

# Cardionews

**Numero uno  
Marzo 2015**

## **In questo numero**

- Presentazione
- Aritmie cardiache , morte improvvisa, valvulopatie
- Prevenzione cardiovascolare, ipertensione arteriosa
- Alimentazione e malattie cardiovascolari
- Angiologia
- Nursing cardiovascolare
- Cardiopatia ischemica cronica
- Cardiocirurgia, rianimazione cardiopolmonare
- Cardiologia dello sport, valutazione funzionale, riabilitazione
- Sindromi coronariche acute, scompenso cardiaco
- Quesiti
- Elettrocardiogramma
- News dalle regioni
- News Nazionali
- Evidence that matters

**Direttore responsabile**  
Guido Francesco Guida

**Editore**  
Giovanni Vincenzo Gaudio

- Board**
- Giuseppe Antista
  - Riccardo Asteggiano
  - Giorgia Carabelli
  - Attilio Castellaneta
  - Caterina Camastra
  - Caterina Genova
  - Calogero Gugliotta
  - Alfredo Monteverde
  - Giuseppina Gabriella Surace
  - Marcello Traina
  - Maria Gabriella Vitrano

**Web Master**  
Francesco Paolo Alesi



Cari amici e colleghi,

inizia il 2015 per Cardionews e spero che il nuovo anno vi abbia portato nuove opportunità scientifiche e sociali. Novità ci sono in ambito politico sanitario. Stiamo attualmente assistendo ad un serio ridimensionamento dei reparti di cardiologia. Dicono a favore di un potenziamento del territorio dove dovrebbero nascere UTAP, day service, gestione integrata dello scompenso cardiaco e della cardiopatia ischemica nei PTA.

Sarà così? Certo ho i miei dubbi.

Certamente il territorio necessita di una riqualificazione e, soprattutto, di un governo clinico delle strutture dedicate agli ammalati con malattie cardiovascolari. Vedo però che buona parte di questi compiti vengono affidati a burocrati (anche se medici) e che una qualificata competenza cardiologica è carente. Certo ci sono eccezioni, ma la regola, soprattutto al centro-sud, è questa. Alla scarsa competenza si affianca spesso una logica affaristica e mercantile che bene non fa. Auspichiamo, pertanto, programmazione, regole, controlli seri (svincolati da logiche opportunistiche e partitocratiche), controlli di qualità. In poche parole il merito e la meritocrazia. La nostra Società, a tal proposito, si è fatta sponsor a Palermo della "Giornata del merito" intitolata al giovane ex-dottorando Norman Zarcone che non ha saputo resistere al nepotismo e clientelismo universitario decidendo (erroneamente) di farla finita con la propria esistenza. Una reazione istintiva di protesta, di incapacità. Un dramma, ma così è stato. Un tema fondamentale quindi quello del merito, dell'attribuzione degli incarichi di responsabilità, del contrasto al malaffare, di una valutazione terza, dei controlli di qualità nei quali pensiamo le società scientifiche debbano essere coinvolte. Quanto meno nel definire le regole ed i criteri di valutazione, di ricerca e di intervento. E, certamente, non mi riferisco soltanto alle società scientifiche di estrazione esclusivamente universitaria od ospedaliera. Uno sfogo, ma sentito. Certamente un buon auspicio.

Ma andiamo alle novità scientifiche. Si sono svolte a San Diego (CA, USA) dal 14 al 16 marzo le 64esime Sessioni Scientifiche. Si è parlato, tra l'altro, dell'uso dei NAO in pazienti con CHA2DS2VASc score 1, dell'uso delle clip mitraliche nel rigurgito mitralico degenerativo e funzionale e di tanto altro. Le principali novità sono su "Evidence that matters".

Luigina Guasti è stata incaricata dal CN come rappresentante scientifico del CFC per relazionare sul panorama scientifico cardiologico nazionale al Council For Cardiology Practice dell'ESC. Gabriella Vitranò ha preso il posto per il 2015 di Maria Teresa Leporini, dimissionaria, in qualità di coordinatrice delle regioni. Alvaro Vaccarella è stato nominato responsabile area farmacisti.

Dopo il congresso nazionale di Varese quest'anno sono previsti molti eventi scientifici CFC per macroaree. È stata creata a Pisa una scuola per formare giovani ricercatori in ambito cardiologico tra i nostri associati. Alfredo Monteverde ha assunto l'incarico di coordinatore nazionale dei gruppi di studio. Una nuova società scientifica, l'I.S.C.U., che si occupa di ecocardiografia ha chiesto di aderire al CFC. Come vedere una società scientifica, il CFC, in grande movimento!

A tutti buona lettura

Guido Francesco Guida

ARITMIE CARDIACHE, MORTE IMPROVVISA, VALVULOPATIE

Asteggiano Riccardo

*Vice chairman Council for Cardiology Practice – ESC*



## **MALATTIE VALVOLARI CARDIACHE**

I progressi del sapere nel campo delle malattie valvolari cardiache compiuti nell'anno 2014 sono analizzati nella rassegna "The year in cardiology 2014: valvular heart disease" di Luc A. Pierard e coll. (<http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/36/7/416>) Sono analizzati soprattutto i risultati, le indicazioni e le problematiche relative alla TAVI.

## **ARITMIE E MORTE IMPROVVISA**

Analogamente i progressi del sapere nel campo delle aritmie e della cardiostimolazione compiuti nell'anno 2014 sono analizzati nella rassegna "The year in cardiology 2014: arrhythmias and device therapy" di Hein Heidbuchel e coll. (<http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/36/5/270>) Uno degli argomenti di maggiore rilievo è stato l'ablazione con RF della FC, con l'analisi di numerosi trial pubblicati recentemente che analizzano i dati della "vita reale" e ridimensionano in parte il ruolo di tale metodica, soprattutto se la FA è permanente.

Molto interessante ed utile l'articolo del gruppo di Sutton sull'importanza dell'anamnesi per una corretta diagnosi etiologica della sincope; la storia clinica ben condotta consente di ridurre drasticamente la percentuale di sincopi non diagnosticate, ed evita l'esecuzione di esami inutili e perdita di tempo nei casi a rischio – "History taking as a diagnostic test in patients with syncope: developing expertise in syncope" Wouter Wieling e coll.

<http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/36/5/27>

## **PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE, IPERTENSIONE ARTERIOSA**

*Caterina Camastra, Attilio Castellaneta\**

**DIRIGENTE MEDICO, OSPEDALE SAN CAMILLO DI ROMA**

**\*DIRIGENTE MEDICO, AZIENDA OSPEDALIERA SAN CAMILLO FORLANINI, ROMA**



## **Potenza e rapidità d'azione dei Betabloccanti a confronto**

INTERESSANTE STUDIO COMPARATIVO CHE METTE A CONFRONTO BISOPROLOLO E METOPROLOLO PER VALUTARE QUALE DEI DUE ABBAIA MAGGIORE EFFICACIA SULLA RIDUZIONE DELLA PRESSIONE ARTERIOSA SISTEMICA UTILIZZANDO DOSI EQUIPOTENTI. GLI EFFETTI SONO STATI VALUTATI CON REGISTRAZIONE DELLA PRESSIONE ARTERIOSA DELLE 24 ORE.

I RISULTATI HANNO EVIDENZIATO CHE I DUE BETABLOCCANTI, PUR APPARENDO EQUIPOLLENTI PER VALORE ED EFFICACIA SULLA PRESSIONE MEDIA DELLE 24 ORE, DIFFERISCONO PER RAPIDITÀ DI INSORGENZA DELL'EFFETTO IPOTENSIVANTE.

NEI PAZIENTI TRATTATI CON BISOPROLOLO INFATTI, LA RIDUZIONE DEI VALORI PRESSORI INSORGEVA PIÙ PRECOCEMENTE RISPETTO AI PAZIENTI TRATTATI CON METOPROLOLO. DRUGS R D. 2014 DEC; 14(4): 325-32.



## **Angioedema da ACE inibitori: Antagonista recettoriale Bradichinina B2 vs Cortisone e Antistaminico**

LA TERAPIA CON ACE INIBITORI È GRAVATA IN MANIERA FORTUNATAMENTE POCO FREQUENTE DA UN EFFETTO COLLATERALE POTENZIALMENTE LETALE: L'ANGIOEDEMA DI TESTA E COLLO.

