



Italian Council
of
Cardiology
Practice

CARDIONEWS

In questo numero

- Lettera del Presidente
- Lettera del direttore
- Aritmie cardiache , morte improvvisa, valvulopatie
- Cardiopatia ischemica cronica
- Cardiopatia ischemica interventistica
- Cardiocirurgia, rianimazione cardio polmonare
- Cardiologia dello sport, valutazione funzionale e riabilitazione
- Ipertensione Arteriosa
- Sindromi coronariche acute, scompenso cardiaco
- Quesiti
- News dalle regioni
- News Nazionali
- Evidencethatmatters
- Risultati questionario sito

Direttore responsabile

Guido Francesco Guida

Editore

Collegio Federativo di Cardiologia

Board

Giuseppe Antista
Riccardo Asteggiano
Tommaso Cipolla
Calogero Gugliotta
Alfredo Monteverde
Emilio Nardi
Giuseppina Gabriella Surace
Marcello Traina
Maria Gabriella Vitrano

Lettera del Presidente

Cari amici e colleghi,

in questi pochi mesi di insediamento del nuovo direttivo varie iniziative sono state proposte e realizzate grazie alla forte vivacità propositiva come 1) la creazione di scuole permanenti di formazione per BLS D e ACLS nelle aree Nord, Centro e Sud per tutti gli iscritti

2) la creazione di un Board scientifico costituito da Giovanni Gaudio, Patrizia Luzzi e Isabella Tritto che si occuperà della realizzazione di un Albo CFC degli Istruttori Certificati i cui criteri di adesione verranno comunicati a breve e che verrà pubblicato sul sito del Collegio Federativo di Cardiologia

3) la creazione e gestione dei Corsi FAD da parte di Alessandro Lupi, da attivare sul sito della nostra Società e che saranno fruibili da tutti i soci

Siete inoltre invitati a partecipare al Congresso della Società Europea di Cardiologia che si terrà a Roma il 27-31 agosto alla cui organizzazione ha partecipato il Council of Cardiology Practice in cui un ruolo di rilievo è stato svolto da Riccardo Asteggiano, rappresentante del Collegio Federativo di Cardiologia, che sarà dal prossimo settembre il nuovo chair del Council of Cardiology Practice; inoltre nel programma della special track parteciperà Luigina Guasti nostra componente del Consiglio Direttivo.

Vi comunico che il Congresso Nazionale si terrà a Palermo in data 31 marzo-1 aprile 2017 e tutti i soci del CFC sono invitati a partecipare a quest'unica occasione di incontro e di approfondimento. In particolare vogliamo coinvolgere nelle attività congressuali i cardiologi più giovani (young group) e valorizzare il patrimonio Nursing.

Nell'elaborazione del programma scientifico del Congresso sarà utilizzata una metodologia bottom-up che prevede l'invio di proposte da parte delle Regioni, Gruppi di studio e singoli Associati. Sicura di una vostra fattiva collaborazione

Affettuosi saluti

Maria Gabriella Vitrano



Lettera del direttore

Cari amici e colleghi,

A voi il primo numero del 2016. Anno bisesto. Anno in cui, in omaggio alla tradizione, si va incontro a cambiamenti, anche imprevisi! Ed invero la nostra associazione comincia con un direttivo rinnovato per il 90% e con tante iniziative e novità.

Recentemente alcuni degli Istituti che hanno contraddistinto per anni la nostra professione hanno subito delle vere e proprie aggressioni. **In primis l'attività Intramoenia.** Noi non siamo un sindacato e non ci occupiamo di istituti contrattuali, ma sulla intramoenia mi permetto di spendere un pensiero considerandola espressione di libera scelta, di possibilità di esprimere le competenze acquisite nel corso della vita. E questo penso valga indipendentemente dalla professione o mestiere esercitato. Se è vero, come più volte è stato accertato, che alcuni colleghi commettono degli illeciti in questo ambito non si può generalizzare. Ed a tutt'oggi, che mi resulti, non c'è istituto professionale così regolamentato come la nostra intramoenia.



Dal punto di vista economico poi mediamente per ogni cento euro incamerati 30 vanno alla struttura e 35 al fisco; le sanzioni per i comportamenti scorretti ci sono, sono applicate e possono arrivare al licenziamento. L'intramoenia fu concepita, infatti, per drenare risorse dal privato, dare qualità ed opportunità ai cittadini, garantire maggiore spazio di lavoro ai professionisti della sanità pubblica e, nello stesso tempo, diventare fonte di entrata per le aziende ospedaliere. Volerla criminalizzare per il comportamento scorretto e truffaldino di alcuni non mi sembra affatto giusto. Le negatività sono occorse soprattutto per la connivenza ed inadempienze regionali e aziendali. Oggi invece assistiamo al fatto che alcuni amministratori vogliano sfruttare gli illeciti per scopi ideologici. E questo non va bene. Ricordiamo poi, e chiudo questo capitolo, che l'indennità di esclusività è ferma ormai da 16 anni, e che occorrerebbe adeguarla nell'ambito di un piano di valorizzazione del personale.

L'ECM. Già le società scientifiche si occupano di proporre ECM sia frontale che online e la nostra società con la creazione di scuole per formare nel BLS-D renderà un servizio ai propri soci sia in termini di ECM che di prevenzione della morte improvvisa. Nell'ambito della didattica è poi attuale ed innovativa la proposta della **gestione della formazione specialistica da parte delle strutture sanitarie del SSN.** Esse, infatti, che nulla hanno da invidiare, in termini di qualità professionali e di dotazioni tecnologiche, alle strutture a disposizione delle università hanno una grande esperienza pratica e clinica calata nel mondo reale dei pazienti.

Altro tema attuale sono i **LEA** (livelli essenziali di assistenza). Considerato che siamo ancora fermi a quelli regolamentati dal [Decreto del Presidente del Consiglio del 29 novembre 2001](#) e che il nuovo [Patto per la salute 2014-2016](#), all'articolo 1, comma 3, prevede l'aggiornamento dei [Livelli essenziali di assistenza \(LEA\)](#), penso dovremmo batterci per una revisione del nomenclatore tariffario che dia più opportunità al trattamento della cronicità cardiologica (scompenso cardiaco, cardiopatia ischemica, ipertensione arteriosa, pazienti sottoposti a cardiocirurgia o a procedure di sostituzione valvolare trans-catetere, portatori di device cardiaci, arteriopatia periferica) definendo tempi, tecnologia e multi-disciplinarieta' adeguata (rapporto medico-infermiere-psicologo ed altri operatori sanitari impegnati nel sociale anche con la partecipazione dei caregiver). Il tutto sia in attuazione dei principi di equità, appropriatezza ed economicità, ma anche di competenza, innovazione ed impegno. Ricordiamo, ad esempio, i progetti di tecno-assistenza quali nuovi strumenti per migliorare la qualità dell'assistenza delle patologie cardiologiche croniche ed ottimizzare le risorse. È giunto ormai da tempo il momento di passare dalla sperimentazione alla

messa a sistema di attività assistenziali supportate dalle tecnologie digitali che garantiscono tra gli *outcome* anche il miglioramento della *compliance* del paziente al loro piano terapeutico, il rafforzamento del rapporto medico-paziente e la razionalizzazione dell'utilizzo delle risorse.

Utile sul **tema della prevenzione secondaria** il rapporto *dell'Italian survey on cardiac rehabilitation* (ISYDE.13 Directory) condotto da diverse società scientifiche anche se, a mio parere, insistere soltanto sui servizi di riabilitazione ospedalieri sarà utile per i DRG, per mantenere alcune U.O., ma non porta a quella diffusione capillare omogenea e condivisa della consapevolezza e dell'assistenza cardiologica che è necessaria per il contrasto e la gestione delle diffusissime malattie cardiovascolari.

Ricordiamo, infatti, che gli attuali network riabilitativi cardiologici italiani sono grado di offrire l'intervento a circa 60000 pazienti/anno a fronte di una richiesta stimata, sui dati del sistema informativo del Ministero della Salute e delle società scientifiche, di oltre 3 milioni di pazienti/anno. Questo sbilanciamento tra richiesta e offerta deve portare ad una profonda riflessione nel mondo cardiologico italiano che già è in corso come testimoniato da una serie di documenti inter-societari.. Occorrerà anche definire criteri di “**appropriatezza organizzativa**”, basata sia su criteri clinici condivisi per una priorità d'invio dei pazienti ai centri degenziali o ambulatoriali di riabilitazione e, dall'altra, su modelli organizzativi idonei a garantire comunque a tutti i pazienti nella fase di post-acuzie e cronicità un adeguato percorso di intervento territoriale .

Un breve ricordo di ciò che dissi nello scorso numero **sull'importanza di linee guida corrette**, affidabili e trasparenti. Le linee guida che costituiscono il cappello della nostra attività professionale su cui disegniamo e personalizziamo la nostra quotidiana attività ci tutelano anche dalla responsabilità penale, oltre che da quella prescrittiva, e il Ddl Gelli le affida alle società scientifiche con il loro patrimonio di iscritti.

