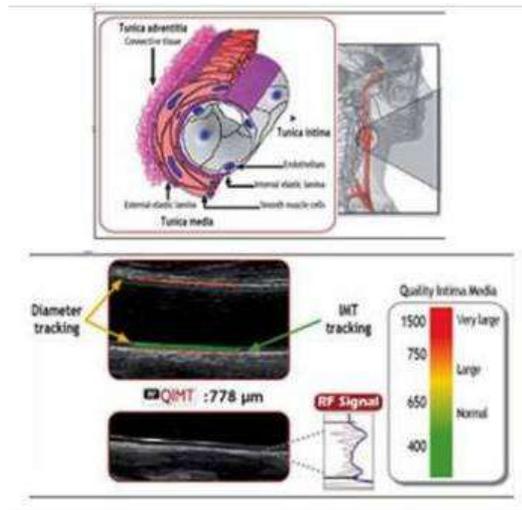
**Fig.1** Le conseguenze emodinamiche di un aumento della PWV e della onda pulsatoria riflessa nella parete arteriosa rigida.

**Fig.2** Markers di danno d’organo in base al loro valore prognostico, disponibilità e costo, nella valutazione del rischio cardiovascolare nel paziente iperteso.

Markers	CV predictive value	Availability	Cost
Electrocardiography	++	+++	+
Echocardiography	+++	+++	++
Carotid Intima-Media Thickness	+++	+++	++
Arterial stiffness (Pulse wave velocity)	+++	+	++
Ankle-Brachial index	++	++	+
Coronary calcium content	+	+	+++
Cardiac/Vascular tissue composition	?	+	++
Circulatory collagen markers	?	+	++
Endothelial dysfunction	++	+	+++
Cerebral lacunae/ White matter lesions	?	++	+++
Est. Glomerular Filtration Rate or Creatinine Clearance	+++	+++	+
Microalbuminuria	+++	+++	+



Proprio in questa ottica, nell'ambito del XXI Congresso Nazionale ANCE tenutosi recentemente a Sorrento dal 20 al 23 ottobre 2011, i gruppi di studio Prevenzione-Ipertensione hanno tenuto una sessione congiunta dal titolo: "Valutazione dell'aterosclerosi subclinica nella stratificazione del rischio cardiovascolare nel soggetto asintomatico". In particolare, lei ha svolto una relazione sulle "Novità emergenti nella valutazione ultrasonica dei grossi vasi arteriosi nel paziente iperteso". Ci vuole riassumere gli aspetti più significativi emersi dalla sua presentazione?

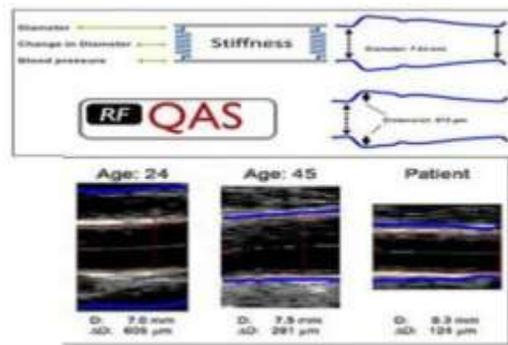


*"Con le nuove tecniche di indagine ultrasonica dei grossi vasi arteriosi (carotidi), attualmente disponibili, è possibile, con il sistema echo-tracking a radio frequenze (RF), determinare nel paziente iperteso, automaticamente ed in un'unica seduta di esame, l'entità degli IMT(Fig.3), dell' onda pulsatoria riflessa, il grado di distensibilità della parete arteriosa (stiffness) e la PWV (Fig.4), tutti elementi che entrano in gioco nel coupling ventricolo-arterioso e contribuiscono, insieme alla gittata cardiaca ed alle resistenze periferiche, al determinismo della onda sfigmica e quindi della PA sistolica e diastolica, centrale e locale*

**Fig.3** Determinazione automatica, tramite tecnica a RF, dell'ispessimento mio-intimale, a livello della parete arteriosa della carotide comune.

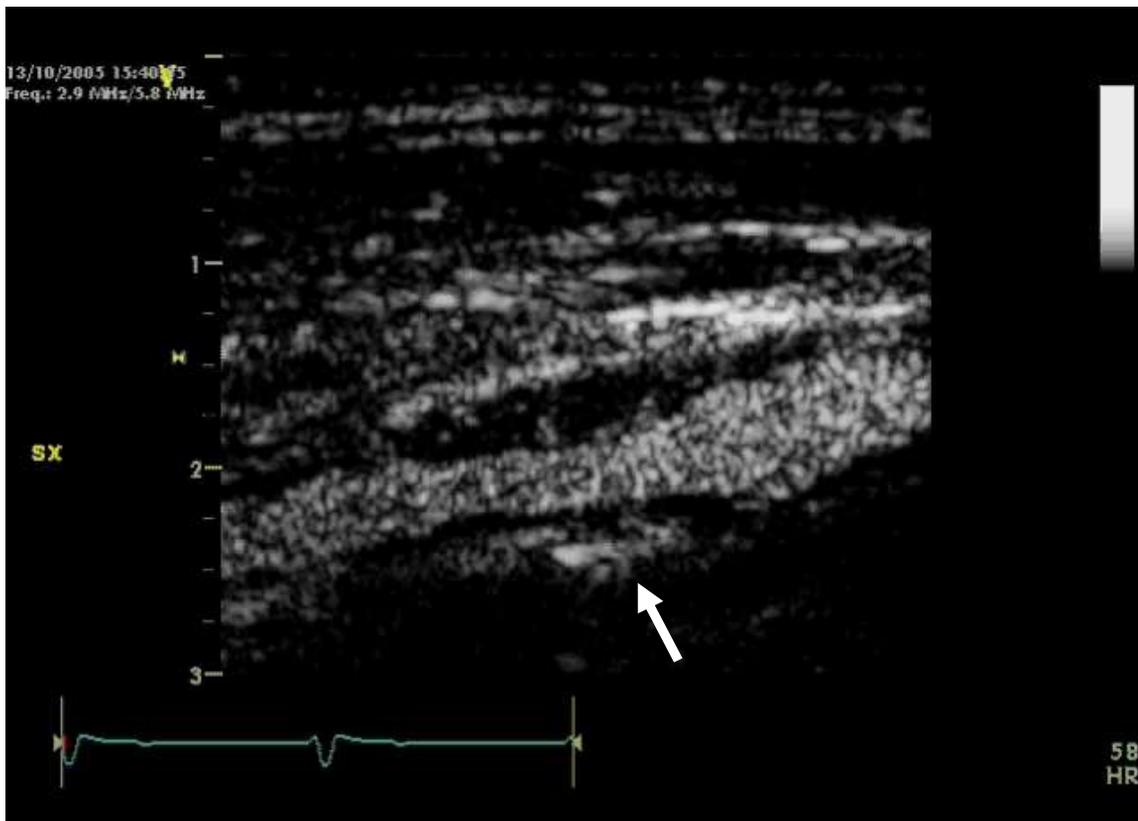
Determinazione, tramite tecnica a RF, dell' onda pulsatoria riflessa, del grado di distensibilità della parete arteriosa (*stiffness*) e della PWV.

