

Cardionews

Numero zero
Marzo 2014

In questo numero

- Lettera del Presidente
- Presentazione Cardionews
- Aritmie cardiache , morte improvvisa, valvulopatie
- Prevenzione cardiovascolare, ipertensione arteriosa
- Farmaco-economia e farmacovigilanza. Farmacologia e farmacognosia
- Nursing cardiovascolare
- Cardiopatia ischemica cronica
- Cardiochirurgia, rianimazione cardiopolmonare
- Cardiologia dello sport, valutazione funzionale, riabilitazione
- Sindromi coronariche acute, scompenso cardiaco
- Quesiti
- Elettrocardiogramma
- News dalle regioni
- News Nazionali

Direttore responsabile
Guido Francesco Guida

Editore
Giovanni Vincenzo Gaudio

Board

- Antista Giuseppe
- Asteggiano Riccardo
- Castellaneta Attilio
- Camastra Caterina
- Giglio Nunzia
- Gravante Gennaro
- Gugliotta Calogero
- Monteverde Alfredo
- Surace Giuseppina Gabriella
- Traina Marcello
- Vitrano Maria Gabriella

Web Master
Francesco Paolo Alesi

Lettera del presidente



Cari Amici da ottobre 2013 data della mia elezione avvenuta a Napoli ho il gradito compito di Presidente Nazionale del College Federativo di Cardiologia Pratica. I lavori sono iniziati con la rielezione del Comitato Direttivo, le nomine dei vari responsabili nazionali di area che potrete vedere dettagliati nel nostro sito nazionale, e che ritengo punto di partenza essenziale per lo svolgimento ordinato di ogni futura iniziativa.

Il crono programma pensato per il mio biennio prevede:

- Scelta del Provider Nazionale e istituzione della segreteria operativa nazionale
- Istituzione di una quota di iscrizione bi-annuale che il consiglio ha fissato in 30 euro che saranno reindirizzata per il 50% alle regioni di attinenza con finalita' di autogestione delle segreterie locali
- Congresso Nazionale CFC che si terrà Varese dal 20 al 22 giugno 2014 e che vedrà coinvolti 83 tra relatori e moderatori, oltre alla presenza delle quattro società confederate
- National Prevention Project che si terrà a Perugia dal 26-28 settembre 2014
 - La creazione di gruppi di studio monotematici regionali e nazionali
- La creazione di una rete di ricerca interamente gestita nei centri CFC di tutte le regioni
 - Creazione di programmi formativi destinati agli under 35
 - Creazione di programmi formativi FAD
 - Attivazione sito web Nazionale CFC
- Apertura di nuovi centri Regionali CFC nelle regioni che ne sono ancora prive
 - Autofinanziamento di tutte le iniziative

Tutte le iniziative sono in attualmente in corso.

Con l'augurio di averVi tra i nostri iscritti vi saluto cordialmente

Giovanni Vincenzo Gaudio

Lettera del direttore

Cari amici e colleghi,

inizia con questo numero una nuova newsletter dal nome **CARDIONEWS** a cura del Collegio Federativo di Cardiologia.

Essa è stata voluta con forza e determinazione dal Presidente, dal sottoscritto e da tutto il Consiglio Nazionale per dare nuovo impulso al CFC attraverso uno strumento di comunicazione semplice, aggiornato e facilmente accessibile che potesse fornire a tutti i soci sia un puntuale aggiornamento scientifico su temi di cardiologia pratica, che notizie su eventi ed occasioni associative fornite dai segretari regionali e dalle società federate.



La newsletter avrà una cadenza trimestrale, verrà inviata gratuitamente a tutti i soci e sarà archiviata in un'area apposita del sito Internet nazionale in modo da poter essere successivamente consultata.

Ringrazio tutti i redattori che hanno dato la loro disponibilità a fornire la revisione della letteratura sui temi di loro pertinenza, i segretari regionali ed i responsabili delle società federate che vorranno sfruttare questo mezzo che il CFC mette loro a disposizione per migliorare il rapporto con i nostri associati e renderli partecipi delle attività che saranno proposte nelle aree da loro curate.

Il mio ringraziamento va anche a tutti voi, soci del CFC, che riceverete la newsletter invitandovi a segnalare eventuali problemi tecnici ed eventuali iniziative che vorrete proporre in un'area della newsletter che sarà a voi dedicata a partire del prossimo numero.

Un grazie infine va al nostro webmaster ed alla segreteria nazionale che con grande diligenza e disponibilità hanno curato e cureranno l'edizione e l'inoltro della newsletter.

Buona lettura a tutti!

Guido Francesco Guida

ARITMIE CARDIACHE, MORTE IMPROVVISA, VALVULOPATIE

Asteggiano Riccardo



Segretario Council for Cardiology Practice – ESC

L'imaging cardiaco nella diagnosi di endocardite infettiva

La diagnosi e la terapia dell'endocardite infettiva rimangono una sfida per il cardiologo. L'articolo descrive diverse metodiche di imaging che sono essenziali sia per una diagnosi rapida che per una accurata stratificazione che per il follow-up. L'Ecocardiografia sia transtoracica che transesofagea è in grado di identificare anomalie e modificazioni strutturali cardiache. La ^{18}F -fluorodesoxyglucose (^{18}F -FDG) PET-CT è un metodo di imaging molecolare che permette di analizzare i processi fisiopatologici e l'evoluitività delle lesioni sospette, così come la SPECT/CT. La RMN e la TC spirale sono utili per la ricerca di foci extracardiaci <http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/35/10/624.short?rss=1>

Sul management del paziente affetto da malattie valvolari cardiache

Si segnala segnaliamo di seguito la pubblicazione recentissima delle Linee Guida dell'AHA/ACC sull'argomento ed il relativo sommario esecutivo

http://content.onlinejacc.org/article.aspx?articleID=1838843&utm_source=Silverchair%20Information%20Systems&utm_medium=email&utm_campaign=JACC%20OBP%20December%2018%202013

2014 AHA/ACC Guideline for the Management of Patients With Valvular Heart Disease

http://content.onlinejacc.org/article.aspx?articleID=1838844&utm_source=Silverchair%20Information%20Systems&utm_medium=email&utm_campaign=JACC%20OBP%20December%2018%202013

2014 AHA/ACC Guideline for the Management of Patients With Valvular Heart Disease: Executive

The Year in Cardiology 2013: valvular heart disease (focus on catheter-based interventions)

L'articolo passa in rassegna le novità nel campo delle malattie valvolari: il 2013 è stato l'anno degli interventi transcateretere. Vengono pertanto analizzati alcuni aspetti di tali procedure, e in particolare si cerca di focalizzare le indicazioni alla chirurgia ed all'interventistica nelle diverse categorie di pazienti, e in particolare per quelli a rischio intermedio.

