





















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:

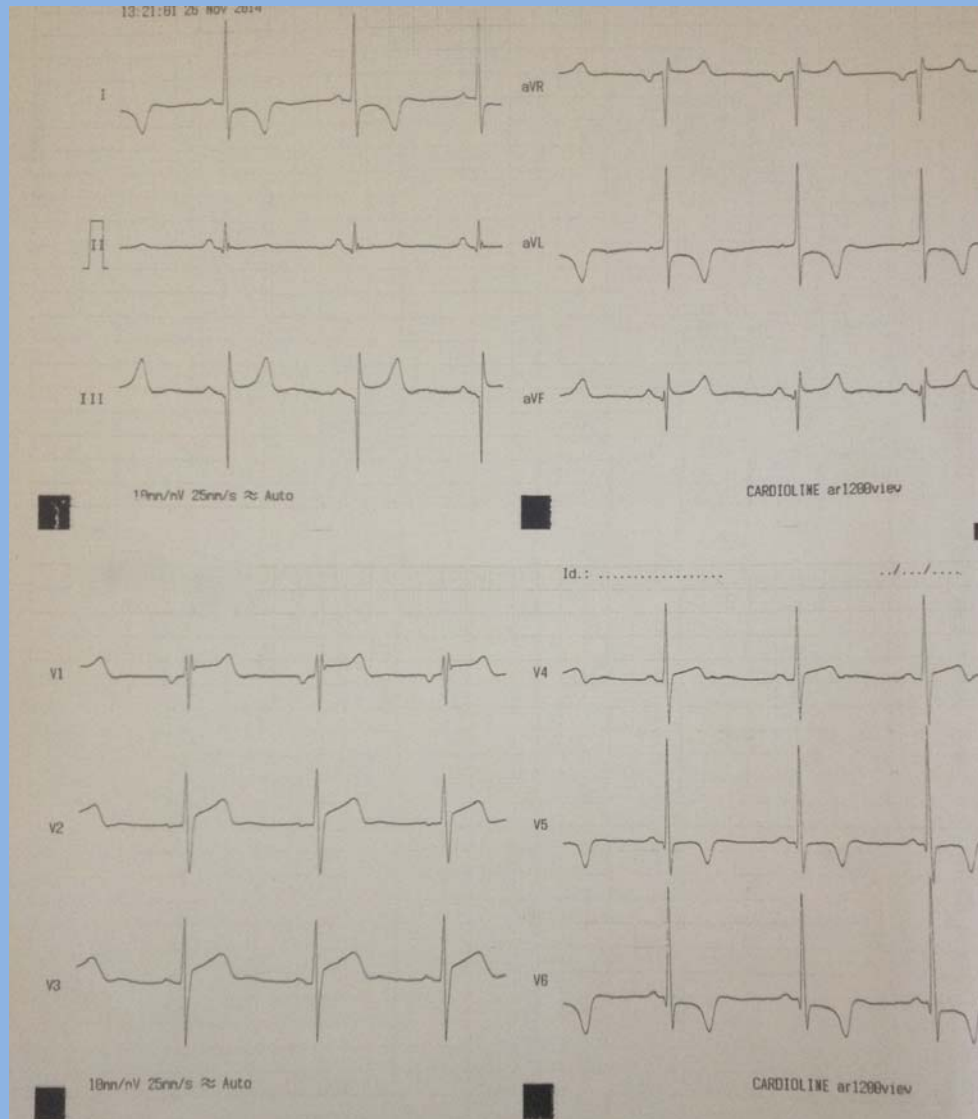
- a) per le emorragie intracraniche;
- b) per le emorragie maggiori in altre sedi (compresa la sede gastro-intestinale);
- c) a + b;
- d) per sanguinamenti fatali.

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**

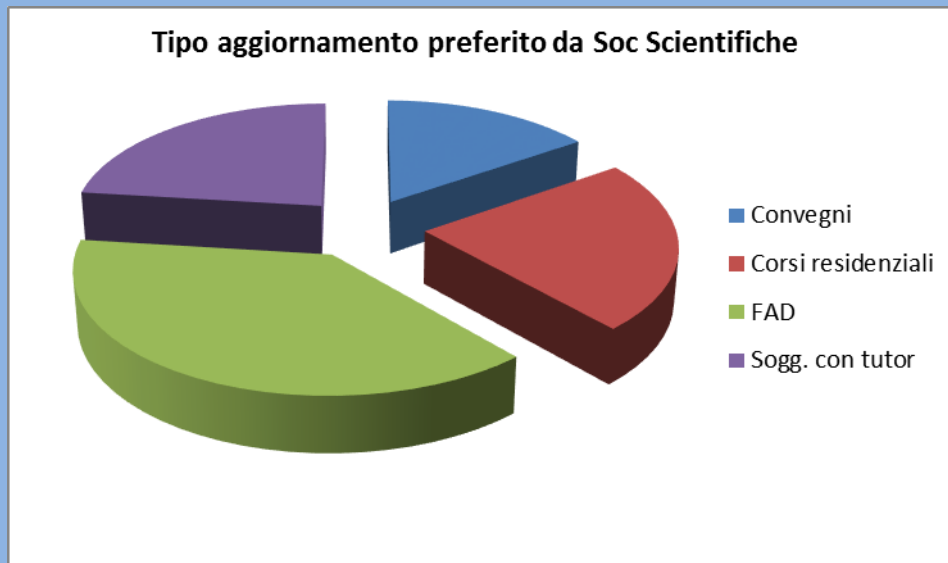
**Ore 9:00-16:30**

**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