**Fig. 4**





*Inoltre, lo studio della morfologia della placca con la tecnica ultrasonica a contrasto, tramite infusione venosa di micro bolle, consente non solo una migliore definizione della superficie della placca e del grado di stenosi, ma permette anche di visualizzare la eventuale neoangiogenesi dei vasa vasorum, espressione della attività flogistica-immunitaria del processo ATS, ritenuta responsabile delle complicanze di placca e pertanto marker precoce di vulnerabilità ed instabilità della placca (Fig. 5)*



**Fig.5** Placca ipoeogena a livello carotideo con evidente enhancement dell'eco-contrasto a livello lume vasale della carotide comune ed all'interno della placca ipoeogena (Da. Coli, S. et al. J Am Coll Cardiol 2008; 52:223-230).

*In conclusione, attraverso queste indagini è possibile individuare e monitorare i primi segni di arteriosclerosi precoce che si manifestano nei pazienti ipertesi, ancora del tutto asintomatici, ed impostare tutti quei trattamenti, farmacologici e non, in grado di arrestare lo sviluppo della malattia arteriosclerotica e delle sue complicanze”.*



## *Forame piccolo paura grande*

La recente notizia che un noto e bravo calciatore è stato colto da un disturbo del circolo cerebrale la cui origine è stata messa in relazione con un'alterazione anatomica cardiaca, descritta come pervietà del forame ovale, continua a suscitare apprensione e timori nei genitori che avviano i propri figli ad attività sportive e a quanti praticano in generale attività fisica a tutti i livelli, da quello agonistico, a quello ludico e amatoriale.

L'opinione pubblica si chiede com'è possibile che un calciatore professionista presso importanti club italiani, convocato ed ormai titolare nella Nazionale, con esperienze di campionati europei, possa essere portatore di una "malformazione", come descritto dai media, il cui trattamento è consistito in un atto operatorio. Per migliorare i nostri livelli di conoscenza e saper dare le giuste risposte agli utenti che si rivolgono ai nostri ambulatori di cardiologia e medicina dello sport chiediamo al **Dott. Tommaso Acquaviva**, responsabile laboratorio di Ecocardiografia di III livello e dell'Unità di Cardiopatie Congenite Adulti, presso U.O. di Cardiocirurgia (D.E.T.O.) dell'Università di Bari, di rispondere alle nostre domande:

**Dott. Acquaviva, considerata la Sua grande esperienza nello studio delle cardiopatie congenite e dell'ecocardiografia intracardiaca (ICE) vuole descrivere la "malformazione" riscontrata al giocatore Antonio Cassano.**

*"Trattasi del forame ovale pervio (PFO) che non è certo da considerare una malformazione. Il forame ovale (PFO) è una struttura anatomica che fa parte della normale anatomia cardiaca. La sua pervietà è condizione indispensabile per la vita del feto. Infatti il sangue ossigenato, proveniente dalla placenta e trasportato dalla vena ombelicale alla vena cava inferiore e all'atrio destro, raggiunge la circolazione sistemica proprio attraverso il forame ovale da destra a sinistra. In particolare, il sangue della vena cava inferiore è indirizzato verso il forame ovale dalla valvola di Eustacchio ed il septum primum funziona come una valvola unidirezionale che si apre da destra verso sinistra. Dopo la nascita, il brusco calo delle resistenze vascolari polmonari, conseguente all'inizio della ventilazione polmonare, incrementa il ritorno di sangue all'atrio sinistro, aumentandone la pressione. L'aumento della pressione atriale sinistra determina l'apposizione del septum primum al septum secundum con chiusura "funzionale" del forame ovale; nella maggioranza della popolazione si verifica successivamente una fusione anatomica dei due setti, che comporta la chiusura definitiva del PFO".*

### **La fusione avviene solo alla nascita?**

*"La fusione avviene entro i due anni di vita in circa il 75 % della popolazione, mentre nel 25 % dei casi i due setti non si fondono e il forame ovale rimane pervio. Poiché in condizioni normali la pressione atriale sinistra è superiore rispetto a quella dell'atrio destro, il forame ovale può permettere un minimo shunt sn/dx **identificabile all'ecocardiografia transesofagea, ma generalmente non all'esame trans-toracico**. Qualsiasi condizione in grado di aumentare anche transitoriamente la pressione atriale destra (manovra di Valsalva: es. tosse, esercizi ginnici), in presenza di PFO, può riaprire la valvola (septum primum) verso sinistra e determinare una inversione dello shunt da sn/dx a dx/sn".*