<http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/35/8/490.short?rss=1>

ARITMIE E MORTE IMPROVVISA

Feasibility and Safety of Uninterrupted Rivaroxaban for Periprocedural Anticoagulation in Patients Undergoing Radiofrequency Ablation for Atrial Fibrillation: Lo studio ha valutato l'uso del rivaroxaban in corso di ablazione della fibrillazione atriale (FA) in confronto a warfarin su 642 pazienti. Complicanze emorragiche si sono verificate in 47 (7,2%) ed emboliche in 2 (0,3%) pazienti (attacco ischemico transitorio per entrambi questi pazienti). Non sono state riscontrate differenze di emorragie maggiori (5

[1,6%] vs 7 [1,9%]), emorragie minori (16 [5,0%] vs 19 [5,9%]), ed embolie (1 [0,3%] vs 1 [0,3%]) fra il gruppo in rivaroxaban e quello in warfarin, a 30 giorni

<http://content.onlinejacc.org/article.aspx?articleID=1813142>

Left Atrial Appendage Occlusion: Opportunities and Challenges

La prevenzione dell'ictus nei pazienti con fibrillazione atriale costituisce una sfida di crescente importanza ed è impostata sulla possibilità di anticoagulazione sia con dicumarolici che con diversi "nuovi" anticoagulanti orali che comunque comportano in diversa entità un rischio di complicanze non indifferente. Approcci meccanici, sia transcateretere che chirurgici, mirati ad escludere l'auricola sx. ritenuta la fonte principale di embolia durante FA potrebbero evitare la necessità di terapia anticoagulante e consentire di trattare soggetti al momento esclusi dalla terapia farmacologica. L'articolo analizza le problematiche aperte e riporta i dati provenienti da trial e registri con follow-up a lungo termine a sostegno di tali metodiche da usare come alternativa alla terapia anticoagulante in popolazioni di pazienti selezionati. J Am Coll Cardiol 2014;63:291-298

<http://content.onlinejacc.org/article.aspx?articleID=1748242>

Slowing down the heart rate in permanent atrial fibrillation. L'editoriale si riferisce all'articolo seguente "Calcium channel blockers improve exercise capacity and reduce N-terminal Pro-B-type natriuretic peptide levels compared with beta-blockers in patients with permanent atrial fibrillation" e sottolinea alcuni punti salienti del medesimo. Mentre la digitale ha ormai perso buona parte del suo ruolo nel controllo della penetrazione ventricolare in FA, i farmaci calcio-antagonisti non diidropiridinici e i betabloccanti sono i farmaci di scelta nella scelta della strategia di Rate control. <http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/35/8/480.short?rss=1>

Il successivo articolo si propone di paragonare gli effetti di quattro dei farmaci più comunemente usati per il controllo della FC in FA (Diltiazem 360 mg, verapamil 240 mg, metoprololo 100 mg, carvedilolo 25 mg) sulla capacità di esercizio e sui livelli di NT-proBNP in un gruppo di 60 pazienti con FA permanente per 3 settimane. Il mVO₂ picco si è dimostrato significativamente minore con metoprololo e carvedilolo rispetto a non trattamento o a diltiazem e verapamil (P < 0.001). Diltiazem and verapamil hanno ridotto significativamente i livelli di NT-proBNP rispetto al basale, sia a riposo che da sforzo mentre metoprololo e carvedilolo li hanno aumentati (P < 0.05). Calcium channel blockers improve exercise capacity and reduce N-terminal Pro-B-type natriuretic peptide levels compared with beta-blockers in patients with permanent atrial fibrillation <http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/35/8/517.short?rss=1>

Ancora un editoriale è riferito al successivo articolo "Catheter ablation vs. antiarrhythmic drug treatment of persistent atrial fibrillation: a multicentre, randomized, controlled trial (SARA Study)" ed analizza i risultati di otto studi randomizzati sull'argomento comparsi in letteratura sull'argomento negli ultimi 10 anni, proponendo paragoni e cercando di proporre nuove conclusioni. Moving catheter ablation forward from paroxysmal to persistent atrial fibrillation: progress, limitations, and surprises of the SARA trial. <http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/35/8/482.short?rss=1>

Ancora uno studio propone di paragonare l'efficacia di ablazione di FA transcateretere con la terapia antiaritmica in soggetti con FA persistente (esclusa la FA persistente "long standing"). Sono stati studiati 146 soggetti randomizzati o a farmaci di classe Ic (43.8%) o classe III (56.3%). Basandosi su un'analisi "intention-to-treat" 69 di 98 pazienti (70.4%) nel gruppo ablazione e 21 di 48 (43.7%) nel gruppo

antiaritmici non hanno manifestato l'end-point primario rappresentato da recidiva di FA/FLA (P = 0.002), con una differenza assoluta del 26.6% (95% CI 10.0–43.3). Anche riguardo all'end-point secondario l'ablazione ha dimostrato una superiorità sulla terapia antiaritmica. Catheter ablation vs. antiarrhythmic drug treatment of persistent atrial fibrillation: a multicentre, randomized, controlled trial (SARA study). <http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/35/8/501.short?rss=1>

Il 2013: l'anno delle aritmie. Altro appuntamento annuale dell'Year in Cardiology, l'articolo passa in rassegna i progressi nella gestione della fibrillazione atriale con le nuove strategie e tecnologie resesi disponibili, i nuovi documenti di consenso per il miglioramento della diagnosi e trattamento dei soggetti con cardiopatie aritmogene ereditarie, i progressi nel campo dell'elettrostimolazione, dei defibrillatori e della terapia di resincronizzazione ventricolare <http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/35/8/485.short?rss=1>

PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE, IPERTENSIONE ARTERIOSA

Caterina Camastra

Attilio Castellaneta*



Dirigente Medico, Ospedale San Camillo di Roma

*Dirigente medico, Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini, Roma

Pubblicate dal JNC8 le nuove linee guida EB sull'ipertensione arteriosa

nell'adulto. Comprendono diversi sottogruppi quali: soggetti di ambo i sessi, di tutte le età e di gruppi etnici differenti affetti o no dalle seguenti patologie: diabete, arteriopatia periferica, scompenso cardiaco, stroke, malattia renale, proteinuria, tabagismo. **Le più importanti raccomandazioni sono 9 e sono state graduate in crescendo in base al loro effetto su importanti outcome. comprendono:**

Raccomandazione 1 (grado A): Nella popolazione generale di età >60 anni, iniziare il trattamento farmacologico quando la PA sistolica ≥ 150 mmHg o la PA diastolica ≥ 90 mmHg.

Raccomandazione 2 (grado A, per età 30-59 anni; Grado E per per età 18-29 anni): Nella popolazione generale di età inferiore a 60 anni, iniziare il trattamento farmacologico a valori di PA diastolica ≥ 90 mmHg, con l'obiettivo di una PA diastolica <90 mmHg.

Raccomandazione 3 (grado E): Nella popolazione generale di età < 60 anni, iniziare il trattamento farmacologico per una PA sistolica ≥ 140 mm/Hg per raggiungere l'obiettivo di una PA sistolica < 140 mmHg

Raccomandazione 4 (grado E): Nella popolazione con età superiore a 18 anni con Malattia Renale Cronica, iniziare il trattamento farmacologico per valori di PA sistolica di 140mmHg o superiore o valori di PA diastolica di 90mmHg o superiore con l'obiettivo di raggiungere valori di PA Sistolica inferiore a 140 mm/Hg e PA diastolica inferiore a 90mmHg.

Raccomandazione 5 (grado E): Nella popolazione con età superiore a 18 anni con diabete, iniziare trattamento farmacologico per valori di PA sistolica di 140mmHg o superiore oppure di PA diastolica di 90 mmHg o superiore con l'obiettivo di raggiungere valori di PA sistolica inferiore a 140mm/Hg e PA Diastolica inferiore a 90mmHg.