ATTUALMENTE TALE CONDIZIONE VIENE TRATTATA EMPIRICAMENTE IN EMERGENZA CON CORTISONICI ED ANTISTAMINICI.

QUESTO LAVORO HA MESSO A CONFRONTO I RISULTATI DERIVANTI DALL'UTILIZZO DI PREDNISOLONE E CLEMASTINA VERSUS I RISULTATI OTTENUTI DOPO SOMMINISTRAZIONE DI ICATIBANT (UN ANTAGONISTA SELETTIVO DEL RECETTORE DELLA BRADICHININA B2) IN PAZIENTI CHE AVEVANO SVILUPPATO ANGIOEDEMA DOPO ASSUNZIONE DI ACE-INIBITORE.

I PAZIENTI TRATTATI CON ICATIBANT PRESENTAVANO UNA REGRESSIONE COMPLETA DELLA SINTOMATOLOGIA IN UNA MEDIANA DI TEMPO DI CIRCA 8 ORE RISPETTO ALLE 27 ORE CIRCA NECESSARIE PER OTTENERE L'EFFETTO MEDESIMO NEI PAZIENTI TRATTATI CON CORTISONE ED ANTISTAMINICO.

UNA NOTA SUL PREZZO: UNA DOSE DI ICATIBANTS.C COSTA CIRCA 1.529,00 EURO CONTRO UNA SPESA INFERIORE AI 10 EURO PER UNA DOSE DI PREDNISOLONE + CLEMASTINA.

NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE 2015; 372: 418-425 JANUARY 29,2015

---

### *ALIMENTAZIONE E MALATTIE CARDIOVASCOLARI*

*Carabelli Giorgia*

*Biologo Nutrizionista Nutrigenetista ACSIAN - Varese*



## **Nutrienti e dintorni ...** a cura di G. Carabelli e Lisa Fiore

### **Metabolismo della Vitamina D**

Dei lipidi è arcinoto il rapporto con le malattie cardiovascolari, sulla vitamina D esistono studi controversi. Cercheremo di seguito di valutarne il metabolismo.

La vitamina D regola il bilancio di calcio dell'organismo. Il calcio è il minerale predominante a livello osseo. La forma endogena della vitamina D viene sintetizzata dall'organismo per azione della luce solare, nel caso la sintesi risulti insufficiente, la vitamina può essere assunta attraverso alcuni alimenti come latte, uova, formaggio, burro. La funzione della vitamina D è di stimolare l'assorbimento a livello intestinale del calcio e del fosforo, favorendo la mineralizzazione della matrice ossea. La vitamina D viene attivata metabolicamente tramite idrossilazioni sequenziali in sede epatica e renale producendo la 1,25-diidrossivitamina D3 (1,25(OH)2D3), un ligando ormonale steroideo che si lega con elevata affinità al recettore nucleare della vitamina D (VDR) nei tessuti bersaglio dove agisce come mediatore o "trasduttore di segnale". Esistono più varianti polimorfiche comuni del gene VDR, tra cui: il polimorfismo FokI (consiste in una sostituzione nucleotidica T-C a livello del codone di inizio della traduzione del gene VDR, nell'esone II della regione 5'), il polimorfismo BsmI (localizzato nell'introne 8 del gene VDR consiste in una variazione nucleotidica A-G, è associato invece alla variazione della stabilità del trascritto e ad una diminuzione del valore della BMD) e il polimorfismo TaqI (localizzato nell'esone 9 del gene VDR, a livello del codone 352, consiste in una variazione nucleotidica T-C. Genotipo ff: è stato associato ad una bassa BMD). La

combinazione di tali polimorfismi si può associare a una perdita di BMD (body mass density) annua, ad una predisposizione ad un basso livello di massa ossea, ad un ridotto assorbimento di calcio a livello intestinale e ad una scarsa mineralizzazione ossea. La presenza di questi polimorfismi può alterare la capacità individuale di assimilare ed utilizzare la vitamina D contenuta negli alimenti, influenzando i processi biologici da essa controllati. In questi casi è possibile ripristinare il corretto equilibrio metabolico modificando il proprio regime alimentare bilanciando le carenze indotte dalla propria costituzione genetica

## **Metabolismo dei lipidi**

I lipidi svolgono un ruolo importantissimo nell'organismo umano. Essi sono componenti delle membrane cellulari, sono una fonte immagazzinata di energia e sono parte di molecole fondamentali. Il colesterolo è senza dubbio uno dei più conosciuti per il suo ruolo nella formazione delle placche aterosclerotiche. Di esso si conoscono una forma "buona" (HDL) che si lega ad una lipoproteina ad alta densità che rimuove il colesterolo dalle arterie, e una "cattiva" (LDL), che si lega ad una lipoproteina a bassa densità che libera il colesterolo nell'endotelio dei vasi. L'aumento e la diminuzione del colesterolo è influenzato anche dalla qualità degli acidi grassi assunti con la dieta. L'Apolipoproteina C3 (APOC3 protein; APOC3 gene) è una glicoproteina composta da 79 aminoacidi, sintetizzata prevalentemente nel fegato e a livello intestinale. La sua funzione è ormai chiarita da varie sperimentazioni sia in vitro che in vivo: APOC3 interagisce con la lipoproteina lipasi (LPL), un enzima limitante la velocità di idrolisi dei trigliceridi, con conseguente ritardo del catabolismo di queste molecole. L'Apolipoproteina C3 quindi esercita un ruolo importante nel metabolismo dei lipidi, inibendo il catabolismo del triacilglicerolo ad opera dell'enzima lipoproteina-lipasi (LPL), con conseguente incremento del livello di trigliceridi (ipertrigliceridemia). Il gene APOC3 mappa sul braccio lungo del cromosoma 11, strettamente correlato ai geni limitrofi APOA4 e APOA1. I polimorfismi T3175G e T3206G del gene APOC3 si associano ad un rischio 4 volte superiore di ipertrigliceridemia e ad un elevato rischio di insorgenza di infarti, arteriosclerosi e patologie cardiovascolari. Un risultato positivo del test indica una predisposizione ad uno scorretto assorbimento dei lipidi, questo si traduce in un aumentato rischio cardiovascolare che deve essere correttamente compensato da un'alimentazione povera in grassi saturi.

---

## ANGIOLOGIA

Caterina Genova

SPECIALISTA ANGIOLOGO, TERMINI IMERESE, ASP PALERMO



## ***Gestione medica dei pazienti con arteriopatia periferica***

E' stata riscontrata una forte correlazione tra Arteriopatia Periferica, Coronaropatia e Vasculopatie Cerebrali. I fattori di rischio maggiori, che portano ad aterosclerosi nelle carotidi, sono simili a quelli che portano ad aterosclerosi nelle coronarie e negli altri distretti vascolari. Sebbene sia altamente prevalente e porti a un significativo rischio di morbilità e mortalità, bisogna rimarcare come l'Arteriopatia Periferica sia attualmente sotto-diagnosticata e sotto trattata. International Angiology 2015 Febbraio;34(1):75-93

***Medical management of patients with peripheral arterial disease. Novità***

Poredoš P

[www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Poredo%C5%A1%20P%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor\\_uid=24916346](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Poredo%C5%A1%20P%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=24916346) 1, Jezovnik M

[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Jezovnik%20M%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor\\_uid=24916346](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Jezovnik%20M%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=24916346) , Kalodiki E

[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Kalodiki%20E%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor\\_uid=24916346](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Kalodiki%20E%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=24916346) , Andreozzi G

[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Andreozzi%20G%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor\\_uid=24916346](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Andreozzi%20G%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=24916346) , Antignani PL

[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Antignani%20PL%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor\\_uid=24916346](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Antignani%20PL%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=24916346) , Clement D