### **Qual è l'incidenza nella popolazione adulta?**

*“Il PFO è un reperto comune nella popolazione adulta. Studi autoptici ne hanno attestato la prevalenza tra il 17-29% e la sua prevalenza diminuisce con l'aumentare dell'età a prova del fatto che la sua chiusura anatomica, che normalmente avviene a ridosso della nascita, può avvenire anche in tempi diversi, per tutta la vita. Gli studi condotti con ecocardiografia hanno mostrato dati di prevalenza inferiori, verosimilmente legati alla scarsa sensibilità della metodica, dal momento che invece lo studio SPAC, utilizzando ETE con mezzo di contrasto (soluzione salina agitata) ha trovato un valore del 25% sovrapponibile a quello degli studi autoptici”.*

### **Esistono delle variabilità riscontrabili anche con le tecniche ecocardiografiche?**

*“La morfologia del setto interatriale e del forame ovale mostra una notevole variabilità da caso a caso, sia dal punto di vista anatomopatologico sia alla valutazione ecocardiografica. Alcuni aspetti possono avere maggiore rilevanza dal punto di vista clinico e/o tecnico, in relazione ad una possibile procedura di chiusura transcateretere e andrebbero quindi accuratamente studiati nel singolo paziente mediante ETE: **A) Ampiezza del tunnel:** separazione esistente fra septum primum e secundum (se > 4 mm il forame ovale è ampio); **B) Lunghessa del tunnel:** se > 10 mm è considerato lungo e può ostacolare il corretto posizionamento di alcuni device per la chiusura percutanea; **C) Aneurisma del setto interatriale (ASA):** è una porzione del septum primum in genere particolarmente assottigliata e mobile con possibilità di protrusione in atrio sinistro o destro o in entrambi gli atri alternativamente. L'ASA è presente nel 2,2 % nella popolazione generale e nel 7,9 % di pazienti studiati dopo evento ischemico cerebrale. Un ASA è frequentemente associato ad un PFO ed in particolare ad un PFO con tunnel ampio e shunt dx/sn importante; **D) Fenestrazioni accessorie:** piccole comunicazioni interatriali nel contesto del septum primum. Possono essere singole o multiple fino al quadro di ASA multi fenestrato spesso associate a PFO. Se non identificate correttamente possono essere causa di significativo shunt dx/sn residuo dopo chiusura del PFO”.*

### **Un forame così piccolo che tuttavia può essere causa di eventi avversi con esiti invalidanti.**

*“Il PFO riveste un grande interesse nell'ambito della neurologia, in quanto possibile causa di stroke ischemico, in particolare per quanto riguarda i casi in età giovanile, attraverso il fenomeno dell'embolizzazione paradossa. Ad oggi, al termine di un iter diagnostico approfondito, l'origine dello stroke ischemico risulta indeterminata (ictus criptogenetico) nel 40% dei casi, valutati secondo la classificazione eziologica convenzionale e questa quota risulta ancora essere maggiore se si considerano i casi di ictus dell'età giovanile”.*

### **Dobbiamo pensare sempre al PFO in caso di eventi ischemici cerebrali?**

*“Nei soggetti con storia di ictus ischemico, la prevalenza del PFO sembra attenersi sul 40-45%, raggiungendo il 47-77 % se si prendono in considerazione soltanto gli ictus ad eziologia criptogenetica. Tra i pazienti con ictus ischemico ed età < 55 anni, circa il 30-40% dei casi è classificato come criptogenetico, non essendo possibile individuare con ragionevole certezza un'altra causa”.*



**In assenza di complicanze i soggetti portatori di PFO sono asintomatici, l'obiettività è negativa come pure l'elettrocardiogramma. Anche l'ecocardiogramma presenta dei limiti. Come si arriva alla diagnosi?**

*"Sia ecocardiografia trans-toracica (TTE) con doppia armonica che l'ecocardiografia trans esofagea (TEE) con soluzione salina agitata come mezzo di contrasto sono metodiche diffusamente utilizzate per la rivelazione della presenza di PFO. Il TEE con mdc è considerato il "gold standard" per la diagnosi di PFO perché permette un'ottima visualizzazione del setto interatriale. Il Doppler trans-cranico (DTC) con mdc è un mezzo ugualmente molto sensibile per individuare uno shunt dx-sx soprattutto se associato a manovre di provocazione quale quella di Valsalva; tale metodica però non distingue tra fonti di shunt intra o extracardiaca e non permette di evidenziare l'eventuale associazione con aneurisma del setto interatriale. L'esecuzione del DTC si avvale dell'insonorizzazione tramite sonda doppler dell'arteria cerebrale media; in seguito ad infusione endovenosa di soluzione salina agitata è possibile visualizzare in presenza di PFO, il passaggio di microbolle nell'arteria insonorizzata. Il numero di micro bolle contate dall'operatore fornisce un'indicazione indiretta dell'entità dello shunt. L'indicazione dovrebbe essere quella di riservare il TEE ai pazienti positivi al DTC con lo scopo di determinare le caratteristiche anatomiche del PFO e l'eventuale presenza di aneurisma associato".*

**Dal PFO dobbiamo aspettarci solo ictus?**

*"La pervietà del forame ovale è stata riscontrata in associazione con diverse condizioni cliniche oltre agli eventi ischemici cerebrali o sistemici criptogenetici, tipo la malattia da decompressione del subacqueo, la sindrome platipnea-ortodeoxia e l'emicrania con aurea. Da anni è descritta un'associazione tra PFO ed eventi ischemici cerebrali soprattutto in pazienti di età < 55 anni; i possibili meccanismi fisiopatologici proposti di un possibile rapporto causa-effetto sono tre: **1) Embolia paradossa:** è attualmente l'ipotesi più accreditata e prevede che materiale trombotico, proveniente da una trombosi venosa profonda, possa raggiungere la circolazione sistemica attraversando il PFO da dx a sn. La plausibilità biologica di questo meccanismo è sostenuta da alcune condizioni cliniche nelle quali l'embolia paradossa attraverso il PFO appare come l'unica possibilità di spiegare l'insorgenza di eventi trombo-embolici nei voli aerei di lunga durata (economy class stroke syndrome), l'embolia polmonare, nonché il maggior rischio di eventi ischemici cerebrali in portatori di elettrocatereteri endocavitari; **2) Trombosi in situ:** prevede la formazione del trombo direttamente all'interno del PFO, soprattutto in presenza di tunnel lungo e flusso rallentato nel suo interno; **3) Fibrillazione atriale silente:** un unico studio, al momento, ha evidenziato in pazienti con anomalie del SI una maggiore facilità di induzione di fibrillazione atriale".*