Se il Ssn non dà ai **cittadini le prestazioni di cui hanno bisogno** non è solo colpa delle prescrizioni, ma anche di uno scollamento tra un'offerta di servizi logisticamente sbagliata ancorata al passato, a grandi ospedali e legata ad un'Italia con più giovani che vecchi. Oggi bisogna conoscere i fabbisogni e le malattie della gente del cosiddetto "*real word*". E quindi che ben vengano **registri, studi osservazionali e campagne di screening ed informazione**. Tutte cose che la nostra società scientifica può e deve fare. Ciò richiederà **la capacità e la voglia di resettare il sistema in rapporto ai nuovi quadri epidemiologici e di conoscenza** accogliendo le sfide per quello che sono, non per le ideologie che le hanno sottese e ancora le sottengono, perché altrimenti tutto finisce in un riduzionismo senza qualità o peggio in un compiacimento indulgente ai burocrati della sanità del tipo “spendiamo poco e siamo i migliori”. L'arma più potente che abbiamo nelle mani sono i nostri stili di vita, in particolare dieta ed attività fisica, e che **l'attuale impegno di spesa per la prevenzione riguarda soltanto il 5% delle risorse destinate alla sanità**. Lotta alla corruzione, all'inefficienza? Certo, ma occorre reinvestire il risparmio in nuove risorse umane e tecnologiche. Anche se ormai è chiaro che questo non basta e non basterà perché da sole le risorse pubbliche non ce la faranno di fronte alla cronicità, al costo delle nuove terapie, al bisogno di risorse umane da immettere nel sistema, sempre più formate e qualificate sulle nuove frontiere della medicina e sulle risposte da dare con la domiciliarità alle cure di territorio. Occorrerà quindi un sapiente innesto delle associazioni, dei volontari ed il ricorso alla sussidiarietà.

Un **appello, infine, va fatto a tutti i soci affinché rinnovino la loro quota d'iscrizione** e contribuiscano ad accrescere la nostra famiglia portando nuova linfa ed idee. A tutti buona lettura!

Guido Francesco Guida

CARDIOPATIA ISCHEMICA CRONICA, ELETTROCARDIOGRAFIA

Alfredo Monteverde*

Giuseppe Antista

*Dirigente medico UOC Geriatria, AUO Policlinico Palermo

Specialista in geriatria, Monreale

**Uso del clopidogrel come singola terapia antiplastrinica in pazienti non ospedalizzati affetti da cardiopatia ischemica cronica.**

Il clopidogrel non è stato mai considerato come unico farmaco antiaggregante piastrinico nella malattia coronarica stabile, in pazienti ambulatoriali confrontato sia al placebo sia all'aspirina. Questo studio ha valutato 2823 soggetti inclusi in un registro prospettico. I pazienti sono stati divisi in due gruppi in base al loro regime di terapia antiaggregante: i pazienti trattati con clopidogrel sono stati confrontati con quelli trattati con la sola aspirina.

Risultati: la diagnosi di CAD era stata posta mediamente circa 7,9 anni prima. Globalmente 776 (27,5%) pazienti ricevevano clopidogrel come singola terapia antiaggregante piastrinica (SAPT). I fattori associati in maniera indipendente con l'uso di clopidogrel erano precedente intervento sull'aorta o sulle arterie periferiche, posizionamento di stent drug-eluting, stroke, endoarteriectomia carotidea e durata della coronaropatia. Il clopidogrel tendenzialmente era usato in pazienti ad alto rischio: il rischio composito di morte cardiovascolare, infarto miocardico o ictus era al 5,8 contro il 4,2% ($p = 0,056$). Comunque sono stati osservati simili frequenze di eventi tra i due gruppi: 5,9% se trattati con clopidogrel rispetto a 4,4% con l'aspirina ($p = 0,207$). La percentuale di sanguinamento era simile tra i due gruppi.

Conclusioni: lo studio mostra che una significativa porzione di soggetti con coronaropatia stabile sono trattati con clopidogrel SAPT nella pratica attuale. I risultati suggeriscono che codesta strategia non è però vantaggiosa se confrontata all'utilizzo di aspirina soltanto in termini di eventi ischemici o sanguinamenti.

Commento: anche se di recente viene sempre più utilizzato il clopidogrel come farmaco antiaggregante piastrinico, probabilmente nella convinzione che sia più sicuro e, almeno, ugualmente efficace rispetto all'aspirina, lo studio riportato conferma e ribadisce, invece, i vantaggi dell'aspirina in termini di riduzione degli eventi ischemici, degli effetti indesiderati (principalmente sanguinamento) e, quindi, nel rapporto costo-beneficio. Rimane ovviamente da considerare la necessità di utilizzare clopidogrel o altri anti-aggreganti in caso di intolleranza e/o allergia o di anamnestici effetti indesiderati gravi con l'uso dell'aspirina.

Lemesle G. e coll. Clopidogrel Use as Single Antiplatelet Therapy in Outpatients with Stable Coronary Artery Disease: Prevalence, Correlates and Association with Prognosis (from the CORONOR Study). Cardiology. 2016;134(1):11-8 Link: <http://www.karger.com/Article/Abstract/442706>

La perdita di peso è più efficace dell'esercizio fisico nel migliorare l'assetto lipidico aterogeno nei soggetti sedentari, in sovrappeso con coronaropatia stabile. Studio randomizzato.

La dislipidemia e l'infiammazione a basso grado sono determinanti nella patogenesi dell'aterosclerosi. Scopo dello studio è stato quello di confrontare gli effetti di un marcato decremento ponderale e di un esercizio fisico intensivo sull'aterogenicità dei lipidi e sull'infiammazione di basso grado in una popolazione ad alto rischio, affetta da malattia coronarica stabile (CAD).

Metodi: settanta soggetti non diabetici, con CAD, con BMI tra 28-40 kg/mq, età tra 45-75 anni, sono stati randomizzati ad allenamento aerobico per tre volte alla settimana per un periodo di 12

settimane (AIT) oppure a una dieta ipocalorica (LED, 800-1000 kcal/giorno) per un periodo di 8-10 settimane seguito da 2-4 settimane di regime dietetico di mantenimento. L'aterogenicità dell'assetto lipidico è stata descritta usando le dimensioni e la densità delle particelle lipoproteiche. L'infiammazione di basso grado è stata valutata mediante il fattore di necrosi tumorale alfa (TNF α), proteina C-reattiva, interleuchina 6, il recettore attivatore del plasminogeno urochinasi solubile.

Risultati: ventisei (74%) soggetti sottoposti a AIT e 29 (83%) sottoposti a LED hanno completato lo studio. Entrambi gli interventi (AIT e LED) hanno ridotto le lipoproteine totali (AIT: $p = 0,011$; LED $p < 0,001$) e le lipoproteine a bassa densità (AIT: $p = 0.004$; LED: $p < 0,001$). LED è risultata superiore a AIT nel ridurre l'aterogenicità del profilo lipidico. LED ha ridotto anche il TNF α e quindi l'infiammazione a basso grado. Non sono state osservate modificazioni nei soggetti che hanno seguito l'intervento AIT.

Conclusioni: entrambi gli interventi (LED e AIT) hanno ridotto i valori di lipoproteine totali e LDL. La dieta è risultata superiore nel ridurre il grado di aterogenicità, l'effetto sull'infiammazione a basso grado è stato piuttosto limitato.

Pedersen LR e coll. Atherosclerosis. 2016 Mar;246:221-8. Weight loss is superior to exercise in improving the atherogenic lipid profile in a sedentary, overweight population with stable coronary artery disease: A randomized trial. Link: [http://www.atherosclerosis-journal.com/article/S0021-9150\(16\)30001-6/abstract](http://www.atherosclerosis-journal.com/article/S0021-9150(16)30001-6/abstract)

ARITMIE CARDIACHE, MORTE
IMPROVVISA, VALVULOPATIE

Asteggiano Riccardo

Vice chairman Council for Cardiology Practice –ESC

MALATTIE VALVOLARI CARDIACHE



L'editoriale “Attesa in guardia nella stenosi aortica: siamo pronti per una valutazione individualizzata del rischio?” analizza e fornisce importanti spunti di riflessione che possono guidare il cardiologo clinico nella gestione del paziente con stenosi aortica severa ancora non sintomatica. Quando avviare il paziente ad una sostituzione valvolare o ad una TAVI rappresenta una delle sfide più attuali per tutti noi, e spesso la scelta diventa molto difficile.

João L.Cavalcante

Watchful waiting in aortic stenosis: are we ready for individualizing the risk assessment?