## CARDIOPATIA ISCHEMICA CRONICA, ELETTROCARDIOGRAFIA

Giuseppe Antista

Alfredo Monteverde\*



Specialista in geriatria, Monreale

\*Dirigente medico UOC Geriatria, AUO Policlinico Palermo

### L'importanza dell'aderenza alla terapia con beta-bloccanti (BB) nella prevenzione secondaria dell'infarto miocardico

Questo studio, condotto da autori italiani, ha valutato la reale aderenza alla terapia con beta-bloccanti e le conseguenze che una scarsa aderenza a tale terapia può determinare in termini di recidive di eventi ischemici. MATERIALI E METODI: sono stati valutati 30 089 pazienti ospedalizzati per IMA negli anni 2009-2011 in una regione italiana, selezionando tutti coloro che avevano avuto un reinfarto nel periodo tra un mese ed un anno dalla dimissione (1328 pazienti) e, tra questi, coloro che avevano avuto almeno una prescrizione di beta-bloccante ritirato presso una qualsiasi farmacia regionale (1207 pazienti). Utilizzando le informazioni sulle prescrizioni è stato possibile individuare periodi di assunzione o non assunzione del beta bloccante, che sono stati confrontati con la relativa incidenza di nuovi eventi ischemici, dimostrando un tasso di recidiva di IMA nei periodi di aderenza alla terapia, rispetto ai periodi di non aderenza, dello 0.79 (95% CI 0.69-0.90, p 0.001). Lo studio ha dimostrato come l'aderenza alla terapia con beta bloccanti riduce il rischio di reinfarti di circa il 20%.

Commento: si ritiene sempre importante informare il paziente dell'utilità di aderire in maniera costante alla terapia indicata, al fine di ottenere i benefici di questa in termini di prevenzione; i vantaggi del beta bloccante nel prevenire il reinfarto sono noti, lo studio ribadisce la necessità di non derogare dalle terapie riportate nelle linee guida.

Stefano Di Bartolomeo e coll. - Self-Controlled Case-Series Study to Verify the Effect of Adherence to Beta-Blockers in Secondary Prevention of Myocardial Infarction. J Am Heart Assoc 2015 Jan 7;4(1). Link: <http://jaha.ahajournals.org/content/4/1/e001575.full>



### ***Effetti dell'attività fisica sui biomarcatori di infiammazione e di insulino-resistenza in pazienti affetti da malattia coronarica cronica***

E' noto come livelli più intensi di attività fisica si associno ad una minore incidenza di malattia coronarica. In questo studio gli autori hanno voluto indagare se differenti livelli di attività fisica si associno a variazioni dei biomarcatori di infiammazione o di insulino-resistenza, in pazienti con coronaropatia nota, non ospedalizzati, seguiti per un periodo di 5 anni. Lo studio ha coinvolto 656 soggetti partecipanti all'Heart and Soul Study, uno studio prospettico di coorte in pazienti ambulatoriali con malattia coronarica documentata. La frequenza

di attività fisica, che veniva riferita dai pazienti, è stata valutata al momento basale e dopo 5 anni di follow-up. I partecipanti sono stati classificati in 4 gruppi: soggetti con stabile bassa attività fisica, soggetti che avevano avuto una riduzione dei livelli di attività fisica (elevata al basale e bassa dopo 5 anni), soggetti che avevano avuto un incremento dei livelli di attività fisica (bassa al basale ed alta dopo i 5 anni), e soggetti con stabile elevata attività fisica. I biomarcatori di infiammazione utilizzati sono stati: la proteina C-reattiva, l'interleuchina-6 e il fibrinogeno; per valutare l'insulino-resistenza sono stati analizzati i valori di insulina, glicemia ed emoglobina glicata. Dopo 5 anni di follow-up l'elevata attività fisica è risultata essere associata a livelli mediamente più bassi di tutti i biomarcatori; tra questi, risultavano più strettamente associati all'alta frequenza di attività fisica PCR, interleuchina-6 e glicemia. Commento: questo recente e interessante studio rimarca, ancora una volta, l'importanza dell'attività fisica svolta costantemente e a livelli adeguati, e il ruolo di questa nel ridurre l'impatto dei più importanti indicatori bio-umoral di infiammazione, che è uno dei momenti eziopatogenetici principali nella malattia aterosclerotica coronarica. Jennifer L. Jarvie e coll. Effect of Physical Activity Level on Biomarkers of Inflammation and Insulin Resistance Over 5 Years in Outpatients With Coronary Heart Disease (from the Heart and Soul Study). Am J Cardiol. 2014 Oct 15;114(8):1192-7.

[http://www.ajconline.org/article/S0002-9149\(14\)01497-0/abstract](http://www.ajconline.org/article/S0002-9149(14)01497-0/abstract)

## NURSING CARDIOVASCOLARE

Calogero Gugliotta

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



### ***Finalmente definite le aree per “l’Infermiere con competenze Specialistiche”***

Le aree per lo sviluppo delle competenze specialistiche degli infermieri previste dal comma 566 della legge di stabilità 2015 (legge 23 dicembre 2014, n. 190, pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale del 29 dicembre) che è stata definitivamente approvata e che entrerà in vigore dal primo gennaio prossimo, sono diventate finalmente realtà.

Tali aree sono: Cure primarie e servizi territoriali/distrettuali (l’infermiere di famiglia), area intensiva e dell’emergenza-urgenza, area medica, chirurgica, neonatologica e pediatrica, salute mentale e dipendenze.

All’interno della manovra 2015 si prevede nello specifico che “Ferre restando le competenze dei laureati in medicina e chirurgia in materia di atti complessi e specialistici di prevenzione, diagnosi, cura e terapia” un apposito accordo Stato-Regioni che ha già avuto l’approvazione da parte dei governatori, dopo un lungo percorso che ha subito parecchi impedimenti da parte di altre professioni sanitarie e non, chiaramente il tutto senza oneri aggiuntivi a carico della finanza pubblica, definisca “i ruoli, le competenze, le relazioni professionali e le responsabilità individuali e di équipe su compiti, funzioni e obiettivi delle professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, tecniche della riabilitazione e della prevenzione, anche attraverso percorsi formativi complementari”.

Adesso si riterrà necessaria una riorganizzazione del lavoro nelle strutture pubbliche al fine di migliorare l’efficienza, l’efficacia e l’appropriatezza degli interventi sia nell’ambito sociale che sanitario.



## **Condannato Coordinatore Infermieristico per un errore medico**

Dalla sentenza Corte di cassazione (sezione IV, sentenza 16/01/2015, n. 2192)

Omissis... “in considerazione della qualità e del corrispondente spessore contenutistico della relativa attività professionale, non possa non ravvisarsi l’esistenza, in capo all’infermiere, di un preciso dovere di attendere all’attività di somministrazione dei farmaci in modo non meccanicistico (ossia misurato sul piano di un elementare adempimento di compiti meramente esecutivi), occorrendo viceversa intenderne l’assolvimento secondo modalità coerenti ad una forma di collaborazione con il personale medico orientata in termini critici; e tanto, non già al fine di sindacare l’operato del medico (segnatamente sotto il profilo dell’efficacia terapeutica dei farmaci prescritti), bensì allo scopo di richiamarne l’attenzione sugli errori percepiti (o comunque percepibili), ovvero al fine di dividerne gli eventuali dubbi circa la congruità o la pertinenza della terapia stabilita rispetto all’ipotesi soggetta a esame; da tali premesse derivando il ricorso di puntuali obblighi giuridici di attivazione e di sollecitazione a volta specificamente e obiettivamente determinabili in relazione a ciascun caso concreto”. Omissis...

Dalla suddetta sentenza possiamo dedurre che all’Infermiere Coordinatore viene contestato: “la trascuratezza nell’omettere di procedere alle dovute segnalazioni ai fini della correzione degli errori contenuti nella documentazione clinica riguardante il paziente”

Identificato l’errore medico il coordinatore doveva: “sottoporre a una nuova verifica, o a più accurato controllo, la documentazione clinica”.

Con tale sentenza vengono ribaditi sia dei diritti che soprattutto dei doveri in capo agli Infermieri durante l’attività sociosanitaria, viene sottolineato che le attività devono essere effettuate non in “maniera meccanicistica” ma valutando le eventuali problematiche che tali atti potrebbero arrecare al paziente.