**Quanto è successo ad Antonio Cassano è ammissibile alla luce dei frequenti e sofisticati controlli ai cui atleti professionisti si sottopongono?**

*"La pervietà del forame ovale è dunque una condizione anatomica molto comune nella popolazione generale. Sicuramente altri atleti sono portatori di PFO. Solo una minoranza di soggetti portatori di PFO sviluppa un quadro clinico potenzialmente riconducibile alla presenza di PFO. In tali casi la pervietà del forame ovale non sembra giocare un ruolo di primum movens, ma piuttosto di concausa nella genesi dell'evento clinico. Il rischio di sviluppare nel corso della vita una sindrome clinico-PFO relata sembrerebbe poter essere influenzato dalle diverse caratteristiche anatomiche del PFO in ogni singolo caso. In particolare, due studi di popolazione comprendenti un numero significativo di soggetti, hanno concordemente evidenziato che, nella popolazione generale asintomatica per stroke, la pervietà del forame ovale, isolata o associato ad aneurisma del setto*



*interatriale, non aumenta il rischio di sviluppare eventi ischemici cerebrali perlomeno ad un follow up di 6-7 anni. E' quindi solo in pazienti con storia di eventi clinici potenzialmente PFO correlati che la valutazione anatomo-funzionale accurata del PFO con ETE appare auspicabile, qualora si decidesse la chiusura del PFO. Gli atleti in Italia sono soggetti a continui controlli. In assenza di sintomi, con obiettività negativa, elettrocardiogramma ed ecocardiografia non dedicata la diagnosi è impossibile. Non si può pensare all'esecuzione di ETE a tutto il mondo dello sport".*

**Lei ha parlato di pervietà del forame ovale. Tale alterazione è da considerare una cardiopatia?**

*"Certamente no".*

**Come si tratta**

*"La chiusura del PFO mediante chirurgia è stata soppiantata dalla tecnica percutanea, meno invasiva, meno costosa ed associata ad un numero inferiore di complicanze. Il posizionamento del device di chiusura è generalmente ben tollerato, con incidenza di complicanze < al 10%. Attualmente nel nostro centro il paziente è vigile, lievemente sedato, applicata solo anestesia locale nella zona inguinale di puntura dove vengono inserite la sonda dell'ICE e il catetere per il posizionamento del device. L'intervento, in relazione all'anatomia settale, può durare da pochi minuti fino ad un'ora circa. Il device che impiantiamo è in relazione alla caratteristica anatomica del PFO ed in genere è quello che ha un minor impatto strutturale. Dopo l'impianto il paziente esegue per un mese una doppia antiaggregazione (ASA+ Clopidogrel) per poi assumere solo ASA per altri sei mesi e poi sospendere qualsiasi terapia antiaggregante. Nella nostra casistica di circa 150 pazienti, nel follow up di cinque anni non abbiamo avuto nessuna recidiva ischemica cerebrale e ai controlli TC encefalo, le lesioni ischemiche pre-esistenti si sono mantenute invariate".*

**Tutti i portatori di PFO devono sottoporsi ad intervento ed applicare device?**

*"Solo se sussiste associazione con diverse condizioni cliniche fra le quali eventi ischemici cerebrali o sistemici criptogenetici, embolie paradosse".*

**Il riscontro occasionale in un giovane asintomatico controindica l'attività sportiva?**

*"Il riscontro occasionale di PFO anche negli atleti, non deve pregiudicare l'idoneità dell'atleta, soprattutto se non ci sono forme cliniche PFO relate. L'attività sportiva potrà essere concessa dopo l'esecuzione di ecg da sforzo al cicloergometro e monitoraggio elettrocardiografico per 24 ore, meglio coincidente con una seduta di allenamento".*



**Se il PFO non è identificato con l'esame ecocardiografico tradizionale il cardiologo e il medico dello sport possono cadere nella trappola della "malpractice"?**

*"Assolutamente no perché trattasi di diversità anatomica ad alta incidenza nella popolazione. Bisogna cercarla e saperla riconoscere. Un'ecografia standard, senza seconda armonica, non è mai sufficiente, né si può pensare di fare ecocontrasto o transesofageo a tutti coloro che si sottopongono a visita di idoneità sportiva. Nei rari casi di riscontro occasionale il messaggio da dare agli atleti ed ai loro genitori, se minorenni, deve essere di assoluta tranquillità. Credo che il non concedere l'idoneità, al contrario creerebbe non pochi problemi di natura psicologica specie nel bambino. L'unica controindicazione, anche negli asintomatici, sono le attività subacquee per il rischio di embolia paradossa".*

**E' possibile la ripresa dell'attività sportiva dopo l'impianto e se si dopo quanto tempo?**

*"Tra i nostri pazienti abbiamo una piccola rappresentanza di atleti di varie categorie sportive sia a livello non agonistiche che agonistiche". Tali pazienti possono riprendere la loro normale attività sportiva dopo aver eseguito a distanza di sei mesi (tempo necessario per l'endotelizzazione del device) DTC (negativa), Prova da sforzo (assenza di aritmie ed ischemia); Ecg dinamico delle 24 ore sec. Holter (assenza di aritmie ipercinetiche ed ipocinetiche). I successivi controlli cardiologici sono annuali.*

**Che messaggio si sente di trasmettere ai genitori che indirizzano i loro figli alle attività sportive di qualsiasi tipo?**