Raccomandazione 6 (Grado B): Nella popolazione generale non nera, compresi i soggetti con diabete, il trattamento antipertensivo iniziale dovrebbe includere un diuretico tiazidico, ACE Inibitori o Bloccanti del recettore dell'angiotensina (ARB).

Raccomandazione 7 (Grado B per popolazione nera in generale; Grado C per la popolazione Nera con Diabete):

Nella popolazione nera in generale, compresi i pazienti con diabete, il trattamento antipertensivo iniziale dovrebbe includere un diuretico tiazidico.

Raccomandazione 8 (Grado B): Nella popolazione ipertesa con età superiore a 18 anni con insufficienza renale cronica, il trattamento antipertensivo iniziale deve includere ACEI oppure ARB per migliorare la funzionalità renale. Questo vale per tutti i pazienti affetti da IRC con ipertensione, indipendentemente dalla razza o co-morbidità diabetica.

Raccomandazione 9 (grado E): L'obiettivo principale del trattamento dell'ipertensione è di raggiungere e mantenere i valori di PA stabiliti. Se l'obiettivo non è raggiunto entro un mese di trattamento, aumentare la dose del farmaco iniziale o aggiungere un secondo farmaco da una delle classi di raccomandazione 6 (

tiazidico, diuretico , CCB , ACEI o ARB) . Il medico deve continuare a valutare la PA e regolare il regime di trattamento fino a raggiungimento della PA target . Se il Target di PA non può essere raggiunto con 2 farmaci , aggiungere e titolare un terzo farmaco dall'elenco fornito . Non usare ACEI e un ARB insieme nello stesso paziente . Se il Target di PA non può essere raggiunto utilizzando i farmaci in raccomandazione 6 a causa di una contro-indicazione o vi è necessità di utilizzare più di 3 farmaci per raggiungere l'obiettivo , possono essere usati farmaci antipertensivi di altre classi. L'invio ad un Centro per l'Ipertensione può essere indicato per i pazienti in cui il Target di PA non può essere raggiunto utilizzando la strategia sopra riportata o per la gestione di pazienti complessi per i quali è necessaria un approccio clinico multidisciplinare

Norme igienico-dietetiche delle ultime linee guida ESH/ESC sulla ipertensione arteriosa

- Restrizione di sodio a 5-6 gr al giorno (Classe I, Livello A)
- Restrizione del consumo di alcool con un introito non superiore a 20-30 gr al giorno nell'uomo e 10-20 gr per la donna (Classe I, Livello A)
- Aumentare il consumo di vegetali, frutta e cibo con pochi grassi (Classe I, Livello A)
- E' raccomandata una riduzione del peso a circa 25 KG/m² e della circonferenza addominale <102 cm negli uomini e < 88 cm nelle donne (Classe I, Livello A)
- Esercizio fisico regolare, ad esempio almeno 30 minuti di esercizio dinamico moderato da 5 a 7 volte a settimana (Classe I, Livello A)
- Si raccomanda di consigliare a tutti i fumatori di smettere di fumare (Classe I, Livello A) *Eur Heart J 2013: 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension*
Doi:10.1093/eurheartj/eh151

Confermato che bassi livelli di sodio nella dieta riducono il rischio

cardiovascolare. Durante la fase 1 e la fase 2 del Trials sulla prevenzione dell'Ipertensione (TOHP) sono stati raccolti diversi campioni di urine delle 24 h, tra individui con pre-ipertensione. Durante un lungo periodo post-trial di sorveglianza, tra i 2275 partecipanti che non hanno diminuito l'assunzione di sodio a 10 anni (TOHP I) o 15 anni (TOHP II) di follow up dopo il trial, si sono verificati 193 tra eventi cardiovascolari o morti per cause cardiovascolari. E' stata dimostrata un'associazione lineare tra il sodio urinario e gli eventi cardiovascolari che diminuiscono in maniera significativa per valori che vanno da 3600 a 1500 mg/dl. I dati diventano scarsi per livelli più bassi di sodiuria. Il confronto con i livelli di creatinina ha avuto poco effetto su questi risultati. I risultati derivanti dagli studi TOHP confermano il beneficio per la salute generale nel ridurre la quantità giornaliera totale di sodio assunto con la dieta in modo da portare la sodiuria in un range compreso tra 1500 e 2300 mg/dl, in accordo con le linee guida dietetiche attuali.

Circulation, 2014;129:981-989 Lower levels of sodium intake and reduced Cardiovascular Risk
Doi:10.1161/CIRCULATION.AHA.113.006032

FARMACOECONOMIA E FARMACOVIGILANZA; FARMACOLOGIA E FARMACOGNOSIA

Giglio Nunzia



Dirigente farmacista, ASP Palermo

Statine: valutazione farmaco economica

La terapia con Statine riduce la mortalità e la ospedalizzazione per eventi cardiovascolari e, ha il vantaggio di una facile aderenza terapeutica visti i minimi effetti collaterali. Sinvastatina E Pravastatina hanno il miglior profilo di sicurezza, soprattutto se prescritte a dosaggi da bassi a moderati. La Rosuvastatina, somministrata alla dose di 10mg/die, non influisce sull'outcome clinico dei pazienti con scompenso cardiaco cronico di qualsiasi eziologia, nel quale il farmaco si è dimostrato sicuro. 1) *Tavazzi L, Maggioni AP, Marchioli R, et al, for the GISSI-H Investigators. 2-Sandek A, Bauditz J, Swidsinski A, et al. Altered intestinal function in patients with systolic heart failure*

OMEGA 3 E NUOVA NOTA AIFA 94

L'Agenzia italiana del farmaco ha istituito *la nuova nota numero 94* relativa alla definizione della indicazione e rimborsabilità del SSN degli N-3 Pufa con contenuto di EPH+DHA esteri etilici 85% minimo pari a 850mg/g in caso di ricovero per sindrome coronarica acuta con o senza innalzamento del tratto ST (sindrome coronarica acuta SCA-STE, sindrome coronarica acuta SCA-NSTE) oppure sindrome coronarica acuta con o senza innalzamento del tratto ST (sindrome coronarica acuta SCA-STE, sindrome coronarica acuta SCA-NSTE) nei precedenti 90 giorni. La durata del ciclo di trattamento rimborsabile è di: 12mesi nei pazienti con frazione di eiezione alla dimissione ospedaliera >40%; 18 mesi nei pazienti con frazione di eiezione <40% alla dimissione ospedaliera. Indicazione è, quindi, nella prevenzione della morte improvvisa. Questo in quanto nessun trattamento raccomandato per questa condizione clinica si è dimostrato in grado di ridurre la occorrenza nel periodo post-acute. *Assmann G. Cullen P. Schulte H. Simple scoring scheme for calculating the risk of acute coronary events based on the 10-year follow up of the prospective cardiovascular Munster (PROCAM) study*
http://www.agenziafarmaco.gov.it/sites/default/files/nota94_AIFA.pdf

ANTIDIABETICI E SCOMPENSO CARDIACO

La Metformina è l'unico agente antidiabetico non associato a danni nei pazienti con insufficienza cardiaca e diabete. E' stato associato ad una ridotta mortalità per tutte le cause in due di tre studi controllati (Studi randomizzati o studi coorte), nella valutazione di farmaci antidiabetici in pazienti con insufficienza cardiaca e diabete. *Kannel WB, et al. Role of diabetes in congestive heart failure: the Framingham study. Am J Cardiol 1974; 34: 29-34. Nichols GA, et al. Congestive heart failure in type 2 diabetes: prevalence, incidence, and risk factors. Diabetes Care 2001; 24: 1614-9*