Infermiere come essere pensante con precise responsabilità civili e penali, collaboratore sanitario, al pari livello e dignità, delle figure di area dirigenziale.

---

## **CARDIOCHIRURGIA, RIANIMAZIONE CARDIOPOLMONARE**

Giuseppina Gabriella Surace

Cardiochirurgia, AOU Federico II, Napoli



### **Tra le tante meglio una FV!**

*Introduzione.* Nonostante i progressi nel trattamento precoce dell’arresto cardiaco (AC) degli ultimi anni, il tasso di sopravvivenza dopo un AC extraospedaliero resta di circa il 5-10% o del 20-40% in caso di presenza di testimoni. La causa più comune è la fibrillazione ventricolare (FV), causa del 60-80% di tutti gli AC con una sopravvivenza fino a 10 volte superiore rispetto ai ritmi non defibrillabili.

*Materiali e Metodi.* In questo studio retrospettivo, sono stati arruolati 172 pazienti, ricoverati in terapia intensiva dopo un AC e ripresa di un ritmo cardiaco spontaneo (ROSC, Return Of Spontaneous Circulation), tutti trattati con lo stesso protocollo.

*Risultati.* I pazienti con una eziologia cardiaca hanno avuto un tasso di mortalità a 90 giorni del 30%, contro il 78% dei pazienti con eziologia non cardiaca (P <0,0001). Tra i pazienti con eziologia cardiaca, il tasso di mortalità è stato del 21% in seguito a TV/FV rispetto al 71% dei non-TV/FV (P <0,0001). Prendendo in considerazione le complicanze neurologiche i pazienti con TV/FV hanno avuto un risultato significativamente migliore rispetto ai pazienti non-TV/FV, indipendentemente dal tempo di ROSC.

*Conclusioni.* In seguito ad AC, i predittori di sopravvivenza e di esito neurologico favorevole sono un AC di origine cardiaca, con un ritmo TV/FV e un tempo di ROSC <20 minuti.

**Predictors for outcome among cardiac arrest patients: the importance of initial cardiac arrest rhythm versus time to return of spontaneous circulation, a retrospective cohort study.** Ida Wibrandt et al. *BMC Emergency Medicin.* <http://www.biomedcentral.com/1471-227X/15/3>



## **Risostituzione valvolare aortica: TAVI o Redo?**

*Introduzione.* Un argomento oggi molto dibattuto in cardiocirurgia è se procedere ad un impianto transcateretere valve-in-valve (viv-TAVR) o ad una risostituzione valvolare con chirurgia convenzionale (rAVR). per il trattamento delle malfunzioni delle protesi valvolari aortiche biologiche.

*Materiali e metodi.* Da una revisione della letteratura di studi retrospettivi, sono stati analizzati 162 lavori, di cui 12 hanno messo a confronto le due tecniche.

*Risultati.* Entrambe le procedure forniscono buoni risultati in termini di sopravvivenza con una mortalità a 30 giorni rispettivamente del 2,3-15,5% per rAVR e 0-17% per viv-TAVR ed una sopravvivenza ad un anno del 76,1% per rAVR e maggiore dell'80% dopo viv-TAVR. E' emerso che la procedura Transcateretere valve-in-valve e' clinicamente efficace, almeno nel breve termine e il redo-AVR raggiunge accettabili risultati a medio e lungo termine.

*Conclusioni.* In pazienti ad alto rischio, precedentemente sottoposti ad impianto di bioprotesi valvolare aortica con chirurgia convenzionale, in caso di degenerazione della valvola con necessita' di una risostituzione, sia la procedura transcateretere TAVI valve-in-valve che la chirurgia open hanno fornito buoni risultati. Entrambe le tecniche possono essere viste come approcci complementari. Un Heart-team interdisciplinare è necessario per scegliere il miglior trattamento per ciascun paziente.

**What is the best approach in a patient with a failed aortic bioprosthetic valve: transcatheter aortic valve replacement or redo aortic valve replacement?** Christos Tourmousoglou et al. *Interactive Cardiovascular and thoracic Surgery.*

<http://icvts.oxfordjournals.org/content/early/2015/03/07/icvts.ivv037.full>

CARDIOLOGIA DELLO SPORT, VALUTAZIONE FUNZIONALE E RIABILITAZIONE

Marcello Traina



Prof. Ordinario Scienze Motorie Università Studi Palermo – Coordinatore lab. di valutazione funzionale “DISMOT”

## ***Dose of Jogging and Long-Term Mortality. The Copenhagen City Heart Study.***

*Introduzione:* I soggetti attivi dal punto di vista fisico hanno un rischio di mortalità inferiore, almeno del 30%, rispetto ai soggetti non attivi. Tuttavia, la dose ideale di esercizio che permette di migliorare la longevità non è definita, per cui questo studio ha lo scopo di valutare l'associazione tra lo jogging e la mortalità totale a lungo termine, analizzando in maniera specifica gli effetti della velocità, della quantità e della frequenza del jogging. A tale scopo, nell'ambito del Copenhagen City Heart Study, dal 2001 sono stati seguiti 1098 soggetti sani che praticavano jogging e 3950 soggetti sani che non praticavano jogging.

Risultati: I soggetti che praticavano jogging da 1 a 2,4 ore/settimana presentavano il minore rischio di mortalità e, rispetto ai soggetti sani sedentari, un rischio di mortalità significativamente inferiore del 71%;

I soggetti che praticavano jogging meno di 1 ora/settimana presentavano un rischio di mortalità significativamente inferiore del 53%; I soggetti che praticavano jogging da 2,5 a 4 ore/settimana, rispetto al gruppo dei soggetti sedentari, non avevano un rischio minore di mortalità; Per ciò che riguarda la frequenza, la dose ottimale era di 2-3 volte/settimana. I soggetti che praticavano jogging con questa frequenza presentavano un rischio di mortalità significativamente inferiore del 68%, rispetto al gruppo dei soggetti sani sedentari. Anche i soggetti che praticavano l'attività una volta alla settimana avevano un rischio di mortalità significativamente minore rispetto ai sedentari (hazard ratio 0.29; 95% CI, 0.12–0.72). Per ciò che riguarda la velocità, i soggetti che praticavano jogging a bassa velocità avevano un rischio di morte significativamente inferiore del 49% rispetto al gruppo dei sedentari. I soggetti che praticavano jogging ad elevata velocità [più di 7 miglia (11 Km) per ora] avevano lo stesso rischio di mortalità dei sedentari. Le conclusioni dello studio indicano che esiste una relazione con aspetto a curva U tra tutte le cause di mortalità e la dose di jogging in base alla velocità, la quantità e la frequenza. I soggetti che praticano jogging a dosi lievi-moderate presentano una ridotta mortalità rispetto ai soggetti sedentari, mentre i soggetti che praticano un jogging strenuo hanno una mortalità non statisticamente differente rispetto al gruppo dei sedentari.

Commento personale: in base alla relazione non lineare tra attività fisica e longevità, dimostrata nello studio recensito, i benefici sulla mortalità ottenuti praticando jogging lieve permettono di diffondere tale pratica salutare a molti soggetti. Peter Schnohr e coll. J Am Coll Cardiol. 2015;65(5):411-419  
<http://content.onlinejacc.org/article.aspx?articleID=2108914>



## ***Determinazione della massima ossidazione lipidica per la prescrizione dell'esercizio fisico in soggetti sedentari e non obesi affetti da diabete di tipo 2***

Introduzione: Obiettivo dello studio è stato quello di determinare l'intensità di esercizio fisico che causa la maggiore velocità di ossidazione lipidica in soggetti sedentari e non obesi affetti da diabete di tipo 2. Undici soggetti sedentari affetti da diabete di tipo 2 (SDT2) e undici soggetti sedentari sani (SS), di età compresa tra 45 e 65 anni, non obesi, sono stati valutati con una prova da sforzo incrementale. Sono stati rilevati il consumo di ossigeno (VO<sub>2</sub>) e la velocità di ossidazione lipidica (FAT) ed è stata determinata l'intensità dell'esercizio fisico (%VO<sub>2</sub>max) alla quale l'ossidazione lipidica era massima (FATmax). Risultati: Il FATmax assoluto non era statisticamente diverso tra i SDT2 e i SS (0,51±0,13 vs. 0,56±0,29 g·min<sup>-1</sup>). Il FATmax si è verificato al 69% del VO<sub>2</sub>max nei SDT2 e al 60% del VO<sub>2</sub>max nei SS. È stata osservata una correlazione lineare positiva tra FATmax e VO<sub>2</sub>max in entrambi i gruppi (r=0,85; P=0,0009 nei SDT2 e r=0,77; P=0,006 nei SS). Nei SDT2 sedentari e non obesi il FATmax si è verificato a una più elevata intensità di esercizio fisico rispetto ai SS. La correlazione lineare positiva tra FATmax e VO<sub>2</sub>max suggerisce che nei soggetti con DT2 la capacità ossidativa dei muscoli potrebbe aumentare in risposta all'allenamento mirato al miglioramento del VO<sub>2</sub>max.