*"Nei rari casi di riscontro occasionale il messaggio da dare agli atleti ed ai loro genitori, se minorenni, deve essere di assoluta tranquillità. Credo che il non concedere l'idoneità, al contrario creerebbe non pochi problemi di natura psicologica specie nel bambino. L'unica controindicazione, anche negli asintomatici, sono le attività subacquee per il rischio di embolia paradossa. Nessuno ci vieta di pensare che altre potrebbero essere le cause o meglio le concause d'insorgenza di eventi avversi nei portatori di PFO. Ogni situazione deve essere esaminata in un contesto generale ed ambientale. In Italia la tutela della salute negli atleti di qualsiasi età è disciplinata da una legislazione che molti paesi ci invidiano. Considerando la riduzione delle risorse per la medicina scolastica e la scomparsa dell'attività di screening della medicina militare con l'abolizione della leva obbligatoria, la medicina dello sport, grazie alla visita per la concessione dell'idoneità sportiva, rappresenta un baluardo fondamentale a fini preventivi. E' augurabile che tutti coloro che praticano ad attività fisica, a qualsiasi livello, si sottopongano a visita specialistica e che i Servizi di Medicina dello Sport siano dotati delle diagnostiche per un secondo livello cardiologico".*



**Oltre ad essere un esperto clinico Lei è anche impegnato moltissimo nel sociale. Ha creato un'associazione, AICCA Puglia. Può descriverne le finalità?**

*"L'associazione Italiana dei Cardiopatici Congeniti Adulti (AICCA) Puglia, nasce dalla volontà dei pazienti e la collaborazione di Medici, Chirurghi, Psicologi, coinvolti nel trattamento di queste patologie, con lo scopo di favorire e promuovere la conoscenza di un problema che interessa tra 70.000 e 100.000 persone in Italia (in Puglia circa 4000/4500), e contribuire alla formazione di quanti a vario titolo partecipano alla gestione di queste patologie. Il sito web dedicato rappresenta una tappa fondamentale e speriamo possa rappresentare il mezzo per aggregare pazienti anche geograficamente distanti, dando loro la possibilità di mettersi in contatto, scambiarsi opinioni, esperienze e confrontando le loro problematiche; inoltre sarà possibile prendere contatto con specialisti sia in ambito sanitario, sia in ambito psicologico sia in ambito legale. La qualità delle informazioni specialistiche è assicurata da un Comitato Tecnico-Scientifico composto da esperti riconosciuti del settore.*

*Tutti insieme vogliamo rendere un'esperienza difficile e che segna la vita di tanti bambini e delle loro famiglie, in una risorsa positiva, aiutando e aiutandoci gli uni con gli altri, per superare i problemi dell'età adolescenziale e raggiungere l'età adulta, consapevoli dei propri limiti ma anche delle proprie incredibili e peculiari risorse che ciascuno ha. Ci sforziamo di creare così quello che oggi è sempre più il concetto vincente di una medicina moderna attenta alla persona e cioè quello di "Guarire Insieme", attenti agli aspetti bio-psico-sociali della persona".*

**Complimenti anche perché siamo a conoscenza che per l'impegno professionale e sociale Lei è stato insignito, dal nostro Presidente della Repubblica, dell'onorificenza di "Cavaliere Ufficiale al merito civile". L'associazione che ha fondato ha una grande valenza e proiezione territoriale. Per i Soci ANCE sarebbe un grande onore annoverarla tra gli iscritti.**

*"Grazie per l'opportunità che l'ANCE mi ha concesso e per la citazione dell'onorificenza di cui sono molto orgoglioso .... credo proprio come Lei che so essere stato insignito del titolo di Commendatore al Merito della Repubblica Italiana. Aderisco volentieri all'ANCE che conosco ed apprezzo da tempo".*

**Per caso ho un modulo d'iscrizione. La quota associativa dal prossimo anno.**

*"Non mi resta che accettare".*

Bene benvenuto nell'ANCE dott. Acquaviva e grazie di cuore, carissimo Tommaso, per questa piacevole ed utile intervista.

Grazie a te Riccardo.



### IMPUTATO DRONEDARONE. LA PAROLA ALLA DIFESA

*Riccardo Guglielmi*

Nella rubrica FLASH DI TERAPIA del secondo numero Bollettino Telematico il Direttore, prof Pasquale Vittorio Santoro, evidenziava gli eventi avversi rilevati nello studio PALLAS e le note dell'FDA e dell'EMA, l'agenzia europea dei medicinali, che proponevano avvertenze per la somministrazione della molecola Dronedarone, prescritta come farmaco antiaritmico, nel trattamento e cura della Fibrillazione Atriale (F.A.)

Aperto il fascicolo, procediamo nel giudizio. Diamo all'EMA quindi il ruolo del Pubblico Ministero ed allo scrivente quello di Difensore d'ufficio che, proprio in virtù della nota inviata in questi giorni, dovrà fare alcune considerazioni.

Dronedarone è molecola giovane, nasce come figlio dell'Amiodarone, farmaco che abbiamo cominciato ad usare nei primi anni 70, le cui indicazioni ed effetti collaterali sono stati evidenziati e scoperti nel corso di questi anni. Amiodarone si proponeva come antianginoso ed era prescritto come tale anche nel post infarto. Le proprietà antiaritmiche sono state consacrate in seguito anche grazie agli studi di elettrofisiologia della scuola cardiologica barese, prof. Paolo Rizzon e prof. Matteo Dibiasse. Il danno reversibile corneale, le alterazioni tiroidee, le problematiche gastroenteriche, epatiche e polmonari sono state descritte poi nel corso delle decennali somministrazioni su un numero sempre maggiore di pazienti. E' facile ipotizzare che forse usando le attuali maggiori attenzioni osservazionali, oggi, all'Amiodarone, sarebbe stato riservato lo stesso trattamento del Dronedarone.