Coordinatore infermieristico Modulo dipartimentale n.6, ASP Palermo
Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche;

Publicato nuovo accordo quadro in materia di prevenzione delle ferite da taglio o da punta nel settore ospedaliero e sanitario

In Italia vi sono circa 96.000 incidenti l'anno che rappresentano il 41% del totale degli infortuni sul lavoro. Sulla G.U. dell'UE L 134/66 del 1° giugno 2010 è pubblicata la Direttiva 2010/32/UE. Tale direttiva è stata recepita nel nostro Paese con la LEGGE 6 agosto 2013, n. 96. I.Per approfondimenti:

<https://www.aranagenzia.it/araninforma/index.php/marzo-2013/160-attualita/562-attualita-1> e

<http://www.quotidianosicurezza.it/interviste/phase-donato-ceglie.htm>

Il Co.Ge.A.P.S. (Consorzio Gestione Anagrafica Professioni Sanitarie), ha attivato un Call Center, una banca dati ECM e un Dossier Formativo rivolti ai singoli professionisti sanitari

Il numero da comporre è 06/42749600, scegliendo con il tastierino numerico l'opzione 4. La linea è attiva dal lunedì al venerdì, dalle ore 9 alle ore 16. È stato altresì attivato un indirizzo e-mail dedicato: ecm@cogeaps.it.

Droga e off label. Sì al decreto legge che ridefinisce tabelle stupefacenti. Nel testo anche le nuove norme sui farmaci off label. Il Consiglio dei Ministri ha dato via libera al decreto legge che colma il vuoto normativo scaturito dalla sentenza della Corte Costituzionale sulla "Fini/Giovanardi". Il decreto ripristina le due tabelle contenenti le sostanze stupefacenti aggiornate alla data della pronuncia della Consulta. Presenti altresì le misure annunciate dal Ministro Lorenzin sui farmaci off label dopo lo scandalo Avastin/Lucentis.

**Specialista in geriatria, Monreale*****Dirigente medico UOC Geriatria, AUO Policlinico Palermo**

Confronto Ivabradina-Ranolazina

Gli AA hanno confrontato efficacia e tollerabilità di ivabradina (IVA) e ranolazina (RAN) in soggetti affetti da angina stabile, studiando 30 pazienti che assumevano o IVA 5 mg bid o RAN 500 mg bid e che hanno dovuto compilare un questionario per riportare la frequenza degli attacchi anginosi e gli effetti indesiderati. Non si sono osservate differenze nella frequenza di crisi anginose, ma IVA ha provocato più effetti indesiderati: principalmente vertigini, cefalea, visione offuscata, crampi muscolari, artralgie. L'IVA è stata responsabile di una reazione simile a malattia da siero, effetto avverso che necessita di approfondimento per individuarne la causa. Riteniamo interessante questo studio perché mette a confronto ivabradina e ranolazina, due molecole oggi di largo impiego, ugualmente efficaci nel trattamento dell'angina stabile; emerge una maggiore tollerabilità della ranolazina e una maggiore frequenza di effetti avversi nel gruppo di pazienti che hanno assunto ivabradina, molecola, invece, sostanzialmente considerata abbastanza sicura e con scarsi effetti indesiderati da parte della classe medica.

Aditi Chaturvedi, Yogendra Singh,1 Harish Chaturvedi,2 Vijay Thawani, Sakshi Singla,3 and Deepak Parihar

Comparison of the efficacy and tolerability of ivabradine and ranolazine in patients of chronic stable angina pectoris - J Pharmacol Pharmacother. 2013 Jan-Mar; 4(1): 33-38.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3643340/>

Efficacia degli acidi grassi polinsaturi (PUFA) nei pazienti coronaropatici

Lo studio ha valutato gli effetti dei PUFA in soggetti affetti da cardiopatia ischemica cronica sottoposti a PCI: la somministrazione di PUFA può influenzare massa ed attività di Lp-PLA2 fosfolipasi A2 e le loro relazioni con le oxy-LDL; questo effetto può almeno in parte spiegare i benefici derivanti dall'assunzione di PUFA. La dispensabilità dei PUFA da parte del SSN nei pazienti coronaropatici ha vissuto fasi alterne. E' recentissima l'ultima formulazione della nota 13, che aveva escluso in un primo momento la possibilità di impiego nel post infarto. La classe medica è convinta dell'utilità di tali farmaci, ma ad oggi non è del tutto precisato il loro meccanismo d'azione. Questo studio contribuisce a chiarire uno dei meccanismi con cui i PUFA possono risultare efficaci nei soggetti affetti da coronaropatia, insieme alla terapia standard e ad un corretto stile di vita.

Grzegorz Gajosemail address, Jaroslaw Zalewski, Magdalena Mostowik, Ewa Konduracka, Jadwiga Nessler, Anetta Undas - Polyunsaturated omega-3 fatty acids reduce lipoprotein-associated phospholipase A2 in patients with stable angina - Nutr Metab Cardiovasc Dis. 2013 Nov 1. pii: S0939-4753(13)00259-7. doi: 10.1016/j.numecd.2013.09.011. [http://www.nmcd-journal.com/article/S0939-4753\(13\)00259-7/abstract](http://www.nmcd-journal.com/article/S0939-4753(13)00259-7/abstract)

**TAVI vs OPEN SURGERY: 0-1**

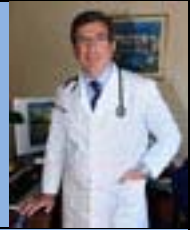
L'impianto transcateretere della valvola aortica (TAVI) è emerso come un trattamento alternativo per i pazienti con stenosi aortica severa non candidabili alla chirurgia convenzionale di sostituzione valvolare aortica. Quattordici studi, tra cui due randomizzati, sono stati inclusi in una metanalisi per confrontare i risultati del trattamento percutaneo rispetto al trattamento convenzionale. Entrambi i trattamenti sembrano essere efficaci nel risolvere la patologia valvolare, sebbene la TAVI ha una più alta incidenza di complicanze maggiori. In definitiva, la TAVI resta ancora indicata solo per i pazienti in cui è controindicata la chirurgia convenzionale. *Systematic review and meta-analysis of transcatheter aortic valve implantation versus surgical aortic valve replacement for severe aortic stenosis. Christopher Cao et al. Ann Cardiothorac Surg. Jan 2013; 2(1): 10–23. doi: 10.3978/j.issn.2225-319X.2012.11.09*<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3741825/>

Il trattamento endovascolare interessa anche le lesioni iatrogene dell'aorta

La chirurgia endovascolare non interessa solo il trattamento di aneurismi o dissezioni aortiche, ma può essere una valida e sicura alternativa anche in seguito a lesioni iatrogene dell'aorta. Questo articolo riporta una paziente con lesione dell'arco aortico distale provocata da impianto di un pacemaker, per malposizionamento dei due elettrocateretri in ventricolo sinistro e in arteria circonflessa sinistra, trattata con successo con impianto di uno stent-graft toracico. Si può quindi affermare che il trattamento endovascolare può essere un'alternativa sicura ed efficace alla chirurgia convenzionale, quest'ultima gravata da un alto rischio di morbilità e mortalità. *TEVAR for Iatrogenic Injury of the Distal Aortic Arch after Pacemaker, L. Di Tommaso et al. European Journal of Vascular and Endovascular Surgery Extra August 2013 (Volume 26, Issue 2, Pages e17-e19)* [http://www.ejvesextra.com/article/S1533-3167\(13\)00015-0/fulltext](http://www.ejvesextra.com/article/S1533-3167(13)00015-0/fulltext) <http://download.journals.elsevierhealth.com/pdfs/journals/1533-3167/PIIS1533316713000150.pdf>