Eur Heart J 2016 37: 724-726

<http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/37/8/724.full?etoc>

L'articolo “Risultati ad un anno e predittori di mortalità dopo impianto di MitraClip, risultati del registro tedesco TRAMI”, presenta il follow-up più numeroso di pazienti sottoposti a tale metodica a 12 mesi (749 soggetti). La mortalità ad un anno è risultata del 20.3%, il 63.3% dei pazienti TRAMI rientrava in una classe NYHA I o II (rispetto all'11.0% di base), e il self-rated health status è significativamente migliorato di 10 punti. Il 74.0% dei pazienti ha riguadagnato la completa indipendenza nella propria cura vs. 58.6% alla base ($P = 0.005$). Predittori di mortalità ad un anno sono stati la classe NYHA IV (hazard ratio, HR 1.62, $P = 0.02$), l'anemia (HR 2.44, $P = 0.02$), pregresso intervento valvolare aortico (HR 2.12, $P = 0.002$), creatininemia ≥ 1.5 mg/dL (HR 1.77, $P = 0.002$), malattia vascolare periferica (HR 2.12, $P = 0.0003$), frazione di eiezione VS $< 30\%$ (HR

1.58, $P=0.01$), insufficienza tricuspide severa (HR 1.84, $P=0.003$), e fallimento procedurale (HR 4.36, $P<0.0001$).

Miriam Puls et al.

One-year outcomes and predictors of mortality after MitraClip therapy in contemporary clinical practice: results from the German transcatheter mitral valve interventions registry

Eur Heart J 2016 37: 703-712

<http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/37/8/703.full?etoc>

ARITMIE E MORTE IMPROVVISA

Per conoscere i più importanti sviluppi della ricerca nel campo dell'aritmologia e dell'elettrofisiologia è consigliabile la lettura della rassegna:

Jan Steffel et al,

The year in cardiology 2015: arrhythmias and device therapy

Eur Heart J 2016 37: 587-593

<http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/37/7/587.full?etoc>

Si ricorda che sono anche state pubblicate di recente le Linee Guida ESC 2015

Silvia G.Priori et al.

2015 ESC Guidelines for the management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death

Eur Heart J 2015 36: 2793

<http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/36/41/2793>

CARDIOPATIA ISCHEMICA, INTERVENTISTICA

Tommaso Cipolla

Responsabile dell'U.O.C di Cardiologia della Fondazione G.

Giglio di Cafalù.



Concomitant use of antiplatelet therapy with dabigatran or warfarin in the Randomized Evaluation of Long-Term Anticoagulation Therapy (RE-LY) trial.

Dans AL, Connolly SJ, Wallentin L, Yang S, Nakamya J, Brueckmann M, Ezekowitz M, Oldgren J, Eikelboom JW, Reilly PA, Yusuf S.

Circulation 2013 Feb 5;127(5):634-40. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.112.115386. Epub 2012 Dec 27

COMMENTO

Si tratta dell'analisi retrospettiva dei dati del trial RE-LY, nel quale viene valutata l'efficacia dell'associazione di dabigatran o di warfarin con ASA e/o clopidogrel.

Nonostante i limiti propri delle analisi retrospettive e malgrado il numero relativamente basso (ma non bassissimo) di pazienti in esame, l'articolo è interessante perché basato sui dati dell'unico trial nel quale fu consentita l'associazione tra un nuovo anticoagulante (dabigatran) e la duplice terapia "ASA + clopidogrel". Dall'analisi retrospettiva di quei dati, si dimostra un costante miglior profilo

di rischio del dabigatran rispetto a warfarin, specie al dosaggio di 110 mg x 2, sia in monoterapia sia in associazione con uno o con due antiaggreganti.

Le problematiche della combinazione di terapia anticoagulante e terapia antiaggregante piastrinica sono affrontate nella review: http://www.cfcardiologia.it/NAO_e_CAD_Cipolla.pdf.

Long-Term Use of Ticagrelor in Patients with Prior Myocardial Infarction

Marc P. Bonaca, et al., for the PEGASUS-TIMI 54 Steering Committee and Investigators*
New England Journal of Medicine: may 7, 2015 vol. 372, no.19

COMMENTO

Gli studi CURE e PCI-CURE ci hanno mostrato che, in pazienti ad alto rischio ischemico coronarico (dopo sindrome coronarica acuta), aggiungendo per 12 mesi clopidogrel alla monoterapia anti-piastrinica con ASA, si ottiene una significativa riduzione della mortalità e degli eventi ischemici, pur con un significativo incremento dei sanguinamenti.

Successivamente il TRITON-TIMI 38 e il PLATO hanno dimostrato che i nuovi e più potenti inibitori del recettore P2Y12 (prasugrel e ticagrelor), sono più efficaci del clopidogrel benché al prezzo di un ulteriore aumento dei sanguinamenti.

Infine il trial PEGASUS dimostra che, in pazienti a rischio particolarmente elevato (pazienti con infarto miocardico occorso 1-3 anni prima + un fattore di rischio aggiuntivo tra “età oltre 65 a.”, “diabete”, “recidiva di infarto”, “malattia coronarica multivasale” o “insufficienza renale cronica almeno III stadio”) c’è un vantaggio a proseguire oltre i 12 mesi la terapia con ticagrelor in aggiunta ad ASA, nonostante, ancora una volta, un significativo incremento delle complicanze emorragiche.

Sullo studio PEGASUS è stata pubblicata una bella recensione su GIC nel 2015 (Processo ai grandi trial. Lo studio PEGASUS-TIMI 54 - Giuseppe Tarantini, Gianpiero D’Amico, Guido Parodi, Giuseppe Musumeci, Marco Borghesi. Giornale Italiano di Cardiologia 2015;16(10):525-532)

L’argomento è molto interessante, anche in relazione alle problematiche relative al complesso percorso decisionale in pazienti con concomitante fibrillazione atriale e sindrome coronarica acuta, argomento affrontato nella review: http://www.cfcardiologia.it/NAO_e_CAD_Cipolla.pdf.

NURSING CARDIOVASCOLARE

Calogero Gugliotta

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

Nuovo CCNQ comparti.

Finalmente il 04 aprile 2016, si è tenuto presso l’ARAN l’incontro decisivo finalizzato alla definizione dei comparti della pubblica amministrazione, provvedimento, propedeutico all’accertamento della maggiore rappresentatività nazionale.

Nel nuovo CCNQ COMPARTI questi sono gli aspetti più importanti:



Riduzione dei comparti a 4:

-COMPARTO FUNZIONI CENTRALI

-COMPARTO FUNZIONI LOCALI

-COMPARTO ISTRUZIONE E RICERCA

-COMPARTO SANITA' che dovrebbero portare all'atteso rinnovo contrattuale.

Per approfondimenti: www.aranagenzia.it

Infermiere specialista, la proposta della federazione IPASVI

Competenze cliniche "perfezionate", "esperte" e "specialistiche". E due assi su cui disegnare la professionalità: quello della clinica, che rappresenta la linea del governo dei processi assistenziali e quello della gestione, che rappresenta il governo dei processi organizzativi e delle risorse.

E' il nuovo modello di evoluzione delle competenze infermieristiche, presentato oggi al Consiglio nazionale della Federazione Ipasvi.

Il primo livello corrisponde all'infermiere generalista in possesso di laurea triennale, che non ha bisogno di modificazioni sostanziali e rappresenta, in ogni caso, la matrice "core" della competenza da cui originano i successivi livelli di approfondimento o di espansione.

C'è poi l'infermiere con perfezionamento clinico o gestionale, che ha seguito un corso di perfezionamento universitario che lo ha messo in grado di sviluppare le sue competenze "core" applicate a un'area tecnico operativa molto specifica.

Il terzo livello è quello dell'infermiere esperto clinico o coordinatore con master, formato con un master universitario di primo livello, in grado di approfondire le sue competenze in un settore particolare dell'assistenza infermieristica ed esperto di parti di processo assistenziale, di peculiari pratiche assistenziali settoriali o con capacità di governo dei processi organizzativi e di risorse in unità organizzative.

Infine, al quarto e più avanzato livello c'è l'infermiere specialista con laurea magistrale, formato con laurea magistrale in Scienze Infermieristiche con orientamento clinico o gestionale/formativo.

Per approfondimenti: www.ipasvi.it

Il lavoro notturno può generare problematiche mortali per il lavoratore?

Recentemente in Sardegna ed a Terni, una dottoressa e di una infermiera sono decedute per accidenti vascolari. Le due donne sono decedute mentre espletavano le proprie mansioni lavorative durante il servizio notturno. Entrambe avevano superato i 50 anni.

Da anni è emerso che il lavoro notturno può rappresentare un serio rischio per la salute. Nel 2015 è stato pubblicato sull'*American Journal of Preventive Medicine* uno studio, della durata di 22 anni e svolto su 75 mila operatrici sanitarie americane. Da questo studio è emerso che il rischio di accidenti cardiovascolari aumenta del 19% dopo che si è svolto lavoro con turni notturni in un periodo compreso tra i 6 ed i 14 anni e che tale percentuale di eventi avversi aumenta fino al 23%, se tale lavoro viene svolto per oltre 15 anni.