Le evidenze scientifiche del Dronedarone derivano da una serie di trial clinici che hanno un identico denominatore comune. Portano tutti il nome di una divinità della mitologia greca e molti di essi seguono lo stesso destino dell'eroe o della divinità mitologica. **DAFNE** è trasformata in alloro. **ADONYS** è ucciso in una battuta di caccia perché era diventato il prediletto di Venere. **EURIDIS** rimane nel regno dei morti nonostante il tentativo di salvataggio di Orfeo. Gli aspetti negativi dello studio **ANDROMEDA** sono per così dire attenuati da un nuovo Perseo, cioè le metanalisi di tutti i lavori in seguito pubblicati a difesa del Dronedarone. Così Andromeda diventa una costellazione come la madre Cassiopea. Lo studio **DIONYSOS**, che in definitiva ha dimostrato i vantaggi dell'Amiodarone sul Dronedarone, prevedeva un dosaggio di Amiodarone di 600 mg/di, molto lontano dalla pratica clinica o forse, battuta concessa, una prescrizione dopo abbondante libagione. Gli aumenti della creatininemia, vista anche la stabilità del GFR, erano stati spiegati con effetto competitivo a livello del tubulo renale, il peggioramento dell'insufficienza cardiaca con l'eliminazione dalla terapia di ACE-inibitori, Sartani o bloccanti della renina.

Sulla scia positiva dello studio **ATHENA**, supponiamo, nasce la volontà della Direzione Scientifica o del Marketing di fare un salto di qualità attribuendo forse a Dronedarone la caratteristica, non dimostrata, ma forse presunta, di un farmaco salvavita. Ecco quindi, forse per continuità e nella speranza di un esito altrettanto favorevole, un nuovo trial che, nonostante il secondo nome della dea Athena, **PALLAS**, è terminato ingloriosamente con le note avvertenze della FDA e dell'EMA. Da salto di qualità a salto mortale senza rete e dalle conseguenze drammatiche.

Allora Dronedarone è una molecola da accantonare. Crediamo di no. La chiave di volta che ha fatto la differenza tra studio ATHENA e PALLAS è la diversità del campione. Maggiore presenza di III e IV classe NYHA, percentuale di fibrillazioni atriali permanenti, comorbilità, maggior numero di pazienti ultrasessantenni e più elevata compromissione della contrattilità cardiaca nei pazienti arruolati nel PALLAS. Il numero degli eventi avversi epatici, repentinamente segnalati nei primi mesi, è rimasto uguale sino all'interruzione del trial.

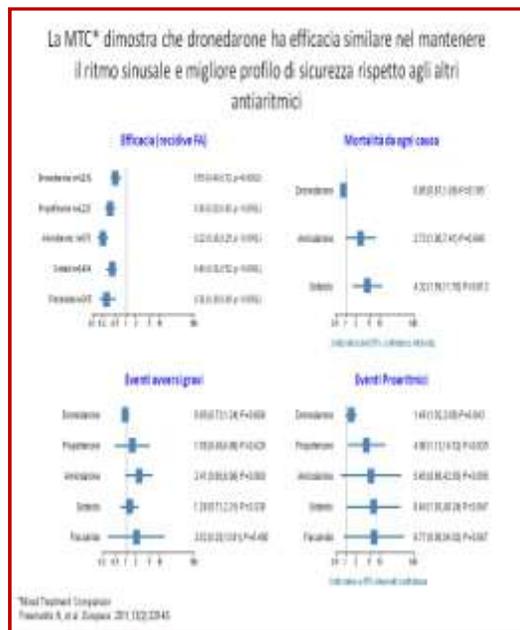
In questi giorni è stata inviata un'importante nota informativa, concordata con l'EMA e l'AIFA, l'agenzia italiana del farmaco, che, forte della nuova documentazione acquisita, riporta anche le modifiche alla scheda tecnica.

Dronedarone è un farmaco che va prescritto dopo il fallimento dei farmaci antiaritmici tradizionali, aggiungiamo di classe III. Non va usato nella fibrillazione atriale permanente e in presenza d'insufficienza cardiaca di qualunque classe NYHA. Necessita di attento monitoraggio ematochimico, transaminasi in particolare.

Per i cardiologi della nostra generazione l'Amiodarone rappresenta il primo amore e come tale non si scorda mai. Ma nell'arco della vita si fanno nuove conoscenze che spesso generano nuove esperienze.



**Il primo amore**



**Antiaritmici a confronto**

Dronedronone è figlio dell'Amiodarone e, come facciamo per i nostri figli, diamo fiducia senza tuttavia perderli mai di vista. Coraggio Dronedronone la storia insegna che dopo Caporetto c'è la linea del Piave.

La Corte si ritira in Camera di Consiglio, ma saranno i giurati, in questo caso i nostri pazienti con fibrillazione atriale parossistica o persistente, a decidere la sentenza che, secondo la difesa, non può che essere assolutoria.