L'IPOTERMIA INTRANASALE MIGLIORA LA SOPRAVVIVENZA IN SEGUITO AD ARRESTO CARDIACO

L'ipotermia indotta durante le manovre di rianimazione cardiopolmonare (CPR) si associa ad una significativa riduzione delle complicanze neurologiche e quindi ad una maggiore sopravvivenza, rispetto al raffreddamento indotto dopo il ripristino della circolazione spontanea. La tecnica di raffreddamento evaporativo transnasale (TNEC) (Rhinochill, Benechill Inc., San Diego, CA, USA) è una metodica che permette il raggiungimento di una temperatura di 32-34 °C. Lo studio PRINCESS testa l'efficacia della TNEC durante CPR sulla sopravvivenza e le complicanze neurologiche rispetto ai protocolli standard di ipotermia. *Design of the PRINCESS trial: pre-hospital resuscitation intra-nasal cooling effectiveness survival study (PRINCESS). Per Nordberg et al. BMC Emergency Medicine, 2013 25 novembre, 13:21. doi: 10.1186/1471-227X-13-21* <http://www.biomedcentral.com/1471-227X/13/21><http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-227X-13-21.pdf>



Test ergometrico: la frequenza cardiaca dopo esercizio fisico per lo studio del sistema autonomico e per la valutazione della forma fisica

I articolo Introduzione: La frequenza cardiaca rilevata nella fase di recupero dopo esercizio [*Heart Rate Recovery (HRR)*], calcolata come la differenza tra la massima frequenza cardiaca raggiunta al test da sforzo e la frequenza cardiaca dopo l’interruzione del test, rappresenta una stima della funzione del sistema autonomico cardiaco. **Risultati dell’articolo recensito:** Nello studio “Diagnostic accuracy of heart recovery after exercise in the assessment of diabetic cardiac autonomic neuropathy” Sacre e coll. hanno dimostrato che nei pazienti con diabete di tipo 2 i valori di HRR rilevati al 1°, 2° e 3° min dopo test da sforzo al treadmill, rispettivamente ≤ 28 bpm (sensibilità 93%, specificità 69%), ≤ 50 bpm (sensibilità 96%, specificità 63%) and ≤ 52 bpm (sensibilità 70%, specificità 84%) permettono di predire la neuropatia cardiaca autonoma indipendentemente dai dati clinici e dagli altri dati ricavabili dal test ergometrico. Gli autori concludono che la HRR può essere utilizzata per individuare la disfunzione autonoma nei pazienti con diabete di tipo 2.

Commento personale: La conoscenza precoce della disfunzione autonoma può costituire uno stimolo al miglioramento del controllo metabolico e all’uso di farmaci quali gli ACE inibitori ed i beta-bloccanti che si sono dimostrati efficaci nel trattamento della neuropatia autonoma cardiovascolare Diagnostic accuracy of heart recovery after exercise in the assessment of diabetic cardiac autonomic neuropathy.

Sacre JW, Jellis CL, Coombes JS, Marwick TH. *Diabet Med.* 2012 Sep;29(9):e312-20.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22671998>

II articolo Introduzione: La frequenza cardiaca rilevata nella fase di recupero dopo esercizio [*Heart Rate Recovery (HRR)*], calcolata come la differenza tra la massima frequenza cardiaca raggiunta al test da sforzo e la frequenza cardiaca dopo l’interruzione del test, è un metodo che permette di valutare lo stato di allenamento negli atleti. **Risultati dell’articolo recensito:** nell’articolo “A systematic review on Heart-Rate Recovery to Monitor Changes in Training Status in Athletes”, gli autori hanno eseguito una revisione degli studi che hanno utilizzato la HRR nella valutazione dei programmi di allenamento negli atleti. Negli studi analizzati i valori di HRR sono stati rilevati dopo 30 sec - 2 min dall’interruzione del test da sforzo (nella maggior parte degli studi la HRR è stata calcolata come la differenza tra la massima frequenza cardiaca raggiunta al test da sforzo massimale e la frequenza cardiaca dopo 60 sec dall’interruzione del test). Gli altri fattori che possono influenzare la HRR sono la durata, il tipo e l’intensità dell’esercizio utilizzato per rilevare la HRR. Nella maggior parte degli studi analizzati è stato dimostrato un aumento dei valori di HRR corrispondente allo stato di allenamento. Gli autori concludono che la HRR è un metodo che permette di valutare le modificazioni dello stato di allenamento negli atleti e di individuare gli atleti con un livello non ottimale di allenamento. **Commento personale:** i risultati della review indicano un’ulteriore applicazione della HRR nell’ambito della valutazione dello stato di allenamento degli atleti che può essere utilizzata anche nel controllo dei programmi di allenamento dei soggetti diabetici - Cataldo A, Traina M, et al. *Heart Rate Recovery after Exercise and Maximal Oxygen Uptake in Sedentary Patients with Type 2 Diabetes. In Libro degli Abstracts del 86° Congresso SIBS – 2013: 16-17.*

SINDROMI CORONARICHE ACUTE, SCOMPENSO CARDIACO

Maria Gabriella Vitrano



Dirigente medico, responsabile reparto degenza donne, UOC Cardiologia Ospedale Ingrassia, ASP Palermo

Alcuni recenti Trial su cardiopatia ischemica LEADERS TRIAL (DES riassorbibili vs DES non riassorbibili). Il LEADERS Trial è il primo studio randomizzato a confrontare gli stent (DES) riassorbibili con gli stent non riassorbibili (studio di non inferiorità). I risultati a 5 anni confermano come il beneficio in termini di sicurezza degli stent riassorbibili sia legato alla riduzione della trombosi di stent molto tardiva ed outcome clinici compositi associati. *Serruys PW et al. J Am Coll Cardiol Intv 2013;6(8):777-789*

Studio WOEST. Studio in aperto, multicentrico, randomizzato e controllato in 15 centri in Belgio e Olanda dal 2008 al 2011. I pazienti adulti in trattamento con anticoagulanti orali sottoposti a PCI sono stati randomizzati a solo clopidogrel (duplice terapia) o all'associazione clopidogrel più aspirina (triplice terapia). L'outcome primario era rappresentato dallo sviluppo di qualsiasi episodio emorragico ad 1 anno dalla PCI valutato mediante analisi intention-to-treat. Sono stati arruolati 573 pz di cui sono disponibili i dati di follow-up a 1 anno per 279 pz sottoposti a duplice terapia e per 284 sottoposti a triplice terapia. Dalle analisi è emerso che sono stati osservati episodi emorragici nel 19.4% del gruppo in duplice terapia e nel 44.4% del gruppo in triplice terapia. In conclusione l'uso del clopidogrel senza aspirina è risultato associato ad una significativa riduzione delle complicanze emorragiche senza comportare aumento dell'incidenza di eventi trombotici. *Lancet 2013; 381:1107-15*