Tali statistiche confermano lo studio osservazionale presentato in Canada nel 2010 da **Joan Tramner** una ex infermiera che, analizzando lo stato di salute di 227 dipendenti di case di Cura dell'Ontario - in una età compresa tra 22 e 66 anni - evidenziava che le donne turniste in sovrappeso, con alti livelli glicemici e di colesterolo ematici ed in periodo post-menopausale si ammalavano maggiormente di patologie cardiovascolari rispetto ad altre donne con incarichi lavorativi a carattere amministrativo ed impiegatizio.

Per gli operatori della Sanità in Italia e soprattutto nel Meridione, a causa dei piani di rientro, che hanno determinato il blocco del turn-over, l'età media del personale è di circa 50 anni e la maggior parte di esso svolge ancora lavoro notturno, anche a ritmi sostenuti. A quando un necessario approfondimento della problematica che porti ad una inversione della tendenza.

IPERTENSIONE ARTERIOSA

Emilio Nardi

Professore aggregato di Medicina Interna – Università di Palermo

**Dieta e ipertensione**

Studi precedenti hanno evidenziato gli effetti positivi di differenti approcci dietetici sulla pressione arteriosa, ma senza dimostrazione di dati certi sulla efficacia.

In questa meta-analisi vengono riportati gli effetti di diete differenti sui valori pressori. Sono stati considerati 24 trials per un totale di 23.858 pazienti.

Gli effetti più marcati sui valori pressori (SBP, -7.62 mm Hg [95% intervallo di confidenza, da -9.95 a -5.29] e DBP, -4.22 mm Hg [95% intervallo di confidenza, da -5.87 a -2.57]) sono stati osservati con la dieta DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension). La dieta Mediterranea è risultata particolarmente efficace nel ridurre i valori di pressione arteriosa diastolica ma non i valori di pressione sistolica.

Commento: Importanza fondamentale delle modifiche dello stile di vita e quindi della dieta, che rappresenta il primo step nel trattamento dell'ipertensione arteriosa e l'unico trattamento da attuare nei casi di ipertensione da lieve a moderata senza fattori di rischio aggiuntivi ed in assenza di danno d'organo o pregressi eventi cardiovascolari. Questo articolo tende a evidenziare la differenza tra le diete più comunemente consigliate nel trattamento dell'ipertensione, ipotizzando approcci dietetici diversi in sotto-popolazioni diverse in relazione anche agli obiettivi prefissati.

Articolo recensito:

Hawkins C. Gay et al.

Effects of Different Dietary Interventions on Blood Pressure: Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials

Hypertension. 2016;67:733-739,

<http://dx.doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.115.06853>**Ipertensione “White-coat”**

Questo commento editoriale di Giuseppe Mancia sull'ipertensione arteriosa “White-coat” (WCH) fa riferimento ad una meta-analisi pubblicata nello stesso numero di Journal of Hypertension.

Il commento di Mancia è che anche se alcuni aspetti metodologici della meta-analisi possono suscitare qualche critica, non vi è alcun dubbio che questi dati rafforzano l'idea che la WCH non è una condizione clinica innocente. Mortalità e morbilità cardiovascolare associata a WCH più alta rispetto ai normotesi, rafforzano la tesi che WCH ha un ruolo più che marginale da un punto di vista prognostico. Questa è stata anche la conclusione di un altro studio osservazionale a lungo termine recentemente pubblicato, che ha trovato che nel WCH i risultati si collocavano in una posizione intermedia tra normotensione e ipertensione sostenuta.

Commento: Commento editoriale autorevole ed esaustivo da parte del “padre” della WCH. Il problema fondamentale della WCH è il trattamento. Esistono in letteratura alcuni studi in proposito ma non un trial appositamente disegnato che possa suggerirci in maniera univoca quale possa essere la terapia più appropriata in questa non rara condizione.

Articolo recensito:

Mancia G.

Clinical significance of white-coat hypertension

Journal of Hypertension; April 2016 - Volume 34 - Issue 4 - p 623–626

http://journals.lww.com/jhypertension/Fulltext/2016/04000/Clinical_significance_of_white_coat_hypertension.5.aspx

Ipertensione resistente

In questo studio viene valutata la prevalenza ed i fattori determinanti l'ipertensione resistente al trattamento, seguendo le direttive delle linee-guida ESH-ESC 2013, in una popolazione di 1284 ipertesi italiani partecipanti allo studio "MINISAL-SIIA". I risultati evidenziano una prevalenza di ipertensione resistente pari a 8,2% con significative variazioni geografiche (meno frequente al sud). Per quanto riguarda le caratteristiche degli ipertesi resistenti, è stata evidenziata una età più avanzata e una circonferenza addominale più elevata in confronto agli ipertesi non resistenti. Sottoponendo un sottogruppo degli ipertesi resistenti a dieta ipocalorica e restrizione sodica, la prevalenza di questa forma di ipertensione crollava a 0,8%.

Commento: Negli ultimi anni l'ipertensione resistente (definita come il riscontro di elevati valori di PA nonostante il trattamento con 3 farmaci antiipertensivi tra cui un diuretico e modifiche dello stile di vita) (RH) ha risvegliato l'interesse della comunità scientifica, anche per l'introduzione di trattamenti non farmacologici (come la denervazione renale), al fine di contrastare questa forma di ipertensione che comporta un rischio cardiovascolare assai elevato. I dati in letteratura sulla prevalenza di RH sono contrastanti con dati variabili dal 5 al 30%; ciò è dovuto sostanzialmente ai criteri utilizzati. In questo studio la prevalenza abbastanza bassa si spiega con un accurato screening al fine di escludere le forme secondarie di ipertensione e l'impiego sistematico del monitoraggio ambulatorio della PA al fine di escludere le forme "white-coat". I determinanti più importanti di RH erano l'età ed il BMI. Sottoponendo una parte della popolazione a dieta e restrizione sodica controllate, la prevalenza di RH crollava, avvalorando il concetto delle linee-guida ESH-ESC sull'importanza delle modifiche dello stile di vita nel trattamento dell'ipertensione.

Galletti F.

Prevalence and determinants of resistant hypertension in a sample of patients followed in Italian hypertension centers: results from the MINISAL-SIIA study program.

Journal of Human Hypertension advance online publication, 3 March 2016; doi:10.1038/jhh.2016.6

<http://dx.doi.org/10.1038/jhh.2016.6>

CARDIOCHIRURGIA, RIANIMAZIONE CARDIOPOLMONARE

Giuseppina Gabriella Surace

Cardio-chirurgia AOC Federico II, Dip. Cardiocirurgia Adulti e pediatrica, Napoli



Stenosi aortica severa asintomatica con FE conservata... forse è meglio non aspettare!

Introduzione. Le attuali linee guida per la sostituzione valvolare aortica (AVR) nei pazienti asintomatici con stenosi aortica severa e normale funzione ventricolare, raccomandano un trattamento conservativo di vigile attesa fino alla comparsa della sintomatologia. Ma è davvero utile questa attesa o è meglio intervenire immediatamente? Questo studio ha confrontato l'outcome a lungo termine dei pazienti trattati con AVR immediata rispetto a una prima strategia conservativa di attesa.

Materiale e Metodi. Sono stati considerati 1808 pazienti asintomatici con diagnosi di stenosi aortica severa, sottoposti ad AVR tra il gennaio 2003 e il dicembre 2011. Questi pazienti sono stati divisi in due gruppi: un gruppo (1517 pazienti) trattato inizialmente con strategia conservativa, e l'altro (291 pazienti) con immediata chirurgia valvolare.

Risultati. Al follow-up a 5 anni l'incidenza di morte per tutte le cause e di ospedalizzazione per insufficienza cardiaca era significativamente più bassa nel gruppo con AVR precoce rispetto al gruppo con strategia conservatrice (15,4% vs 26,4%, $p = 0,009$; 3,8% vs 19,9%, $p < 0,001$ rispettivamente).

Conclusioni. La gestione dei pazienti asintomatici con stenosi aortica severa rimane controverso. Il trattamento precoce della stenosi aortica severa nei pazienti asintomatici con conservata funzione ventricolare potrebbe migliorare l'outcome a lungo termine rispetto ai pazienti trattati dopo la comparsa della sintomatologia.

Tomohiko Taniguchi et al. Initial Surgical Versus Conservative Strategies in Patients With Asymptomatic Severe Aortic Stenosis. *J Am Coll Cardiol.* 2015; 66 (25): 2827-2838

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0735109715067893>

Relazione tra la durata della RCP e l'outcome dopo arresto cardiaco extraospedaliero

Introduzione. La durata appropriata della RCP in caso di arresto cardiaco extraospedaliero (ACEO) rimane poco chiara e si è visto che varia in base al ritmo iniziale.