Commento personale: Il risultato deve essere tenuto in considerazione per un'accurata prescrizione dell'esercizio fisico nei soggetti diabetici tipo 2 per prevenire l'obesità e per ridurre l'insulino-resistenza. Traina M. e coll. Medicina dello Sport 2014 Settembre;67(3):465-7

<http://www.minervamedica.it/en/journals/medicina-dello-sport/article.php?cod=R26Y2014N03A0465>

## **SINDROMI CORONARICHE ACUTE, SCOMPENSO CARDIACO**

Maria Gabriella Vitrano

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



### ***Tako-Tsubo e sistema nervoso autonomo***

I livelli eccessivi di catecolamine e l'iperattivazione del sistema simpatico si ritiene siano i principali meccanismi fisiopatologici della Sindrome tako-tsubo. L'obiettivo degli Autori è stato quello di caratterizzare la risposta del sistema nervoso autonomo centrale in tali pazienti. È stata quindi eseguita la risonanza magnetica funzionale (fMRI) in quattro pazienti con un precedente episodio di Sindrome tako-tsubo (età media di  $67 \pm 12$  anni) ed in otto volontari sani (età media di  $66 \pm 5$  anni) mentre viene sottoposto a cambiamenti il sistema nervoso autonomo (esposizione freddo e manovra di Valsalva). L'analisi fMRI ha rivelato una significativa variazione del segnale dipendente dal livello di ossigeno nel sangue innescata dalla manovra di Valsalva in aree del cervello coinvolte nel controllo corticale del sistema autonomo e significative differenze nel pattern di attivazione della corteccia insulare, amigdala e la destra ippocampo tra i pazienti con Sindrome tako-tsubo ed i controlli. Si è concluso che la risposta centrale del sistema autonomo alle modificazioni autonome è alterata nei pazienti con Sindrome tako-tsubo, per una disregolazione della rete del sistema nervoso autonomo centrale.

[http://www.cardiolink.it/index.php?option=com\\_content&view=article&id=11428&catid=919:archivio-today-news&Itemid=17](http://www.cardiolink.it/index.php?option=com_content&view=article&id=11428&catid=919:archivio-today-news&Itemid=17)

European Heart Journal: Acute Cardiovascular Care January 23, 2015 doi: 10.1177/2048872615568968.



### ***La presenza di TV nei pazienti con insufficienza cardiaca mostra una variazione circadiana con più alta incidenza durante le ore del mattino, che si traduce in un significativo più alto rischio di mortalità per qualsiasi causa***

Queste sono le conclusioni a cui sono giunti i ricercatori coordinati da Ruwald MH della University of Rochester, USA. I ricercatori hanno esaminato 1.790 pazienti (maschi 75%) con scompenso cardiaco, classe NYHA I e II con ICD o CRT-D arruolati nello studio MADIT-CRT. Di tutte le TV registrate, la maggior parte di esse ( $n = 2.977$ , il 90%) si sono verificate nei maschi. Le prime TV registrate e le ricorrenti erano più comuni al mattino e alla sera con ; le TV che si sono verificate durante le ore del mattino sono state associate ad una più alta mortalità rispetto agli episodi che si sono verificati in altre ore (HR = 2.07, CI: 1,135-3,77,  $p = 0,018$ ), con una significativa interazione di genere essendo le femmine a più alto rischio di morte (HR 6,78, CI 1,55-29,860  $p = 0.011$ ) rispetto agli maschi (HR 1,79, CI 0,92-3,46,  $p = 0,086$ ) (interazione  $p = 0.041$ ), nonostante una minore probabilità di episodi di TV di mattina nelle donne (HR 0,32,

CI 0,16-0,68 p = 0,003)

[http://www.cardiolink.it/index.php?option=com\\_content&view=article&id=11422&catid=919:archivio-today-news&Itemid=17](http://www.cardiolink.it/index.php?option=com_content&view=article&id=11422&catid=919:archivio-today-news&Itemid=17)

J Cardiovasc Electrophysiol. 2014. doi: 10.1111/jce.12592.



## **Studio “ATLANTIC”: quale efficacia del trattamento preospedaliero con ticagrelor nei pazienti con STEMI?**

Il ticagrelor riduce l'incidenza di eventi cardiovascolari avversi maggiori quando somministrato al momento del ricovero ospedaliero nei pazienti con STEMI, ma resta da definire se la sua somministrazione pre ospedaliera possa determinare un miglioramento della riperfusione coronarica e l'outcome clinico. E' stato condotto uno studio multicentrico, in doppio cieco su 1862 pazienti con STEMI ed esordio dei sintomi entro le 6h, confrontando il trattamento con ticagrelor somministrato in fase preospedaliera (in ambulanza) vs intraospedaliera (in emodinamica). Gli endpoint co-primari erano 1) proporzione di pazienti con evidenza di mancato conseguimento di risoluzione del tratto ST  $\geq 70\%$  prima della PCI 2) proporzione di pazienti con flusso TIMI (Thrombolysis In Myocardial Infarction) di grado 3 nell'arteria correlata all'infarto alla CVC basale. Non sono state osservate differenze significative nei due end point co-primari tra il trattamento preospedaliero e quello intraospedaliero. L'assenza di risoluzione del tratto ST  $\geq 70\%$  post-PCI (end point secondario) è stata riscontrata rispettivamente nel 42.5% e 47.5% dei pazienti dei due gruppi. L'incidenza di trombosi dello stent è risultata inferiore nel gruppo sottoposto a trattamento preospedaliero rispetto a quello sottoposto a trattamento intraospedaliero (0 vs 0.8% nelle prime 24h; 0.2 vs 1.2% a 30 giorni). L'incidenza di eventi emorragici maggiori è stata bassa e identica nei due gruppi. La somministrazione preospedaliera di ticagrelor nei pazienti con STEMI acuto non risulta associata ad un miglioramento della riperfusione coronarica pre-PCI.

[http://www.cardiolink.it/index.php?option=com\\_content&view=article&id=11393&catid=919:archivio-today-news&Itemid=17](http://www.cardiolink.it/index.php?option=com_content&view=article&id=11393&catid=919:archivio-today-news&Itemid=17)

G Ital Cardiol 2014;15(12):656-663.