Quando la rivascolarizzazione chirurgica è preferibile rispetto alla PCI nei pazienti con cardiopatia ischemica? Le opzioni di rivascolarizzazione per ischemia cardiaca sono l'intervento di BAC e l'intervento di PCI. La scelta della modalità di rivascolarizzazione più appropriata è controversa in alcuni sottogruppi di pazienti: nei pz con malattia coronarica sx non protetta (ULMD in cui vi è stenosi del tronco comune >50% senza bypass di protezione), malattia coronarica multivasale, nei diabeti e nei pazienti con disfunzione ventricolare sx. È stata eseguita una ricerca su OvidSP, MEDLINE, EMBASE, Cochrane e altre banche dati dal 2007 al 2013 limitata a studi clinici randomizzati, metanalisi e studi osservazionali di confronto tra BAC e PCI analizzando la mortalità ed eventi avversi cardiaci e cerebrovascolari (MACCE). Il BAC dovrebbe essere raccomandato nei pazienti con ULMD, malattia multivasale o disfunzione ventricolare sx se la gravità della malattia coronarica è considerata complessa (SYNTAX score >22) in quanto è stato rilevato un minor numero di eventi associati alla chirurgia. Per i pz con diabete e malattia multivasale il BAC dovrebbe essere raccomandato come terapia standard per un miglioramento della sopravvivenza a lungo termine e un numero inferiore di eventi cardiaci (MACCE a 5 anni 18.7% per CABG vs 26,6% per PCI) *JAMA 20;310(19):2086-95; 129:293-303*

Sottostudio del PLATO: biomarcatori in relazione agli effetti del Ticagrelor rispetto a Clopidogrel. Si è valutata l'importanza prognostica della troponina T ad alta sensibilità (hs-TnT), il pro-peptide natriuretico cerebrale N-terminale (NT-pro BNP) ed il fattore -15 di crescita e di differenziazione (GDF-15) in relazione al trattamento randomizzato (Ticagrelor vs clopidogrel) e rispetto alla strategia di gestione con o senza rivascolarizzazione nel sottogruppo NSTEMI-ACS dello studio PLATO. Sono stati valutati 18624 pz dello studio PLATO, tra questi 9946 avevano una diagnosi all'ingresso di NSTEMI-ACS. Durante l'ospedalizzazione 5357 sono stati rivascolarizzati e 4589 non sono stati rivascolarizzati. Sono stati dosati HS-TnT, NT-pro BNP e GDF-15. *Circulation 2014;129:293-303*

Quiz cardiologici

A cura di Riccardo Asteggiano

Quale di queste affermazioni riguardo il dronedarone NON è corretta?

- 1) E' indicato per la cardioversione farmacologica della Fibrillazione Atriale
- 2) E' indicato per il mantenimento del ritmo in Fibrillazione Atriale Parossistica in pazienti senza cardiopatia strutturale
- 3) E' indicato per il mantenimento del ritmo in Fibrillazione Atriale Parossistica in pazienti con ipertrofia ventricolare sinistra
- 4) Non è indicato nella Fibrillazione Atriale Permanente

A cura di Alfredo Monteverde

Il Warfarin inibisce la sintesi dei fattori vitamina K-dipendenti (II, VII, IX e X); I nuovi anticoagulanti orali inibiscono, invece, il legame con il sito del fattore Xa o della trombina.

Quale dei nuovi anticoagulanti orali (Nao) agisce legandosi al sito della trombina?

- 1) Rivaroxaban
- 2) Dabigatran
- 3) Apixaban
- 4) Edoxaban

La risposta ai quiz verrà fornita nel prossimo numero di CARDIONEWS

L'elettrocardiogramma

A cura di Giuseppe Antista ed Alfredo Monteverde



Inviare il referto alla redazione. La risposta nel prossimo numero

Regione Calabria, Roberto Fava

Congresso siculo-calabro 9-10 maggio 2014

Regione Campania, Giuseppina Gabriella Surace

Nessun evento

Regione Lazio, Maria Teresa Leporini

Nessuna segnalazione

Regione Lombardia, Claudio Pini

Congresso Regionale Lombardia 20 giugno 2014 ATAhotel Via Albani 73 Varese

Regione Sicilia, Maria Gabriella Vitrano

Cari Colleghi e Colleague, ho il piacere di comunicare alcune delle iniziative programmate in Sicilia:

- -Riorganizzazione CFC regione Sicilia con coinvolgimento dei soci già iscritti, proselitismo sia medico che paramedico e creazione di nuovi responsabili delle varie province per la gestione capillare di tutto il territorio regionale
- -Convegni e Congressi programmati:
- Incontro scientifico -divulgativo con le Forze Armate italiane "Malattie cardiovascolari: epidemia del nostro secolo Fattori di rischio e prevenzione" in data 23 maggio 2014
- -Convegno "I nuovi anticoagulanti orali : aspetti chiave per un uso consapevole e appropriato" in data 22 marzo 2014
- - Congresso SNAMID "Rischio globale cardiologico-respiratorio e Metabolico" Marzo 2014 con il patrocinio del CFC
- -Congresso Interregionale Siculo Calabro "Tra Scilla e Cariddi: aggiornamenti e controversie in Cardiologia" Monreale il 9-10 maggio 2014

Altri congressi verranno organizzati nei prossimi mesi tra cui :

- Convegno sulla presentazione dei dati dell'Heart Net Study con la Domus Pharma
- Congresso Interregionale Siculo Laziale
- Convegno "-ECG :COME ARRIVARE DALL'ECG AL PROVVEDIMENTO APPROPRIATO"

La nostra e-mail è cfc.sicilia@gmail.com

Regione Umbria, Isabella Tritto

- **ATA Hotel Via Albani 73 Varese venerdì 20 giugno 2014 riunioni:**
 - Ore 15.30 alle ore 16.30 Coordinamento CARDIONEWS
 - Ore 16.30 alle ore 17.30 Coordinamento Gruppi di Studio Nazionali
- **ATA Hotel Via Albani 73 Varese 22 GIUGNO 2014**
 - E' INDETTA IN PRIMA CONVOCAZIONE ALLE ORE 14:00 E IN SECONDA CONVOCAZIONE ALLE ORE 14:30 IL CONSIGLIO DIRETTIVO del CFC. A SEGUIRE L' ASSEMBLEA DEI SOCI CFC
- **Gubbio (PG) 26/28 settembre 2014**
 - CFC National Prevention Project"

Comunicazione a tutti gli iscritti CFC

DAL 1 GENNAIO 2014 PER RISULTARE SOCI ATTIVI CFC E' NECESSARIO

1. LA COMPILAZIONE DEL MODULO PRESENTE SUL NS SITO

www.cfcardiologia.it

2. IL VERSAMENTO DELLA QUOTA ASSOCIATIVA

La quota associativa è biennale. Il suo importo viene deciso dal CD in base al numero di iscritti ed alle spese previste per la realizzazione delle iniziative che l'Assemblea dei Soci approverà per l'anno di attività. Attualmente la quota è stata fissata in € 30.00 ed è valida per due anni.