Metodi e Metodi. Sono stati arruolati 17.238 pazienti trattati con RCP in seguito ad ACEO e successivo ritorno alla circolazione spontanea (ROSC) preospedaliera. L'endpoint primario era un esito neurologico favorevole ad 1 mese e l'endpoint secondario era la sopravvivenza ad 1 mese. I pazienti sono stati divisi in 3 gruppi in base al ritmo iniziale: fibrillazione ventricolare (FV), tachicardia ventricolare (TV) senza polso, attività elettrica senza polso (PEA) e asistolia.

Risultati. I tassi di sopravvivenza e di esiti neurologici favorevoli a 1 mese nel gruppo FV/TV senza polso erano significativamente più alti (68,0% e 52,1% rispettivamente) rispetto al gruppo PEA (30,5% e 13,7%, rispettivamente) e asistolia (15,7% e 4,5%, rispettivamente) ($p < 0,0001$). In una percentuale cumulativa $>99\%$ dei pazienti con una sopravvivenza a un mese, la RCP ha avuto una durata di massimo 35 min dei pazienti con FV/TV senza polso e PEA, e 39 min per i pazienti con asistolia. In più del 99% dei pazienti con esiti neurologici favorevoli a un mese, la RCP ha avuto una durata di massimo 35 min nei pazienti con FV/TV senza polso e PEA, e 42 min per i pazienti con asistolia.

Conclusioni. La durata critica della RCP preospedaliera per ACEO, necessaria per raggiungere una ROSC preospedaliera e produrre, in più del 99% dei pazienti, sopravvivenza ed esiti neurologici favorevoli a 1 mese, è stata di 35 minuti nei pazienti con ritmi defibrillabili e PEA, e 42 minuti in quelli con asistolia iniziale.

Yoshikazu Goto et al. Relationship Between the Duration of Cardiopulmonary Resuscitation and Favorable Neurological Outcomes After Out-of-Hospital Cardiac Arrest: A Prospective, Nationwide, Population-Based Cohort Study *J Am Heart Assoc.* 2016;5:e002819 doi: 10.1161/JAHA.115.002819

<http://jaha.ahajournals.org/content/5/3/e002819.full.pdf+html>

CARDIOLOGIA DELLO SPORT, VALUTAZIONE FUNZIONALE E RIABILITAZIONE

Marcello Traina

Prof. Ordinario Scienze Motorie Università Studi Palermo – Coordinatore del laboratorio di valutazione funzionale "DISMOT" dell'Università di Palermo



Un recente studio indica che lo Yoga, migliorando la qualità di vita (QoL) e riducendo la frequenza cardiaca e la pressione arteriosa, può essere una pratica da associare al trattamento standard nei pazienti con fibrillazione atriale parossistica.

Materiale - metodi: In questo studio 80 pazienti con diagnosi di fibrillazione atriale parossistica (FAP) sono stati randomizzati in un gruppo controllo (40 pazienti) assegnato al trattamento standard ed in un gruppo yoga (40 pazienti) assegnato al trattamento standard associato alle attività Yoga [le attività Yoga prevedevano tecniche di respirazione (pranayama) e di meditazione (dhyana) associate ad esercizi fisici (asanas)] per un periodo di 12 settimane. Sono stati valutati in condizioni basali e dopo 12 settimane la QoL [questionari utilizzati: Short-Form Health Survey (SF-36) e EQ-5D Visual Analogue Scale (VAS)], la pressione arteriosa sistolica e diastolica e la frequenza cardiaca [la pressione arteriosa veniva misurata in posizione seduta e dopo cinque minuti di riposo con un misuratore automatico (OMRON); la frequenza cardiaca per un minuto a riposo].

Risultati: Alla valutazione basale il gruppo controllo presentava un punteggio di QoL significativamente maggiore rispetto al gruppo yoga al di base il gruppo controllo [EQ-5D VAS-scale ($p=0.02$); SF-36 mental health score ($p<0.001$)]. Dopo 12 settimane il punteggio di EQ-5D VAS-scale e di SF-36 mental health score aumentavano significativamente (rispettivamente $p<0.001$) e ($p=0.016$) solo nel gruppo yoga. Al termine dello studio il gruppo yoga presentava significative riduzioni, rispetto al gruppo controllo, della frequenza cardiaca (61 ± 13 vs 70 ± 19 , $p=0.024$) e della pressione arteriosa sistolica (132 ± 17 vs 141 ± 17 , $p=0.033$) e diastolica (77 ± 10 vs 86 ± 12 $p<0.001$). Gli autori dello studio hanno concluso che la pratica Yoga, migliorando la QoL, riducendo la pressione arteriosa e la frequenza cardiaca, può costituire un trattamento da associare alla terapia standard nei pazienti con FAP.

Commento personale: I pazienti FAP hanno spesso una compromissione della qualità di vita, per cui lo Yoga, riducendo lo stress ed influenzando positivamente il sistema nervoso autonomo simpatico e parasimpatico ed il benessere mentale e fisico, può rappresentare una “medicina alternativa” da associare al trattamento standard nei pazienti con FAP. Il dato dello studio di Maria Wahlström e coll. necessita di una conferma in un numero maggiore di pazienti e di un confronto con altri metodi di intervento come le tecniche di rilassamento.

Articolo recensito: Effects of yoga in patients with paroxysmal atrial fibrillation – a randomized controlled study. Maria Wahlström e coll. Eur J Cardiovasc Nurs March 14, 2016, doi: 10.1177/1474515116637734

<http://cnu.sagepub.com/content/early/2016/03/08/1474515116637734.full>

I suggerimenti sullo stile di vita salutare riducono a lungo termine il rischio di mortalità coronarica.

Materiale - metodi: In questo studio vengono riportati i risultati relativi a 1232 soggetti di sesso maschile con livelli di colesterolo totale di $6,9-8,9$ mmol L⁻¹ (80% fumatori) dopo un'osservazione di 40 anni sull'intervallo di tempo tra mortalità ed un primo infarto miocardico e sulla mortalità da tutte le cause. I soggetti erano stati arruolati nello studio randomizzato con osservazione a 5 anni “Oslo cardiovascular study”, iniziato nel 1972/1973, su soggetti adulti di sesso maschile ad alto rischio di cardiopatia ischemica, in cui fu dimostrato che il gruppo intervento (consigli dietetici per ridurre l'assunzione di acidi grassi saturi ed aumentare il consumo di pesce e prodotti vegetali; riduzione del peso nei soggetti sovrappeso e sospensione del fumo nei fumatori) presentava una riduzione significativa (47%) nell'incidenza di un primo infarto miocardico rispetto al gruppo controllo (senza intervento sullo stile di vita).

Risultati: Il gruppo intervento, rispetto al gruppo controllo, presentava una riduzione persistente (40 anni) del rischio di morte dopo un primo infarto miocardico (rischio relativo 0,71; intervallo di confidenza al 95% 0,51–1,00; $P = 0.049$). Durante l'osservazione, l'effetto benefico si sviluppa gradatamente fino a 15 anni dalla randomizzazione, momento in cui le curve decorrono

parallelamente. La mortalità per tutte le cause si riduce nel periodo di osservazione compreso tra 8–20 anni dalla randomizzazione, ma non negli anni successivi.

Commento personale: Questo studio conferma l'importanza degli interventi sullo stile di vita in quanto un servizio di assistenza su questo ambito, eseguito in maniera sistematica per 5 anni, permette la persistenza a lungo termine (40 anni) della riduzione del rischio di mortalità dopo un primo infarto miocardico.

Articolo recensito: Lifelong benefits on myocardial infarction mortality: 40-year follow-up of the randomized Oslo diet and antismoking study- I. Holme e coll. J Intern Med 2016; doi: 10.1111/joim.12485.

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/joim.12485/epdf>

SINDROMI CORONARICHE ACUTE, SCOMPENSO CARDIACO

Maria Gabriella Vitrano

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



Fonte: American College of Cardiology (ACC) 2016 Scientific Sessions.