## **Evidence that matters**

Cresce sempre di più il ruolo e l'influenza dei media nel diffondere notizie riguardanti la salute con responsabilità non indifferenti sia sugli stakeholder, sui decisori politici che sui singoli cittadini/utenti/pazienti. Alcuni anni fa, come CFC, organizzammo a Palermo un convegno che, sul tema, prevedeva la presenza dei rappresentanti degli ordini sia dei medici che dei giornalisti. Venne definito un interessante codice comportamentale condiviso. Nel merito vi segnalo l'interessante articolo di Valentin Fuster “Journalists and Researchers Equal Responsibility in Protecting the Public” pubblicato su JACC 2015;65(12):1255-1257. doi:10.1016/j.jacc.2015.02.013

In modo più organico si era già espresso sul tema un quotidiano USA di chiara fama (Carr D.; Risks abound as reporters play in traffic. New York Times. March 23, 2014:B1). Più recentemente il Social Media

Centre di Londra su <http://www.sciencemediacentre.org/publications/publications-for-journalists/> ha pubblicato un decalogo che vi propongo:

## ***10 best practice guidelines for reporting science and health stories***

- 1.State the source of the story (e.g., interview, conference, journal paper, a survey from a charity or trade body, and so on), ideally with enough information for readers to look it up or by including a web link.
- 2.Specify the size and nature of the study (e.g., who/what were the subjects, how long did it last, what was tested, or was it an observation). Importantly, mention the major limitations, usually outlined in the discussion section of the paper.
- 3.When reporting a link between 2 things, indicate whether or not there is evidence that one causes the other.
- 4.Give a sense of the stage of the research (e.g., cells in a laboratory or trials in humans—and a realistic timeframe for any new treatment or technology).
- 5.On health risks, include the absolute risk whenever it is available in the press release or the research paper. For example, the decrease of an event rate from 4% to 2% is often reported as a 50% decrease, which is the relative rate, but the absolute decrease is 2%. In addition, a p value that may be very significant in a study with a large population or a meta-analysis may not represent an effect when treating patients in our daily lives.
- 6.Especially on a story with public health implications, try to frame a new finding in the context of other evidence (e.g., does it reinforce or conflict with previous studies?). If it attracts serious scientific concerns, they should not be ignored.
- 7.If space allows, quote both the researchers themselves and external sources with appropriate expertise. Be wary of scientists and press releases overclaiming for studies.
- 8.Distinguish between findings and interpretation or extrapolation. Do not suggest health advice if none has been offered.
- 9.Remember patients. Don't call something a "cure" that is not a cure.
- 10.Headlines should not mislead the reader about a story's contents, and quotation marks should not be used to dress up overstatement.



### ***Evidenza letteratura scientifica***

***Researchers at UT Southwestern Medical Center have found that long-term use of a left ventricular assist device (LVAD) by patients with heart failure may induce regeneration of heart muscle by***

preventing oxidative damage to a cell-regulator mechanism. Their study appears online in the Journal of the American College of Cardiology.

***Benefit of Anticoagulation Unlikely in Patients With Atrial Fibrillation and a CHA2DS2-VASc Score of 1 - Friberg L, Skeppholm M, Terént A.***

*J Am Coll Cardiol 2015;65:225-232.*

***What Is the Use of Hypothermia for Neuroprotection After Out-of-Hospital Cardiac Arrest? Kim F, Bravo PE, Nichol G. Stroke 2015;Jan 6: [Epub ahead of print].***

***The Risk for Type B Aortic Dissection in Marfan Syndrome - den Hartog AW, Franken R, Zwinderman AH, et al. J Am Coll Cardiol 2015;65:246-254***

***Alcohol Consumption and Risk of Heart Failure - The Atherosclerosis Risk in Communities Study - Gonçalves A, Claggett B, Jhund PS, et al.- Eur Heart J 2014;Jan 20:[Epub ahead of print].***

***Cardiac Rehabilitation and Risk Reduction: Time to “Rebrand and Reinvigorate” - Sandesara PB, Lambert CT, Gordon NF, et al. J Am Coll Cardiol 2015;65:389-395.***

***CVD is the top cause of death in women - Sophia Antipolis, 5 March 2015: Cardiovascular disease (CVD) kills 51% of women in Europe and breast cancer kills 3%, bucking the misperception that CVD is a man’s disease. CVD is the top killer in women and is largely preventable. The call for women to reduce their risk comes from the European Society of Cardiology (ESC) on International Women’s Day (8 March)***

***Cognitive Function After Cardiac Arrest Lilja G, Nielsen N, Friberg H, et al.***

*Circulation 2015;Feb 13:[Epub ahead of print].*

***Evidence from ACC – San Diego March 14-16, 2015***

<http://accscientificsession.acc.org/ACC.aspx>

Trial Has Lessons for Search for 'the Perfect Anticoagulant

K-Binder Patiromer Could Keep Patients on HF RAAS Inhibitors

MOOD-HF: SSRI No Better Than Placebo in Depressed CHF Patients

AJULAR: Ulnar Access Viable Alternative to Radial for PCI

Extended Post-PCI DAPT Best in Patients With, Without ACS

PCI as Good as CABG for Left Main CAD: 5-Year PRECOMBAT Data

Ablation Bests Amiodarone for Treating AF in Patients with Heart Failure

MATRIX: Bivalirudin Reduced Mortality vs UFH in ACS Setting

AF Ablation at MV Surgery Works, but Sans Clinical Gain: Trial

TOTAL Rejects Routine Thrombectomy at PCI for STEMI

NOTION: TAVR, Surgery Comparable in Low-Risk Patients

Baroreflex-Activation Device Shows Promise in Heart Failure

Five-Year PARTNER Cohort A Data Confirm TAVR Benefit

MAGNA: Fish-Oil Supplementation May Lower Thrombosis Risk

No CABG Clinical Gain From Remote Ischemic Preconditioning

Radial PCI Bests Femoral-Access in ACS Patients

EMBRACE-STEMI: Novel Agent Fails to Block MI Reperfusion Injury

CoreValve Still Superior at 2 Years in High-Risk Patients

Folate Supplementation in HTN May Lower Risk for First Stroke

LEGACY: Long-term Weight Loss Decreases AF Symptoms

Treating Sleep Apnea May Cut 6-Month Acute-HF Rehospitalization

Low Stroke, Mortality Rates With New Sapien Valve

Improves Diagnostic Certainty in Chest-Pain Patients

OSLER Studies Trumpet Long-term Efficacy of PCSK9 Inhibitors

MI Survivors May Be at Risk for Lung, Bladder, Other Cancers

QuickFlex, QuickSite Lead Flaw at 5 Years: No Electrical Issues

PEGASUS Shows Ticagrelor Tussle of Reduced Events vs Bleeding

CTA Does Not Reduce Hard Events vs Functional Tests

Much' Sitting May Worsen Coronary Artery Calcification: Contemporary Cardiology and San Diego Sunshine

Antidepressants, Statins Have Separate Impact on CV Mortality

No CV Risks From Testosterone Treatment in Two Studies

Omega-3 PUFA Intake May Limit Post-MI Remodeling

## Quiz cardiologico n. 1

A cura di Riccardo Asteggiano

1)The ESC co-ordinated Atrial Fibrillation Ablation Pilot Study ha analizzato i dati di follow-up di 1300 pazienti sottoposti ad ablazione con RF di FA in 72 centri in 10 paesi europei.

Il successo della procedura senza la concomitante necessità di terapia antiaritmica è stato deludente: quanti pazienti erano in R.S ad un anno senza antiaritmici?

- 1) 65%
- 2) 30%
- 3) 58%
- 4) 41%

## Quiz cardiologici n.2 e n.3

A cura di Giuseppe Antista e Alfredo Monteverde

2) Apixaban, nello studio Aristotle, è risultato superiore a warfarin in maniera statisticamente significativa:

- a) nella prevenzione di ictus ed embolia sistemica;
- b) nella riduzione dei sanguinamenti maggiori;
- c) nella riduzione della mortalità per tutte le cause;
- d) a + b + c.