Coordinate Bancarie:

C/C N. 632110.32 INTESTATO A CFC IBAN: IT72L0103016301000063211032

Causale: quota associativa Collegio Federativo di Cardiologia

Proposte per uno sport piu' sicuro del Gruppo Scientifico per l'Intervento nelle emergenze cardiologiche

a cura del Presidente GIEC Maurizio Santomauro santomau@unina.it

Il **Decreto Balduzzi** (G. U. n. 169 del 20 luglio 2013), ha sancito l'obbligo dei defibrillatori per tutte le Società sportive anche amatoriali e dilettantistiche. Sempre lo stesso decreto, in relazione ai **certificati per l'attività sportiva non agonistica**, ha introdotto l'obbligo per gli studenti che svolgono attività fisico-sportive organizzate dalle scuole nell'ambito delle attività parascolastiche, i partecipanti ai giochi sportivi studenteschi nelle fasi precedenti a quella nazionale e le persone che svolgono attività organizzate dal Coni o da società affiliate alle Federazioni o agli Enti di promozione sportiva che non siano considerati atleti agonisti a **un controllo medico annuale effettuato da un medico di medicina generale, un pediatra di libera scelta o un medico dello sport**. La visita prevedeva la misurazione della pressione arteriosa e un elettrocardiogramma (ecg) a riposo. Regole più stringenti erano previste per chi partecipa ad attività ad elevato impegno cardiovascolare come manifestazioni podistiche oltre i 20 km o le gran fondo di ciclismo, nuoto o sci: in questo caso erano previsti anche accertamenti supplementari. **Il Decreto in definitiva prevedeva tre classi di soggetti per l'attività ludico motoria con conseguente rilascio di tre modelli di certificato:** certificato di idoneità alla pratica di attività ludico-motoria, certificato di idoneità alla pratica sportiva di tipo non agonistico e certificato di idoneità alla pratica di attività sportiva di particolare ed elevato impegno cardio-vascolare ex art 4 DM. Inoltre il Decreto, per quanto concerne l'incremento della sicurezza negli ambienti sportivi, ha **reso obbligatoria la dotazione di defibrillatori semiautomatici** sia per le **società sportive dilettantistiche che per quelle sportive professionistiche**. Sono state escluse le società dilettantistiche che svolgono attività a ridotto impegno cardiocircolatorio. Le società dilettantistiche hanno 30 mesi di tempo per adeguarsi, quelle professionistiche sei. Gli oneri sono a carico delle società, ma queste possono associarsi se operano nello stesso impianto sportivo, oppure possono accordarsi con i gestori degli impianti purché siano questi a farsene carico. Dovrà essere presente personale formato e pronto a intervenire e il defibrillatore deve essere facilmente accessibile, adeguatamente segnalato e sempre perfettamente funzionante. I corsi di formazione saranno effettuati dai Centri di formazione accreditati dalle singole Regioni.

Successivamente il 7 agosto il Decreto "del fare", con un emendamento dei senatori Puglisi e Stefano Vaccari, ha abrogato l'obbligo di certificazione per l'attività ludico-motoria e amatoriale previsto dall'art.7, comma 11, del DL 158 del 2012. Rimane così l'obbligo di certificazione presso il medico o pediatra di base per l'attività sportiva non agonistica previsto dal 1982. La certificazione attuale per queste attività non ha mai previsto l'ecg a riposo. Questo ritorno alla vecchia certificazione ha riportato tutto come prima, riservandolo solo alle attività agonistiche. Con ciò è stato vanificato tutto il lavoro della Commissione che aveva invece messo in evidenza la necessità di eseguire un ecg a riposo anche per coloro che si apprestavano a svolgere una attività motoria di tipo ludico-dilettantistico. Proprio in questo ambito dello sport si verifica il maggior numero di morti improvvise elettriche che spesso passano del tutto sotto silenzio.

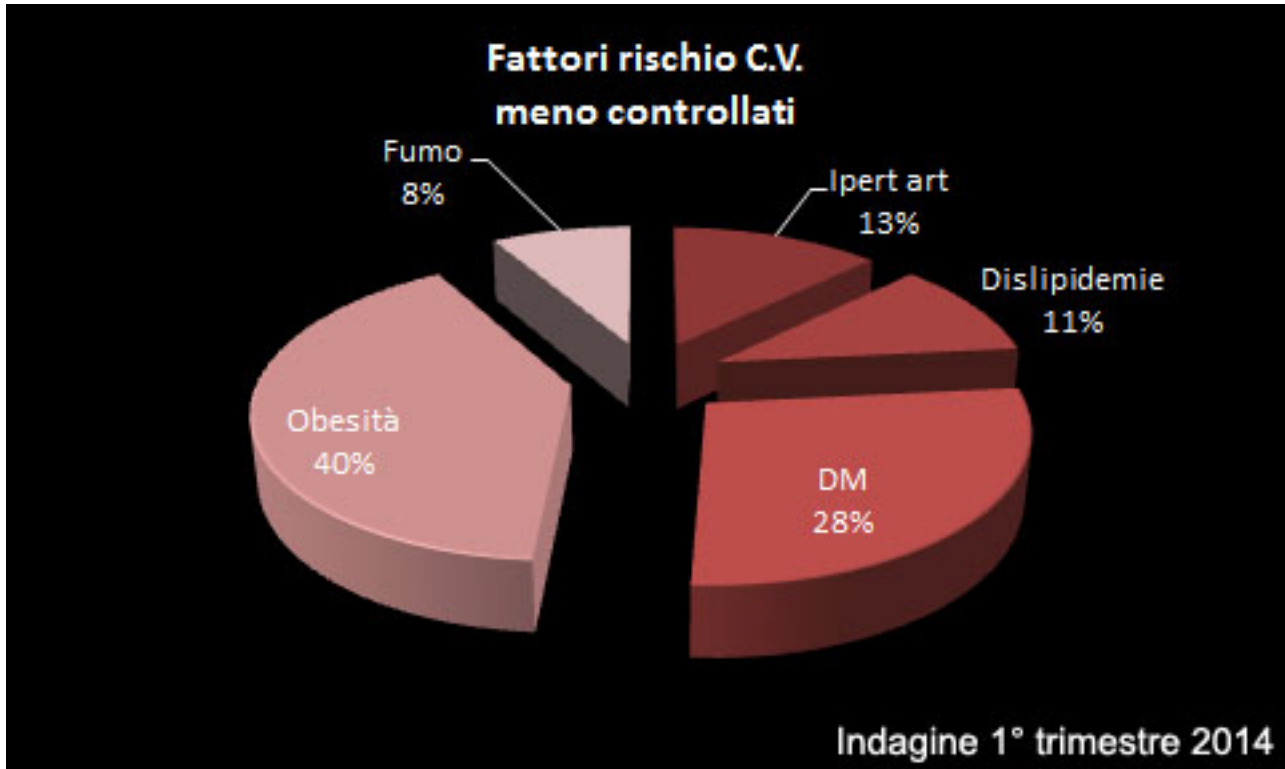
L'ecg rappresenta tuttora il primo approccio strumentale a disposizione del cardiologo clinico, sia che operi in strutture ambulatoriali che in ospedale. Mentre negli anni '50 l'ecg era in pratica l'unico strumento tecnologico a disposizione del clinico negli ultimi 30 anni sono comparse altre e più complesse tecnologie che hanno affinato le nostre capacità diagnostiche. Ciononostante l'ecg non ha perso di importanza ma al contrario, grazie alle correlazioni ottenute con le nuove metodiche, ha migliorato la sua performance e utilità clinica.