HOPE3:

la combinazione statine/terapia antipertensiva riduce gli eventi cardiaci nei pazienti a rischio cardiovascolare intermedio Durante la Sessione "Late-breaking Clinical Trials" del Congresso ACC 2016, i ricercatori del trial Heart Outcomes Prevention Evaluation-3 (HOPE-3), hanno ufficializzato in tre diverse presentazioni i dati sugli effetti della terapia combinata ipolipemizzante/antipertensiva su quasi 13.000 pazienti senza malattia cardiovascolare ma con almeno un fattore di rischio CV. Gli stessi dati sono stati contemporaneamente pubblicati sulla rivista New England Journal of Medicine. Nel terzo braccio dello studio, randomizzato, disegnato con uno schema 2x2, i ricercatori hanno paragonato 3.180 partecipanti assegnati alla terapia combinata (con rosuvastatina e due agenti antipertensivi) con i 3.168 partecipanti assegnati a doppio placebo. I risultati hanno chiaramente dimostrato che solo nei pazienti che ricevevano la terapia combinata (rosuvastatina 10mg/candesartan 16 mg+idroclortiazide 12.5 mg) sia l'outcome primario (morte per eventi cardiovascolari, IMA non fatale, stroke non fatale) che il co-primario (scompenso cardiaco, arresto cardiaco e rivascolarizzazione), risultavano ridotti in modo statisticamente significativo versus il gruppo in doppio-placebo, (rispettivamente, 3.6% versus 5.0%, P = 0.005 e 4.3% versus 5.9%, P = 0.003). In conclusione, nella popolazione a rischio cardiovascolare intermedio, tutti beneficiano della terapia combinata ipolipemizzante/antipertensiva e le statine risultano sicure

Fonte: American College of Cardiology (ACC) 2016 Scientific Sessions

DANAMI-3-DEFER Trial:

Il ritardare l'impianto di stent nei pazienti con STEMI ha fallito nel ridurre la morte per qualsiasi causa, ospedalizzazione per insufficienza cardiaca, re-infarto o la necessità di una rivascolarizzazione. Il messaggio da portare a casa da questo studio è che differire l'impianto di stent non può essere raccomandato come procedura di routine per i pazienti con STEMI trattati con PCI primaria. Tali risultati differiscono completamente dai promettenti risultati di studi preliminari che suggerivano che uno stenting differito dovrebbe tradursi in un beneficio clinico. Lo STEMI richiede una angioplastica immediata e il posizionamento durante la procedura di uno stent è utilizzato di routine. Negli Stati Uniti, circa 250.000 persone presentano uno STEMI ogni anno. Dopo che l'arteria occlusa causa dello STEMI viene riaperta, il sito della stenosi spesso

contiene coaguli di sangue residui che possono, quando lo stent è impiantato, causare lo spostamento a valle dello stesso in rami più distali. Se questo accade, può esserci un nuovo danno del muscolo cardiaco. Precedenti piccoli studi hanno suggerito che ritardare l'impianto dello stent per un periodo di tempo variabile da qualche ora a qualche giorno dopo la riapertura dell'arteria potrebbe ridurre il rischio di alterazioni del flusso sanguigno. Il motivo è stato ricondotto al fatto che il farmaco somministrato durante il ritardo della procedura potrebbe consentire ai coaguli di sangue residui di diminuire, riducendo il rischio di danneggiare i piccoli rami. Il DANAMI-3-DEFER Trial è stato il più grande studio finora condotto per valutare se il ritardo dell'impianto dello stent potrebbe migliorare la sopravvivenza dei pazienti e ridurre il rischio di insufficienza cardiaca o di un altro attacco di cuore. Nello studio, svolto in Danimarca, 1.234 pazienti (età media 61; il 75 per cento di sesso maschile) con STEMI da meno di 12 ore sono stati assegnati in modo casuale a PCI con impianto di stent o PCI seguita da impianto di stent dopo un riesame a 24 - 48 ore più tardi. Dopo un tempo medio di follow-up di 43 mesi, 105 pazienti (17 % nel gruppo DEFER) e 109 (18 % nel gruppo di trattamento standard) ha presentato l'endpoint primario, un composito di morte per qualsiasi causa, ospedalizzazione per insufficienza cardiaca, un secondo attacco di cuore e ripetizione di PCI angioplastica.

Fonte: JACC Heart Fail. 2015 Dec 6. pii: S2213-1779(15)00697-6. CIBIS-ELD TRIAL: beta bloccanti e scompenso cardiaco

Nello studio in esame si valutavano la tollerabilità e l'efficacia di due beta bloccanti, bisoprololo e carvedilolo, in pazienti affetti da insufficienza cardiaca con frazione di eiezione ventricolare sinistra conservata (HFpEF) e ridotta (HFrEF). Nel trial CIBIS-ELD (Cardiac Insufficiency Bisoprolol Study in Anziani), 876 soggetti di età superiore ai 65 anni, affetti da HFrEF (n = 626) o HFpEF (n = 250) erano randomizzati a ricevere bisoprololo o carvedilolo, titolati fino alla dose massima tollerata. Dopo follow-up di 12 settimane, venivano valutati tollerabilità ed effetti clinici in termini di frequenza cardiaca, pressione arteriosa, funzione sisto-diastolica, classe funzionale NYHA, test del cammino, qualità di vita, pro-BNP. Per entrambi i BB, tollerabilità e dose giornaliera a 12 settimane erano simili. I pazienti affetti da scompenso cardiaco a frazione di eiezione conservata mostravano tassi più elevati di effetti collaterali correlati al trattamento e successiva riduzione del dosaggio, mentre nei soggetti affetti da HF con frazione di eiezione ridotta si osservava un miglioramento considerevole nella classe funzionale NYHA (HFpEF: 23% vs HFrEF: 34%, p <0.001). In entrambi i gruppi si verificavano riduzioni simili nella frequenza cardiaca (HFpEF: 6,6 bpm; HFrEF: 6,9 bpm). Il rapporto E/ e' e l'indice di volume atriale sinistro non veniva modificato. La tollerabilità dei beta bloccanti risulta paragonabile nei pazienti affetti da scompenso cardiaco con frazione di eiezione preservata o ridotta, sebbene questi ultimi abbiano beneficiato di maggiori miglioramenti nei parametri clinici e di funzione ventricolare sinistra. È interessante notare che, in entrambi i sottogruppi, il beta-blocco non ha avuto effetto sui marcatori consolidati e prognostici della funzione diastolica.

Quiz Cardiologici

A cura di Riccardo Asteggiano

QUIZ n. 1

Secondo le Linee Guida ESC 2012 per il Management delle malattie valvolari cardiache, per quanto tempo è raccomandata l'Aspirina dopo impianto di protesi valvolare biologica?

- 1 mese
- 3 mesi
- 12 mesi
- a vita

A cura di Alfredo Monteverde

QUIZ n. 2

Nell'embolia polmonare il posizionamento di un filtro cavale è indicato:

- a) in pazienti giovani
- b) in pazienti allettati
- c) nelle donne in gravidanza
- d) in pazienti con controindicazione assoluta alla terapia anticoagulante orale
- e) in nessuno dei pazienti indicati

QUIZ n. 3

In quale delle malattie indicate il ventricolo di sinistra è ingrandito:

- a) insufficienza mitralica
- b) stenosi polmonare
- c) dilatazione idiopatica della polmonare
- d) tetralogia di Fallot
- e) stenosi mitralica

Evidence that matter a cura di Guido Francesco Guida

T. C. Aranzulla, M. De Benedictis, R. Asteggiano

Follow-up management after transcatheter aortic valve implantation (TAVI)

E-Journal of Cardiology practice Vol. 14, N° 7 - 05 Apr 2016

<http://www.escardio.org/Guidelines-&-Education/Journals-and-publications/ESC-journals-family/E-journal-of-Cardiology-Practice/Volume-14/Follow-up-management-after-transcatheter-aortic-valve-implantation-TAVI>

Evacetrapib Fails to Reduce Major Adverse Cardiovascular Events Despite lowering low-density lipoprotein (LDL), known as “bad” cholesterol, while markedly increasing levels of high-density lipoprotein (HDL), or “good” cholesterol, a large clinical trial to investigate the cholesterol drug evacetrapib was discontinued early after a preliminary analysis showed it did not reduce rates of major adverse cardiovascular events, according to new research. *Source:* American College of Cardiology

Interazione tra farmaci, ecco i possibili rischi da prescrizioni inutili negli anziani

L'uso concomitante di integratori e farmaci che possono tra loro interagire è quasi raddoppiato in un quinquennio negli Stati Uniti tra gli adulti in là con gli anni, secondo uno studio pubblicato su *Jama Internal Medicine* e coordinato da **Caleb Alexander** della Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health di Baltimora. Per giungere a queste conclusioni i ricercatori hanno intervistato 2.400 anziani tra il 2005 e il 2006, e altri 2.200 nel periodo 2010-2011

Sviluppato un test in grado di predire la comparsa di tubercolosi

Uno studio appena pubblicato su *The Lancet* riporta la scoperta di un esame del sangue in grado di prevedere il rischio di sviluppare la tubercolosi molto prima che la malattia si manifesti

Le incretine non si associano a un aumento dei tassi di ricovero per scompenso cardiaco - Nei pazienti affetti da diabete di tipo 2 l'uso di farmaci antidiabetici a base di incretine tra cui gli inibitori della dipeptidil-peptidasi 4 (DPP-4) e gli analoghi del peptide 1 glucagone-simile (GLP-1), non si associa ad alcun aumento del rischio di ricovero ospedaliero a causa di uno scompenso di cuore, secondo quanto conclude uno studio retrospettivo appena pubblicato sul *New England Journal of*

Medicine [

Il defibrillatore indossabile può essere un'alternativa efficace a quello impiantabile - Un defibrillatore automatico indossabile può essere una valida opzione per i pazienti a rischio di aritmie minacciose non candidabili al defibrillatore impiantabile (Icd), secondo quanto conclude su Circulation un documento dell'American Heart Association, primo firmatario **Jonathan Piccini**, aritmologo alla Duke University di Durham, North Carolina