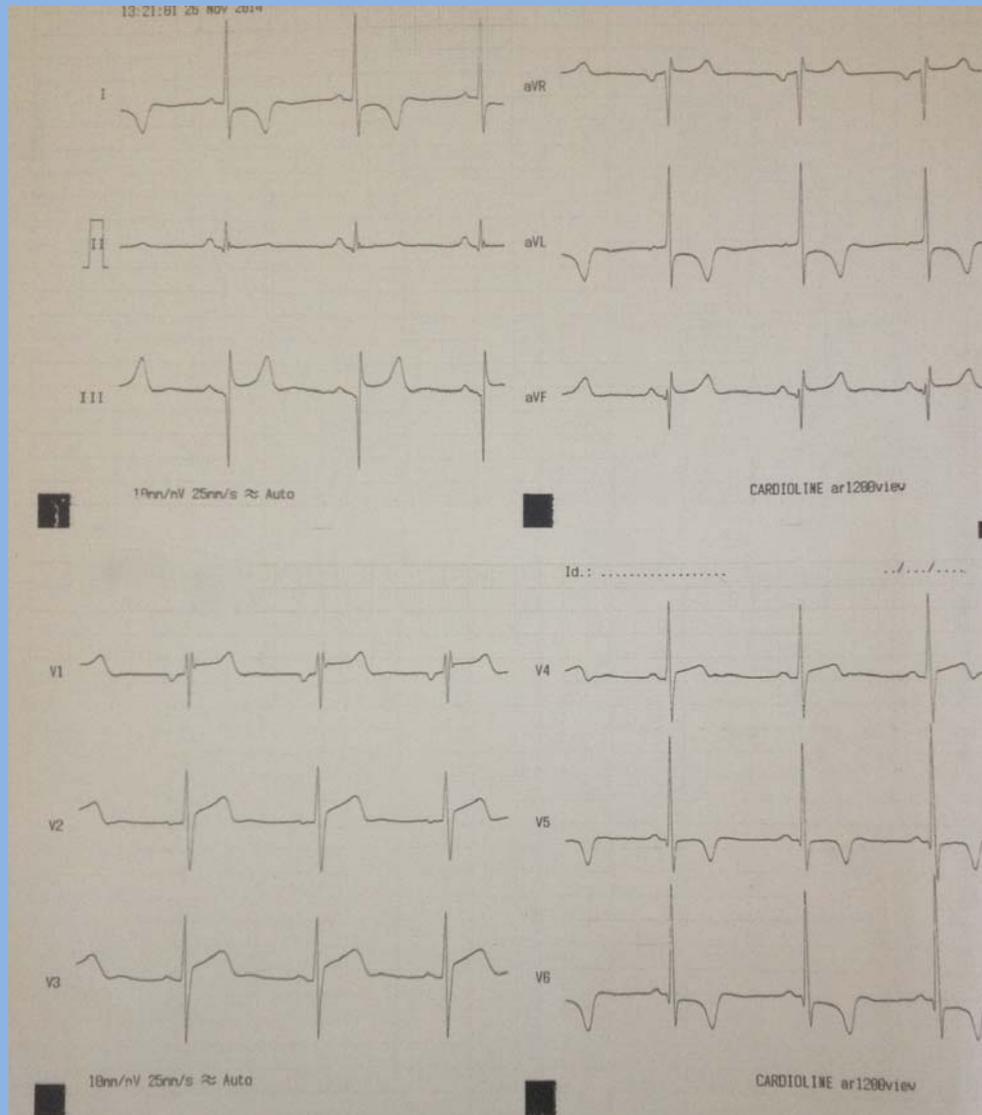
3) Apixaban, nello studio Aristotle, ha dimostrato di ridurre, in maniera statisticamente significativa, il rischio di sanguinamento maggiore:

- a) per le emorragie intracraniche;
- b) per le emorragie maggiori in altre sedi (compresa la sede gastro-intestinale);
- c) a + b;
- d) per sanguinamenti fatali.

Le risposte ai quiz si trovano alla fine di CARDIONEWS

## L'elettrocardiogramma

A cura di Giuseppe Antista ed Alfredo Monteverde



**ECG "GIALLO" Referto:** bradicardia sinusale FC = 54; deviazione assiale sinistra; ingrandimento atriale sinistro; blocco incompleto di branca destra; soprasslivellamento del tratto S-T in sede anteriore; sottoslivellamento del tratto S-T in sede laterale alta; onde T negative in sede laterale; "stacco alto" del tratto S-T in DIII e aVF. Commento: l'ecg si riferisce ad un uomo giallo (cinese) di anni 48 non capace di esprimersi in lingua italiana, che, con l'aiuto di un connazionale, negava precedenti di rilievo ed era, al momento della visita ambulatoriale, asintomatico. Siamo di fronte soltanto ad un quadro di ipertrofia ventricolare sinistra, di sovraccarico ventricolare sinistro e/o di ischemia? Oppure è possibile ipotizzare un quadro acuto? Il paziente è stato inviato in pronto soccorso, dove sono stati eseguiti esame ecocardiografico, ecg seriati e sono stati determinati gli enzimi miocardio-specifici. "Il senno del poi": sappiamo che sono state escluse alterazioni di tipo ischemico a carattere acuto ed è stata riscontrata una cardiomiopatia ipertrofica importante: il setto interventricolare e la parete posteriore misuravano 18-19 mm. Cardiopatia primitiva? Il paziente non era affetto da ipertensione arteriosa nè da stenosi aortica



## **CORSO EDUCAZIONALE DEL COLLEGIO FEDERATIVO DI CARDIOLOGIA**

### **NELL'AMBITO DELLA RICERCA CLINICA**

IL Collegio Federativo di Cardiologia (CFC) ha lo scopo di assistere, stimolare e promuovere il continuo aggiornamento degli operatori medici e di promuovere iniziative atte alla maturazione di competenze in campo sanitario mediante corsi, convegni, congressi, seminari e giornate di studio. Consapevole di quanto sia importante e fondamentale la corretta ed attenta lettura/stesura ed interpretazione delle pubblicazioni scientifiche, il rispetto delle linee guida, nonché la conoscenza delle procedure amministrative legate alla gestione dei trial clinici, CFC ha attivato un corso educativo, nell'ambito delle proprie iniziative educative per l'anno 2015 (primo semestre). L'iniziativa sarà volta a fornire ai partecipanti un'opportunità di crescita e perfezionamento professionale attraverso l'approfondimento delle conoscenze scientifiche di base e delle competenze tecnico-professionali in ambito sanitario relativamente alle seguenti tematiche:

- a) analisi, corretta rappresentazione ed interpretazione di dati scientifici;
- b) aspetti di MedicalWriting: strutturare, valutare criticamente un articolo scientifico; procedura per la submission e post-submission di una pubblicazione ad una rivista scientifica;
- c) struttura, disegno ed approvazione di uno studio clinico nel rispetto delle Linee Guida e normative vigenti.

I partecipanti (20-25) saranno individuati fra giovani medici internisti/cardiologi su tutto il territorio nazionale e la loro selezione avverrà sulla base di criteri meritocratici (es: attiva partecipazione alla gestione di trial clinici) proposti ed approvati da un board. Il board sarà composto da membri interni della CFC, con competenza in ambito clinico.

Il corso sarà realizzato con il supporto della casa editrice medico-scientifica Primula Multimedia S.r.l., Via Ravizza 22/b, 56100 Ospedaletto (PI) e patrocinato dalla azienda Bayer.

Per informazioni rivolgersi alla segreteria e/o presidenza nazionale.

CFC "Collegio Federativo di Cardiologia"

Dr Giovanni Vincenzo Gaudio

Pres Nazionale CFC

Varese 10 Aprile 2015

## **Regione Calabria, Roberto Fava**

*Nessuna comunicazione*

## **Regione Campania, Giuseppina Gabriella Surace**

*Nessun evento*

## **Regione Lazio, Attilio Castellaneta**

*Nessuna comunicazione*

## **Regione Lombardia, Claudio Pini**

*Nessuna comunicazione*

## **Regione Piemonte, Francesca Mirabelli**

*Nessuna comunicazione*

*Regione Sicilia, Maria Gabriella Vitrano [cfc.sicilia@gmail.com](mailto:cfc.sicilia@gmail.com)*

- 1) Congresso CFC Focus sulla cardiopatia ischemica in data 21 febbraio Provincia di Messina
- 2) Partecipazione "ASP in piazza" Palermo
- 3) Maratona per il Parkinson citta' di Palermo il 12 aprile
- 4) Congresso BLS-D maggio 2015 Palermo
- 5) Convegno sugli aspetti gestionali dei Nao settembre 2015
- 6) Congresso CFC provincia di Trapani a novembre
- 7) Corsi di elettrocardiografia in ottobre e novembre

## **Regione Umbria, Isabella Tritto**

*Nessun evento segnalato*

**Alfredo Monteverde** responsabile nazionale dei Gruppi di Studio CFC

Desidero esprimere, da un lato, il mio disappunto per il fatto che, ad oggi, non risulta avviata alcuna attività scientifica da parte dei gruppi di studio della nostra associazione, nonostante le mie sollecitazioni; ma, d'altra parte, voglio essere fiducioso e positivo e, quindi, rinnovo l'invito ad iniziare, nell'ambito delle aree scientifiche di pertinenza e delle competenze, degli studi: quelli che più saranno ritenuti interessanti, su temi emergenti, con aggiornamenti sullo stato dell'arte, con ricadute in materia di cardiologia pratica del "territorio". Confido nel fervore e nell'entusiasmo di tutti gli iscritti al CFC, colleghi medici e non solo. Un abbraccio e ... buon lavoro.