L'ecg è **particolarmente sensibile nei giovani che sono affetti da canalopatie asintomatiche** ma ad alto rischio di morte improvvisa elettrica. Viceversa la sensibilità e specificità è più bassa per slatentizzare una cardiopatia ischemica silente anche negli atleti master. Secondo uno studio condotto dal prof Domenico Corrado dell'Università di Padova i giovani che praticano sport agonistico presentano un rischio di morte improvvisa 2,5 volte superiore rispetto ai coetanei meno sportivi. In Italia, ogni anno 2 atleti ogni 100.000 muoiono improvvisamente. La causa è quasi sempre una malattia silente ma pericolosa come la **cardiomiopatia ipertrofica non rilevata** che può essere presente sia in atleti che svolgono attività agonistica sia in quelli che svolgono attività amatoriale. Da oltre 30 anni in Italia le visite medico sportive per l'idoneità alla pratica agonistica si basano sulla raccolta della storia clinica, sull'esame obiettivo e in aggiunta un ecg a 12 derivazioni a riposo e dopo test di Master. Al contrario negli Stati Uniti si ritiene che il bilancio tra costi e benefici non sia vantaggioso. Secondo i medici statunitensi l'esame non sarebbe abbastanza specifico da permettere di individuare un numero di persone che effettivamente corrono pericoli abbastanza grandi da giustificare l'esecuzione del test in tutti gli aspiranti sportivi. A seguito della abolizione della visita scolastica e della visita militare obbligatoria ci sono ottime prove scientifiche per consigliare l'esecuzione dell'ecg a riposo prima di eseguire attività sportiva anche amatoriale. Infatti con questo esame si possono identificare i casi di ipertrofia del miocardio, che sono la causa più frequente di morte cardiovascolare negli sportivi; inoltre possono essere intercettate anche altre malattie cardiologiche potenzialmente fatali come le canalopatie eredo-familiari (ad esempio la sindrome del Q-T lungo, la sindrome di Brugada). Per dimezzare le morti in campo l'ecg dovrebbe dunque diventare lo standard in Italia per tutti gli sportivi come aveva previsto il Decreto Balduzzi. In questo modo si potrebbero ridurre del 50-70% le morti cardiache anche tra gli sportivi non agonisti.

Un'altra proposta presentata nei lavori congressuali GIEC è stata quella di promuovere uno **screening cardiaco neonatale** a carico del SSN con l'introduzione dell'ecg nel primo mese di vita tra gli esami di routine **per la prevenzione della morte in culla o SIDS** (Sudden Infant Death Syndrome). La SIDS è un evento che avviene con incidenza variabile in ogni paese del mondo in particolar modo nei paesi più industrializzati, dove è considerata la prima causa di morte nel primo anno di vita esclusa l'età neonatale. Tale incidenza è valutata fra lo 0,5 e 1,5 per mille nati vivi. In Italia non sono disponibili dati che comprendano tutto il territorio nazionale ma le ricerche condotte in particolari aree geografiche (Lombardia, Emilia-Romagna, Toscana, Lazio, Trieste e Torino) indicano un'incidenza compresa fra 0,4 e 0,7 per mille nati vivi. Nel 90% dei casi la SIDS avviene fra il primo ed il terzo mese di vita; un restante 5% entro il sesto e un 5% dei casi fra il sesto e il dodicesimo mese. Pertanto l'età di maggior rischio è nei primi mesi. Oggi sappiamo che l'evento SIDS è multifattoriale ossia concorrono svariati fattori (malformazioni non rilevabili clinicamente del sistema nervoso centrale, alterazione del sistema nervoso cardiaco, difetti di controllo sul sistema respiratorio e cardiaco, iperattività del sistema vagale associata a malattia da reflusso gastro-esofageo) che, in situazioni limite, possono causare il decesso. Nella maggior parte dei casi la SIDS può essere legata ad una alterazione dell'ecg consistente in un allungamento patologico dell'intervallo Q-T. Il Q-T lungo è una alterazione dell'ECG che si può associare ad alterazioni del ritmo cardiaco e può portare in alcuni casi a morte improvvisa. La "sindrome del QT lungo" deve il suo nome all'allungamento della distanza tra l'onda Q e l'onda T dell'ecg. E' pertanto facilmente riscontrabile con questo esame. La **prevalenza della Sindrome del QT lungo è di 1 su 2000 nati**. La LQTS è una patologia responsabile di sincopi e morte cardiaca improvvisa, soprattutto in bambini o giovani, in assenza di anomalie strutturali del cuore. Essa è caratterizzata da un prolungamento dell'intervallo QT sull'ECG di superficie e dal rischio di aritmie ventricolari tipo torsione di punta, scatenate da situazioni di stress fisico o psicologico. È una malattia genetica trasmessa come carattere autosomico dominante, dovuta a mutazioni su almeno sei geni, tutti codificanti per canali ionici responsabili del controllo dell'attività elettrica delle cellule cardiache. Dal punto di vista funzionale, il prolungamento dell'intervallo QT, segno ecg tipico della sindrome, corrisponde, a livello cellulare, ad un prolungamento della durata del potenziale d'azione cardiaco. Dopo aver eseguito l'ecg e aver dimostrato che l'intervallo Q-T e quello Q-T corretto per la frequenza è patologico è conveniente sottoporre il neonato ad una indagine genetica per la ricerca di uno dei geni trasmettitori della malattia. L'esame genetico si esegue su un prelievo di sangue. In caso di positività si potrà estendere anche ai genitori.

Il controllo ecg precoce, dopo la terza settimana dalla nascita, può consentire l'identificazione dei neonati a rischio e la loro cura. Basta, infatti, dare loro nei primi sei mesi di vita terapie beta-bloccanti per ridurre drasticamente l'incidenza di quella che fino ad oggi è la prima causa di morte nei neonati e che continua a mietere vittime anche tra i bambini, gli adolescenti e i ragazzi fino ai 20 anni. In considerazione del fatto che la maggior parte degli eventi fatali capitano durante il sonno e a casa e considerando le oggettive difficoltà a somministrare una terapia antiaritmica nei primi mesi di vita si propone di addestrare i genitori ad usare a casa un defibrillatore semiautomatico che in caso di arresto cardiaco può riportare in vita il neonato in attesa dei soccorritori istituzionali del Sistema 118. I principali benefici clinici dello screening ecg, che andrebbe eseguito dopo la terza settimana dalla nascita, consistono nel fatto che i bambini possono essere curati e quindi protetti dai rischi dovuti alle aritmie riducendo le possibilità di decesso durante la fanciullezza e la gioventù e possono essere identificati anche altri membri della famiglia affetti dalla LQTS o da altre canalopatie ereditarie e quindi a rischio di morte improvvisa.

Ecco i risultati del sondaggio pubblicato sul sito CFCcardiologia.it nel 1° trimestre 2014



Il nuovo sondaggio del 2° semestre è stato pubblicato sulla home page di www.cfcardiologia.it.
Invitiamo i lettori a partecipare.

Quali sono i principali compiti di una società medico-scientifica?

- *educazione medica continua*
- *ricerca clinica*
- *governance clinica*
- *attività ludiche iscritti*
- *attività sindacale e di lobbying*

In questo spazio verranno riportate tutte le vostre osservazioni, commenti e suggerimenti che vorrete inviare al direttore ed al board di Cardionews a:
cardionews@cfcardiologia.it