- Frequenza cardiaca alla dimissione dopo scompenso cardiaco acuto in pazienti trattati con terapia beta bloccante: analisi dei dati del registro OPTIMIZE-HF - Nei pazienti con scompenso cardiaco in trattamento ottimizzato con beta bloccanti la presenza di frequenza cardiaca ≥ 70 bpm costituisce un importante target terapeutico. Non è però chiaro quale sia la percentuale di pazienti che viene dimessa con frequenza cardiaca non a target nonostante trattamento beta bloccante. Sono stati allora analizzati i dati del registro OPTIMIZE-HF, includendo pazienti con FE<40% ricoverati per scompenso cardiaco acuto nel periodo 2003-2004, escludendo quelli con storia di aritmie sopraventricolari, PM o CRT. Sono stati considerati solo i pazienti in terapia beta bloccante con carvedilolo, metoprololo, bisoprololo e atenololo e la dose di beta bloccante alla dimissione è stata valutata in termini di percentuale **Fonte: Am Heart J 2016; 173:172-8**
- Effetti della terapia beta bloccante sulla progressione verso lo scompenso cardiaco a funzione sistolica preservata nei pazienti ipertesi - Lo scompenso cardiaco a funzione sistolica preservata (HFpEF) è spesso la conseguenza di ipertensione arteriosa complicata da ipertrofia ventricolare sinistra. Lo studio ha voluto valutare in modo retrospettivo se la terapia beta bloccante a lungo termine possa contrastare l'evoluzione verso lo HFpEF nel paziente iperteso. Sono stati analizzati i dati di 1.498 pazienti ipertesi, con ipertrofia ventricolare sinistra (massa ventricolare >125 g/m² nei maschi e >110 g/m² nelle femmine) e con sospetta disfunzione diastolica (E/E' tra 8 e 15) in assenza di segni clinici di scompenso. 803 pazienti erano in terapia beta bloccante mentre 695 non erano in trattamento con beta bloccanti. **Fonte: Eur J Prev Cardiol 2016 Feb 25 (Epub ahead of print)**
- Terapia beta bloccante e con ACE inibitori o sartanici e sopravvivenza nel cancro della mammella - Si tratta di una review sistematica e metanalisi volta a chiarire il ruolo della terapia beta bloccante e/o con ACE inibitori o sartanici sullo sviluppo e la progressione del cancro della mammella. E' stato infatti ipotizzato che questi farmaci possano svolgere un ruolo benefico in questo contesto clinico. L'analisi ha coinvolto un totale di 46265 pazienti affette da cancro alla mammella, con dati provenienti da 10 studi su beta bloccanti e 7 studi da ACE inibitori o sartanici. E' stato osservato un miglioramento significativo della sopravvivenza nei soggetti in trattamento con beta bloccanti al momento della diagnosi - **Fonte: Int J Cancer 2016 Feb 24 (Epub ahead of print)**
- Assenza di "rebound" clinico o emodinamico con la sospensione del beta bloccante nei pazienti con cirrosi epatica - Nei pazienti con cirrosi epatica può rendersi necessaria la sospensione della terapia con beta bloccanti. In base ai risultati di uno studio su animale e ad alcuni case report di sanguinamento da varici esofagee è stato suggerito che la sospensione del beta bloccante possa in questi pazienti associarsi a un pericoloso effetto "rebound". Per verificare questa ipotesi sono stati prospettivamente studiati 150 pazienti affetti da cirrosi e indirizzati a cateterismo

cardiaco destro e venoso epatico. **Fonte: Aliment Pharmacol Ther 2016 Mar 1 (Epub ahead of print).**

Managing arrhythmias: diagnosis and modern treatment
Thomas F. Lüscher
Eur Heart J 2016 37: 577-579

CardioPulse Articles / Gerhard Hindricks MD / Cardiac Centres Of Excellence
Leipzig Heart Centre - Department of Electrophysiology / New perspectives for stroke prevention in atrial fibrillation / Syncope and near drowning may signal sudden death risk / Ear stimulation for atrial fibrillation favoured at ESC Congress London
Eur Heart J 2016 37: 580-586

The year in cardiology 2015: arrhythmias and device therapy
Jan Steffel, Pierre Jais, and Gerhard Hindricks
Eur Heart J 2016 37: 587-593

The role of catheter ablation in the management of ventricular tachycardia
Tanyanan Tanawuttivat, Saman Nazarian, and Hugh Calkins
Eur Heart J 2016 37: 594-609

Efficacy of Antiarrhythmic Drugs Short-Term Use After Catheter Ablation for Atrial Fibrillation (EAST-AF) trial
Kazuaki Kaitani and the EAST-AF Trial Investigators
Eur Heart J 2016 37: 610-618

Antiarrhythmic drugs after ablation for atrial fibrillation: the hope, the hype, and the reality
Luis R. Scott
Eur Heart J 2016 37: 619-620

Sudden unexpected death in children with congenital heart defects
Jarle Jortveit et al.
Eur Heart J 2016 37: 621-626

Sudden cardiac death during exercise in patients with congenital heart disease: the exercise paradox and the challenge of appropriate counselling
Gerhard-Paul Diller and Helmut Baumgartner
Eur Heart J 2016 37: 627-629

Significance of electrocardiogram recording in high intercostal spaces in patients with early repolarization syndrome
Tsukasa Kamakura et al.
Eur Heart J 2016 37: 630-637

Sudden death in structurally normal heart: we have learned a lot, but still a long way to go
Josep Brugada and Ramon Brugada
Eur Heart J 2016 37: 638-639

Estradiol regulates human QT-interval: acceleration of cardiac repolarization by enhanced KCNH2 membrane trafficking

Hormonal regulation of the human QT interval has long been assumed, but underlying mechanisms are poorly understood. Here, we report that estradiol shortens QTc intervals via classical receptor-mediated activation of KCNH2 trafficking. This mechanism could potentially be exploited as a therapeutic approach for patients at risk for arrhythmias associated with prolonged repolarization, although substantial additional cautious and detailed research is needed to ensure safety and efficacy before application. Lars Anneken et al. Eur Heart J 2016 37: 640-650

Another jigsaw piece in the complex picture of hormonal regulation of cardiac repolarization - Katja E. Odening - Eur Heart J 2016 37: 651-653

Accessory pathway ablation in childhood forming the substrate for ventricular tachycardia in adulthood

Julia Koch, Christian Lücke, Roman Gebauer, Gerhard Hindricks, and Arash Arya
Eur Heart J 2016 37: 609

Exercise-related Brugada pattern and monomorphic ventricular tachycardia in a patient with Brugada syndrome: interplay between body temperature, haemodynamics and vagal activity
Erwin Ströker, Carlo de Asmundis, Gian-Battista Chierchia, and Pedro Brugada
Eur Heart J 2016 37: 655

BMI e rischio di fibrillazione atriale

Fonte: March 2016 Volume 173, Pages 41–48 - DOI:<http://dx.doi.org/10.1016/j.ahj.2015.11.016> - Anat Berkovitch, MD. In questo studio, 18.290 uomini e donne sono stati divisi per BMI in 3 gruppi: peso normale (BMI ≥ 18 e < 25 kg / m², n = 7.692), sovrappeso (BMI ≥ 25 e < 30 kg / m², n = 8.032), e obesi (BMI ≥ 30 kg / m², n = 2.566). L'end point primario era la comparsa di fibrillazione atriale (FA) durante il follow-up. L'età media della popolazione in studio era di 49 ± 11 anni, e il 73% erano uomini. Un totale di 288 eventi (1,6%) si è verificato durante i 6 ± 4 anni di follow up.