*dal Consiglio Nazionale ...*



## **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](http://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*

**Dalle Società scientifiche federate**

**AIMAR - Associazione Scientifica Interdisciplinare per lo Studio delle Malattie Respiratorie**

**Sede operativa: Via Martiri della Libertà 5 - Arona, NO 28041 - IT**

Progetto Survey M.O.N.D. (Modify Outcome of Nighttime-Symptoms & Device)

Il Progetto Survey M.O.N.D. (Modify Outcome of Nighttime-Symptoms & Device), attivato da AIMAR – Associazione Scientifica Interdisciplinare per lo Studio delle Malattie Respiratorie - con il supporto incondizionato di ALMIRALL, prosegue sull'onda dell' ampio consenso e dell' ottimo livello di partecipazione suscitato nella comunità medico-scientifica italiana: il Board Scientifico del Progetto ringrazia tutti gli Specialisti Pneumologi, i Medici Specialisti e i Medici di Medicina Generale che hanno già aderito con entusiasmo all'iniziativa e invita tutti i Colleghi che ancora non hanno compilato il questionario a partecipare alla Survey.

Per partecipare al Progetto AIMAR Survey M.O.N.D. (Modify Outcome of Nighttime-Symptoms & Device) e compilare il relativo questionario cliccare sul questo link: <http://www.aimarnet.it/mond.html>

Per il completamento di tutte le domande sono necessari solo pochi minuti: con questi rapidi e semplici passi potremo scoprire i comportamenti più frequentemente adottati, nella pratica quotidiana di ciascun medico, in fase di indagine della sintomatologia della BPCO e nella spiegazione al Paziente circa l'utilizzo dei device inalatori.

I risultati di questa importante indagine andranno a costruire una fotografia aggiornata e approfondita , sui temi della sintomatologia della BPCO nell'arco della giornata, della "semplicità" nell'uso dei device e le relative ricadute di questo aspetto nel miglioramento dell'aderenza alla terapeutica . L'analisi dei dati dei questionari aiuteranno a comprendere i tempi e i modi adottati nella formazione al Paziente nell'uso dei device nonché il livello di utilità percepita relativamente a tale "formazione".

Qualora non l'abbiate già fatto, Vi invitiamo a partecipare al Progetto Survey M.O.N.D.! Vi chiediamo inoltre di condividere questo messaggio con tutti i Colleghi potenzialmente interessati all'iniziativa: maggiore sarà la partecipazione all'iniziativa migliore sarà il livello di percezione risultante sui temi oggetto d'indagine.

Nella compilazione del questionario M.O.N.D, Vi preghiamo di rispondere alle domande facendo sempre riferimento al comportamento più frequentemente adottato nella propria pratica clinica e attendendosi alle indicazioni operative riportate nella pagina del questionario.

RingraziandoVi per l'attenzione, i più cordiali saluti. Il Board Scientifico del Progetto AIMAR - Survey M.O.N.D.

Per conoscere la nostra Associazione e restare sempre in contatto con noi, consultate il nostro sito web: [www.aimarnet.it](http://www.aimarnet.it)

**IV Congresso Nazionale AIMAR      Pescara, 6-9 maggio 2015**

---



[www.gruppoemergenzecardiologiche.it](http://www.gruppoemergenzecardiologiche.it)



CORSO AVANZATO IN MEDICINA

## TRATTAMENTO DELLE EMERGENZE CARDIOLOGICHE E RESPIRATORIE

PROMOSSO DALLA SOCIETA' SCIENTIFICA GIEC AFFILIATA ALLA FISM (Federazione Italiana Società Mediche)

RISERVATO A PERSONALE SANITARIO CORPO ITALIANO SANITARIO ORDINE DI MALTA

IMMEDIATE CARDIAC LIFE SUPPORT (ICLS) CON UTILIZZO DEL DEFIBRILLATORE SECONDO LE LINEE GUIDA DELLA INTERNAZIONALI DELLA AMERICAN HEART ASSOCIATION (AHA) E INTERNATIONAL RESUSCITATION COUNCIL (ILCOR)

Coordinamento Scientifico: Prof Maurizio Santomauro, Prof Giovanni Vincenzo Gaudio, Prof Daniele Danese

**Questo corso** si propone di offrire ai discenti una occasione di riflessione, approfondimento e aggiornamento su queste tematiche. Inoltre si forniranno strumenti per la gestione del paziente con dolore toracico e/o dispnea, e elementi di diagnosi e terapia sia sul territorio che in ambito ospedaliero dell'utilizzo dei nuovi farmaci anticoagulanti orali. Verranno proposti e discussi delle simulazioni di diagnosi e trattamento principalmente riferibili al primo soccorso extra-ospedaliero. Questo corso ha per obiettivo la "rilettura" e presentazione di alcune fra le più importanti Linee Guida dell'American Heart Association e della European Society of Cardiology, presentate da esperti nei singoli settori, con l'obiettivo di verificarne gli aspetti più utili ed efficaci, atti a migliorare i comportamenti pratici nel mondo reale dei pazienti, con ovvie ricadute positive sul singolo paziente e sul sistema sociale ed assistenziale.

**Evento formativo in singola giornata dalle ore 9 alle ore 16:30 a numero chiuso (max 20 partecipanti). Ad ogni allievo dopo il superamento della prova teorica e pratica verrà rilasciato un attestato personale valevole a livello nazionale e internazionale. Le esercitazioni pratiche si svolgeranno su simulatori avanzati con Defibrillatori con il supporto tecnico della LAERDAL**

**Varese sabato 11 Aprile 2015**

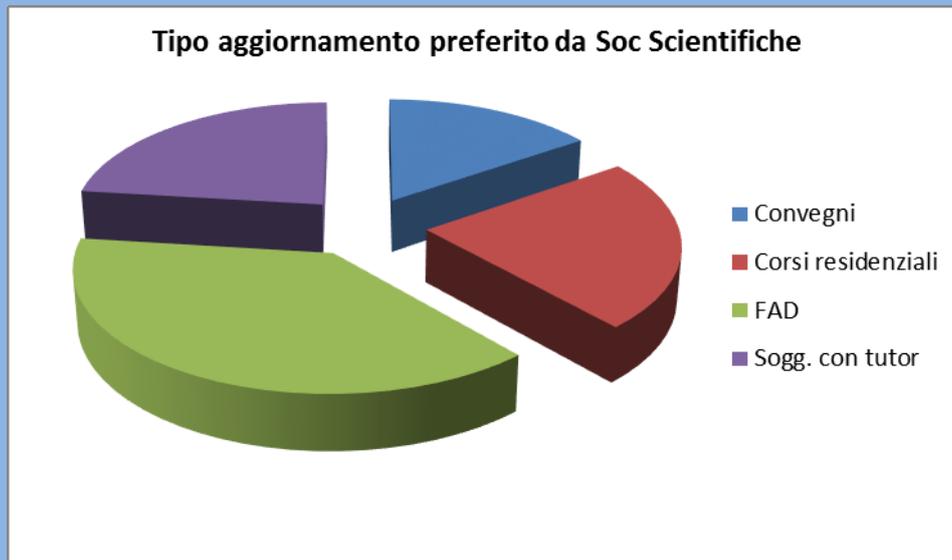
**Ore 9:00-16:30**

**Sede: SUNSET HOTEL**

**Via Al Lido, 7, 21026 Gavirate (VA) 0332 731023**



Risultato inchiesta sull'attività fisica condotta su [www.cfcardiologia.it](http://www.cfcardiologia.it)



Risposta al quiz cardiologico n.1

La percentuale di pazienti in ritmo senza antiaritmici era del 40.7%. Corretta n.4 arrotondata

Risposta al quiz cardiologico n.2 è la lettera d

Risposta al quiz cardiologico n.3 è la lettera c