## **LIVELLO DI EVIDENZA IV: come influisce sulla pratica clinica?**

*Massimo Romano*

L'insegnamento universitario è rivolto a sviluppare una pratica clinica ispirata alla evidence-based medicine; si tratta cioè di interpretare i dati della letteratura medica e dei trials clinici applicandoli al processo del "decision making" rivolto al malato; in questo modo le decisioni cliniche sono assunte sulla base di gold standard (livello di evidenza I). Quando successivamente alla formazione universitaria si inizia nel concreto l'attività medica, si procede ad analizzare in ogni studio clinico randomizzato controllato la metodologia sperimentale adottata, le caratteristiche dei pazienti arruolati, i criteri di esclusione, il sample size, i punti chiave contenuti nelle conclusioni; la pratica clinica così ispirata è ritenuta essere superiore a quella che deriva dalle indicazioni degli studi osservazionali (livello di evidenza II) o dalle opinioni degli esperti (livello di evidenza III). I malati, in altri termini, dovrebbero essere curati in base ai dati noti della letteratura e non in base a dogmi. Dopo alcuni anni di pratica medica sul campo, l'esperienza maturata nel mondo reale si intromette sempre di più nelle decisioni mediche. Nella mente umana vengono ad accavallarsi più aneddoti, specie quelli che si concludono con eventi sfavorevoli: essi sono molto più convincenti degli odds ratio o degli intervalli di confidenza calcolati nei RCTs. In altri termini le scelte terapeutiche adottate risentono pesantemente della casistica clinica personale (livello di evidenza IV). Gli studi di neuro-scienze dimostrano che forti emozioni condizionano in modo rilevante il processo di apprendimento e di memorizzazione; l'esperienza clinica personale - specie se con esito sfavorevole - è più facilmente trattenuta in memoria rispetto alle revisioni Cochrane o alle meta-analisi. Certamente i RCTs rappresentano il gold standard di riferimento, ma richiedono molti anni per essere completati, per arrivare a conclusioni significative, per essere pubblicati nelle riviste mediche ad alto impact factor e per modificare la pratica clinica; invece, una esperienza clinica o un aneddoto ad evoluzione sfavorevole impiegano un istante a modificare il comportamento del medico. Infatti non c'è alcuna volontà, anche la più forte, che possa sopprimere il ruolo esercitato dall'archicerebello nel percorso di apprendimento e di memorizzazione. Inoltre, le forti emozioni possono meglio illuminare i dati del livello di evidenza I, permettendo di identificare i molteplici fattori di rischio che possono portare il paziente ad un outcome sfavorevole. In conclusione, ciò che contribuisce a modificare più rapidamente la pratica clinica sono gli aneddoti e le esperienze ad evoluzione sfavorevole. Questa può essere considerata fondamentalmente una debolezza del pensiero umano, ma può anche rappresentare un punto di forza, favorendo lo sviluppo di un solido "buon senso clinico". Ed il buon senso clinico può talora contribuire a salvare la vita del "prossimo" paziente che curiamo. Stuebe AM. New Engl J Med 2011; 365: 8-9

## Vita associativa - Dalle Sedi Regionali

In questa rubrica presentiamo gli articoli, da voi inviati, su eventi diretti organizzati dalle sedi locali della nostra associazione. Con l'occasione invito tutti i Soci che organizzano o partecipano direttamente ai nostri eventi o a manifestazioni locali a fornire idonea segnalazione inviando tramite email un breve report delle relazioni, salvato in formato word, con eventuali foto o immagini, salvate in formato jpeg, direttamente al seguente indirizzo di posta elettronica [dott.guglielmi@gmail.com](mailto:dott.guglielmi@gmail.com). Per facilitare il nostro lavoro vi invito ad evitare il formato PDF.

Ricordo che tutto lo staff organizzativo del Notiziario di Segreteria ha funzione di "assemblaggio" mentre i contenuti del Bollettino Telematico sono forniti prevalentemente dai nostri iscritti.

Ringraziamo Massimo Romano e Giovanna Pantaleo per la segnalazione di eventi particolarmente significati, per gli aspetti scientifici culturali ed organizzativi, che hanno visto l'ANCE degnamente rappresentata dai propri iscritti.

### Dalla Campania - Massimo Romano *Segretario Regionale*

Si è tenuto, 7 Ottobre 2011, presso l'Aula Magna dell'Ospedale CTO di Napoli il congresso regionale. Impernato su presentazione e discussioni di casi clinici in tema di cardiopatia ischemica, insufficienza cardiaca cronica e ipertensione arteriosa e due tavole rotonde.

**INFORMAZIONI GENERALI**  
Sede e organizzazione:  
Aula Congressi Ospedale CTO  
Via G. Galvani, 47  
80131 Napoli

**ECM (Educazione Continua in Medicina)**  
- PRESEDE  
Formazione Conoscitiva della S.O. (60 MG)  
Responsabilità del Progetto Formativo:  
Massimo Romano

Produzione e controllo Medico-Chirurgico  
Medicine CARDIOLOGICA, MALATTIE DEL CIRCOLAZIONE PERIFERICA, MEDICINA INTERNA, GERIATRIA, MEDICINA GENERALE (Medici di famiglia)

Si ricorda che l'ottenimento di questo credito ECM è legato in base alle decisioni del Ministero della Salute e l'Interregional, per l'ottenimento del credito ECM, dovranno pervenire a tutte le strutture, attraverso l'ente locale, il risultato compilato, in ogni sua parte, le raccomandazioni che sono consegnate al momento della registrazione.

Credito formativo richiesto (MG)

**Modalità di erogazione**  
Il credito è erogato ad un massimo di 60 giorni prima.  
Il versamento avviene in contanti alla Segreteria Organizzativa.

**Supporto Organizzativo**  
ANCE - ASSOCIAZIONE NAZIONALE CARDIOLOGI ITALIANI DEL TERRITORIO  
Via S. Costanzo, Capua, 03021 - 07621  
Tel. +39 0762 4982282 Fax +39 0762 50113148  
E-mail: [info@ance.it](mailto:info@ance.it)

**NAZIONALE SCIENTIFICO**  
Il Congresso Regionale Campania di ANCE - Cardiologia Italiana del Territorio è un programma di interventi e presentazioni coordinate e allentate in tema di Cardiologia clinica.

L'obiettivo è aperto con un intervento del Prof. Bruno Trimarco in tema di fisiopatologia "Il controllo riflesso del circolo", segue una presentazione in tema di Cardiologia dello Sport, sull'impatto recente evoluzioni di questa branca, dall'impiego a un ridotto numero scientifico.

La parte teorica è finalizzata ad un numero di Casi Clinici, scelti dalla commissione su pratica medica di loro grado.

Gli argomenti sono in Cardiologia Ischemica, in Scarsa Circolazione e Sperimentazione Betabloccanti Prescrizione Cardiofarmaci.

In tema Tavole rotonde due tavole rotonde sulla gestione Scompenza cardiaca congestizia e insufficienza in Cardiologia Ischemica e sulla terapia dell'Insufficienza Cardiaca Cronica.

Il Congresso si conclude con Cardiologia Preventiva.

Interventi, Concorsi e Medici di Famiglia.