L'uso di beta bloccanti riduce la mortalità nei pazienti con fibrillazione atriale e scompenso cardiaco

Fonte: Circulation: Heart Failure. 2016; 9: e002597 - doi: 10.1161/CIRCHEARTFAILURE.115.002597 - Peter Brønnum Nielsen, PhD. Sono stati rilevati dati da tre registri a livello nazionale per identificare i pazienti con fibrillazione atriale non valvolare con o senza scompenso cardiaco, divisi in base all'uso o meno di beta bloccante al fine di valutare per un follow up di almeno 5 anni l'incidenza di mortalità per tutte le cause e gli eventi tromboembolici fatali. Su un totale di 205.174, 39.741 pazienti avevano scompenso cardiaco. In quest'ultimo sottogruppo di pazienti, l'hazard ratio (HR) adattato per propensity score per la mortalità per qualsiasi causa era 0,75 (intervallo di confidenza al 95%, 0,71-0,79)

Coinvolgimento del ventricolo destro in fase acuta nella cardiomiopatia Takotsubo

Fonte: March 1, 2016 Volume 117, Issue 5, Pages 775–780 - DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.amjcard.2015.11.057> - Caroline Scally, MD. Questo studio prospettico di 31 pazienti con diagnosi di Tako-tsubo ed ST sopra sono stati confrontati con 18 controlli con caratteristiche basali simili e sottoposti ad ecocardiografia e a risonanza magnetica cardiaca (RMN) in fase acuta (0-3 giorni dopo la presentazione) e a 4 mesi di follow-up. L'ecocardiografia

è stata in grado di identificare solo il 52% dei pazienti con anomalie di cinesi della parete del ventricolo destro identificate alla RMN. Solo la frazione di eiezione del ventricolo destro alla RMN ($p = 0,01$) e la PAPs stimata all'ecocardiografia ($p = 0,01$) correlava alla malattia

Efficacia dell'impianto di ICD in prevenzione primaria nelle donne

Fonte: Circulation: Heart Failure. 2016; 9: e002630 - doi:

10.1161/CIRCHEARTFAILURE.115.002630 - Emily P. Zeitler, MD. Sono state analizzate 430 donne con insufficienza cardiaca con ICD prevenzione primaria a 430 donne senza ICD per un follow-up di 3,4 e 3,0 anni. Sono stati inoltre confrontati 859 uomini con ICD e 859 senza ICD per un follow-up medio di 3,9 e 2,9 anni. Nelle coorti confrontate, l' ICD migliorava la sopravvivenza in maniera simile nelle donne (hazard ratio, 0.78; 95% intervallo di confidenza, 0,66-0,92; $p = 0.003$) e negli uomini (hazard ratio, 0.76; 95% intervallo di confidenza, 0,67-0,87 $P < 0.001$). Non c'era alcuna interazione tra il sesso e la presenza di un ICD con la sopravvivenza ($p = 0,79$)

Alternanza delle onde T nella diagnosi cardiopatia ischemica

Fonte: January 2016 - Volume 17 - Issue 1 - p 20–25 - doi: 10.2459/JCM.000000000000080JCM - Figliozzi, Stefano. Sono stati studiati 98 pazienti consecutivi sottoposti ad angiografia coronarica per sospetta CAD. Tutti i pazienti sono stati sottoposti a esercizio massimale (TS), e alla valutazione dell'alternanza delle onde T (MTWA) nelle derivazioni precordiali. I pazienti sono stati divisi in tre gruppi: 40 pazienti senza stenosi significativa ($> 50\%$) (gruppo 1); 47 pazienti con stenosi significativa (gruppo 2); e 11 pazienti con un precedente intervento coronarico percutaneo (PCI), che non aveva alcuna evidenza di restenosi (gruppo 3). Un TS è stato ripetuto dopo 1 mese in 24 pazienti del gruppo 2 e in 17 pazienti del gruppo 1.

Dalle Regioni

Regione Calabria: *nessun evento segnalato*

Regione Campania, Giuseppina Gabriella Surace: : *nessun evento segnalato*

Regione Lazio, Attilio Castellaneta pro tempore. Nessun evento segnalato

Regione Lombardia, Claudio Pini: :*nessun evento segnalato*

Regione Sicilia, Foti Saverio

PROGRAMMA CFC REGIONE SICILIA 2016

Congresso ANCE - CFC –SIC pediatrica Palermo 18 giugno 2016

Congresso Regionale CFC . Cefalù – 4.5 novembre

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

Regione Umbria, Piemonte, Valle d’Aosta e Liguria: *nessun evento segnalato*

Dal Council for Cardiology practice

CONGRESSO 2016 SOCIETA' EUROPEA DI CARDIOLOGIA – 27-31 AGOSTO – ROMA

Dal 27 al 31 agosto 2016 si terrà a Roma il Congresso della Società Europea di Cardiologia.

Il Congresso dell'ESC è diventato negli anni il più importante congresso di cardiologia al mondo, con oltre 30.000 partecipanti da ogni paese, con la presentazione delle più recenti acquisizioni in campo cardiologico, delle ultime linee guida cardiologiche, degli studi clinici di maggior impatto in tutti i settori della cardiologia pubblicati durante l'anno.

Durante la prima giornata di congresso avrà luogo la special track "General cardiology track for physicians, technicians and general practitioners" il cui programma è visibile alla pagina:

<http://spo.escardio.org/default.aspx?eevtid=1127&days=&topics=&types=16013&rooms=&freext=&sort=1&page=1&scroll=0&showResults=True&nbPerPage=20&WithWebcast=&WithSlides=&WithAbstract=&WithReport=>

Il programma di questa special track è articolato in 3 simposi ed una special session che si sviluppano durante tutta la giornata di sabato. Inoltre nella giornata del 31 agosto si terrà un simposio conclusivo di "take home message" sull'anno in cardiologia clinica.

Alla costruzione di tale programma hanno partecipato rappresentanti dei Medici di Medicina Generale, con membri del Council on Cardiovascular Primary Care, della SIMG e della FIMMG, membri del Council on Cardiovascular Nursing and Allied Professions e membri del Council for Cardiology Practice. All'interno del Council of Cardiology Practice un ruolo di rilievo è stato svolto dal rappresentante del Collegio Federativo di Cardiologia Italiano dott. Riccardo Asteggiano che sarà dal prossimo settembre il nuovo chair del Council for Cardiology Practice. Nel programma della special track è coinvolta inoltre la professoressa Luigina Guasti, membro del Consiglio Direttivo del Collegio Federativo di Cardiologia.

La General cardiology track for physicians, technicians and general practitioners sarà un'ottima occasione per tutti i cardiologi clinici, soprattutto per i cardiologi che lavorano prevalentemente in ambito extraospedaliero, di approfondimento e di confronto su alcuni argomenti di particolare interesse, quali la certificazione per l'attività sportiva in ambito cardiologico, la dispnea, lo scompenso e altri "incubi" della cardiologia clinica.

Tutti i Soci del Collegio Federativo di Cardiologia e tutti i cardiologi italiani, soprattutto i cardiologi extra-ospedalieri sono invitati a partecipare a quest'unica occasione di incontro e di approfondimento.

Sul sito ESC tutte le notizie relative al Congresso all'indirizzo:

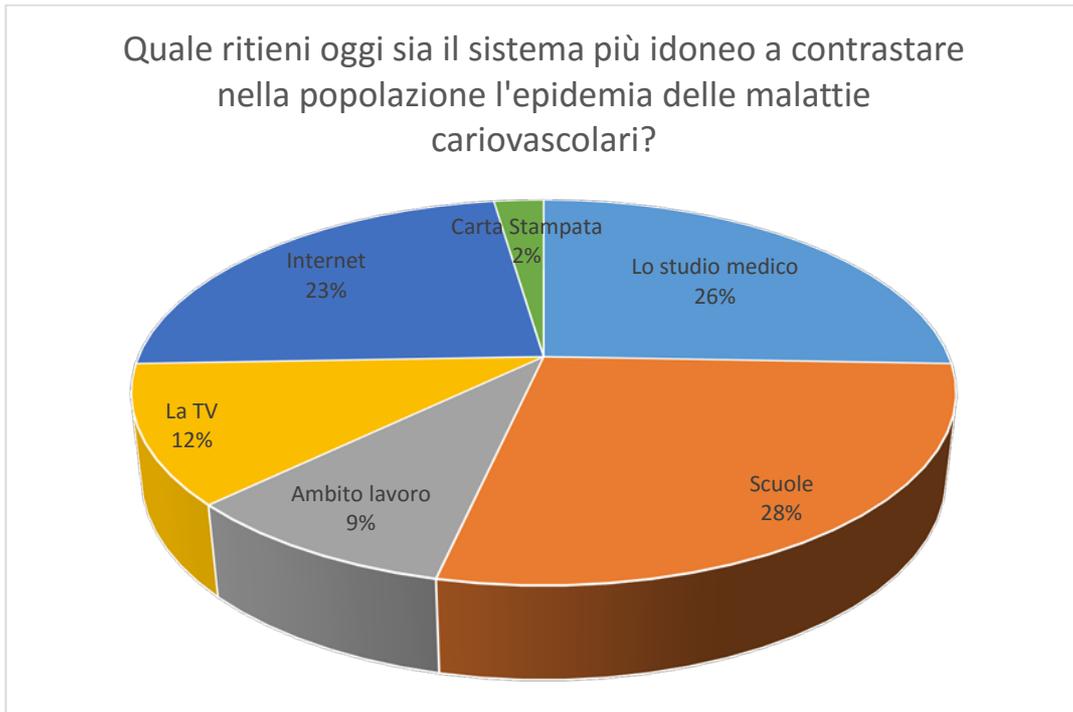
<http://www.escardio.org/Congresses-&-Events/Upcoming-congresses/ESC-Congress/ESC-Congress>

Vi aspettiamo!

Riccardo Asteggiano MD FESC

Risultato dell'ultimo sondaggio proposto nel sito nazionale

<http://www.cfcardiologia.it>



Questo numero di Cardionews è stato inviato a 727 persone