Massimo Romano

**ANCE - CARDIOLOGIA ITALIANA DEL TERRITORIO CONGRESSO REGIONALE**  
7 ottobre 2011  
Ospedale CTO  
Napoli

**PRESIDENTE**  
Vincenzo Romano

**RESPONSABILE SCIENTIFICO**  
Massimo Romano

Sono state presentate relazioni in tema "Terapia della BPCO in cardiopatico", dal punto di vista del Pneumologo (Prof.ssa Anna Stanzola) e "Nuove prospettive in terapia anti-aggregante" (dal Segretario Regionale).

E' stata l'occasione per ricordare l'Amico e insostituibile Gigi D'Andrea con una relazione del figlio Antonello in tema Cardiologia dello Sport, e il Maestro di tanti cardiologi Mario Condorelli. L'allievo carissimo Bruno Trimarco ha tenuto la lettura magistrale "Il controllo riflesso del circolo". Tema che Mario

Condorelli e Bruno Trimarco hanno illuminato con i loro lavori scientifici. Desidero per l'affetto che porto al mio Maestro riportare il mio messaggio a Bruno Trimarco dopo la sua partecipazione.

"A titolo personale e di tutti desidero ringraziare e fare i complimenti per la bella lezione che veramente è stata come avrei sognato in onore del Maestro. Credo che con la sua aria sorniona avrà sorriso dal cielo delle Persone speciali." Massimo Romano, Segretario Regionale

Dalla **Lombardia** sono segnalati i seguenti eventi:

1. Milano 8 ottobre 2011  
“L’ipertensione polomonare”
2. Varese 15 ottobre 2011 “Corso teorico pratico di elettrocardiografia clinica per medici di medicina generale”
3. Milano 19 Novembre 2011 “ Non solo ipertensione arteriosa essenziale”
4. Como 26 Novembre 2011 “Dieta, nutraceutici, farmaci ipolipemizzanti: un continuum alla ricerca del target terapeutico e riduzione del rischio cardiovascolare”

Invitiamo il Segretario Regionale della Lombardia, o suo incaricato, ad inviarci un breve report degli eventi segnalati.

Dalla **Puglia**

A Bari si è svolto dal 12 al 15 ottobre c.a. il XLI Congresso nazionale della Società Italiana di

Cardiologia Pediatrica. Nella cerimonia inaugurale, su delega del Presidente Vincenzo Romano, **Riccardo Guglielmi** ha portato il saluto dell’ANCE ed ha dichiarato, dopo i rituali apprezzamenti ed auguri che “... *La cardiologia del territorio, molto può apportare ad una importante e significativa parte della cardiologia come è quella pediatrica. La grave cardiopatia non certo sfugge al neonatologo o al pediatra, considerando che oggi le diagnosi sono anche prenatali, ma la piccola malformazione, il disturbo del ritmo, spesso sfuggono al clinico più attento. Proprio dal territorio potranno giungere i segnali di una patologia sospetta e da approfondire nelle sedi idonee. Al territorio una ricerca di primo livello considerando la riduzione della medicina scolastica e la scomparsa dell’attività di screening della medicina militare con la cessazione della leva obbligatoria. Il cardiopatico congenito, grazie ai progressi della cardiocirurgia e della medicina interventista, diventa oggi adulto e richiede cure, assistenza o controlli alla cardiologia ambulatoriale. Quello che auguriamo è la realizzazione anche a livello nazionale di un progetto di integrazione, condiviso, tra territorio, ospedale, università per meglio soddisfare le esigenze dell’utenza*”. Ad esempio, sempre da Riccardo Guglielmi è stata segnalata, come ammirevole, “*la sinergia attuata da circa un anno dall’Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico di Bari tra la cardiologie ospedaliere, pediatrica e generale, le U.O. chirurgiche, le cliniche pediatriche che, attraverso l’attività ambulatoriale cardiologica, cercano di garantire servizi efficienti ed efficaci ai piccoli pazienti ed alle loro famiglie*”.

## La vetrina delle idee

Spazio aperto libero

Inserisci in questa pagina le tue idee, le tue foto ed i tuoi commenti

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

\*\*\*\*\*

### Le Massime di Massimo

Prima della Massima un pensiero

A proposito di Evidence-based Medicine e Pratica Clinica

"Sono abbastanza vecchio da essere cresciuto nel mondo della Medicina Clinica e di essermi dovuto tuffare nell'Evidence-Based Medicine. E tante volte ragionare per mettere insieme l'individualismo clinico di Odisseo e l'assolutismo scientifico di Odissea nello spazio. Sicuramente conciliare i due mondi non è semplice e ragionare coi giovani medici formati ai quiz a risposta multipla e alle linee guida non è impresa da poco. Credo che conoscere la Medicina sia impresa notevole e che non si può essere bravi medici se soltanto empirici collezionisti di aneddoti ma anche solo formati alle Linee Guida e alle presentazioni Power-Point. Porto con me tanti casi clinici e "pearls and pitfalls" cui sicuramente attinge il mio cervello pur sforzandomi di trovare se il mio Paziente è assimilabile o meno alle Linee Guida. Insomma se l'Uomo è ciò che mangia il Buon Senso Clinico sta nel mettere insieme tutte le informazioni e le emozioni e farne il miglior uso possibile. Mi rimane il vero dolore di non aver mai pensato e ovviamente saputo scrivere un lavoro come questo...."

L'essenza dell'Arte Medica

Οψις: ho visto,

Ακοή: ho sentito,

γνώμη: ho ragionato (Erodoto)"

A cura di Massimo Romano

\*\*\*\*\*

Su [facebook](#) è stato creato dal Vice presidente Vittorio Panno il gruppo **ANCE**

Iscriviti e condividi questa forma innovativa e moderna di comunicazione.

Almeno in questo siamo la prima società scientifica.



## Arrivederci a Santa Margherita Ligure

*“Nel cuore di Santa”*



Consulta [www.ancecardio.it](http://www.ancecardio.it)